



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ESTÉFANNE VITÓRIA MATOS ARAGÃO

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR DE
PARTURIENTES**

**Barreiras-BA
2022**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR DE
PARTURIENTES**

ESTÉFANNE VITÓRIA MATOS ARAGÃO

Professor orientador(a): Dra. Izabela Barbosa Moraes

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Universidade
Federal do Oeste da Bahia (UFOB)
como requisito parcial para a
obtenção de título de Bacharel em
Medicina

**Barreiras-BA
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

A659 Aragão, Estéfanne Vitória Matos.

Métodos não farmacológicos para controle da dor de parturientes. / Estéfanne Vitória Matos Aragão. – 2022.

51f.

Orientador: Prof. Dra. Izabela Barbosa Moraes.

Monografia (Graduação) – Bacharelado em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2022.

1. Humanização do parto. 2. Hidroterapia do parto. 3. Analgesia por acupuntura.
I. Moraes, Izabela Barbosa. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 610

Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB

RESUMO

Introdução: O parto vaginal ainda se encontra em segundo plano em relação à escolha da via de nascimento quando comparado à cesárea, cujos índices crescem com o passar dos anos. O Brasil ocupa o segundo lugar entre os cinco países que mais realizam esse procedimento cirúrgico no mundo, esse dado gera preocupação, já que, apesar de apresentar desfechos positivos se bem indicada, a cesariana traz consigo uma coletânea de ônus em relação ao binômio mãe-feto. Nesse contexto, como forma de aliviar as dores do parto, que são um dos motivos da escolha da cesariana eletiva por boa parte das parturientes, demonstra-se a importância dos métodos não farmacológicos (MNFs) para controle da dor nesse momento. Essas ferramentas têm potencial de incentivo ao parto vaginal, conferindo segurança e autonomia para essas mulheres e humanizando esse acontecimento crítico. **Objetivo:** elaborar uma revisão integrativa para análise das características e impactos dos métodos não farmacológicos em relação ao alívio da dor do parto. **Metodologia:** síntese dos principais artigos, publicados de 2012 a 2022 e obtidos com a busca da literatura na base de dados PubMed no idioma inglês. **Resultados:** foram selecionados 21 artigos que avaliaram 10 MNFs diferentes com relação ao alívio da dor intraparto, com a predominância do método massagem e com uma amostra total de 4752 parturientes. Dentre os artigos que abordaram a dor por meio da escala visual analógica, 93,3% pontuaram que houve diferença estatisticamente significativa em favor dos MNFs. Além da dor, o tempo total de parto, ansiedade e uso de peridural também foram observados em alguns trabalhos. **Conclusão:** Os não-fármacos são, em geral, métodos de baixo custo e seguros para uso durante a parturição e constituem importante alternativa na redução da dor intraparto, já que também contribuem positivamente para um desfecho menos traumático e mais satisfatório para a parturiente, além de reduzirem consistentemente os escores de ansiedade e estresse durante esse importante momento.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização do parto, hidroterapia, dor do parto, analgesia por acupuntura.

ABSTRACT

Introduction: Vaginal delivery is still in the background when it comes to the choice of delivery method when compared to cesarean section, whose rates grow over the years. Brazil ranks second among the five countries that most perform this surgical procedure in the world, this data raises concern, since, despite presenting positive outcomes if well indicated, cesarean section brings with it a collection of burdens in relation to the mother-fetus binomial. In this context, as a way of relieving labor pain, which is one of the reasons for choosing elective cesarean section by most parturients, the importance of non-pharmacological methods (NMPs) for pain control at this time is demonstrated. These tools have the potential to encourage vaginal delivery, providing security and autonomy for these women and humanizing this critical event. Objective: To develop an integrative review to analyze the characteristics and impacts of non-pharmacological methods in relation to pain relief in childbirth. Methodology: Synthesis of the main articles that were published from 2012 to 2022 and obtained by search in the literature in the PubMed database in English. Results: 21 articles were selected that evaluated 10 different NFMs regarding intrapartum pain relief, with the predominance of the massage method and with a total sample of 4752 parturients. Among the articles that addressed pain using the visual analogue scale, 93.3% indicated that there was a statistically significant difference in favor of NFMs. In addition to pain, total delivery time, anxiety and epidural use were also observed in some studies. Conclusion: NFMs are, in general, low-cost and safe methods for use during parturition and constitute an important alternative in reducing intrapartum pain, as they also contribute positively to a less traumatic and more satisfactory outcome for the parturient, besides that, it can consistently reduce anxiety and stress scores during this important time.

KEYWORDS: Humanization of childbirth, hydrotherapy, labor pain, acupuncture analgesia.

LISTA DE FLUXOGRAMAS, TABELAS E GRÁFICOS

Fluxograma 01 – Ilustração das etapas envolvidas na seleção dos artigos

Tabela 01 – Lista e características dos artigos inclusos

Tabela 02 – Características específicas dos trabalhos

Gráfico 01 – Percentual de artigos para cada tipo de intervenção

Tabela 03 – Escores EVA para cada grupo (controle, intervenção 1 e 2)

Tabela 04 – Escores de dor no artigo 16

Tabela 05 – Escores de dor

Tabela 06 – Valores para ansiedade

Tabela 07 – Índices APGAR no primeiro e quinto minuto

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DUM – Data da Última Menstruação

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MNFs – Métodos Não Farmacológicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICo – População, Intervenção, Comparação e *Outcomes*

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

STAI – *State-Trait Anxiety Inventory*

SUS – Sistema Único de Saúde

EVA – Escala Visual Analógica

UFOB – Universidade Federal do Oeste da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 Gestação.....	10
2.2 Trabalho de parto	11
2.3 Métodos não-farmacológicos de alívio/controlado da dor do parto.....	14
3. OBJETIVOS	16
3.1. Objetivo geral.....	16
3.2. Objetivos específicos.....	16
4. METODOLOGIA	17
4.1. Tipo de estudo	17
4.2. Descrição da coleta de dados.....	17
5. RESULTADOS	19
5.1. Massagem	25
5.2. Acupressão	27
5.3. Autohipnose	27
5.4. Eletroestimulação nervosa transcutânea	28
5.5. Eletroacupuntura	28
5.6. Musicoterapia.....	29
5.7. Uso de alta temperatura.....	29
5.8. Técnica de dança	30
5.9. Bola suíça	30
5.10. Técnicas comportamentais e de realidade virtual	30
5.11. Avaliação da dor.....	30
5.12. Tempo de parto	36
5.13. Ansiedade	36

5.14. Uso de peridural.....	37
5.15. APGAR	37
6. DISCUSSÃO	39
7. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	45

1. INTRODUÇÃO

A espécie humana é dotada de diversas particularidades, muitas delas intrinsecamente ligadas à capacidade de racionalidade. Nesse contexto, o ciclo da vida dos indivíduos é permeado por diversas questões que não correspondem a instintos animais, mas que provém dessa habilidade de pensamento, de questionamentos e desejos, além de angústias associadas à finitude daquele período. Assim, a decisão de gestar um filho, muitas vezes, relaciona-se com a ideia de legado e transcendência, mas também pode se configurar como um desdobramento natural da relação estabelecida entre os progenitores. Desse modo, a gestação é concebida como um intervalo de tempo no qual ocorrerão uma sucessão de alterações internas na psiquê desses dois seres e de sua interação com o mundo.

