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

Michele Ediane Gayeski¹, Odaléa Maria Brüggemann²

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina, Brasil. Email: michelegayeski@hotmail.com

² Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. Email: odalea@ccs.ufsc.br

RESUMO: Revisão sistemática que objetivou avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS e Isi Web of Science. Incluíu-se 12 ensaios clínicos randomizados elegíveis, publicados entre 1980 e 2009, que avaliaram o banho de imersão, a massagem e a aromaterapia. Os resultados mostraram que o banho de imersão deve ser iniciado após 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto e prejudicar os resultados neonatais. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e estresse, sendo mais efetiva para reduzir a dor, quando utilizada no começo da fase latente. A aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. É necessário estabelecer parâmetros de aplicação de cada método para que os resultados maternos e neonatais sejam positivos e contribuam para a satisfação da mulher.

DESCRITORES: Trabalho de parto. Dor do parto. Ensaio clínico. Enfermagem obstétrica.

NON-PHARMACOLOGICAL APPROACH TO PAIN RELIEF DURING LABOR AS HARD-LIGHT CARE TECHNOLOGY: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: The objective of this systematic review was to evaluate the maternal and neo-natal results generated from the utilization of non-pharmacological methods for pain alleviation concerning the strains of delivery, classified as light-to-hard technology. Research was carried out in the following databases: CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS, and Isi Web of Science. This study is composed of 12 randomized eligible clinical tests published between 1980 and 2009 which evaluated immersion baths, massages, and aromatherapy. Results show that the immersion bath should be initiated after 3 cm of dilation in order not to prolong the strains of delivery and harm neo-natal results. Massage is efficient in alleviating anxiety, pain, and stress, being most effective in reducing pain when utilized in the beginning of the latent phase. Aromatherapy diminishes anxiety and fear. It is necessary to establish parameters for the application of each method in order that maternal and neonatal results are positive and contribute to the woman's satisfaction.

DESCRIPTORS: Labor. Labor pain. Clinical trial. Obstetrical nursing.

LOS MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DURANTE EL PARTO: UNA REVISION SISTEMÁTICA

RESUMEN: Se trata de una revisión sistemática con el objetivo de evaluar los resultados maternos y neonatales de la utilización de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto, que son clasificados como tecnología blanda y dura. Se realizó una búsqueda en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS y el ISI Web of Science. Se incluyeron 12 ensayos clínicos aleatorios elegibles, publicados entre 1980 y 2009, en los que se evaluaron: el baño de inmersión, el masaje y la aromaterapia. Los resultados mostraron que baño de inmersión debe ser iniciado después de 3 cm de dilatación para no prolongar el trabajo de parto y afectar el resultado neonatal. El masaje es efectivo para aliviar la ansiedad, el dolor y el estrés, siendo más eficaz en la reducción del dolor cuando se usa temprano en la fase latente. La aromaterapia reduce la ansiedad y el miedo. Se deben establecer parámetros para cada método de aplicación en la que los resultados maternos y neonatales sean positivos y contribuyan a la satisfacción de las mujeres.

DESCRIPTORES: Trabajo de parto. Dolor del parto. Ensayo clínico. Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas sim, com a experiência de gerar uma nova vida. No entanto, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam.¹

Essa dor resulta de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório e, embora, seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar.² Desta forma, as opções não farmacológicas podem auxiliar a parturiente no alívio da dor.

A manutenção do equilíbrio emocional durante o trabalho de parto é fundamental, pois quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas, do hormônio adrenocorticotrófico e do cortisol, comprovando que o estresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa.³

Tendo em vista esses aspectos, torna-se evidente que devem ser desenvolvidas ações para diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, pois mesmo com a utilização de vários analgésicos, sozinhos eles não podem gerir esse fenômeno multidimensional que é a dor.⁴

Os Métodos Não Farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico. O uso desses métodos vem sendo alvo de estudos desde a década de 60,⁵ entretanto, de maneira geral, passaram a ser introduzidos em algumas maternidades brasileiras a partir da década de 90, com o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) para assistência ao parto.⁶⁻⁷

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. Considerando a classificação de Merhy e Onocko,⁸ eles podem ser classificados como tecnologia leve-dura, uma vez que está baseada nos saberes estruturados, tanto

dos profissionais de saúde como em relação à clínica e a epidemiologia, organizando sua atuação no processo de trabalho.

