

Analgesia não medicamentosa no processo de parturição: revisão sistemática da literatura

Emilia Graciely Costa

Gabriel Elizio

Janice Raimundo

Liliana Fajardo

Nathalia de Souza Abreu-Freire

DOI: 10.47573/aya.5379.2.95.13

RESUMO

Objetivo: Verificar as estratégias de analgesia não medicamentosa mais utilizadas nas fases de dilatação e expulsão, identificar os profissionais envolvidos na assistência à parturiente e os recursos analgésicos não farmacológicos por eles utilizados e verificar os efeitos das estratégias não medicamentosas na experiência do parto. **Método:** Revisão sistemática realizada entre abril e agosto de 2021 seguindo as recomendações PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Foram elegíveis artigos originais relacionados às técnicas não farmacológicas para alívio da dor em um ou mais estágios do parto vaginal. Foram incluídos aqueles publicados entre 2016 e 2021 nos idiomas português ou inglês disponíveis nas bases de dados Medical Literature and Retrieval System onLine, Scientific Eletronic Library Online, Physioterapy Evidence Database e Cochrane Library. MESH (Medical Subject Headings) e DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) foram utilizados para selecionar os descritores. Utilizaram-se os operadores booleanos “AND”, “OR” e NOT para combinar os termos nas bases de dados, SciELO e PubMed e combinações variadas de palavras chaves na base de dados PEDro. **Resultados:** Integraram esta revisão sistemática 16 ensaios clínicos randomizados (ECR), o que sugere alto nível de evidência para avaliação do efeito e eficácia das intervenções. Os ECR foram analisados de acordo com os critérios da escala PEDro. Quanto às intervenções, foi utilizada de forma isolada massagem terapêutica (18,18%), exercícios respiratórios (9,09%), eletroestimulação (9,09%), auriculoterapia (9,09%), realidade virtual, acupressão, compressa quente e musicoterapia (4,54% cada). As associações incluíram banho quente com exercícios perineais sobre bola suíça e massagem lombossacra (13,63%). Todas as intervenções demonstraram resultados satisfatórios nos processos da diminuição da dor e ansiedade no processo de parturição. Dos 16 estudos que integraram esta revisão, 64% deles não especificaram a formação nem a capacitação dos profissionais responsável pela assistência não medicamentosa. Em 17,64%, fisioterapeutas foram os responsáveis, em 5,88% enfermeiras, em 5,88% responsabilizaram-se estudantes de obstetrícia e em 5,88%, praticantes de massagem tailandesa. Os recursos não medicamentosos para analgesia foram inicialmente utilizados no final da fase latente ou início da fase ativa do trabalho de parto, quando as contrações uterinas se tornaram mais regulares e perceptíveis e a dilatação alcançou entre 3 e 4 cm, até o final do segundo estágio, sendo interrompidos no momento de expulsão. **Conclusão:** Massagem, exercícios respiratórios, eletroanalgesia, auriculoterapia, realidade virtual, acupressão, compressa quente, musicoterapia e exercícios perineais foram estratégias de analgesia não medicamentosas utilizadas, do início da fase ativa até o início da expulsiva. Tais estratégias foram aplicadas por profissionais com diferentes formações e, como regra, foram importantes para reduzir a percepção dolorosa e favorecer a progressão do trabalho de parto.

Palavras-chave: alívio da dor. trabalho de parto. terapias complementares. dor. obstetrícia. mulheres grávidas.

INTRODUÇÃO

O processo de parturição tem início com contrações uterinas que promovem a expansão gradativa do colo do útero e culmina com a expulsão do feto e a remoção placentária¹. Trabalho de parto prolongado e dor intensa requerem intervenções da equipe de assistência e podem aumentar os riscos de complicações. Ruptura uterina, fístulas vesicovaginais, lacerações perineais e infertilidade materna, bem como asfixia, convulsões, paralisia cerebral neonatal e baixo índice de Apgar, são exemplos de possíveis complicações²⁻³.

Durante o trabalho de parto, é natural que a parturiente relate algia proveniente das contrações uterinas inerentes ao processo. Contudo, a percepção de dor pode ser potencializada por fatores ambientais e socioculturais, favorecendo a liberação de adrenalina e adrenocorticotropinas que têm efeito anti-ocitocina, comprometendo o fluxo do processo e aumentando a necessidade de intervenções³⁻⁴. A dor e a ansiedade levam ao aumento da secreção de catecolaminas, o que reduz as contrações do útero, prolongamento do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto, aumento das intervenções, da solicitação de cesárea e insatisfação da parturiente com a experiência do parto⁵. Há evidência de que intervenções como, posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia alcançam índices de 92%, 37% e 56%, respectivamente e que sofrimento fetal e trabalho de parto ocorrem em 36,5% e 29,1% dos casos. Além disso, a necessidade de cesariana devido a progressão lenta no trabalho de parto pode chegar a 28,8%⁶⁻⁷.