A vida tem início de maneira orgânica por meio do processo de fecundação, que ocorre quando um ovócito, normalmente alocado na tuba uterina, é fecundado por um espermatozoide viável, ação que é seguida pela fusão dos pronúcleos desses gametas e que resulta na constituição do chamado zigoto (MOORE e PERSAUD, 2008). É a partir do sucesso desse processo que se estabelece a gestação, que, além de fatores biológicos relativos ao corpo materno e suas adaptações para permitir o desenvolvimento do feto, também envolve aspectos sociais relacionados à cultura e ao ambiente no qual a mãe está inserida.

Durante esse crítico período, o corpo feminino enfrenta alterações fisiológicas que objetivam a fixação do conceito e posterior progresso gestacional. O endométrio gravídico é invaginado por células trofoblásticas que erodem seu epitélio e estroma, e, no decorrer das primeiras semanas, serão formados os anexos embrionários e o próprio embrião (MONTENEGRO e REZENDE, 2014).

Concomitantemente a essa cascata de eventos pontuais ocorridos no útero materno, modificações sistêmicas também são observadas na gestante. Em contrapartida à biologia da gestação, têm-se as novas perspectivas de ordem social para a mulher em curso gestacional. Nesse cenário, a gestante é cercada por diversas expectativas, associadas ao desejo de ser capaz de prosseguir com a gravidez e de lidar com os desafios e inseguranças relativos ao seu novo papel social (SARMENTO e SETÚBAL, 2003). Dessa forma, o ato de gestar se alinha em um contexto em que surge a necessidade de reformulação da posição social dos progenitores do conceito,

já que são estabelecidas novas demandas socioeconômicas nesse núcleo familiar. Assim, determina-se a dicotomia entre os conflitos existenciais enfrentados pela gestante e as tensões familiares em face das novas configurações nessa esfera, o que acarreta uma série de dúvidas e incertezas que entremeiam o contexto da gestação em toda a sua trajetória, sobretudo no momento do parto (MALDONADO, 1991).

Há, ainda, particularidades nessa faceta psicossocial do ciclo gravídico, já que as cobranças e expectativas nesse período vão variar a depender do seu contexto existencial e de como são constituídas as redes sociais da mãe. Com a evolução da gravidez e a aproximação do momento do parto, a gestante enfrenta a elevação dos níveis de ansiedade, com a paradoxal coexistência do anseio pela finalização da gravidez e de seu prolongamento (CAMACHO *et al.*, 2010).

Nesse período, constata-se a presença de medos, como o medo de morrer durante o parto, da dor proveniente das contrações e da expulsão do bebê, da dilaceração do aparelho reprodutor e do seu permanente dano, além de medos relacionados à sensação de inabilidade, como a de produzir leite e a de praticar o aleitamento. Assim, a caracterização do parto como uma situação irreversível, inevitável e abrupta, que contrasta com o lento progredir da gestação, com duração em torno de nove meses, provoca uma miscelânea de sentimentos na parturiente (MALDONADO, 1991).

Sob essa ótica, é importante discutir acerca de alguns dos processos fisiológicos atrelados à parturição e apontar suas etapas e repercussões sobre o organismo materno. Ao final da gestação, há o anseio de que a criança seja saudável e capaz de se desenvolver e que a mãe também esteja saudável e não negativamente abalada pelo processo de parturição. Para tanto, dentre os fatores associados a esse desfecho, destaca-se a via de parto. A partir da combinação entre aspectos inerentes à paciente, como fatores de risco, condições patológicas e a própria escolha autônoma da paciente, em conjunto ao obstetra, tem-se a definição prévia da via de parto (escolha que pode se alterar, caso, no decorrer da gestação ou no momento do parto, desenvolva-se alguma condição que exija a realização de outro tipo de procedimento) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nesse trabalho, contudo, o enfoque foi direcionado ao parto vaginal, já que, como consequência dos mecanismos atrelados à essa via de parto, tais quais as contrações uterinas, lesões nas estruturas pélvicas e os desdobramentos da pressão

realizada pelo conceito no canal de parto, é nessa apresentação de parto em que serão aplicados os métodos não farmacológicos de controle da dor.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Gestação

A gravidez tem início a partir da concepção, estendendo-se até o momento do parto. Caracteriza-se como uma gestação a termo aquela que dura entre 37 semanas e 0 dias e 41 semanas e 6 dias (SPONG, 2013). Já o nascimento pré-termo é subcategorizado em pré-termo extremo, com menos de 28 semanas, pré-termo muito prematuro, de 28 a 32 semanas incompletas e pré-termo moderado ou tardio, de 32 a 37 semanas incompletas. Por fim, a nomenclatura pós-termo é utilizada para caracterizar os nascimentos ocorridos a partir de 42 semanas (BLENCOWE *et al.*, 2012).

Para estimar a idade gestacional, o cálculo se baseia, de forma prioritária, na data da última menstruação (DUM), mas também há a possibilidade de cálculo e registro por meio do exame físico ou ultrassonografia. Esse último é considerado, entre 10 e 13 semanas de gestação, o método mais preciso de estimativa. Entretanto, a DUM é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) devido ao seu baixo custo e fácil acessibilidade, apesar de ser um método falho a depender da duração do ciclo menstrual, falhas de memória maternas em recordar a data, além de sangramentos decorrentes da implantação do embrião (PEREIRA *et al.*, 2014), ainda assim, é um método bastante recorrente e utilizado na prática clínica.

A gestação é dividida em três trimestres e cada um deles conta com alterações típicas de carácter fisiológico no organismo materno, com a finalidade de permitir o pleno crescimento e desenvolvimento do conceito. No primeiro trimestre, já se desenvolvem alterações cardiovasculares na mãe, como aumento de cerca de 20% do débito cardíaco, além de vasodilatação periférica e aumento do volume plasmático com hemodiluição (SOMAPILLAY *et al.*, 2016). A presença de náuseas e vômitos não é incomum, acomete de 50 a 90% das gestantes e finda-se, na maioria delas, por volta da vigésima semana de gestação. Nessa etapa, a invasão placentária no útero modifica os parâmetros hemostáticos e a sua produção hormonal (de estrógenos e

progestógenos), eleva a angiogênese e a vasodilatação (FRANCISCO e ZUGAIB, 2020).

Outra alteração de importância é a relacionada à redução da glicemia de jejum e basal na gestante, glicogênese, foco no armazenamento de gordura e manutenção energética (em forma de glicose), para o feto. Essa fase é denominada fase anabólica e se deve à ação dos hormônios estrogênio e progesterona. Também produzida pela placenta, a gonadotrofina coriônica humana, por se assemelhar ao hormônio estimulante da tireoide, reduz a secreção hipofisária desse hormônio. Com o aumento da absorção fetal de cálcio, principalmente para a formação do esqueleto, há aumento de sua demanda no decorrer da gestação e, para manter o equilíbrio, verifica-se maior absorção intestinal desse elemento (FRANCISCO e ZUGAIB, 2020).

No segundo e terceiro trimestres, verifica-se, com o aumento do volume do continente uterino pelo crescimento e aumento do peso fetal, a compressão dos grandes vasos com redução do retorno venoso, culminando em uma hipotensão supina (PICON e SÁ, 2005). Como consequência desse aumento uterino, também se nota a elevação da posição diafragmática em repouso que, associada ao processo de hiperventilação ao qual a mulher está submetida desde o início da gestação, pode gerar a queixa de dispneia (PINTO *et al.*, 2015). Nesses dois trimestres também se observa a fase catabólica, que é marcada pela lipólise, neoglicogênese e resistência periférica à insulina, fatos que ocorrem por consequência da atuação, em especial, do hormônio lactogênico placentário, que promove o desvio do aporte energético para o feto e interfere no seu crescimento (FRANCISCO e ZUGAIB, 2020).