Assim, essa revisão sistemática teve como objetivo avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura de cuidado.

MÉTODO

Para a elaboração dessa revisão sistemática da literatura foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS e Isi Web of Science entre 1980 a março de 2009, utilizando-se as palavras-chave: bola obstétrica (*obstetric ball*), banho terapêutico (*therapeutic bath*), massagem (*massage*) audioanalgesia (*audioanalgesia*), aromaterapia (*aromatherapy*), mudanças de posição (*changes of position*), técnicas de respiração (*breathing techniques*), focalização da atenção (*focus of attention*), métodos não farmacológicos (*non pharmacological methods*) e dor no parto (*pain in labor*).

Foram definidos como elegíveis os Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs) que avaliaram a aplicação do banho terapêutico, massagem, técnicas de respiração e relaxamento, aromaterapia, mudança de posição, audioanalgesia e focalização da atenção. Esses métodos foram considerados como tecnologia leve-dura, com base em Merhy e Onocko², uma vez que a aplicação deles não está condicionada à necessidade de formação profissional específica ou recursos tecnológicos de ponta (tecnologia dura).

As etapas metodológicas foram baseadas em Greenhalgh⁹: 1. Definir os objetivos da revisão dos ensaios clínicos randomizados e os critérios de elegibilidade; 2. Selecionar os ensaios clínicos randomizados que atendam aos critérios de elegibilidade; 3. Elencar as características identificadas de cada estudo e avaliar sua qualidade metodológica; 4. Aplicar os critérios de elegibilidade e justificar qualquer exclusão; 5. Analisar os resultados dos ensaios clínicos randomizados; 6. Comparar e sintetizar os resultados dos ensaios clínicos analisados; e 7. Preparar um resumo crítico da revisão. A avaliação metodológica de cada ECR elegível foi a partir dos conceitos de Hulley et al.¹⁰

Constituído o conjunto de ECRs, identificou-se: o local de realização (país), ano de publicação, objetivo, amostra, técnica de randomização, o método não farmacológico para alívio da dor utilizado, pessoal/profissional que aplicou o método e a participação de

acompanhante ou familiar na aplicação do mesmo e o método de avaliação da intervenção.

Após a avaliação metodológica, foram analisados os resultados maternos e neonatais, entre eles: taxa de cesárea, analgesia de parto, tempo de trabalho de parto, satisfação e/ou opinião da mulher, tolerância/alívio da dor, níveis de ansiedade, uso de fármacos, ruptura de membranas, Apgar do Recém-Nascido (RN), taxa de transferência para Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), tempo de permanência do RN na UTIN e necessidade de reanimação cardiorrespiratória pós-parto. Esses resultados foram agrupados por tipo de método avaliado nos ECRs para posterior síntese dos resultados.

RESULTADOS

Características dos ensaios clínicos randomizados

Foram localizados somente 22 ECRs que avaliaram métodos classificados como tecnologia leve-dura. Destes, 12 foram incluídos (Quadro 1), pois atendiam aos critérios de elegibilidade, e 10 foram excluídos (Quadro 2), após avaliação da qualidade metodológica.

Em relação à paridade dos sujeitos de pesquisa, as primíparas foram incluídas em todos os ECRs, sendo que quatro foram realizados somente com primíparas^{4,6,8,11} e oito¹²⁻¹⁹ com múltiparas e primíparas. Ou seja, na maioria deles a paridade e a dilatação cervical para o início da intervenção não eram critérios de inclusão/exclusão (Quadro 1). No entanto, foram incluídas somente mulheres com gestação única, de baixo risco, a termo e feto em apresentação cefálica, com exceção de Schorn et al.¹⁹ e Eriksson et al.¹⁴ que incluíram bebês prematuros.

Os MNFs mais avaliados pela maioria dos estudos foram o banho de imersão^{13-14,17-22} e a massagem,^{15-16,23-24} seguidos da aromaterapia.¹² As *midwives* (enfermeiras obstétricas) aplicaram o MNF em praticamente todos os ECRs, sendo que o acompanhante participou de todos os estudos elegíveis que avaliaram a massagem como MNF de alívio da dor (Quadro 1).^{15-16, 23-24}

Não foram localizados ECRs sobre o uso da bola suíça, conhecida como bola obstétrica, banho de aspersão e o uso da focalização da atenção, apesar de serem amplamente utilizados nas maternidades brasileiras. Os estudos sobre mudança de posição e audioanalgesia encontrados não eram elegíveis.