Para amenizar a dor, fármacos analgésicos podem ser utilizados via intramuscular, como Entonox ou Petidina associada à Prometazina, ou diretamente no espaço intratecal, como a Ropivacaína associada ao Fentanil. Porém, há evidências de que fármacos analgésicos usados no trabalho de parto podem influenciar negativamente o processo, aumentando a duração do trabalho de parto e a chance de parto instrumentalizado. Neste contexto, mediante necessidade de fórceps ou vácuo extrator no período expulsivo, pode haver morbidade materna, como laceração do esfíncter anal e do canal de parto, lesão do assoalho pélvico e prolapso visceral. Entre as morbidades neonatais destacam-se lesões faciais, hematomas cranianos, hemorragia intracraniana, lesões oculares e fratura dos ossos do crânio⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

Por outro lado, é sabido que a analgesia não medicamentosa é isenta de efeitos adversos e que a redução da percepção dolorosa promovida por profissionais capacitados parece favorecer uma experiência mais positiva da parturição. Nesta perspectiva, é importante que os profissionais envolvidos na assistência à parturiente conheçam tais estratégias de analgesia e seus efeitos no processo de parturição e as priorizem sempre que possível⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹².

Assim, o objetivo desta revisão sistemática foi identificar as estratégias de analgesia não medicamentosa utilizadas no processo de parturição. Além disso, pretendeu-se a) verificar as estratégias de analgesia não medicamentosa mais utilizadas nas fases de dilatação e expulsão, b) identificar os profissionais envolvidos na assistência à parturiente e os recursos analgésicos não farmacológicos por eles utilizados e c) verificar os efeitos das estratégias não medicamentosas na experiência do parto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta é uma revisão sistemática realizada entre os meses de abril e agosto de 2021. Optou-se por seguir as recomendações PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)¹³.

Foram elegíveis artigos originais relacionados às técnicas não farmacológicas para alívio de dor em um ou mais estágios do parto vaginal. Foram incluídos aqueles artigos (ou estudos) publicados entre 2016 e 2021 nos idiomas português ou inglês disponíveis nas bases de dados *Medical Literature and Retrieval System onLine* (MEDLINE/PubMed), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Physioterapy Evidence Database* (PEDro) e *Cochrane Library*. MESH (Medical Subject Headings) e DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) foram utilizados para selecionar

os descritores. Utilizaram-se os operadores booleanos “AND”, “OR” e NOT para combinar os termos nas bases de dados, SciELO e PubMed e combinações variadas de palavras chaves na base de dados PEDro.

A partir da leitura do título e resumo foi feita uma triagem que possibilitou excluir artigos de revisão simples ou integrativa, teses e dissertações e artigos sem qualquer relação com os objetivos da pesquisa, O quadro 1 apresenta a estratégia de busca nas diferentes bases de dados, segundo o acrônimo PICO (Paciente, Intervenção, Contexto) e o quadro 2 representa as frases de pesquisas utilizadas em cada base de dados.

Quadro 1 - Metodologia PICO e estratégia de busca aplicada à pergunta.

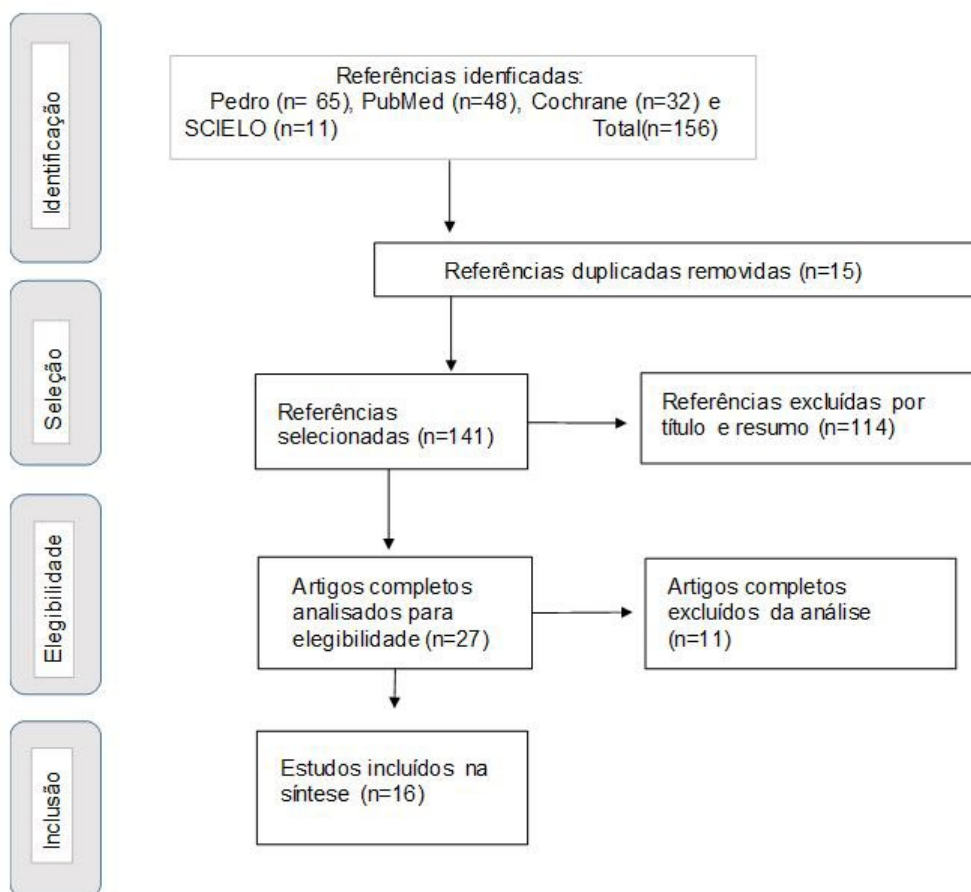
| Metodologia | Variáveis | Tipo de descritores | Descritores selecionados |
|---------------|-------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P (população) | Parturientes | DC | Pregnant women” OR Pregnant OR Pregnan |
| I (Interesse) | Analgesia não medicamentosa no processo de parturição | | NOT (“Pharmacotherapy” OR “drug therapy”)) AND (“Labor pain” OR “Obstetric Pain” OR “Pain Management”)) AND (“Non-medical” OR “Nonpharmacological” OR “Complementary Therapies”)) |
| Co (Contexto) | Redução da dor no trabalho de parto normal | | pain relief, " pain reduction, |

