

Efetividade da auriculoterapia sobre a ansiedade no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado¹

Reginaldo Roque Mafetoni²
Mariana Haddad Rodrigues³
Lia Maristela da Silva Jacob⁴
Antonieta Keiko Kakuda Shimo⁵

Objetivo: avaliar a efetividade da auriculoterapia sobre a ansiedade de mulheres durante o trabalho de parto. **Método:** trata-se um ensaio clínico randomizado, paralelo e triplo-cego. Foram selecionadas 102 parturientes com idade gestacional ≥ 37 semanas, dilatação cervical ≥ 4 cm e duas ou mais contrações em 10 minutos. As participantes foram divididas aleatoriamente em três grupos, para receber auriculoterapia, placebo ou controle (cuidados de rotina). A auriculoterapia foi aplicada com microesferas de cristais nos pontos *shenmen*, *útero*, *área de neurastenia* e *endócrino*, e a ansiedade avaliada pela Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A). As análises foram realizadas por meio dos testes: Kruskal-Wallis, *Generalized estimating equations*, Qui-quadrado e exato de Fisher. **Resultados:** os grupos não mostraram diferença significativa pela HAM-A na admissão do estudo. Após a intervenção, com 120 minutos houve aumento significativo nas pontuações da HAM-A no grupo placebo *versus* auriculoterapia (diferença média (DM) 3,62, intervalo de confiança (IC) 0,42-6,81, $p=0,0265$) e controle *versus* auriculoterapia (DM 4,88, IC 1,87-7,88, $p=0,0015$). **Conclusão:** as parturientes com auriculoterapia apresentaram menor nível de ansiedade por meio da pontuação da HAM-A após o tratamento quando comparadas às mulheres dos outros grupos; o que pode se tornar um cuidado alternativo na prática obstétrica. **Registro:** n. RBR-47hhbj.

Descritores: Auriculoterapia; Acupuntura Auricular; Terapias Complementares; Trabalho de Parto; Enfermagem Obstétrica; Ansiedade.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Efeitos da auriculoterapia no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado", apresentada à Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista, Campinas, SP, Brasil.

³ PhD, Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil.

⁴ Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Professor Assistente, Faculdade de Jaguariúna, Centro Universitário de Jaguariúna, Jaguariúna, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Mafetoni RR, Rodrigues MH, Jacob LMS, Shimo AKK. Effectiveness of auriculotherapy on anxiety during labor: a randomized clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3030. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2471.3030>.   

URL

Introdução

A ansiedade é um sintoma comum enfrentado por mulheres durante o trabalho de parto (TP), frequentemente relacionada à ausência de informações sobre a gestação e parto durante o pré-natal, ou pode advir de uma situação nova e desconhecida, como o primeiro parto para a nulípara⁽¹⁾. Os transtornos de ansiedade e a angústia vivida por mulheres na gestação também podem estar relacionados à depressão pós-parto, parto prematuro, cesariana e dificuldades de criação da prole⁽²⁾. No entanto, existem evidências de que a educação no pré-natal e as orientações sobre as alterações fisiológicas da gestação e o processo de parturição podem resultar em menos estresse, ansiedade da mulher e redução das intervenções durante o parto^(1,3-4).

Na ansiedade existe uma percepção de dano ou ameaça que pode produzir sentimentos de preocupação e temor relativos à possibilidade da existência de prejuízos de natureza física ou psicológica. Isso é acompanhado por mudanças físicas e comportamentos semelhantes, que causam medo⁽⁵⁾. Assim, a ansiedade é uma combinação das emoções de preocupação e medo. Para a medicina tradicional chinesa (MTC), a ansiedade pode ser explicada pela deficiência de substâncias denominadas *xue* ou de *yin* (energia que produz o frio), ou por padrões de desarmonia das energias do tipo excesso de calor (energia *yan*), ou ambas ao mesmo tempo⁽⁶⁾.

Atualmente, existem algumas práticas integrativas e complementares (PIC) utilizadas no alívio da dor e da ansiedade no TP⁽⁷⁻⁸⁾. Tais terapias são conduzidas de formas menos invasivas e com baixo custo, que podem aumentar o conforto e promover a evolução fisiológica do parto, porém alguns vieses nos estudos limitam a utilização na prática.

A auriculoterapia ou acupuntura auricular é uma modalidade da MTC que utiliza pontos reflexos do pavilhão auricular sobre o sistema nervoso central no tratamento de várias desordens do corpo, por meio de estímulo por agulhas, pressão com sementes ou microesferas⁽⁹⁾.

O estímulo em pontos da auriculoterapia para o tratamento da ansiedade foi avaliado em alguns estudos. Um estudo⁽¹⁰⁾ realizado com profissionais da saúde associou o uso dessa terapia à significativa redução da ansiedade, *burnout* e estresse traumático; e observados aumentos significativos da coragem e paciência dos profissionais. Outro estudo⁽¹¹⁾ mostrou redução no grau de ansiedade de 20,97% de estudantes de enfermagem, após estímulo com agulhas semipermanentes nos pontos *shenmen* e *tronco cerebral*.