Quadro 1 - Características dos ensaios clínicos randomizados

Ensaio clínico	Ano	País	Sujeitos	Método	Quem aplicou
Schorn et al ¹⁹	1993	EUA	93 primíparas e múltiparas	Banho de imersão	Midwife
Rush et al ¹⁸	1996	Canadá	785 primíparas e múltiparas	Banho de imersão	Midwife
Eriksson et al ¹⁴	1997	Suécia	200 primíparas e múltiparas	Banho de imersão	Midwife
Ohlsson et al ¹⁷	2001	Canadá	1.237 primíparas e múltiparas	Banho de imersão	Midwife
Eckert et al ¹³	2001	Austrália	274 primíparas e múltiparas	Banho de imersão	Midwife
Cluett et al ²⁰	2004	Inglaterra	99 primíparas	Banho de imersão	Midwife
Silva et al ²¹	2007	Brasil	108 primiparas	Banho de imersão	Enfermeira obstétrica
Field et al ¹⁵	1997	EUA	28 múltiparas e primíparas	Massagem	Midwife e acompanhante
Chang et al ²³	2002	Taiwan	60 primíparas	Massagem	Midwife e acompanhante
Chang et al ²⁴	2006	Taiwan	60 primíparas	Massagem	Midwife e acompanhante
Kimber et al ¹⁶	2008	Inglaterra	90 primíparas e múltiparas	Massagem	Midwife e acompanhante
Burns et al ¹²	2007	Itália	513 primíparas e múltiparas	Aromaterapia	Midwife

Resultados dos métodos não farmacológicos para alívio da dor

Banho de imersão

Os sete ECRs que avaliaram o banho de imersão, contaram com a participação de 2.796 parturientes (Grupo Experimental - GE e Grupo Controle - GC). No estudo de Rush et al,¹⁸ a intervenção foi o banho de imersão com hidromassagem, comparada com o banho de imersão simples e no de Schorn et al,¹⁹ Eckert et al¹³ e Ohlsson et al¹⁷ foi oferecido o banho de aspersão ao GC. As principais variáveis avaliadas foram a dor,^{13,18,20-21} o tempo de trabalho de parto,^{13-14,18-20} a taxa de analgesia,^{13-14,17-19} os partos operatórios^{22,25-26} e os resultados neonatais.^{13,17-18,20-21}

Em todos os ECRs o início da intervenção se deu na primeira fase do trabalho de parto, sendo que em três foi estabelecida dilatação cervical mínima para o início da mesma. Nos estudos de Schorn et al¹⁹ e Ohlsson et al¹⁷ foi de 4 cm e no de Silva et al,²¹ de 6 cm de dilatação. Relevante salientar que no estudo de Eriksson et al,¹⁴ a mesma intervenção foi aplicada em dois grupos diferentes (G1 e G2), sendo que a única diferença foi que as parturientes do G1 iniciavam o banho de imersão quando a dilatação era inferior a 5 cm e o G2 com dilatação igual ou maior que esse valor.

Com relação ao tempo de permanência na banheira, nos estudos de Rush et al,¹⁸ Eckert et al¹³ e Schorn et al¹⁹ o tempo foi determinado pelas parturientes, sendo em média uma hora. Em contrapartida, em três estudos, foi estabelecido o tempo máximo de permanência na água. No de Eriksson et al,¹⁴ até o início da segunda fase do trabalho de parto, no de Cluett et al²⁰ quatro horas e no de Silva et al²¹ uma hora. Quanto à temperatura da água, houve uma variação de 27°C a 41°C.^{13-14,19-21}

Quanto aos resultados maternos, no estudo de Cluett et al,²⁰ houve redução da taxa de analgesia no GE (OR=0.71; IC95%:0.49-1.01), em contrapartida, Eriksson et al¹⁴ encontraram um aumento dessa taxa no grupo que iniciou a intervenção com dilatação inferior a 5 cm (p=0,0015). Quanto ao tempo de trabalho de parto, avaliado em praticamente todos os ECRs,^{13-14,18-21} não houve redução em nenhum deles, ao contrário, no de Rush et al¹⁸ o trabalho de parto foi significativamente mais longo no GE (p=0.003) e no Eriksson et al¹⁴ foi mais longo para o grupo que iniciou o banho antes dos 5cm 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, no de Rush et al,²⁵ em que parturientes do GC foram submetidas ao banho de imersão 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%).