No terceiro trimestre, estabelece-se um aumento na contagem linfocitária de forma concomitante à trombocitopenia e a níveis aumentados de fatores de coagulação, o que confere à gravidez a caracterização como um estado de hipercoagulação com risco de trombose (CHANDRA *et al.*, 2012; KATZ e BEILIN, 2015). Nesse período, a gestante enfrenta o deslocamento do centro gravitacional, que ocasiona a marcha anserina, com aumento de lordose cervical e lombar, além de lombalgia. Em adição, pode ocorrer aumento da retenção de água associada a edema e o aumento característico das mamas, em decorrência da estimulação ocitocínica (BURTI *et al.*, 2006).

2.2 Trabalho de parto

Hanley *et al.* (2016) demonstram que o trabalho de parto é tido como o momento

em que há a presença, no útero, de contrações ritmadas e possuidoras da capacidade de gerar apagamento e dilatação do colo uterino. Sendo assim, ao considerar o prosseguimento do trabalho de parto, o parto vaginal é definido em fases clínicas ou períodos que consistem em: fase de dilatação (primeiro período), fase de expulsão (segundo período), secundamento ou dequitação (terceiro período) e puerpério imediato (quarto período) (FERNANDES e SÁ, 2019).

Na fase de dilatação, há esvaecimento e dilatação do colo uterino correlacionados com as contrações dolorosas, intensas e ritmadas, que aumentam sua frequência e intensidade com o passar do tempo e que provocam a saída do feto. Já na fase de expulsão, há dilatação cervical completa acompanhada pela descida fetal em direção à pelve, esse período pode ter alteração em sua duração a depender das características do nascituro, como peso e tamanho, e de características maternas, como contração da musculatura da pelve e analgesia prévia. Em seguida, com a mobilização da musculatura abdominal e da contração uterina, o bebê é empurrado através do canal do parto e pressiona o períneo, conseqüentemente, penetra a vulva e, por fim, é expulso completamente da vagina. A dequitação e o puerpério imediato são equivalentes, respectivamente, ao momento desde a saída completa do feto até a expulsão da placenta e à primeira hora após o terceiro período (FERNANDES e SÁ, 2019).

A dor no primeiro período está relacionada aos estímulos nociceptivos recebidos pelos receptores químicos e mecânicos uterinos e miométriais. É caracterizada como uma dor do tipo visceral e em cólica, que inicialmente atinge os níveis de T10 a L1, ela ocorre porque, a cada contração promovida pelo útero, há alongamento e distensão do colo e ativação de estímulos. Já no fim desse período e início do segundo, a dor possui origem somática advinda do estiramento, isquemia e lesão da musculatura componente da pelve, é uma dor aguda e de limites bem localizados. Esse processo algico, quando exacerbado, leva a um incremento dos níveis de ansiedade maternos e a desfechos de alteração na dinâmica do parto, com diminuição do fluxo sanguíneo, alterações da frequência cardíaca fetal e prolongamento desse período (LABOR e MAGUIRE, 2008).

Sobre a dor, também é importante destacar a definição pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual atual ou potencial, ou descrita em termos daquele dano” (FERNANDES e ANDRADE, 2009). Com relação ao aspecto

sensorial, como antes citado, o estímulo algíco da parturição tem componente visceral e somático. O visceral é transmitido por pequenas fibras que passam pelos plexos nervosos do útero, cervicais e hipogástricos e pelas raízes nervosas dos nervos de T10 a L1, algumas dessas fibras se cruzam e se estendem de forma a desencadear uma dor mal localizada. Essa algia é indicada nos dermatômos T10 a T12, o que faz com que seja percebida na parte abdominal inferior, no sacro e nas costas e nem sempre sofre ação dos opioides. Já a dor somática se dá por meio da transmissão advinda dos nervos pudendos, pelo plexo sacral até as raízes nervosas S2 a S4, as fibras dos ramos cutâneos e nervo ilioinguinal e genitofemoral também participam dessa transmissão nervosa. Esse tipo de dor ocorre mais predominantemente no período de expulsão do feto e é percebido agudo e localizado na região vaginal, retal e perineal, decorrente da distensão das estruturas perineais, pressão na bexiga, reto e uretra e é mais resistente a opioides do que a dor visceral. Ambos os tipos de estímulo citados são processados e transmitidos ao cérebro pelo trato espino-talâmico a partir do corno dorsal da medula espinhal. Essa transferência resulta nas respostas configuradas como psicológicas e autonômicas (LOWE, 1996).

Sobre a cesariana, procedimento que deve ser citado, ainda que brevemente, quando bem indicada e no contexto de complicações, é efetiva em reduzir a morbimortalidade materna e perinatal com diminuição da incidência de incontinência urinária e fecal e de chances de prolapso de órgãos pélvicos. No caso de uma cesariana eletiva, têm-se como benefícios a possibilidade de alívio do medo e ansiedade maternos, redução do risco de natimorto inexplicado, de asfixia fetal, trauma e aspiração meconial. O Brasil ocupa o segundo lugar entre os cinco países que mais realizam partos por cesariana no mundo, com uma taxa de 55,7% em relação ao total de partos, a tendência atual é de crescimento nessa porcentagem (BETRAN *et al.*, 2021).

Como malefícios do parto cesáreo eletivo, pontua-se maior risco de dispareunia e subfertilidade, risco de dispneia secundária à taquipneia transitória do recém-nascido e outras repercussões respiratórias, prematuridade iatrogênica, além de associação com aumento de ocorrência de asma e chances de sobrepeso na infância. Mulheres com esse tipo de parto anterior também têm maior possibilidade de anormalidades placentárias e aborto em gestações subsequentes (KEAG, NORMAN e STOCK, 2018; RAMACHANDRAPPA e JAIN, 2008). Já o parto vaginal oferece menos risco de morte materna, de infecção, hemorragia, complicações anestésicas e

histerectomia periparto, apesar de que essa via de parto pode gerar fratura cefálica e distocias de ombro no feto (ISKENDER *et al.*, 2014; CUNNINGHAM *et al.*, 2014). Entretanto, o parto vaginal é a apresentação de parto preferível e fisiológica, dessa forma, a execução excessiva e injustificada de partos cirúrgicos gera tanto prejuízos financeiros quanto coloca em risco a integridade física materno-fetal (HANNAH *et al.*, 2004; KEAG, NORMAN e STOCK, 2018).

Diante da discussão acerca da dor no trabalho de parto, é clarificado o grau de relevância da analgesia da parturiente, procedimento do qual destacam-se dois métodos: os de alívio farmacológico e o de alívio não farmacológico da dor. Os fármacos são recomendados a nível sistêmico a fim de promover analgesia em situações nas quais a analgesia de condução (regional) não pode ser realizada, dentre os riscos daquela via, salienta-se a depressão respiratória neonatal. Já as técnicas regionais (peridural e a raquiperidural) são pontuadas como padrão-ouro de alívio da dor do parto, apesar de haver relação entre analgesia peridural e aumento do tempo no período expulsivo (FRANCISCO e ZUGAIB, 2020).