DC: Descritor Controlado

Quadro 2 - Frases de pesquisa

| MEDLINE/PubMed® | SciELO | PEDro | Cochrane/Library |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(((((“Pregnant women” OR Pregnant OR Pregnant*)) NOT (“Pharmacotherapy” OR “drug therapy”))) AND (“Labor pain” OR “Obstetric Pain” OR “Pain Management”))) AND (“Non-medical” OR “Nonpharmacological” OR “Complementary Therapies”))</p> | <p>ILabor/ massage, Alívio da dor no trabalho de parto</p> | <p>pain relief from labor, From labor analgesia, birth labor, births, Labor massage, birth massage, childbirth</p> | <p>(((((“Pregnant women” OR Pregnant OR Pregnant*)) NOT (“Pharmacotherapy” OR “drug therapy”))) AND (“Labor pain” OR “Obstetric Pain” OR “Pain Management”))) AND (“Non-medical” OR “Nonpharmacological” OR “Complementary Therapies”))</p> |

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção do estudo



RESULTADOS

Integraram esta revisão sistemática 16 ensaios clínicos randomizados (ECR), o que sugere alto nível de evidência para avaliação do efeito e eficácia de intervenções. Os ECR foram analisados de acordo com os critérios da escala PEDro e pontuados conforme tabela 1. Realizou-se análise descritiva para sintetizar as informações principais de cada publicação. Quanto aos resultados, foram dispostos em quadros e agrupados em categorias de acordo com o método não farmacológico estudado.

Tabela 1 - Análise dos estudos a partir da Escala Pedro.

| Estudo | 1* | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | Total |
|--------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|
| Erdogan SU et al., 2017 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | 5 |
| Bolbol-Haghighi N et al., 2016 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | 8 |
| Akköz Ç Set al., 2020 | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | 4 |
| Yuksel H et al., 2017 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | 7 |
| Haseli A et al., 2019 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 9 |
| Báez-Suárez A et al., 2018 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | 8 |
| Njogu A et al., 2021 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | 7 |
| Valiani M et al., 2018 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | 6 |
| Mafetoni RR et al., 2019 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | 5 |
| Wong MS et al., 2020 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | 6 |
| Hamlacı Y et al., 2017 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | 6 |
| Alshahrani HA et al., 2019 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | 6 |
| Surucu SG et al., 2017 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | 5 |
| Cavalcanti ACV et al., 2019 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 7 |
| Henrique AJ et al., 2018 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | 6 |
| Gallo RBS et al., 2018 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | 7 |

1: critérios de elegibilidade e origem dos participantes; 2: distribuição aleatória; 3: distribuição oculta; 4: comparação dos resultados antes da intervenção; 5: restrição do acesso dos participantes aos resultados do estudo; 6: restrição do acesso dos terapeutas aos resultados do estudo; 7: restrição do acesso dos avaliadores aos resultados do estudo; 8: acompanhamento adequado; 9: análise da intenção de tratar; 10: comparações entre-grupos; 11: estimativas pontuais e variabilidade. *Item 1 não contribuiu para a pontuação total.