Os resultados sobre a satisfação materna com experiência do parto foram avaliados em três estudos. Em um deles,¹³ 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,^{18,20} as parturientes do GE relataram uma maior satisfação com a experiência de parto, sendo que no de Cluett et al,²⁰ 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). Surpreendeu o fato de a dor ter sido avaliada em apenas três ECRs,^{13,20-21} sendo que em um deles não houve redução.¹³

Quanto aos resultados neonatais, pode-se inferir que eles estão relacionados ao tempo de permanência da água, à dilatação mínima para o início da intervenção e à integridade das membranas. Em dois estudos,^{13,20} os quais não tiveram critérios rígidos em relação a esses aspectos, os resultados neonatais foram negativos. No de Cluett et al²⁰ a admissão dos recém-nascidos do GE na UTIN foi significativamente maior (p=0,013) e no estudo de Eckert et al¹³ 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), apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas em relação à escala de Apgar entre os grupos. Além disso, esses recém-nascidos necessitaram mais de aspiração (57% vs 53%), oxigenioterapia (35% vs 27%) e ventilação mecânica (3% vs 1%), embora sem significância estatística. Contudo, nos ECRs^{17,19} que estabeleceram dilatação mínima acima de 3cm, com tempo de permanência livre na água, assim como imersão na água somente após 6cm de dilatação por um período máximo de uma hora,²¹ não houve diferença significativa nesses resultados.

Massagem

Foram selecionados quatro ECRs que avaliaram a massagem (na região dorsal, nos pés, na cabeça, nos ombros e nas mãos) os quais envolveram 238 primíparas e múltiparas (GE e GC). Em dois estudos, as mulheres participaram de um programa de orientação no pré-natal^{12,14} e

todos contaram com a participação de um acompanhante de escolha da mulher na aplicação da intervenção.^{15-16,23-24}

No estudo de Kimber et al,¹⁶ tanto as parturientes quanto os acompanhantes receberam treinamento prático, durante o pré-natal, sobre como realizar a massagem, e no de Field et al¹⁵ o treinamento do acompanhante foi durante o trabalho de parto, por um massoterapeuta que atuou até que o mesmo se sentisse confortável para realizar a massagem. Entretanto, em nenhum desses estudos o acompanhante aplicou sozinho a intervenção.

As principais variáveis avaliadas foram a dor, as reações comportamentais (expressão facial, vocalização, movimentação corporal e respiração), o nível de estresse e ansiedade, a satisfação, o uso de analgesia farmacológica e o tempo de trabalho de parto.

Em todos os ECRs^{15-16,23-24} as parturientes do GE tiveram redução da dor, sendo que em dois estudos²³⁻²⁴ a redução da dor foi estatisticamente significativa somente na fase latente do trabalho de parto.

As reações comportamentais resultantes da dor foram avaliadas em dois estudos.^{15,23} Em um deles²³ 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,¹⁵ o GE apresentou expressões faciais positivas ($p<0,05$) maiores e movimentação corporal menor ($p<0,001$) frente à dor na fase latente.

O ECR de Field et al¹⁵ (1997) foi o único 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.^{15,23} No de Chang et al²³ as parturientes que receberam a intervenção tiveram uma redução da ansiedade somente na fase latente do trabalho de parto e no Field et al¹⁵ uma redução em todas as fases.

A satisfação com a experiência do parto foi avaliada em dois estudos.^{16,23} No de Kimber et al,¹⁶ não houve redução significativa do 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 estudo de Chang et al²³ os resultados sobre a satisfação com o nascimento, com a assistência de enfermagem e com a participação do acompanhante foram similares nos GE e GC.

Os resultados maternos referentes ao manejo e evolução do trabalho foram avaliados em três ECRs,^{15-16,23} sendo que em dois deles^{16,23} 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). Apenas Field et al¹⁵ encontraram uma redução no tempo de trabalho de parto no GE.

Aromaterapia

A aromaterapia é uma prática alternativa que se utiliza do poder das plantas através do uso de suas essências. Apesar de incerto, seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo.²⁷

Apenas um ECR¹² avaliou a aromaterapia durante o trabalho de parto em relação aos resultados maternos e neonatais. Foram randomizadas 513 multíparas e primíparas (GE e GC), a aplicação do método foi por parteiras não aromaterapistas e a essência foi aplicada através de acupressão, massagem, escalda pés, diluição em água para banho de imersão e inalação. A essência *L. augustifolium* - lavanda (45%) foi a mais usada, por escolha da parturiente, através de inalação (37%) e massagem (32%).