O mapa auricular chinês possui alguns pontos descritos para tratar ansiedade⁽¹¹⁻¹²⁾, distocias obstétricas, indução e dor do TP⁽¹³⁾ e pode ser um cuidado complementar na assistência ao parto. No entanto, a escassez de evidências e estudos da auriculoterapia em mulheres durante o TP limita o conhecimento dos profissionais e o estabelecimento dessa terapia na prática obstétrica. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo avaliar a efetividade da auriculoterapia sobre o grau de ansiedade de mulheres durante o trabalho de parto.

Método

Trata-se de um ensaio clínico randomizado (ECR), paralelo e de caráter pragmático⁽¹⁴⁾, realizado de abril de 2015 a junho de 2016. Participaram 102 parturientes admitidas em um hospital público universitário, do estado de São Paulo, Brasil. Foram incluídas gestantes de qualquer idade ou paridade, a partir de 37 semanas de gestação, em TP espontâneo, induzido e/ou conduzido, com duas ou mais contrações em 10 minutos, dilatação ≥ 4 cm, pele íntegra no pavilhão auricular e cujo feto estivesse vivo e com boas condições de vitalidade. Foram excluídos os casos com dilatação ≥ 7 cm, pré-eclâmpsia grave, cesariana anterior, indicação imediata de cesariana, e uso de medicamento analgésico há menos de seis horas da admissão no estudo.

O tamanho da amostra foi estimado considerando o método proposto para um modelo de ANOVA, uma vez que essas variáveis são quantitativas e, neste estudo, são comparados três grupos. As estimativas das médias das variáveis para cada um dos grupos e o desvio-padrão do quadrado médio do erro do modelo teve por base dois estudos prévios⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ que avaliaram os efeitos da acupressão no ponto de acupuntura Sanyinjiao sobre a dor e o tempo de TP. Para os cálculos foi adotado um nível de significância igual a 5% e um poder de teste de 80%. O cálculo resultou em uma amostra de 17 indivíduos por grupo para a variável de intensidade de dor e uma amostra de 33 indivíduos por grupo para a variável duração do TP. Há de se considerar que este ECR faz parte de um estudo maior, que avaliou outros parâmetros de interesse. O cálculo resultou em uma amostra total de 99 indivíduos, o maior valor encontrado.

A sequência de alocação foi definida para 102 participantes, três a mais ao cálculo amostral, prevendo perdas, com o uso de envelopes opacos, selados e numerados sequencialmente e gerada pelo site (<http://www.randomization.com>) por profissional estatístico, não integrante do estudo. Foram abertos pelo pesquisador principal após a inclusão da parturiente no estudo, na presença de dois colaboradores da unidade, não

participantes da equipe de avaliação ou da assistência direta às parturientes do estudo. Três grupos foram alocados: grupo de intervenção (GI) com microesferas de cristais polido com 1,5 mm; grupo placebo (GP) com microesferas de vidro, semelhante às de cristais; e grupo-controle (GC) sem intervenção. O estudo utilizou o método triplo-cego; nesse sentido, as parturientes do GI, GP, os avaliadores, os profissionais que prestavam assistência na unidade obstétrica e o profissional estatístico não sabiam a que grupo cada participante pertencia. Não foi possível cegar as participantes, os avaliadores, nem os profissionais sobre o GC quanto ao tratamento, devido às características próprias do estudo.

Para avaliar o nível de ansiedade das parturientes utilizou-se a Escala de Ansiedade de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale - HAM-A, 1959)⁽¹⁷⁾ que compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com sete itens, relacionado a sintomas de humor ansioso, e o segundo grupo, também com sete itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade. Dentre as escalas de humor utilizadas mundialmente, traduzidas e adaptadas para a realidade brasileira quanto ao quesito ansiedade, a escala de Hamilton para Ansiedade apresenta fácil aplicabilidade e confiabilidade⁽¹⁸⁾. Apesar de existirem outras escalas para avaliação da ansiedade, muitas delas foram construídas como modificações a partir do instrumento proposto por Hamilton. A HAM-A, desde sua publicação (1959), é utilizada mundialmente em diversos estudos para fins clínicos e acadêmicos⁽¹⁹⁾. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala. Os graus de ansiedade, segundo a HAM-A são: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos a seguir: 0 (zero) ausência de ansiedade; 1 (um) a 17 pontos, ansiedade leve; 18 a 24 pontos, ansiedade moderada; 25 a 56 pontos, ansiedade severa ou intensa.

Para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, foi elaborado um instrumento submetido à análise de validade de conteúdo realizada por cinco juízes com experiência na área de obstetrícia e/ou em MTC.