Quadro 3 - Resultados principais dos 16 estudos que atenderam aos critérios de inclusão

| Autor (ano) | Tipo de Estudo | Profissional | Intervenção | Resultado |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Erdogan SU et al. 2017 ¹⁶ | Ensaio clínico controlado | Enfermeira | Massagem lombar | A massagem lombar tem um impacto significativo na redução da dor do parto e no aumento da satisfação com o parto. A intervenção de massagem para diminuir a dor, encurta o tempo do parto e aumenta a satisfação com a experiência do parto. |
| Bolbol-Haghighi N et al. 2016 ¹⁵ | Ensaio clínico randomizado | Estudante de obstetricia | Massagem terapêutica | A massagem terapêutica durante o trabalho de parto levará ao encurtamento da duração do parto de primeiro e segundo estágios e melhorará os escores de Apgar no primeiro e no quinto minutos. Ao encurtar a duração do trabalho de parto, as mulheres grávidas tendem a ter um parto vaginal mais normal. |
| Akköz Ç S et al. 2020 ¹⁴ | Ensaio clínico controlado Randomizado | Fisioterapeuta | Massagem na região sacral | As médias VAS da fase latente, médias VAS da fase ativa, médias VAS da fase de transição do grupo experimental foram estatisticamente significativamente menores do que as do grupo controle. Obteve diminuição dos níveis de preocupação e ansiedade, afetou positivamente a percepção do parto e não teve efeitos colaterais fetais |
| Yuksel H et al. 2017 ¹⁷ | Ensaio clínico randomizado controlado e aleatório. | Não definidos / Pesquisador | Exercícios respiratórios | Os exercícios respiratórios com inspiração e expiração profundas em gestantes são eficazes na redução da percepção da dor do parto e no encurtamento da duração da segunda etapa do parto. |
| Haseli A et al. 2019 ³ | Ensaio clínico randomizado com alocação oculta | Terapeuta | Técnicas de respiração / massagem terapêutica | As massagens abdominais, estimula o trabalho de parto mais rápido. Embora o aprendizado de técnicas de respiração durante o trabalho de parto não pudesse aumentar esse efeito da massagem, por causa de seus poderosos benefícios no trabalho de parto, o treinamento de técnicas de respiração deve ser considerado durante a gravidez. |

Quadro 3 - Resultados principais dos 16 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. (continuação)

| Autor (ano) | Tipo de Estudo | Profissional | Intervenção | Resultado |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Báez-Suárez A et al. 2018 ¹⁸ | Ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo | Não definidos / Pesquisador | Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) | TENS com altas frequências modificadas com o tempo, bem como alta largura de pulso, são eficazes no alívio da dor do parto e são bem consideradas pelas participantes grávidas. |
| Njogu A et al. 2021 ¹⁹ | Ensaio clínico randomizado simples-cego | Não definidos / Pesquisador e Parteira | Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) | O grupo experimental teve escores VAS médios estatisticamente significativamente mais baixos e menor duração da fase ativa do trabalho de parto do que o grupo controle, indicando que a TENS pode ser usada como terapia não farmacológica para reduzir a dor e encurtar a fase ativa do trabalho de parto. |
| Valiane M et al. 2018 ²⁰ | Ensaio clínico randomizado | Não definidos / Pesquisador | Auriculoterapia | A análise mostrou que a intensidade da dor do parto no grupo intervencionista (auriculoterapia) foi menor do que no grupo controle. A auriculoterapia reduz a intensidade da dor do parto em mulheres primíparas. |
| Mafetoni R et al. 2019 ²¹ | Ensaio clínico controlado e randomizado | Não definidos / Pesquisador | Auriculoterapia | Houve aumento significativo nos escores dor entre as parturientes dos grupos placebo e controle. As parturientes que receberam auriculoterapia durante o trabalho de parto mostraram redução na intensidade da dor, que pode caracterizar a efetividade da terapia nessa fase. |
| Wong MS et al. 2020 ²² | Ensaio clínico controlado e randomizado | Não definidos / Pesquisador | Realidade virtual | ARV foi eficaz para reduzir a dor em mulheres em trabalho de parto em comparação com aquelas que não receberam intervenção. |
| Hamlaci Y et al. 2017 ²³ | Ensaio clínico controlado randomizado | Não definidos / Pesquisador | Acupressão | acupressão ao Ponto L4 foi considerada eficaz em diminuir a percepção das dores do parto e encurtar o trabalho de parto (P <0,05). As mães ficaram satisfeitas com o tratamento, mas o consideraram insuficiente para controlar a dor |
| Alshahrani HÁ et al. 2019 ²⁴ | Ensaio clínico Randomizado | Não definidos / Pesquisador | Compressa quente na dor do parto | A terapia de calor é eficaz na redução da dor do parto. Embora não tenha sido eficaz em encurtar a duração do trabalho de parto, as mulheres estão satisfeitas com o uso da compressa quente |