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), parto espontâneo vaginal (RR=0.99, 95% CI: 0.75-1.3) e duração da primeira fase do trabalho de parto (RR= 1.01, 95% CI: 0.83-1.4). 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. Em relação aos resultados neonatais, houve uma redução de admissões de bebês do GE, na UTIN ($p=0,017$).

AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Ensaio clínico randomizados incluídos

A randomização é a base de um ensaio clínico, assim, é importante que seja feita de forma correta, garantindo que os pesquisadores não influenciem na alocação aleatória dos sujeitos. Para essas alocações, devem ser utilizados algoritmos

computadorizados ou uma série de números aleatórios gerados por computador, colocadas em envelopes lacrados e opacos.¹⁰

Dos 12 ECRs analisados, seis explicitaram que todos esses critérios foram respeitados,^{12-14,18,20} dois obedeceram apenas ao critério de alocação aleatória gerada por computador¹⁹⁻²¹ e somente um aos critérios relacionados aos cuidados com os envelopes.¹⁷ Os demais estudos não explicitaram cuidados utilizados.^{15,23-24}

Praticamente em todos ECRs o cálculo da amostra foi realizado utilizando-se como referência a taxa de desfecho a ser avaliada, ou seja, a analgesia farmacológica,^{13,18} scores de estudos anteriores,¹⁵⁻¹⁶ taxas de intervenção ou distócia intraparto,^{12,20} taxa de transferência de recém-nascidos para UTIN,¹⁷ taxa de resultados maternos^{14,19} e a minoria usou estudo piloto.²³⁻²⁴ Apenas um estudo utilizou a fórmula de *Cochran* para comparação de proporções de populações finitas, baseando-se no número de nascimentos da instituição em que foi realizado.²⁰

O método mais utilizado para avaliação da intervenção foi a *Visual Analogue Scale* que avalia

a intensidade da dor de forma numérica.^{13,15-16,20-21} Também foram utilizadas a *Behavioural pain scale*,^{15,21,23} a *Likert Scale*,^{12-13,15,20} a *Birth Worry Scale*¹⁶ e a *Postnatal Depression Scale*.¹³

Ensaio clínico randomizado não incluídos

Considerando que ECRs com número insuficiente de participantes podem levar a conclusões enganadoras, estimar o tamanho da amostra é imprescindível na fase de planejamento.¹⁰ A não inclusão de 10 ECRs nessa revisão (Tabela 2) foi devido ao fato dos mesmos não terem explicitado o cálculo amostral ou taxa de desfecho utilizada,^{12,25,28-33} não apresentar nenhum resultado clínico específico³³ e avaliar qualitativamente os resultados.³³ Também foi excluído o de Silva et al,³⁵ por se tratar do mesmo ECR publicado em outro periódico e o de Adachi et al,²⁸ por ter aplicado a mesma intervenção de forma alternada em um mesmo grupo não analisando os resultados separadamente (Quadro 2).

Quadro 2 - Características dos ensaios clínicos não incluídos

Ensaio clínico	Ano	País	Sujeitos	Método	Motivo da não inclusão
Cammu et al ³²	1991	Bélgica	110 primíparas	Banho de imersão	Não explicitou o calculo amostral
Silva et al ³⁵	2006	Brasil	108 nulíparas;	Banho de imersão	Mesmos dados publicados por Silva et al ²
Sammons ³³	1984	Canadá	54 múltiparas e primíparas	Música	Não explicitou o calculo amostral Não apresenta resultados clínicos
Browning ³⁴	2000	Canadá	11 múltiparas e primíparas	Música	Avaliação qualitativa dos resultados
Adachi et al ²⁸	2003	Japão	58 múltiparas e primíparas	Mudança de posição	Aplicação da mesma intervenção em dois grupos de forma alternada
Almeida et al ²⁹	2005	Brasil	36 primíparas; dilatação < 4cm	Técnicas de respiração	Não explicitou o calculo amostral
Almeida et al ³⁰	2005	Brasil	36 primíparas; dilatação < 4cm	Técnicas de respiração	Não explicitou o calculo amostral
Bagharpoosh et al ³¹	2005	Iran	62 primíparas e múltiparas	Massagem	Não explicitou o calculo amostral
Molina et al ¹¹	1997	Argentina	100 múltiparas e primíparas	Mudança de posição	Não explicitou o calculo amostral
Melzack et al ²⁵	1991	Canadá	60 múltiparas e primíparas	Mudança de posição	Não explicitou o calculo amostral