A equipe de avaliação foi formada por cinco colaboradores da equipe de enfermagem da unidade obstétrica, que foram instruídos acerca dos objetivos deste estudo, treinados previamente para coleta de dados e uso da HAM-A na admissão do estudo, e com 120 minutos do tratamento. As parturientes foram abordadas nas salas de pré-parto do centro obstétrico, avaliadas quanto à elegibilidade, convidadas a participar do estudo e posteriormente alocadas por ordem de

sorteio e acompanhadas pela equipe de avaliadores até o dia seguinte ao parto, momento em que foram retiradas as microesferas. O pesquisador principal foi responsável em aplicar a auriculoterapia no GI e GP (pontos sham), que passou por treinamento da técnica em dois cursos de curta duração, que totalizaram 64 horas.

Para o GI foram utilizados os seguintes pontos da auriculoterapia: i) *shenmen*, que predispõe o tronco cerebral e o córtex a receber, condicionar e codificar os reflexos auriculares, tendo efeitos sedativos, analgésicos; ii) *útero*, que é indicado nas alterações ginecológicas e obstétricas, na indução do parto ou redução do período expulsivo e na redução da dor no pós-parto; iii) *área de neurastenia*, indicado para o tratamento da ansiedade; iv) *endócrino*, que regula as funções das glândulas de secreção endógenas, sendo usado em distúrbios ginecológicos⁽¹¹⁻¹³⁾. No GP foram utilizados os pontos sham (não indicados para o tratamento proposto): *tornozelo*, *joelho*, *dente* e *mandíbula*, ilustrados na Figura 1.

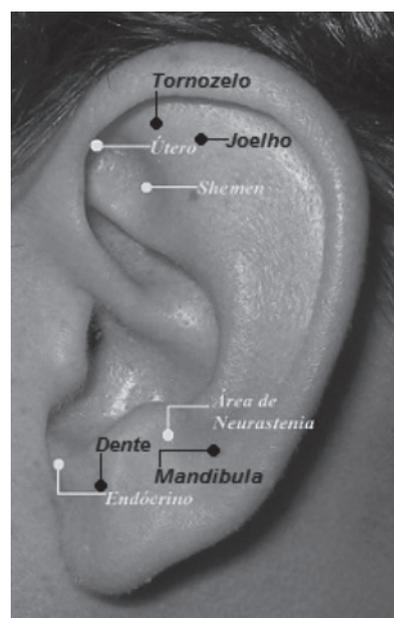


Figura 1. Localização dos pontos auriculares utilizados no estudo. Campinas, SP, Brasil, 2016

Foi realizada antissepsia previamente, com álcool etílico 70°, no pavilhão auricular; os pontos foram pesquisados com pressão exercida pelo apalpador de pontos e definidos próximos à topografia indicada no "mapa de pontos" mais doloroso à palpação. À medida que se localizava o ponto, era fixado, com adesivo, o cristal nas parturientes do GI e pressionados individualmente por um minuto ou até causar uma dor suportável para induzir o estímulo. No GP, o apalpador de pontos foi utilizado de forma a indicar o local e fixar as microesferas de vidro nos pontos sham. As parturientes alocadas no GC foram acompanhadas pelo

mesmo período e avaliadas por meio da HAM-A, como nos demais grupos.

O preparo e as instruções prévias sobre a evolução do TP são realizados em consultas de pré-natal ou em cursos específicos pela rede municipal de saúde próximos à moradia da mulher. Algumas PIC estão disponíveis no local de estudo e são orientadas e oferecidas às parturientes, como: o banho no chuveiro, a massagem lombossacral, o exercício respiratório, a bola suíça; e elas possuem liberdade de movimento, em casos sem contraindicação médica. O local de estudo também permite a permanência de um acompanhante de escolha da mulher durante o TP, parto e a permanência em alojamento conjunto. No entanto, a indução e a condução do TP com o uso de ocitocina intravenosa, prostaglandinas e a amniotomia são utilizadas rotineiramente.

As comparações entre os grupos com relação às variáveis quantitativas foram realizadas por meio do teste de Kruskal-Wallis. Esse teste é não paramétrico e similar ao modelo de ANOVA. As comparações entre grupos e períodos de avaliação foram realizadas por meio de modelos *Generalized estimating equations* – GEE. Foram apresentadas as estimativas obtidas de diferença média, assim como os seus respectivos intervalos de confiança e p-valores. Para as associações entre os grupos e as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. As análises foram realizadas pelo software estatístico Statistical Analysis System (SAS) 9.4, conduzidas por profissional estatístico.

O projeto deste estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer 855.496). As parturientes que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, atendendo à legislação vigente no país.

Resultados

Participaram deste estudo 102 parturientes, em três grupos de 34. Foram excluídas das análises de reavaliação da HAM-A com 120 minutos, as parturientes cujo parto ocorreu antes desse período (Figura 2), para as demais variáveis que são parâmetros de interesse do projeto de estudo, foram analisados os dados da amostra total (102 parturientes, 34 por grupo).