Quadro 3 - Resultados principais dos 16 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. (continuação)

| Autor (ano) | Tipo de Estudo | Profissional | Intervenção | Resultado |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Surucu SG et al. 2017 ²⁵ | Ensaio clínico randomizado | Não definidos / Pesquisador | Musicoterapia | Após a primeira hora a dor diminuiu e os escores médios de ansiedade-estado tornaram-se mais baixos em favor do grupo experimental e a correlação foi estatisticamente significativa. |
| Cavalcanti ACV et al. 2019 ²⁶ | Ensaio clínico randomizado | Não definidos / Pesquisador | Banho quente e exercícios perineais | Não houve um efeito na redução do trabalho de parto, porém houve efeito positivo no que se refere a abreviação do tempo de evolução do trabalho de parto ao nascimento, especialmente quando utilizadas de forma combinada |
| Henrique AJ et al. 2018 ²⁷ | Ensaio clínico randomizado e aleatório | Não definidos / Pesquisador | Hidroterapia no chuveiro quente e exercícios perineais com bola | A dor, a ansiedade e a liberação de adrenalina diminuíram bem como aumento dos níveis de β-endorfina. Não houve aumento nos níveis de cortisol, epinefrina e norepinefrina. |
| Gallo RBS et al. 2018 ² | Ensaio clínico randomizado controlado e aleatório | Fisioterapeuta | Sequência: exercício em uma bola suíça, massagem lombossacral, banho quente | Observou-se nível intensidade de dor significativamente menor imediatamente após a sequência, outros benefícios significativos incluíram: expulsão mais rápida e melhora do estado neonatal e maior satisfação materna. |

Quanto às intervenções, foram utilizados de forma isolada a massagem terapêutica (18,18%), os exercícios respiratórios (9,09%), a eletroestimulação (9,09%), a auriculoterapia (9,09%), a realidade virtual, a acupressão, a compressa quente e a musicoterapia (4,54% cada). As associações incluíram banho quente com exercícios perineais sobre bola suíça e massagem lombossacra (13,63%). Essas intervenções foram categorizadas e serão assim discutidas.

DISCUSSÃO

Os resultados serão discutidos a partir de nove categorias, a saber: massagem terapêutica, exercícios respiratórios, eletroterapia do tipo analgesia, auriculoterapia, realidade virtual, acupressão, compressa quente, musicoterapia, banho quente com exercícios perineais sobre bola suíça e massagem lombossacra. Além disso, discutiu-se sobre o momento do trabalho de

parto em que a analgesia foi utilizada e os profissionais envolvidos.

Massagem terapêutica

A massagem terapêutica foi utilizada em 3 estudos através de diferentes técnicas e em diferentes regiões. Em linhas gerais, esta abordagem parece diminuir significativamente a percepção da dor parto e a duração do primeiro e do segundo estágios do trabalho de parto¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷.

A massagem tradicional realizada na região sacral, resultou em redução da dor e dos níveis de preocupação e ansiedade e repercussão positiva na percepção e na satisfação com o parto. Além disso, foi isenta de efeitos colaterais fetais¹⁷. Quando realizada na região abdominal, parte superior das coxas, região sacral, ombros e pernas por pelo menos 30 minutos, mostrou-se significativamente mais efetiva no grupo experimental que no controle nos desfechos tempo de duração do primeiro e segundo estágios e índices de Apgar de primeiro e quinto minuto, sendo, portanto, favorável à parturiente e ao feto¹⁶. Quando realizada na região lombar, a massagem tradicional impactou significativa e positivamente na redução da dor e do tempo de duração do parto e aumentou a satisfação com o processo de parturição¹⁵.

Exercícios respiratórios

Durante a parturição, há um momento em que a cabeça do feto pressiona o endométrio, o que acentua as contrações. Nesse momento, a respiração profunda e controlada pode auxiliar na redução da pressão sobre o períneo, favorecendo seu relaxamento e, por consequência, a descida do feto pelo canal de parto. Foram identificados 2 estudos que utilizaram a respiração como estratégia de analgesia durante o trabalho de parto³⁻¹⁸.

Pode-se afirmar que exercícios respiratórios são úteis na redução da sensação dolorosa e no favorecimento do trabalho de parto. Quando incentivados na segunda fase do trabalho de parto, os exercícios respiratórios tornaram-na mais curta (cerca de 50 minutos em primíparas) e menos dolorosa¹⁸. Por outro lado, a associação de massagem abdominal às técnicas de respiração, não modificou o tempo de parto quando comparado ao uso isolado dos exercícios respiratórios, o que sugere que tais exercícios podem ser priorizados³.

Eletroterapia do tipo analgesia

Entre os principais métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto está a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). A TENS tem sido utilizada para analgesia do parto, havendo estudos que comprovam sua eficácia e segurança. A eficácia depende da duração, frequência e amplitude da corrente e da localização dos eletrodos. Foram identificados 2 estudos que utilizaram a eletroanalgesia no trabalho de parto¹⁹⁻²⁰.

Um único estudo aplicou a terapia TENS de alta frequência (80 e 100 Hz) e largura de pulso de 350 microssegundos durante a fase ativa do trabalho de parto através de dois pares de eletrodos em paravertebrais entre os níveis T10-L1 e S2-S4. Observou-se diminuição da dor nos grupos TENS segundo a VAS (Escala Analógica Visual)¹⁹.