2.3 Métodos não-farmacológicos de alívio/controle da dor do parto

É em um contexto humanizante do parto que se abordam os métodos não farmacológicos de alívio dessa dor, principalmente aqueles associados à água, já que são destacados em diversos estudos, como no de BENFIELD *et al.* (2010), tendo seu uso terapêutico sido praticado pelos romanos e egípcios, além de outros povos. A hidroterapia, na forma de banho quente ou imersão por banheira, ambos na temperatura de 37°C, atua como uma estratégia para redução da ansiedade, melhora da perfusão uterina e das contrações, com importante contribuição para o progresso do parto (HENRIQUE *et al.*, 2018). Um provável mecanismo de ação desse método ocorre pelo estímulo aos termorreceptores, cujos sinais chegam mais rápido ao cérebro do que aqueles advindos do estímulo doloroso, o que promove um certo bloqueio na transmissão desse último (BARBIERI *et al.*, 2013). Não só os métodos baseados na utilização da água, mas também os demais, como exercícios respiratórios, acupuntura, estimulação transcutânea elétrica, deambulação, uso da bola suíça, massagem e crioterapia, são fundamentados na atuação das doulas e da equipe de enfermagem, que desempenham papel de relevância no alívio algico nesse período (MAFETONI e SHIMO, 2014).

A relevância desses dispositivos reside justamente na gama de benefícios que

acompanham, além do aumento crescente do interesse no parto humanizado, que visa a promoção de um parto adequado a fim de reduzir a morbimortalidade materno-fetal com a diminuição das intervenções médicas desnecessárias e da medicalização excessiva. Além disso, podem contribuir com a escolha materna pela via de parto fisiológica e impactar positivamente nos desfechos dessa. Para tanto, recomenda-se, inclusive, que esses métodos não medicamentosos sejam utilizados, no parto vaginal, em associação com a peridural e não apenas isoladamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Elaborar uma revisão integrativa para análise das características e impactos dos métodos não farmacológicos em relação ao alívio da dor do parto.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar os métodos não farmacológicos de controle da dor da parturiente mais utilizados;
- Investigar se há um método mais eficaz de alívio não farmacológico da dor para o trabalho de parto;
- Detectar os dados de redução de dor relativos a cada método.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

O trabalho executado foi baseado em levantamento bibliográfico e definido como uma revisão integrativa acerca do tema “métodos não farmacológicos para controle da dor da parturiente” cuja pergunta norteadora foi: “Os métodos não farmacológicos são eficientes para o alívio da sensação álgica no parto e podem impactar positivamente na experiência materna?”, elaborada segundo o método PICO, que é o acrônimo de P: população, I: intervenção, C: comparação e o: “outcomes”, desfecho (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2007).

P: parturientes que usam métodos não farmacológicos

I: uso de métodos não farmacológicos para controle da dor do parto

C: parturientes em uso de métodos farmacológicos ou de nenhum método

o: eficácia de analgesia proposta pelos MNFs

Houve a identificação dos estudos a partir da busca na literatura com base na metodologia descrita, análise crítica dos estudos obtidos acerca da temática, avaliação, revisão e síntese dos principais dados obtidos, com a integração desses estudos, mantendo-se o rigor metodológico.

4.2. Descrição da coleta de dados

Com a finalidade de realização de pesquisa científica, como critérios de inclusão foram estabelecidos que os trabalhos deveriam ter sido publicados entre o ano de 2012 e 2022 e que abordassem o uso de métodos não farmacológicos para controle da dor do parto. Esses estudos deveriam também trazer os descritores, citados posteriormente, em alguma de suas categorias.

Como pontuado anteriormente, foram inicialmente consideradas as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO, LILACS e MEDLINE, nas quais foram realizadas buscas por meio dos DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde), combinados entre si.

Com relação aos termos de pesquisa, foram elencados os descritores a seguir: Dor do parto, massagem, hipnose, musicoterapia, crioterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea e analgesia por acupuntura, obtidos por meio do dispositivo DeCS, e suas respectivas traduções para o inglês. Esses descritores foram combinados através dos operadores booleanos, a fim de amplificar e aprimorar os

resultados da pesquisa. As consecutivas combinações foram utilizadas: Dor do parto *AND* Massagem; Dor do parto *AND* hipnose; Dor do parto *AND* musicoterapia; Dor do parto *AND* crioterapia; Dor do parto *AND* Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea; Dor do parto *AND* analgesia por acupuntura. É essencial pontuar que o termo “métodos não farmacológicos” não retornou nenhum descritor no dispositivo supracitado e, por essa razão, fez-se necessário buscar os termos referentes aos métodos não farmacológicos específicos de alívio da dor do parto, sendo eles os listados acima.

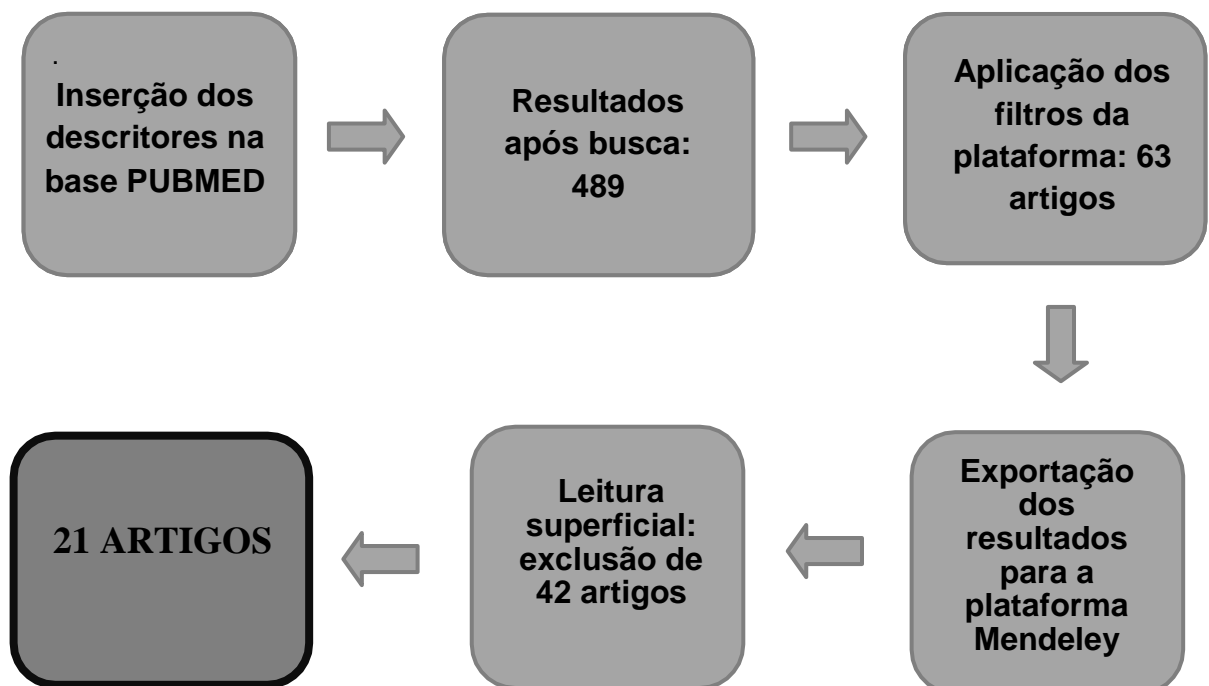
A partir desse processo, um variado número de artigos foi obtido e avaliado. Os critérios para escolha das bases de pesquisa se estabeleceram nos seguintes pontos: disponibilidade de recursos de pesquisa, como filtros, retorno de maior quantidade de artigos publicados em periódicos de maior impacto e relevância da base de dados no meio científico da saúde. Sendo assim, selecionou-se a base de dados PubMed.

Como critérios de exclusão, definiu-se que seriam descartados dessa revisão os artigos que estivessem incompletos, que não avaliassem o impacto dos MNFs na dor intraparto, editoriais, relatos de caso, revisões sistemáticas e estudos duplicados.