Não houve diferença significativa ao comparar os três grupos para variáveis: idade média das parturientes (23,9 (\pm 5,8) no GI, 25,1 (\pm 7,0) no GP e 22,7 (\pm 5,3) anos no GC, p-valor=0,3503, teste de Kruskal-Wallis); e estado marital, sendo que, a maioria convivia com um companheiro (GI: 29 (85,3%) *versus* GP: 33 (97,1%) *versus* GC: 32 (94,1%), p-valor=0,2674, teste exato de Fisher). O acompanhante de escolha durante a internação foi frequente nos três grupos (GI: 33 (97,1%) *versus* GP: 31 (91,2%) *versus* GC: 32 (94,1%), p-valor=0,7613) e o compartilhamento de quarto com outras parturientes, rotina na unidade, foram parecidos (GI: 13 (38,3%) *versus* GP: 15 (44,1%) *versus* GC: 12 (35,3%), p-valor=0,7498).

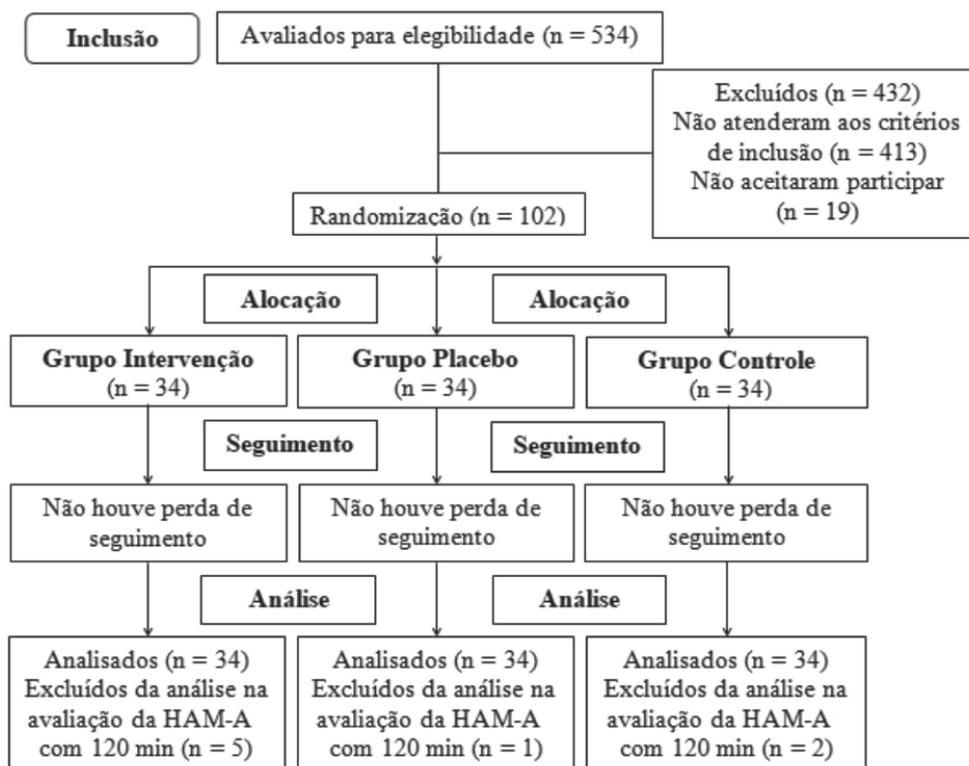


Figura 2. Fluxograma do recrutamento e agrupamento das participantes. Campinas, SP, Brasil, 2016

As variáveis sobre escolaridade, orientações prévias do TP e uso das PIC, incluindo a auriculoterapia, buscaram avaliar o grau de instrução geral e específica da mulher que poderiam ser influentes no seu comportamento durante o TP. O nível de escolaridade foi mensurado em anos de estudos (GI: 10,7 (\pm 3,1); GP: 9,9 (\pm 2,4); GC: 10,7 (\pm 3,1), p-valor=0,4567). A maioria das parturientes não havia participado de cursos de preparo ou recebido orientações sobre o processo de TP e uso das PIC na assistência ao parto (GI: 29 (85,3%); GP: 30 (88,2%); e GC: 29 (85,3%), p-valor=1,000). Também foi semelhante, na amostra, o desconhecimento sobre a auriculoterapia, descrito como "nunca ter ouvido falar" por 22 (64,7%) das parturientes no GI, 20 (58,8%) no GP e por 19 (55,9%) no GC, p-valor=0,7375.

Na admissão do estudo, houve maior número de mulheres em TP espontâneo no GI (GI: 25 (73,5%) *versus* GP: 16 (47,1%) *versus* GC: 9 (55,9%), p-valor=0,0781, teste Qui-quadrado), porém não foi estatisticamente significativo. Já a condução do TP com medicamentos e as outras características obstétricas, listadas na Tabela 1, que podem representar a primeira fase do TP em estágio inicial ou avançada, não houve

diferenças significativas nas comparações dos três grupos de estudo.