Outra forma de aplicação do TENS por meio da fixação dos eletrodos em pontos de acupuntura. Um estudo utilizou-se desta estratégia, colocando os eletrodos bilateralmente nos pontos hegu (LI4, o ponto médio entre o primeiro e o segundo ossos do carpo, primeiro espaço

da rede lado dorsal) e pontos neiguanos (PC6, 4 cm acima da linha transversal medial no punho) localizados nos membros superiores e outros dois em paravertebrais nos níveis T10-L1 e S2-S4, dosando a intensidade e a frequência conforme a tolerância máxima da parturiente. Como resultado houve redução estatisticamente significativamente da VAS média em relação ao grupo controle em 30, 60 e 120 minutos após a intervenção e 2-24 horas após o parto²⁰.

Auriculoterapia

A auriculoterapia é usada em diferentes casos, incluindo dismenorréia e sangramento uterino. No caso da dor do parto, deve-se considerar que é resultado de contrações uterinas semelhantes às que acontecem no período menstrual⁵. Além disso, há relatos de auriculoterapia em distocias obstétricas, redução do tempo de período expulsivo e dor de maior intensidade devido ao trabalho de parto (9 ou 10 na Escala Visual Analógica)²¹.

A analgesia por auriculoterapia envolve a estimulação de nervos de pequeno diâmetro e limiar diferenciado cujos estímulos enviam mensagens à medula espinhal, ativa os neurônios do tronco cerebral e do hipotálamo e liberam opióides endógenos, reduzindo a sensação dolorosa²¹. Os estudos selecionados nesta revisão sistemática apresentaram as intervenções realizadas através da utilização de sementes e de microesferas para estimulação de pontos similares entre os diferentes estudos⁵⁻²¹. Invariavelmente observou-se redução do tempo de duração da primeira e segunda etapa de trabalho de parto e diminuição da dor.

Em um dos estudos, os pontos Shen Men, Zero, tálamo, endócrino, autônomo, cerebral, sensorial, pélvico, útero, hipófise posterior, prostaglandina e pontos genitais externos foram estimulados com sementes durante 1 minuto. Como consequência houve diminuição significativa na duração do primeiro e segundo estágio do parto, podendo ter resultado na redução da adrenalina e noradrenalina e aumento de endorfina tornando as contrações uterinas regulares o que pode ser eficaz na redução de trabalho de parto⁵.

Realidade virtual

A realidade virtual (RV) é um método potencial para aliviar a dor na medida em que o estímulo do córtex visual e outros sentidos modula o processamento de estímulos nociceptivos. Para isso, são usados óculos com uma tela estereoscópica de proximidade que cria a sensação de serem transportados para mundos tridimensionais realistas a RV²². Foi identificado 1 estudo com RV como estratégia de analgesia no trabalho de parto²².

A ressonância magnética funcional do cérebro revela que a RV tem efeitos semelhantes no córtex sensorial e insular como opióides, e testes frente a frente mostram que a RV atinge analgesia semelhante ou superior à da hidromorfona.⁶⁻¹⁰. A visualização do protocolo de parto foi projetada por VR com imagens de uma árvore em flor, ondas do mar acompanhados por orientação auditiva meditativa associada a estímulos verbais como *“você está no controle de seu trabalho; você pode ajustar seu ritmo”* e *“as contrações são ondas de energia e amor que trazem seu bebê até você”*. Esta intervenção demonstrou que a RV foi eficaz para reduzir a dor em mulheres em trabalho de parto obtendo resultados consistentes com redução sensorial, e dos aspectos afetivos e cognitivos da dor, bem como da ansiedade²².

Acupressão

Foi identificado 1 estudo que utilizou a acupressão como recurso de analgesia no parto. O ponto Hegu (intestino grosso 4-LI4) é um importante acuponto e estimulá-lo pode aliviar a dor em qualquer parte do corpo. Ele se localiza na região dorsal das mãos, entre o primeiro e o segundo metacarpos. A acupressão do Hegu foi realizada durante todas as contrações uterinas em dois momentos distintos: com 4 a 5 cm e, posteriormente, com 7 a 8 cm de dilatação e evidenciou que a acupressão ajuda a parturiente de maneira física e psicológica, ajudando-a a se adaptar melhor ao processo de perceber a dor como mais leve, podendo ser prontamente implementada na prática clínica para melhorar a qualidade da parturição²³.

Compressa quente

Compressas aquecidas são interessantes quando se deseja redução da sensação dolorosa, por que a termoterapia na pele pode ser um poderoso meio de modulação e a velocidade dos estímulos proprioceptivos e pode facilitar a inibição de estímulos dolorosos no sistema nervoso central (SNC)²⁴. Foi identificado 1 estudo que utilizou compressa aquecida para analgesia no trabalho de parto.

Uma bolsa quente descartável contendo sulfato de magnésio e água foi aplicada na região lombar, imediatamente após ser espremida entre as mãos para ativar o efeito de aquecimento, durante 30 minutos. Após 10 minutos de descanso, a aplicação foi repetida. O processo teve início a partir de 6 a 8 cm de dilatação e foi finalizado com o nascimento do bebê. Houve resultados significativos na redução da dor em 30, 60, 90, 120, 150 e 210 minutos e aumento nos escores de satisfação das parturientes que receberam a intervenção. Contudo, não houve redução nos tempos dos estágios do parto²⁵.