5. RESULTADOS

Após a definição desses critérios metodológicos, a busca pelos artigos foi realizada de fevereiro a maio de 2022 e, a partir da utilização dos descritores pontuados, a busca retornou 489 resultados na base PubMed. Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, através dos filtros disponibilizados pela plataforma, citados no tópico 4.2. e, a cada etapa, alguns outros trabalhos foram excluídos. Nessa fase, foram obtidos 63 artigos que foram exportados para a plataforma *Mendeley*, na qual os trabalhos duplicados foram removidos e os títulos, resumos, objetivos e metodologia dos remanescentes foram lidos, nesse processo foram excluídos cerca de 40 artigos. Posteriormente, após leitura na íntegra de todos os estudos selecionados, mais dois artigos foram excluídos porque, apesar de mencionarem métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto, os trabalhos não avaliavam a eficácia desses dispositivos ou discorriam acerca de seu uso durante o parto, o que inviabilizou sua inclusão nessa revisão. Esse processo está apresentado na Figura 1. Ao final, foi obtida a soma total de 21 estudos que foram organizados através de tabelas e gráficos a fim de melhor dispor suas características.

Figura 01 – Fluxograma das etapas envolvidas na seleção dos artigos.



A Tabela 01 caracteriza, em ordem alfabética, os artigos inclusos no presente trabalho, além dos autores, ano de publicação, intervenções analisadas, tipos de estudo e a numeração (atribuída de acordo com a ordem alfabética).

Tabela 01 – Lista e características dos artigos inclusos

Número	Título do artigo	Autores/Ano de publicação	Intervenções analisadas	Tipo de estudo
1	Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study.	ABDOLAHIAN, <i>et al.</i> , 2014	Dança e massagem na região sacral	Ensaio randomizado controlado
2	The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial	AKKÖZ ÇEVİK e KARADUMAN, 2020	Massagem na região sacral	Ensaio randomizado controlado
3	Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial.	BÁEZ-SUÁREZ, 2018	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)	Ensaio randomizado controlado
4	Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage.	SAFDARI-DEHCHESHMEHI, RAFIEI, 2015	Musicoterapia e massagem no ponto Hoku	Estudo prospectivo, randomizado e controlado
5	Effects of electro-acupuncture on labor pain management.	DONG <i>et al.</i> , 2015	Eletro-acupuntura	Ensaio clínico
6	Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness.	DOWNE <i>et al.</i> , 2015	Auto-hipnose	Ensaio randomizado controlado

7	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.	GALLO <i>et al.</i> , 2018	Bola suíça, massagem e banho quente	Ensaio randomizado controlado
8	Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction	GÖNENÇ, TERZIOĞLU, 2020	Massagem e acupressão	Ensaio randomizado controlado
9	The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial.	GÜR, APAY, 2020	Técnicas cognitivas comportamentais com realidade virtual	Ensaio randomizado controlado
10	Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction.	HAJAMINI, 2012	Massagem com gelo e acupressão	Estudo quase-experimental
11	Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor.	HAMIDZADEH, <i>et al.</i> 2012	Acupressão	Ensaio clínico randomizado
12	Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial.	LAI <i>et al.</i> , 2021	Massagem	Ensaio randomizado controlado
13	Effect of direct current pulse stimulating acupoints of JiaJi (T10-13) and Ciliao (BL 32) with Han's Acupoint Nerve Stimulator on labour pain in women: a randomized controlled clinical study	LIU <i>et al.</i> , 2015	Estimulação elétrica transcutânea	Ensaio clínico randomizado controlado
14	Comparing the effect of acupressure with or without ice in LI-4 point on labour pain and anxiety levels during labour: a randomised controlled trial.	MIRZAEI <i>et al.</i> , 2021	Acupressão com e sem gelo	Ensaio randomizado controlado

15	The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women.	MOGHIMI-HANJANI <i>et al.</i> , 2015	Reflexologia (massagem)	Ensaio clínico randomizado
16	Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor.	MORTAZAVI <i>et al.</i> , 2012	Massagem e presença de acompanhante treinado.	Ensaio randomizado controlado
17	Effects of noninvasive electroacupuncture on labour pain and duration.	MUCUK, BASER, 2014	Eletroacupuntura	Estudo experimental com grupo controle.
18	The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial.	NJOGU <i>et al.</i> , 2021	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea	Ensaio randomizado controlado
19	Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial.	SIMAVLI <i>et al.</i> , 2014	Musicoterapia	Ensaio clínico randomizado controlado
20	Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study.	TÜRKMEN, ORAN, 2021	Massagem e aplicação de calor.	Estudo quase-experimental randomizado controlado
21	Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial.	WERNER <i>et al.</i> , 2013	Auto-hipnose	Ensaio randomizado controlado

A maioria dos estudos selecionados para compor esse trabalho corresponde a ensaios randomizados, publicados entre 2012 e 2021. Esses trabalhos avaliaram a eficácia da aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor intraparto, através de análises qualitativas, quantitativas e da aplicação de questionários e escalas, como a escala analógica visual da dor.

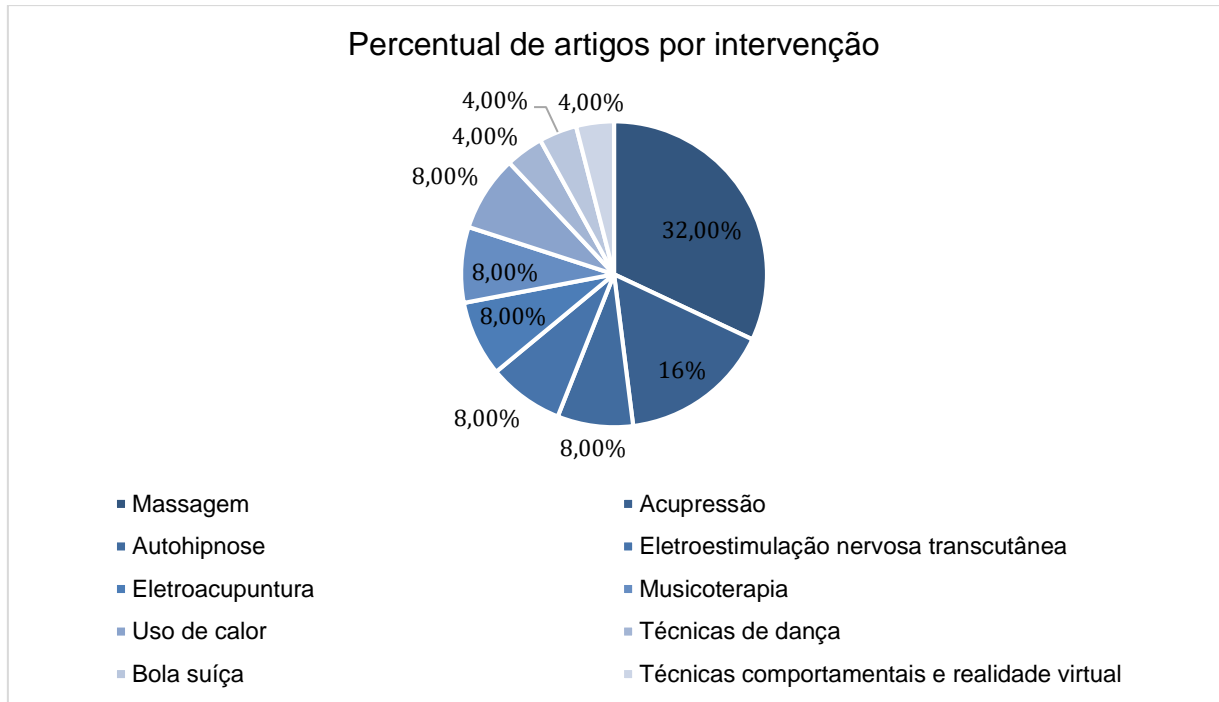
Na Tabela 02, é possível identificar o número do artigo, o número de parturientes que compuseram a amostra, o país da pesquisa e as semanas de gestação das mulheres recrutadas. Dos vinte e um estudos selecionados para compor esse trabalho, 7 (2, 8, 9, 16, 17, 19, 20), ou seja, 33,3%, foram realizados na Turquia. Seis outros estudos ocorreram no Irã (1, 4, 10, 11, 14, 15), quatro na China (5, 12, 13, 18), um no Reino Unido (6), um na Espanha (3), um no Brasil (7) e um na Dinamarca (21).