Na Tabela 2 estão apresentadas as médias dos escores da HAM-A e a categorização do grau de ansiedade antes e após o tratamento entre os grupos de estudos.

Na Tabela 3 constam as diferenças médias dos escores da HAM-A antes e com 120 minutos do tratamento. Ao analisar as pontuações antes e com 120 minutos em cada grupo, houve diferença significativa no GP (DM 3,64, IC 2,26-5,02, p<0,0001) e GC (DM 3,71, IC 2,40-5,04, p<0,0001) devido ao aumento das médias, o que não ocorreu no GI (DM 0,07, IC -0,61-0,75, p=0,8429).

No dia seguinte ao parto, quando questionadas se submeteriam novamente à auriculoterapia em uma futura gestação, as parturientes responderam afirmativamente: 33 (97,1%) no GI e 29 (85,3%) no GP (p=0,1974). Não houve diferença quando questionadas sobre o desconforto ocasionado pela auriculoterapia ("não incomoda": 30 (88,2%) no GI *versus* 31 (91,2%) no GP; "incomoda pouco": 4 (11,8%) no GI *versus* 3 (8,8%) no GP, p=1,0000, teste exato de Fisher).

Tabela 1. Distribuição das parturientes de acordo com grupos do estudo e características obstétricas. Campinas, SP, Brasil, 2016

Variável	Grupo de estudo			p-valor
	Intervenção (N = 34)	Placebo (N = 34)	Controle (N = 34)	
Nº de consultas no pré-natal, média (dp)*	9,3 (2,2)	9,9 (2,4)	8,9 (2,5)	0,4492†
Nº gestações, média (dp)*	1,6 (1,0)	1,6 (1,0)	1,7 (1,1)	0,8193†
Paridade, n (%)				
Nulípara	27 (79,4)	25 (73,5)	25 (73,5)	0,8090‡
Múltipara	7 (20,6)	9 (26,5)	9 (26,5)	
Antes do tratamento				
Membranas amnióticas, n (%)				
Íntegras	25 (73,5)	21 (61,8)	19 (55,9)	0,3378§
Rotas	9 (26,5)	13 (38,2)	15 (44,1)	
Dilatação cervical (cm), média (dp)*	4,6 (0,9)	4,8 (0,8)	4,5 (0,8)	0,3915†
Nº contrações, média (dp)*	3,1 (0,9)	3,2 (0,7)	3,3 (0,9)	0,5986†
Intensidade das contrações, n (%)				
Fraca	2 (5,8)	6 (17,6)	0 (0,0)	
Moderada	16 (47,1)	17 (50,0)	22 (64,7)	0,0634§
Forte	16 (47,1)	11 (32,4)	12 (35,3)	
Após o tratamento				
Condução do trabalho de parto	n (%)	n (%)	n (%)	
Prostaglandina	7 (20,6)	10 (29,4)	11 (32,4)	0,5273‡
Ocitocina	18 (52,9)	16 (47,1)	21 (61,8)	0,4725‡

p < 0,05. *desvio padrão †teste de Kruskal-Wallis ‡teste Qui-quadrado §teste exato de Fisher

Tabela 2. Diferenças nos escores da HAM-A* e grau de ansiedade entre os grupos de estudos. Campinas, SP, Brasil, 2016

Variável	Grupo de estudo		
	Intervenção (N = 34)	Placebo (N = 34)	Controle (N = 34)
Antes do tratamento	média ± dp [†]	média ± dp [†]	média ± dp [†]
HAM-A*	5,6 ± 4,5	5,6 ± 5,5	6,8 ± 5,7
Grau de ansiedade	n (%)	n (%)	n (%)
Ausente	0 (0,0)	4 (11,8)	4 (11,8)
Leve	33 (97,1)	29 (85,3)	28 (82,3)
Moderada	1 (2,9)	1 (2,9)	2 (5,9)
Severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	(N = 29)	(N = 33)	(N = 32)
Com 120 min do tratamento	média ± dp [†]	média ± dp [†]	média ± dp [†]
HAM-A*	5,7 ± 5,0	9,3 ± 7,9	10,5 ± 7,1
Grau de ansiedade	n (%)	n (%)	n (%)
Ausente	3 (10,3)	3 (9,1)	1 (3,1)
Leve	26 (89,7)	21 (63,6)	25 (78,1)
Moderada	0 (0,0)	9 (27,3)	4 (12,5)
Severa	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)

*HAM-A - Escala de Ansiedade de Hamilton †desvio padrão

Tabela 3. Comparações nos escores da HAM-A* e momentos da avaliação entre os grupos de estudos. Campinas, SP, Brasil, 2016

Comparação	Diferença média	Intervalo de confiança (95%)		p-valor
		Limite inferior	Limite superior	
HAM-A*, antes do tratamento				
Intervenção vs placebo	0,05	-2,42	2,52	0,9682 [†]
Intervenção vs controle	1,23	-1,31	3,77	0,3441 [†]
Placebo vs controle	-1,18	-3,88	1,53	0,3938 [†]
HAM-A*, 120 min do tratamento				
Intervenção vs placebo	3,62	0,42	6,81	0,0265 [†]
Intervenção vs controle	4,88	1,87	7,88	0,0015 [†]
Placebo vs controle	-1,26	-4,84	2,33	0,4915 [†]