DISCUSSÃO

A maioria dos ECRs selecionados, tanto incluídos quanto excluídos, foram realizados após o ano 2000, o que pode ter sido decorrente da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, em 1985, na qual a OMS recomendou que os MNFs fossem usados com cautela, pois necessitavam mais evidências para a sua utilização.³⁶

Cabe destacar que a participação das *midwives* (enfermeiras obstétricas) foi expressiva, sendo que em praticamente todos os estudos elas foram responsáveis pela aplicação do MNF. Este fato que pode estar relacionado à sua formação, que direciona a sua prática para o “cuidar”, respeitando os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais que envolvem o processo reprodutivo.²⁶

Os ECRs sobre o banho de imersão foram os que mais avaliaram as variáveis relacionadas à evolução do trabalho de parto e resultados maternos e neonatais e contaram com maior número amostral (2.796 mulheres), sendo que os resultados foram contraditórios em relação a sua utilização. Esse método se diferencia dos demais, por ser o único que afeta os sinais vitais maternos, aumentando o pulso e a temperatura corporal da mulher, o que, de modo indireto, pode causar efeitos adversos no feto, portanto, seu uso deve ser baseado em evidências científicas confiáveis.

Para Simkin e O’Hara³⁷ a temperatura da água, o tempo de permanência na banheira e a dilatação cervical para o início da intervenção devem ser cuidadosamente avaliados porque podem alterar o progresso do trabalho de parto. A importância de estabelecer tais parâmetros para o início da intervenção foi observada no ECR de Silva et al²¹ que encontrou resultados maternos e neonatais positivos ao controlar todos eles, além de estabelecer o período máximo de ruptura de membranas. Entretanto, parece que o fundamental é estabelecer uma dilatação cervical mínima para o início da intervenção, mais do que controlar o tempo de permanência na banheira e a integridade das membranas, o que foi demonstrado em dois ECRs^{17,19} que não encontraram diferenças significativas nos resultados neonatais quando esse critério foi estabelecido e respeitado. Em contrapartida, nos estudos que não estabeleceram nenhum parâmetro,^{13,20} os resultados neonatais foram negativos. Portanto, dos sete ECRs que avaliaram o banho de imersão os quatro que estabeleceram dilatação mínima para o início da intervenção ≥ 3 cm não apresentaram resultados neonatais negativos^{14,17-18,21} sendo que o mesmo não ocorreu nos outros dois estudos.^{14,20}

Os resultados em relação à redução da taxa de analgesia peridural são contraditórios. Essa variável foi avaliada somente em dois ECRs,^{14,20} sendo que em um deles²⁰ houve redução nessa taxa no GE, mesmo não havendo critério de dilatação mínima para o início da intervenção. No entanto, em outro¹⁴ houve um aumento nessa taxa quando o banho era iniciado antes dos 5 cm de dilatação.

Quanto ao tempo de trabalho de parto, nenhum estudo mostrou redução dessa variável. Inclusive os ECRs mostram que o banho de imersão pode aumentar esse período, se o mesmo for iniciado antes de uma dilatação ≥ 3 cm.^{14,18}

A satisfação materna com a experiência do parto foi avaliada em poucos estudos,^{13,18, 20} sendo maior nas mulheres que receberam a intervenção, em dois deles.^{18,20} Essa variável parece não estar relacionada aos resultados neonatais, já no de Cluett et al²⁰ a satisfação materna foi significativamente maior no GE mesmo tendo uma elevada taxa de transferência dos recém-nascidos para UTIN. Somente um estudo¹³ houve menor satisfação das mulheres que receberam a intervenção, sendo que a necessidade de reanimação cardiorespiratória de seus recém-nascidos foi significativamente maior.