Tabela 02 – Características específicas dos trabalhos

Número	Tamanho da amostra	País da pesquisa	Faixa Etária das Participantes	Semanas de gestação
1	60	Irã	18-35 anos	38-40 semanas
2	60	Turquia	19-40 anos	38-42 semanas
3	63	Espanha	18 anos ou mais	37-42 semanas
4	90	Irã	17-30 anos	38-42 semanas
5	180	China	20-35 anos	37-42 semanas
6	680	Reino Unido	Não citada	27-32 semanas
7	80	Brasil	Não citada	37 semanas e acima
8	120	Turquia	20-30 anos	38-42 semanas
9	275	Turquia	Não citada	38-40 semanas
10	90	Irã	18-40 anos	Não citado
11	100	Irã	20-40 anos	37 semanas e acima
12	602	China	18 anos ou mais	32-36 semanas
13	120	China	20-29 anos	37 semanas e acima
14	90	Irã	Não citada	37-40 semanas
15	80	Irã	Não citada	Não citado
16	120	Turquia	16-36 anos	37-42 semanas
17	120	Turquia	Não citada	37-42 semanas
18	346	China	18 anos ou mais	37-42 semanas
19	156	Turquia	18-36 anos	37-41 semanas
20	98	Turquia	17-35 anos	Não citado
21	1222	Dinamarca	18 anos ou mais	Não citado
Total	4752	X	16-40 anos	27-42 semanas

O número de parturientes configurado como amostra para cada um dos estudos sofreu variações consideráveis: o maior número amostral foi de 1222 mulheres, pertencente ao artigo 21, da Dinamarca e o menor de 60, adotado nos artigos 1 e 2. O número final, portanto, contando os artigos em sua totalidade, foi de 4752 participantes. Já com relação à faixa etária das mulheres incluídas, 6 estudos (6, 7, 9, 14, 15, 17) não trouxeram nenhum dado específico, mas sim a média desse número entre os grupos formados após randomização. Ao analisar os valores trazidos pelos outros trabalhos, observa-se a menor idade registrada como sendo a de 16 anos e a maior de 40 anos, com uma amplitude, entre esses dois valores, de 24 anos. A Tabela 2 também discrimina a idade gestacional na qual as participantes se encontravam no momento da intervenção, contudo, quatro estudos (10, 15, 20 e 21) não trouxeram essa informação no decorrer do texto. Dentre os trabalhos que a abordaram, dois deles (6, 12) discutiram acerca de terapias com MNF's que se iniciaram antes do período de termo. A amplitude, portanto, é a correspondida a partir de 27 a 42 semanas de gestação.

Com relação ao tipo de intervenção aplicada, o Gráfico 01 ilustra a quantidade de artigos que discorre acerca de cada tipo de método não farmacológico. É importante pontuar que alguns estudos abordaram mais de um tipo de método, tendo sido a massagem (2, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 20) o mais recorrente, citado em oito trabalhos, o que corresponde aproximadamente a 32% do total. Em segundo lugar, a acupressão (8, 10, 11, 14) foi explorada em quatro artigos, seguida de autohipnose (6, 21), eletroestimulação nervosa transcutânea (3, 18), eletroacupuntura (5, 17), musicoterapia (4, 19) e aplicação de calor (7, 20), cada uma citada por dois e, por último, as técnicas de dança (1), uso de bola suíça (7), técnicas comportamentais e de realidade virtual (9), cada uma citada por um trabalho.

Gráfico 01 – Percentual de artigos para cada tipo de intervenção.

É importante destacar que foi feita diferenciação entre eletroestimulação nervosa transcutânea em pontos de acupuntura e eletroacupuntura, além disso, estudos também retrataram massagem em pontos de acupuntura e acupressão como diferentes conceitos, sendo assim, no presente trabalho, foram mantidos os termos e a classificação utilizada pelos autores, apesar de que nesses dois casos, as intervenções possam ser consideradas variações do mesmo método.

Os métodos representados no gráfico foram detalhados de diferentes formas dentre os trabalhos, alguns deles apresentaram metodologias e parágrafos mais robustos e outros se limitaram a descrever superficialmente os procedimentos realizados.

5.1. Massagem

No caso da primeira intervenção, a massagem, apenas quatro artigos detalharam as fases de trabalho do parto nas quais foi performada (2, 7, 8, 16), nesse contexto, a aplicação do método se deu nas fases latente, ativa e de transição. Apenas o artigo de número 7 se limitou unicamente à fase ativa, já que nas demais etapas foi realizada a aplicação de outros métodos não farmacológicos sequencialmente. Nesse trabalho, a massagem se iniciou na dilatação de 5-6 centímetros e durou quarenta minutos, seguindo um padrão ascendente e rítmico de movimento das mãos, com

movimentos de deslizamento lateralmente à coluna e com pressão sacral. A técnica foi realizada entre as vértebras T10 e S4 e a participante possuía liberdade para determinar a intensidade da massagem e a posição adotada. No estudo 2, é informado que o método foi administrado por meio de técnicas descritas como de “carícias”, *effleurage* (termo francês que define o movimento de deslizar com as mãos) e vibratórias pelo período de 15 minutos, com a paciente em decúbito lateral esquerdo.

No de número 8, a duração da intervenção foi de trinta minutos, nas regiões de membros superiores, inferiores, cabeça, pescoço e ombros, as técnicas específicas de massagem não foram detalhadas, nesse trabalho. No quarto artigo dessa categoria, o de número 16, a massagem administrada foi caracterizada como firme e rítmica, por um período de trinta minutos, nas regiões de ombros, costas, abdome e sacral, os pesquisadores, nesse estudo, também conduziram as parturientes por um processo de relaxamento que envolvia a respiração e concentração.

Já nos artigos 4 e 10, a massagem foi realizada nos pontos de acupuntura *Hoku* e *Hegu* (respectivamente) que, na realidade, correspondem ao mesmo ponto: o L14, localizado na área abrangida pelo ramo superficial do nervo radial (UMEMOTO *et al.*, 2019). O estudo de número 4 se limitou a descrever que a intervenção foi realizada nas duas mãos com e sem o uso de gelo em uma toalha, em movimentos de rotação, na posição e intensidade adotadas pela parturiente. Já no artigo 10, (que definiu ambos os termos: massagem e acupressão como intervenção), a massagem foi realizada com gelo em um grupo e associada à acupressão em outro, no primeiro caso, o pesquisador posicionou esferas de gelo dentro de uma gaze e realizou massagens rotatórias por 10 minutos. Os três últimos artigos a abordarem massagem foram o 12, o 15 e o 20 e nenhum deles detalhou a fase na qual o procedimento foi aplicado. No primeiro deles (12), a intervenção consistiu em explicação teórica por 30 minutos seguida de prática de 90 minutos, nessa última, casais foram orientados quanto às técnicas de massagem, respiração controlada e visualização. Essa intervenção foi administrada na região sacral e nos quatro membros, os pesquisadores orientaram os parceiros das parturientes a treinarem o procedimento em casa, à noite, antes do momento do parto para que pudessem repeti-lo durante esse período.