*HAM-A - Escala de Ansiedade de Hamilton

p < 0,05. †Teste GEE - *Generalized estimating equations*

Discussão

A ansiedade é um sintoma comum enfrentado por mulheres durante a parturição; sobretudo quando incide sobre parturientes com pouca instrução, primigestas e ambientes hospitalares com elevados índices de intervenções médicas⁽²⁰⁾. Este estudo buscou avaliar os efeitos da auriculoterapia como uma PIC ao suporte assistencial de rotina oferecido às parturientes, o que mostrou controle da ansiedade no GI por meio da escala de ansiedade de Hamilton⁽¹⁷⁾.

Neste estudo, as parturientes tinham grau de instrução ou preparo prévio para o parto de forma semelhante ao avaliar: a escolaridade, o número de consultas no pré-natal e a baixa participação em cursos sobre parto. Também a nuliparidade, a presença do acompanhante de escolha e o compartilhamento

do quarto com outras parturientes, que são fatores importantes sobre o estado ansioso e na satisfação da mulher com seu parto⁽²¹⁾ foram homogêneos entre os grupos. Algumas características obstétricas tidas como causadoras de dor, e que consequentemente podem aumentar o grau de ansiedade⁽²²⁾ - intensidade e número de contrações, indução ou condução do TP com prostaglandinas e ocitócitos -, não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

O processo do parto é responsável por mais de 90% do estresse e da ansiedade da mulher durante o pré-natal, relacionado principalmente à falta de conhecimento e ao medo do parto⁽²³⁾. A presença de sintomas de ansiedade foi característica nos grupos GP (>88%), GC (>88%) e GI (100%), que pode estar relacionada à baixa educação pré-natal encontrada

nos três grupos de estudo (>85%). Nas comparações quanto aos resultados da HAM-A, foram estatisticamente significativas todas as análises ao comparar o GI *versus* GP e GI *versus* GC com 120 minutos da alocação no estudo, o que não ocorreu nas comparações entre GP *versus* GC no mesmo momento. Isso pode ter ocorrido devido ao estímulo real em pontos auriculares no GI, não aplicado nos grupos GP e GC, havendo, nestes últimos, aumento posterior nas pontuações da HAM-A.

O uso da auriculoterapia no TP também foi avaliado em um estudo com 80 parturientes para comparar os efeitos dessa terapia sobre a dor na fase ativa do TP, por meio de uma escala visual analógica (EVA)⁽¹³⁾. Em seus resultados, a média de intensidade de dor após o tratamento foi significativamente menor no GI (GI: 7,56 *versus* GC: 8,43 $p < 0,05$). Somente o fato de essa terapia favorecer o alívio da dor, já reduz os sintomas de ansiedade⁽²²⁾, o que pode ter ocorrido neste ECR, no GI, com 120 minutos.

Em um estudo cubano⁽²⁴⁾, pesquisadores avaliaram o uso da auriculoterapia sobre a ansiedade de mulheres que aguardavam curetagem por abortamento. A amostra foi constituída de 48 mulheres (90,5% (n 53)) e o estímulo foi nos pontos: *shenmen*, *coração* e *ansiolítico* com sementes de cardosanto (*Argemone mexicana L.*) pressionadas três vezes ao dia por sete dias, antes do procedimento. Diferente deste estudo que as mulheres foram classificadas com baixo grau de ansiedade, as mulheres cubanas foram admitidas com alto grau de ansiedade (escores ≥ 45 pontos) pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. Assim, os resultados foram mais claros após o tratamento; apenas três mulheres (5,66%) apresentaram baixo grau de ansiedade (-30 pontos), uma (1,88%) apresentou grau médio (3044 pontos) e as demais não apresentaram sintomas de ansiedade. A auriculoterapia foi eficaz ao reduzir os sintomas de ansiedade de mulheres que necessitaram da interrupção da gestação, assim como, não aumentaram os sintomas de ansiedade de mulheres que receberam essa terapia durante a evolução do TP (GI), demonstrado em nossos resultados.