Embora o banho de imersão seja classificado com um MNF para alívio da dor, chama atenção o fato de que a intensidade da dor foi avaliada somente em três estudos,^{13,20-21} dos quais dois obtiveram redução na intensidade no GE.²⁰⁻²¹ Esse resultado também foi encontrado nos ECRs que avaliaram a aplicação da massagem (Quadro 1).^{15-16,23-24} Esses achados permitem ressaltar a importância da utilização desses dois MNFs durante o trabalho de parto. No entanto, a intensidade e as características da dor são altamente individuais e subjetivas, algumas mulheres sentem uma dor extrema e outras quase nenhuma, requerendo um assistência individualizada à mulher em trabalho de parto e que respeite essas diferenças.²²⁻²³

Na presente revisão, os resultados sobre o banho de imersão na redução na percepção materna sobre a dor foram similares aos encontrados na revisão sistemática, publicada na biblioteca *Cochrane*,³⁸ em 2002. Essa revisão já apontava a necessidade de uma melhor investigação sobre a relação entre os resultados maternos e neonatais e o tempo de início do banho de imersão. Transcorridos alguns anos, os estudos de Cluett et al²⁰ e de Silva et al,²¹ trouxeram contribuições sobre parâmetros, recomendando que uma dilatação cervical mínima deve ser estipulada para que os efeitos benéficos desse método sejam maiores do

que os indesejáveis, quanto ao tempo de trabalho de parto e resultados neonatais.

A massagem se mostrou mais efetiva para o alívio da dor quando utilizada no início da fase latente.²³ Esse método reduz as reações comportamentais,^{15,23} o estresse¹⁵ e ansiedade^{15,23} frente à dor, além disso permite a participação ativa do acompanhante, o que resulta em maiores níveis de satisfação para ambos.

A aromaterapia foi o MNF de alívio da dor menos avaliado pelos ECRs, sendo que apenas um foi incluído nessa revisão. As nulíparas se mostraram mais perceptivas ao método, o que pode ter influenciado a maior redução da dor nessas mulheres. Já a redução dos níveis de ansiedade e medo ocorreram independente da paridade. Apesar de ser um método de fácil aplicação e baixo custo, é necessário que mais estudos sejam realizados, com delineamento adequado, para examinar os seus efeitos no manejo da dor durante o trabalho de parto, conforme já apontado por Smith et al²⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados nos ECRs, conclui-se que para cada método é necessário definir em que fase do período de dilatação, latente ou ativa, ele deve ser implementado.

O banho de imersão apresenta mais benefícios quando utilizado a partir dos 3cm de dilatação cervical, principalmente quando controlados, conjuntamente, o tempo de ruptura das membranas e permanência na água, pois todos esses parâmetros podem influenciar negativamente nos resultados neonatais e no tempo de trabalho de parto. Esse método mostrou-se eficiente na redução da dor, independente dos parâmetros citados anteriormente. No entanto, a sua aplicabilidade, no cenário de cuidado brasileiro não é uma realidade, uma vez que não há banheira instalada na maioria dos centros obstétricos. Dessa forma, a mudança na estrutura física deve ser encorajada, tendo em vista os resultados positivos apresentados.

A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, do estresse e da dor. No entanto, seu efeito, em relação à dor, é significativamente maior na fase latente, apesar de também reduzi-la na fase ativa. Assim como a massagem, a aromaterapia, apesar de ter sido menos avaliada, é um método que também reduz a ansiedade, além do medo, que pode influenciar positivamente nos resultados neonatais.

Nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e

ansiedade da parturiente e promovem satisfação. A redução dos níveis de estresse previne a hiperventilação e conseqüente alcalose respiratória reduzindo a liberação de catecolaminas o que contribui para uma melhor perfusão placentária e menores índices de acidose fetal,² com conseqüente resultados neonatais positivos.

Tendo em vista as características multidimensionais e individuais da dor, todas as variáveis envolvidas na experiência do nascimento devem ser levadas em conta na escolha do método a ser utilizado durante o trabalho de parto, já que o uso de medidas não farmacológicas exige da mulher um maior senso de controle sobre seu corpo e suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes. Considerando a individualidade de cada parturiente e que muitos sentimentos se exacerbam durante o trabalho de parto, além de conhecer os efeitos dos MNFs, é imprescindível que pesquisas sejam realizadas com o objetivo de conhecer as preferências das parturientes em relação ao tipo de método a ser utilizado.