Musicoterapia

A música e a musicoterapia podem fornecer resultados fisiológicos e psicológicos diretos e benefícios sócio emocionais para os pacientes. Além disso, ao afetar atitudes e comportamentos de prestadores de cuidados, pode afetar os pacientes indiretamente. Música cuidadosamente selecionada pode reduzir estresse, melhorar o conforto, proporcionar relaxamento, aliviar a intensidade da dor e melhorar o desempenho dos médicos. A música afeta os estímulos dolorosos e as mulheres experimentam e resultam em alívio ao aumentar a secreção de endorfina. Foi identificado 1 estudo que utilizou a música como estratégia de analgesia no trabalho de parto.

Um estudo mostrou que mulheres que ouviram música estilo Acemasiran (instrumental) usando fones de ouvido durante 3 horas consecutivas (sendo 20 minutos de escuta intercalados por 10 minutos de descanso) desde os 4 cm de dilatação, referiram redução nos níveis de dor e ansiedade, o que favoreceu a progressão do trabalho de parto²⁶.

Banho quente com exercícios perineais sobre bola suíça e massagem lombossacra

Banho de aspersão com água aquecida e exercícios perineais sobre bola suíça são muito utilizados no trabalho de parto. A hidroterapia por meio do banho de chuveiro a uma temperatura de aproximadamente de 37° gera estimulação cutânea capaz de reduzir os níveis de

hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, além de regular as contrações uterinas. Em adição, exercícios perineais sobre a bola suíça auxiliam a descida e a rotação fetal, estimulam a verticalidade materna, promovem relaxamento dos músculos lombares e do assoalho pélvico. Dois estudos utilizaram banho quente com exercícios perineais sobre bola suíça²⁷⁻²⁸ e um estudo adicionou a massagem lombossacra como estratégia de analgesia no trabalho de parto².

Em um dos estudos, embora não tenha ocorrido diminuição da percepção dolorosa, foi identificada redução na ansiedade, aumento da sensação de bem-estar associado ao relaxamento e maior satisfação decorrente da liberdade de movimentação, diminuindo o estresse induzido pelas contrações²⁷. Outro estudo apontou que a combinação de ducha quente e exercícios perineais aumentou a liberação de endorfina, epinefrina e noradrenalina resultando em menor dor e ansiedade e diminuição de cortisol quando comparado ao uso isolado de ducha quente²⁸.

A associação de exercícios sobre a bola suíça, massagem lombossacra e banho quente por 40 minutos cada, sendo a primeira intervenção aplicada entre 4 a 5 cm de dilatação, a segunda a partir de 5 a 6 cm e a terceira quando a dilatação alcançou 7 cm, resultou em menor sensação dolorosa e maior agilidade no período expulsivo. Porém, não houve alteração no tempo total de trabalho de parto².

Momento da analgesia e profissionais envolvidos

Os recursos não medicamentosos para analgesia foram inicialmente utilizados no final da fase latente ou início da fase ativa do trabalho de parto, quando as contrações uterinas se tornaram mais regulares e perceptíveis e a dilatação alcançou entre 3 e 4 cm, até o início do segundo estágio, sendo interrompidos no momento de expulsão em todos os estudos. Uma provável explicação reside no fato de que nesse momento a parturiente deve estar conectada ao seu corpo para perceber o desejo involuntário de fazer o esforço expulsivo e fazê-lo eficientemente. Assim prosseguir com analgesia não medicamentosa não se faz necessário ou até mesmo pode ser inadequado.

Observou-se que dos 17 estudos que integraram esta revisão, 64% deles não especificaram a formação nem a capacitação dos profissionais responsáveis pela assistência não medicamentosa. Em 17,64%, fisioterapeutas foram os responsáveis, em 5,88% enfermeiras, em 5,88% responsabilizaram-se estudantes de obstetrícia e em 5,88%, praticantes de massagem tailandesa. Como regra, a maioria dos recursos de analgesia não medicamentosa não é exclusiva de uma única área profissional, a exemplo dos exercícios respiratórios, compressas e banhos de imersão ou aspersão. Por outro lado, há recursos que demandam habilidades e competências específicas e que requerem, portanto, qualificação profissional, como eletroterapia, auriculoterapia e acupressão. Este fato de explicar, ainda que parcialmente, o fato de diferentes profissionais se responsabilizarem pela aplicação de um mesmo recurso de analgesia.

Nesse momento é válido ressaltar que o fisioterapeuta, por sua formação, dispõe de conhecimentos de anatomia, fisiologia e do processo de parturição que o capacitam a somar esforços à equipe obstétrica para oferecer à parturiente assistência de qualidade e favorecer uma experiência positiva do parto.