Na literatura a respeito do assunto foram encontrados como tratamento alternativo no controle da ansiedade de mulheres em TP estudos com reflexologia⁽⁸⁾ e aromaterapia⁽²⁵⁾, e restrita a estudos de auriculoterapia para essas características. O uso da reflexologia mostrou redução do grau de ansiedade por meio do IDATE após o tratamento, significativamente ($p < 0,001$), quando comparado às parturientes com cuidados de rotina⁽⁸⁾. No estudo de aromaterapia (uso de óleo essencial de lavanda), com 121 nulíparas, também houve redução nos escores do IDATE ($p < 0,05$) e na concentração de cortisol, enquanto aumentaram

as concentrações plasmáticas de serotonina e ácido 5-hidroxi indol acético (5-HIAA), melhorando a evolução do TP⁽²⁵⁾. A auriculoterapia na especialidade obstétrica foi encontrada em um ECR⁽²⁶⁾ com 76 puérperas no pós-cesariana. Esse estudo mostrou redução significativa nos níveis de cortisol (diferença média (DM) = 4 μ g/dl, $p < 0,05$), frequência cardíaca (DM = 9,2 batimentos/min, $p < 0,001$), e ansiedade (IDATE) (DM = 3,8, $p < 0,01$) após tratamento com auriculoterapia (ponto *shenmen*).

Em um estudo de revisão⁽¹²⁾ foram avaliados os efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade; três ECR inclusos mostraram redução no grau de ansiedade após acupuntura auricular, em cenários distintos (no transporte pré-hospitalar, no pré-operatório e com voluntários saudáveis) a este ECR. Os autores dessa revisão descreveram a acupuntura auricular como promissora na incorporação do tratamento da ansiedade na prática clínica de enfermagem, assim como uma alternativa que pode reduzir o uso medicamentoso para ansiedade⁽¹²⁾. No Brasil, a acupuntura é uma especialidade de enfermagem legitimada por meio da resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 326 de 2008⁽²⁷⁾, executada nos serviços públicos e privados de saúde no tratamento de diversos sintomas; outros profissionais de saúde com formação superior e curso de especialização também executam a técnica. As PIC de saúde vêm sendo recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para utilização em sistemas de saúde de todo o mundo a fim de ampliar as opções terapêuticas de complemento ao tratamento convencional⁽²⁸⁾.

Como limitação deste ECR, destacamos a ausência de dados sobre casos diagnosticados de transtornos de ansiedade ou uso prévio e de rotina de medicamentos para o tratamento da ansiedade, embora a amostra seja aleatorizada e os sintomas de ansiedade tenham sido mensurados pela HAM-A, na admissão do estudo. Outra limitação é a ausência de dados sobre as parturientes que utilizaram alguma PIC de rotina da unidade obstétrica, por essas atividades serem de livre adesão e de existirem em seus usos grande variação de frequência e tempo durante o TP.

Conclusão

Neste estudo, mulheres submetidas ao estímulo por microesferas de cristais nos pontos auriculares: *shenmen*, *útero*, *área de neurastenia* e *endócrino* mantiveram o controle da ansiedade durante a fase ativa do TP, na qual, em geral, há aumento da ansiedade – como evidenciado nos grupos GP e GC, sem esse mesmo tratamento; o fato de não haver aumento nos

escores de ansiedade no GI já indica um efeito útil dessa terapia. No entanto, este estudo, somado a novos ECR de auriculoterapia para avaliação da ansiedade de parturientes, conduzidos preferencialmente em ambientes menos intervencionistas, contribuirão com maiores evidências no estabelecimento dessa terapia na assistência obstétrica.

Agradecimentos

A Henrique Ceretta Oliveira, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, pela contribuição na análise estatística.

Referências

1. Firouzbakht M, Nikpour M, Khefri S, Jamali B, Kazeminavaee F, Didehdar M. The effectiveness of prenatal intervention on pain and anxiety during the process of childbirth-northern iran: clinical trial study. *Ann Med Health Sci Res*. [Internet]. 2015 Sep/Oct [cited Jun 18, 2017]; 5(5):348-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500792>
2. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev*. [Internet]. 2010 May [cited Jun 14, 2017];86(5):305-10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378210000873?via%3Dihub>
3. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth*. [Internet]. 2008 Jun [cited Jun 14, 2017];35(2):92-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2008.00221.x>
4. Pinedo IA, Paz CP, Grandes G, Gurutze RFG, Itziar OH, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. [Internet]. 2010 May [cited Jun 14, 2017];59:194-202. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20421842>
5. Cintra RJA, Rodríguez MA. Tratamiento de la ansiedad con técnicas tradicionales. *Mediciego*. [Internet]. 2012 [cited Feb 10, 2016];18(No. Esp.). Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/articulos/t-3.html
6. Camargos GL, Corrêa AAM. O uso da auriculoacupuntura no tratamento da dependência química. *Rev Científica Fagoc-Saúde*. [Internet]. 2016 [cited Jun 16, 2017];1(1):9-17. Available from: <http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/3>
7. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Portas S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2012 Mar [cited Jun 19, 2017];(3):CD009234. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234/pdf>
8. Moghimi SH, Mehdizadeh ZT, Shoghi M. The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labor in primigravida women. *Acta Med Iran*. [Internet]. 2015 Agu [cited Feb 10, 2017];53(8):507-11. Available from: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4277>
9. Zhang CS, Yang AW, Zhang AL, May BH, Xue CC. Sham control methods used in ear-acupuncture/ear-acupressure randomized controlled trials: a systematic review. *J Altern Complement Med*. [Internet]. 2014 Mar [cited Jun 19, 2017];20(3):147-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948482/>
10. Reilly PM, Buchanan TM, Vafides C, Breakey S, Dykes P. Auricular acupuncture to relieve health care workers' stress and anxiety: impact on caring. *Dimens Crit Care Nurs*. [Internet]. 2014 May/Jun [cited Sep 13, 2017];33(3):151-9. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24704740>
11. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Auriculotherapy effectiveness in the reduction of anxiety in nursing students. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012 Oct [cited Sep 2, 2017]; 46(5):1200-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500023
12. Goyatá SLT, Avelino CCV, Santos SVM, Souza DI Junior, Gurgel MDL, Terra FS. Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 Jun [cited Sep 02, 2017];69(3):564-71. Available from: doi: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300602&lng=en&nrm=iso&tling=en
13. Rastegarzade H, Abedi P, Valiani M, Haghhighi MH. The effect of auriculotherapy on labor pain intensity in nulliparous women (persian). *JAP*. [Internet]. 2015 Sep [cited May 28, 2017];6(1):54-63. Available from: http://jap.iuims.ac.ir/browse.php?a_id=5219&sid=1&slc_lang=en
14. Schawartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *J Clin Epidemiol*. [Internet]. 2009 May [cited Jan 8, 2017]; 62(5):499-505. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435609000432?via%3Dihub>
15. Mafetoni RR, Shimo AK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Aug [cited