O próximo trabalho é o de número 15, que nomina a intervenção como reflexologia (tipo de massagem que envolve a pressão em locais do corpo que correspondem a estruturas específicas do organismo) (REFLEXOLOGIA, 2022).

Nessa pesquisa, após o uso do óleo de girassol nos pés da participante, foi executada massagem em toda essa região, utilizando técnicas de relaxamento a fim de preparar a parturiente para técnicas específicas de reflexologia. Em seguida, movimentos de rotação e pressão foram realizados em regiões que, segundo esse trabalho, relacionam-se com a glândula pituitária, plexo solar (celíaco) e uterino, essa etapa durou 20 minutos e foi realizada consecutivamente em cada pé, somando 40 minutos no total. Por fim, no estudo de número 20, foram utilizadas as técnicas de *effleurage* e fricção, concentradas a 45 centímetros da coluna vertebral, lateralmente, inferiormente e na região compreendida entre a vértebra S1 e S4, a parturiente adotou a posição de decúbito lateral e a aplicação do método durou 10 minutos.

5.2. Acupressão

A segunda intervenção mais citada pelos artigos foi a acupressão, que, no estudo de número 8 (que também citou massagem), foi realizada por trinta minutos. Foram usadas faixas de acupressão no ponto SP6 durante as fases latente, ativa e de transição do trabalho de parto. No segundo artigo a citar esse método (10), o uso de gelo na acupressão foi comparado com o não uso, portanto, a pressão foi exercida no ponto *Hegu* com o auxílio de esferas de vidro. Dois outros artigos (11, 14) relataram como alvo da intervenção aquele mesmo ponto de acupuntura. Ambos também descrevem que a acupressão foi efetuada na fase ativa e simultaneamente nas duas mãos, entretanto, o estudo de número 11 detalha que a pressão ocorreu em cinco momentos por minuto (cada um desses momentos incluiu 10 segundos de pressão e 2 de descanso), durante cada contração uterina e por um recorte de tempo de 20 minutos.

5.3. Autohipnose

Com relação a autohipnose, em ambos os trabalhos nos quais essa técnica foi executada (6, 21), as gestantes participaram de sessões/aulas conduzidas por doulas, antes do parto e que ocorreram durante 3 semanas. No contexto do artigo 6, foram realizadas duas sessões de noventa minutos de duração, às 32 e 35 semanas de gestação e conforme um roteiro australiano de autohipnose para dor do parto. As doulas foram visitadas por um pesquisador durante as sessões para garantir fidelidade ao protocolo. Além disso, as participantes e seus acompanhantes foram instruídas a

escutar um CD de autohipnose por vinte e seis minutos diariamente até a data do parto.

5.4. Eletroestimulação nervosa transcutânea

A eletroestimulação nervosa transcutânea, em ambos artigos em que foi citada (3, 18), foi iniciada no começo da fase ativa do parto. No trabalho 3, diferentes doses de eletroestimulação foram avaliadas, para tanto, dois pares de eletrodos que mediam 5x9 cm foram fixados nas parturientes, nas regiões paravertebrais na altura das vértebras de T10-11 e S2-4. O aparelho utilizado foi o Cefar Rehab 2 pro e, no grupo 1, foi produzido um pulso assimétrico bifásico, com largura de 100 μ s e frequência de 100 Hz. Por outro lado, no grupo 2, foi emitida onda bifásica, assimétrica e balanceada, mas com frequência variável entre 80-100 Hz, aleatoriamente. Nesse artigo, a intensidade e amplitude do aparelho poderia ser ajustada de acordo com a sensibilidade da parturiente, ambos os grupos receberam a intervenção de forma constante por trinta minutos.

No artigo 18, a intervenção se prolongou do início da fase ativa até o segundo estágio, os escores de dor foram registrados trinta, sessenta e cento e vinte minutos após o início da intervenção e 2-24 horas após o parto. Dois pares de eletrodos foram posicionados em ambos os braços no ponto *Hegu* (L14, o ponto medial entre o primeiro e segundo ossos carpais) e no ponto *Neiguan* (PC6, estabelecido na região entre os tendões que compõem o músculo flexor carporradial e o flexor digital superficial), dois eletrodos também foram posicionados nas regiões paravertebrais das participantes, nos níveis de T10–L1 e de S2–S4 (SILVA *et al.*, 2016). Transdutores foram colocados no abdome a fim de monitorar a frequência cardíaca fetal e contrações uterinas. O estudo em questão utilizou um modelo denominado SRL998A Bio-feed TENS System, que produziu um pico de corrente de 15 mA e um pico de circuito aberto com a voltagem de 300 V. De acordo com a tolerância da parturiente, a frequência e intensidade da analgesia foi ajustada. Ainda que esse estudo tenha utilizado pontos de acupuntura como locais de referência para posicionamento dos eletrodos, os autores não citaram a acupuntura em nenhum momento no texto.

5.5. Eletroacupuntura

Na eletroacupuntura, mencionada por dois artigos (5 e 17), a intensidade de corrente foi a mesma em ambos, de 15 mA. No caso do artigo 5, foi utilizado um

aparelho denominado HANS 100B, que proporcionou uma corrente elétrica com amplitude de intensidade de 5-40 mA e frequência de 100 Hz. Os eletrodos foram posicionados nos pontos Ex-B2, pontos de acupuntura *Jiaji* (localizados na região paravertebral), bilateralmente. No grupo da estimulação dos pontos SP6, correspondente aos pontos de acupuntura *Sanyinjiao* (ponto próximo à proeminência do maléolo medial) dois eletrodos foram posicionados em ambas as pernas.

No artigo 17, assim como no artigo 18, a intervenção também se deu no ponto L14 (*Hegu*), que foi bilateralmente estimulado por uma caneta de acupuntura por dez minutos, com 5 minutos de estimulação e 5 de pausa. O aparelho tinha máxima intensidade de 0,6 mA e frequência entre 5-10 Hz, além de duração de pulso. A caneta foi posicionada verticalmente em relação aos pontos de acupuntura e mantida no nível em que as parturientes sentiam a vibração. Nesse trabalho, assim como no de número 5, o ponto SP6 também foi estimulado, a mesma técnica usada no ponto L14 foi realizada nesse ponto.

5.6. Musicoterapia

No artigo 4, de acordo com o interesse de cada parturiente, foi possível escutar música advinda de piano ou som de ondas, através do uso de fones de ouvido por 30 minutos, em um quarto separado.

Já no artigo 19, as participantes puderam escolher entre músicas calmas, relaxantes e com ritmos regulares, sem extremas mudanças no padrão. Cinco gêneros musicais estavam disponíveis: música clássica, música turca artística, música folclórica turca, música clássica turca e música popular turca. O procedimento se iniciou quando a parturiente tinha dois centímetros de dilatação cervical.

5.7. Uso de alta temperatura

No artigo 7, a intervenção se iniciou quando a dilatação cervical era de sete centímetros, a parturiente, nesse estudo, foi instruída a permanecer em banho quente por quarenta minutos, em uma temperatura de 37°C.

No artigo 20, foi performado um método de aplicação de calor a seco, a termoformagem, esse estudo não detalha a intervenção, mas esse tipo de método pode ser realizado por meio do uso de compressas com água em seu interior. O processo foi executado na região sacral (nas vértebras de S1-S4) e a posição adotada pelas parturientes foi a de decúbito dorsal esquerdo e ocorreu nas dilatações de 4-5,

6-7 e 8-9 centímetros. O material usado foi embalado em toalhas a fim de proteger a parturiente da alta temperatura de sua superfície. A temperatura média da água usada no procedimento foi de 50°C, sendo a temperatura da superfície de 40°C e a aplicação de calor se prolongou por vinte minutos.