É possível que as terapias não medicamentosas sejam aplicadas por diferentes profissionais da saúde, uma vez que os mesmos se qualifiquem em alguma técnica e se tornem

capazes para trazer algum alívio e conforto para a mulher. Porém, vale ressaltar que a formação em Fisioterapia, por base, já oferece um conhecimento anatômico, fisiológico e psicológico que somam nesse trabalho de apoio durante o processo de parturição associados aos conhecimentos específicos sobre técnicas para analgesia e relaxamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações desta revisão sistemática permitem concluir que massagem, exercícios respiratórios, eletroanalgesia, auriculoterapia, realidade virtual, acupressão, compressa quente, musicoterapia e exercícios perineais foram estratégias de analgesia não medicamentosas utilizadas, sempre do início da fase ativa até o início da expulsiva. Tais estratégias foram aplicadas por profissionais com diferentes formações, sendo que na maioria dos estudos fisioterapeutas e enfermeiros foram os responsáveis. Como regra, as estratégias foram importantes para reduzir a percepção dolorosa e favorecer a progressão do trabalho de parto,

REFERÊNCIAS

1. Castro AdS, UFTM U, Brasil, Castro ACd, UFTM U, Brasil, Mendonça AC, UFTM U, Brasil. Physiotherapeutic approach in the pre-partum: proposed protocol and evaluate pain. *Fisioter Pesqui.* 2012;19(3):210-4.
2. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *JPHYS-390;* 2018;64(1)8.
3. Haseli A, Ghiasi A, Hashemzadeh M. Do Breathing Techniques Enhance the Effect of Massage Therapy in Reducing the Length of Labor or not? a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci.* 2019;8(4):257-63.
4. Silva CA, Lara SRGI. Uso do banho de aspersão associado à bola suíça como método de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto. *BrJP.* 2018;1(2):167-70.
5. Valiani M, Azimi M, Dehnavi ZM, Mohammadi S, Pirhadi M. The effect of auriculotherapy on the severity and duration of labor pain. *J Educ Health Promot.* 2018;7:101.
6. Hoque M. Incidence of Obstetric and Foetal Complications during Labor and Delivery at a Community Health Centre, Midwives Obstetric Unit of Durban, South Africa. *ISRN Obstet Gynecol.* 2011;2011:259308.
7. Sengoma JPS, Krantz G, Nzayirambaho M, Munyanshongore C, Edvardsson K, Mogren I. Prevalence of pregnancy-related complications and course of labour of surviving women who gave birth in selected health facilities in Rwanda: a health facility-based, cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017 Jul 9;7(7):e015015.
8. Felisbino-Mendes MS, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? *Acta paul enferm.* 2017;30(5):458-65.
9. Singh SKSC, Yahya N, Misiran K, Masdar A, Nor NM, Yee LC. Analgesia combinada raquiperidural em trabalho de parto: seus efeitos sobre o desfecho do parto. *Rev Bras Anesthesiol.* 2016;66(3):259-64.

10. Silva YAP, Araújo FG, Amorim T, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20180757.
11. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
12. Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complement Ther Clin Pract.* 2016;24: 99-102.
13. Galvão TF, Pansani TdSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde.* 2021;24:335-42.
14. Sananpanichkul P, Sawadhichai C, Leaungsomnapa Y, Yapanya P. Possible role of court-type thai traditional massage during parturition: a Randomized controlled trial. *Int J Ther Massage Bodywork.* 2019;12(1):23-8.
15. Erdogan SU, Yanikkerem E, Goker A. Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complement Ther Clin Pract.* 2017;28(1): 169-75.
16. Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi AF. Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(4): QC12-QC15.
17. Akköz Çevik S, Karaduman S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci.* 2020;17(1):e12272.
18. Yuksel H, Cayir Y, Kosan Z, Tastan K. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *J Integr Med.* 2017;15(6): 456-61.
19. Báez-Suárez A, Martín-Castillo E, García-Andújar J, García-Hernández JA, Quintana-Montesdeoca MP, Loro-Ferrer JF. Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial. *BMC.* 2018;19(1):652.
20. Njogu A, Qin S, Chen Y, Hu L, Luo Y. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):21:164.
21. Mafetoni RR, Rodrigues MH, Silva FMB, Jacob LMS, Shimo AKK. Efetividade da auriculoterapia sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3030.
22. Wong MS, Spiegel BMR, Gregory KD. Virtual reality reduces pain in laboring women: A randomized controlled trial. *Am J Perinatol.* 2021;38(S01): e167-e172.
23. Hamlacı YM, Yazıcı SP. The effect of acupressure applied to point LI4 on perceived labor pains. *Holist Nurs Pract.* 2017;31:167-76.
24. Gosling AP. Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. *Rev Dor.* 2021;13:65-70.
25. Alshahrani HA. Effect of hot pack on labor pain, duration of labor, and satisfaction of primigravidae women in Saudi Arabia. *Cochrane Central Register of Controlled Trials.* 2019;12. Available from: URL: <https://clinicaltrials.gov/show/NCT04177888>. Accessed Sep 13, 2021.

26. Surucu SG, Ozturk M, Vurgec BA, Alan S, Akbas M. The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;30(4):96-102.
27. Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;23;40:e20190026.
28. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbier M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(3): e12642.