- Jan 8, 2017];24:e2738. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02738.pdf>
16. Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of acupressure on progress of labor and cesarean section rate: randomized clinical trial. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2015 Fev [cited May 30, 2015]; 49(1):1-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005407.pdf>
17. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psych*. 1959; 32(1):50-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
18. DeSousa DA, Moreno AL, Gauer G, Manfro GG, Koller SH. Systematic review of instruments to evaluate anxiety in Brazilian population. *Aval Psicol*. [Internet]. 2013 Dec [cited Jan 18, 2018];12(3):397-410. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=i&tlng=pt
19. Marques CF, Zanella EC, Leal CR, Merey LF. Influence of music and relaxation therapy on anxiety of newborn mothers admitted at an intermediate neonatal unit. *Fisioter Bras*. [Internet]. 2013 Jun [cited Mar 18, 2016];14(3):198-203. Available from: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/viewFile/391/696>
20. Floris L, Irion O, Courvoisier D. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Med*. [Internet]. 2017 Sep [cited Jan 20, 2018];22(8):969-77. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2016.1258480?journalCode=cphm20>
21. World Health Organization - WHO. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief. [Internet]. Document WHO/RHR/16.10. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited Sep 20, 2017];4p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250274/WHO-RHR-16.10-eng.pdf;jsessionid=85D11BF7331446C87E2590E8F438E001?sequence=1>
22. Floris L, Irion O. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: a prospective, descriptive study. *J Health Psychol*. [Internet]. 2015 Apr [cited Oct 2, 2017];20(4):446-55. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105313502695>
23. Firouzbakht M, Nikpour M, Khefiri S, Jamali B, Kazeminavaee F, Didehdar M. The effectiveness of prenatal intervention on pain and anxiety during the process of childbirth-northern Iran: clinical trial study. *Ann Med Health Sci Res*. [Internet]. 2015 Sep/Oct [cited Sep 18, 2017]; 5(5):348-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594348/>
24. Mirabal ME, Ramos PK, Pulgarón SJ. Auriculopuntura como tratamiento de la ansiedad para la interrupción voluntaria del embarazo. *Rev Ciencias Médicas*. [Internet]. 2014 Jul/Aug [cited May 28, 2017]; 18(4):590-7. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n4/rpr05414.pdf>
25. Mirzaei F, Keshtgar S, Kaviani M, Rajaeifard A. The effect of lavender essence smelling during labor on cortisol and serotonin plasma levels and anxiety reduction in Nulliparous women. *JKMU*. [Internet]. 2009 Jul/Aug [cited May 12, 2016];16:245-54. Available from: http://jkmu.kmu.ac.ir/article_17271.html
26. Kuo SY, Tsai SH, Chen SL, Tzeng YL. Auricular acupressure relieves anxiety and fatigue, and reduces cortisol levels in post-caesarean section women: A single-blind, randomised controlled study. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2016 Jan [cited Oct 2, 2017]; 53:17-26. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(15\)00307-7/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(15)00307-7/fulltext)
27. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN No. 326/2008. Regulamenta no Sistema COFEN/corens a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. [Internet]. 2008 [Acesso 6 fev 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluao-cofen-n-3262008_5414.html
28. World Health Organization - WHO. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited Feb 6, 2018]; 72p. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>

Recebido: 16.11.2017

Aceito: 06.05.2018

Correspondência:

Reginaldo Roque Mafetoni
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Cidade Universitária
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil
E-mail: mafetoni.cps@gmail.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.