REFERÊNCIAS

1. Costa B, Figueiredo A, Pacheco A, Pais A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psic Saúde Doenças*. 2003 Jul; 4(1):47-67.
2. Drummond JP. *Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica*. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2000.
3. Mclean M, Thompson D, Zhang HP, Brinsmead M, Smith R. Corticotrophin-releasing hormone and b-endorphin in labor. *Eur J Endocrinol*. 1994 Aug; 131(2):167-72.
4. Mobily PR, Herr KA, Nicholson AC. Validation of cutaneous stimulation interventions for pain management. *Int J Nurs Stud*. 1994 Dec; 31(6):533-44.
5. Rock NL, Shipley TE, Campbell C. Hypnosis with untrained nonvolunteer patients in labor. *Int J Clin Exp Hypn*. 1969 Jan; 17(1):25-36.
6. Buxton RSJ. Maternal respiration in labour. *Nurs Mirror*. 1973 Mar; 137(1):22-5.
7. Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.
8. Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1997.
9. Greenhalgh T. *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências*. Porto Alegre (RS): Editora Artmed; 2005.
10. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre (RS): Editora Artmed; 2008.

11. Molina F, Sola P, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Manag.* 1997 Feb; 13(2):98-103.
12. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regaliab A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomized controlled trial. *BJOG.* 2007 May; 114(7):838-44.
13. Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2001 Jun; 28(2):84-93.
14. Eriksson M, Mattsson L, Ladfors L. Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery.* 1997 Sep; 13(3):146-8.
15. Field T, Hernandez-Reif M, Taylor S, Quintino O, Burman I. Labor pain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1997 Apr; 18(4):286-91.
16. Kimber L, McNabb M, McCourt C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo controlled trial. *Eur J Pain.* 2008 May; 12(4):961-9.
17. Ohlsson G, Buchhave P, Leanderssön U, Nordström L, Rydhström H, Sjölin I. Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 Set; 80(4):311-4.
18. Rush J, Burlock S, Lambert K, Loosley-Millman M, Hutchison B, Enkin M. The effects of whirlpool baths in labor: a randomized controlled trial. *Birth.* 1996 Sep; 23(3):136-43.
19. Schorn MNA, McAllister JLB, Blanco JDCD. Water immersion and the effect on labor. *J Nurse Midwifery.* 1993Nov-Dec; 38(6):336-42.
20. Cluett E, Pickering R, Getliffe K, Saunders N. Randomized controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation of dystocia in first stage of labour. *BMJ.* 2004 Jan; 328(7435):314-20.
21. Da Silva FM, Oliveira SMJV, Nobre MRC. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery.* 2007 Apr; 25:286-94.
22. Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *CMAJ.* 1984 Aug; 130(1):579-84.
23. Chang M, Wang S, Chen C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs.* 2002 Jan; 38(1):68-73.
24. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparasion os massage effects on labor pain using the McGill pain questionnaire. *J Nurs Resear.* 2006 Jun; 14(3):191-6.
25. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manag.* 1991 Nov; 6(4):476-80.
26. Riesco MLG, Tsunehiro MA. Midwifery and nurse-midwifery: old problems or new possibilities? *Rev Estud Fem.* 2002 Jul-Dec; 10(2):449-59.
27. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2006.* Oxford: Update Software.
28. Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res.* 2003 Jan-Feb; 52(1):47-51.
29. Almeida NAM, Silveira NA, Bachion MM, Sousa JT. Concentração plasmática do hormônio adenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não-farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005 Mar-Abr; 13(2):223-8.
30. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005 Jan-Fev; 13(1):52-8.
31. Bagharpoosh M, Sangestani G, Goodarzi M. Effect of progressive muscle relaxation technique on pain relief during labor. *Acta Med Iranica.* 2006 Aug; 44(3):187-90.
32. Cammu H, Clasen K, Wettere VL, Derde MP. To bathe or not to bathe during the first stage of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994 Jul; 73(6):468-72.
33. Sammons LN. The use of music by women during childbirth. *J Nurse Midwifery.* 1984 Jul-Aug; 29(4):266-70.
34. Browning C. Using music during childbirth. *Birth.* 2000 Dec; 27(4):272-6.
35. Silva FM, Oliveira SMJV, Nobre MRC. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2006 Mai; 40(1):57-63.
36. World Health Organization. *Apropriate technology for birth.* Fortaleza (CE): World Health Organization; 1985.
37. Simkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May; 186(5):131-59.
38. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2007.* Oxford: Update Software.

Correspondência: Michele Ediane Gayeski
 Rua Caminho das Alamandas 163
 88058-473 - Ingleses, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
 E-mail: michelegayeski@hotmail.com

Recebido: 26 de setembro de 2010
 Aprovação: 27 de outubro de 2010