5.8. Técnica de dança

No artigo 1, a posição adotada foi a ortostática, com inclinação pélvica e movimento de vai e vem ou circular com o quadril, enquanto o parceiro deveria massagear a região sacral da participante, por pelo menos trinta minutos, ela deveria descansar os braços nos ombros do parceiro.

5.9. Bola suíça

No trabalho de número 7, a intervenção se iniciou no começo da fase ativa do parto, com a dilatação cervical entre 4 e 5 centímetros. A participante foi instruída a performar movimentos pélvicos com anteversão, retroversão, inclinação lateral, circundução e propulsão da pelve enquanto sentada em uma bola suíça e os exercícios foram realizados durante as contrações uterinas, por um período de 40 minutos.

5.10. Técnicas comportamentais e de realidade virtual

No estudo 9, foi montado um álbum fotográfico digital, que continha fotos de recém-nascidos saudáveis e calmos. Além disso, configurações de vídeo, como qualidade, pixels, som e nível de som foram feitas a fim de alcançar o objetivo. A música escolhida para os vídeos foi a música clássica *Moonlight Sonata*, de Beethoven.

Nessa pesquisa, foram usados óculos de realidade virtual para aumentar a concentração e evitar interação com o ambiente externo, os vídeos e imagens foram mostrados para as gestantes por meio desse aparelho, que foi conectado a um smartphone.

5.11. Avaliação da dor

Sobre os dispositivos de avaliação de resposta perceptiva da dor com o uso de MNF's, a maioria (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19) dos trabalhos

utilizou a escala visual analógica da dor (EVA), o que corresponde a aproximadamente 81% (17 artigos) do total. Nesses trabalhos, essa ferramenta foi utilizada para registrar os escores de dor com recorrência durante a intervenção, alguns desses artigos basearam os intervalos de tempo de aplicação da escala na dilatação apresentada pela gestante e alguns outros se orientaram de acordo com o período decorrido após o início da intervenção (que foi aplicada no início da fase ativa em todos os estudos).

A escala EVA consiste em uma ferramenta que conta com números de 0 a 10, exibidos em uma linha horizontal e cujos níveis de dor são ilustrados por meio de figuras, a ausência de dor é indicada pelo número 0 e a dor mais severa pelo 10.

A Tabela 03 inclui os escores algícos medidos pela escala visual analógica da dor em cada um dos estudos que a utilizou. As unidades descritas em minutos (min) se relacionam com o tempo decorrido após o início da intervenção, já aquelas apontadas em centímetros (cm), referem-se à dilatação cervical. Alguns desses trabalhos também utilizaram como pontos de referência os períodos definidos como “prévio à intervenção”, “logo após o início da intervenção” e “após a intervenção” (descritos, respectivamente, como “antes”, “logo após” e “após”) e as fases do trabalho de parto, que foram registradas na tabela. O artigo número 7 aborda três diferentes intervenções que, entretanto, foram aplicadas de forma sequencial em um mesmo grupo de participantes e, por esse motivo, não houve diferenciação entre as intervenções 1, 2 e 3.

Tabela 03 – Escores EVA para cada grupo (controle, intervenção 1 e 2).

Artigo	EVA – controle	EVA – intervenção 1	EVA – intervenção 2	EVA – intervenção 3	EVA – intervenção 4
1	Antes.: 8,29 30 min: 9,56 60 min: 9,93 90 min: 10	Antes: 6,89 30 min: 8,73 60 min: 9,5 90 min: 9,85	Não há	Não há	Não há
2	Fases Latente: 4,67 Ativa: 8,43 Transição: 9,7	Fases Latente: 3,57 Ativa: 7,03 Transição: 8,83	Não há	Não há	Não há

3	Antes: 6,6 10 min: 8,3 30 min: 8,8	Antes: 7,4 10 min: 6,2 30 min: 6,3	Antes: 8,0 10 min: 6,2 30 min: 5,9	Não há	Não há
4	Início fase ativa: 6,13 Dilatação 4 cm: 6,48 6 cm: 8,16 8 cm: 8,53	Início fase ativa: 5,58 Dilatação 4 cm: 4,43 6 cm: 6,16 8 cm: 7,31	Início fase ativa: 5,42 Dilatação 4 cm: 4,70 6 cm: 6,23 8 cm: 7,25	Não há	Não há
5	Antes: 7,80 30 min: 7,85 60 min: 7,88 120 min: 8,16	Antes: 7,71 30 min: 6,70 60 min: 5,57 120 min: 6,15	Antes: 7,98 30 min: 6,57 60 min: 6,05 120 min: 6,59	Não há	Não há
7	Antes: 80 Pós exercício: 82 Pós massagem: 90 Pós banho: 89	Antes: 74 Pós exercício: 82 Pós massagem: 72 Pós banho: 68	Não há	Não há	Não há
8	Fases Latente: 5,8 Ativa: 9,4 Transição: 9,93 Pós-parto: 2,96	Fases Latente: 6,36 Ativa: 7,23 Transição: 8,18 Pós-parto: 2,53	Fases Latente: 5,87 Ativa: 7,53 Transição: 9,1 Pós-parto: 2,6	Fases Latente: 5,83 Ativa: 6,93 Transição: 8,73 Pós-parto: 2,3	Não há
9	Antes: 5,53 Após: 6,38	Antes: 5,79 Após: 4,98	Antes: 5,09 Após: 4,96	Antes: 5,83 Após: 5,96	Antes: 6,01 Após: 5,6

10	Antes: 7,17 Logo após: 6,33 30 min: 7,1 60 min: 7,6	Antes: 7,47 Logo após: 5,73 30 min: 5,9 60 min: 6,77	Antes: 7,73 Logo após: 6,7 30 min: 6,87 60 min: 7,73	Não há	Não há
11	Antes: 6,36 Logo após: 5,38 20 min: 6,5 60 min: 7,12 120: 8,57 180: 9,5 240: 8,5 2º estágio: 9,73	Antes: 6,02 Logo após: 6,68 20 min: 8,26 60 min: 8,92 120: 9,83 180: 10 240: 9,9 2º estágio: 9,9	Não há	Não há	Não há
12	Dilatação ≤ 3 cm: 4,4 4-7 cm: 8,2 8-9 cm: 8,8	Dilatação ≤ 3 cm: 4,5 4-7 cm: 8 8-9 cm: 9,3	Não há	Não há	Não há
13	Antes: 9,4 30 min: 9,7 60 min: 9,7 Dilatação 7-8 cm: 9,8 10 cm: 9,0	Antes: 9,5 30 min: 7,1 60 min: 6,5 Dilatação 7-8 cm: 6,8 10 cm: 6,0	Antes: 9,4 30 min: 5,1 60 min: 4,5 Dilatação 7-8 cm: 5,0 10 cm: 5,0	Antes: 9,5 30 min: 1,8 60 min: 2,0 Dilatação 7-8 cm: 2,4 10 cm: 2,7	Não há
14	Antes: 8,7 Após: 8,23	Antes: 8,47 Após: 4,03	Antes: 9,2 Após: 6,43	Não há	Não há

17	Antes: 8,0 Logo após: 8,5 30 min: 10 60 min: 10	Antes: 8,0 Logo após: 8,0 30 min: 8,0 60 min: 9,0	Antes: 9,0 Logo após: 8,0 30 min: 9,0 60 min: 9,0	Não há	Não há
18	Antes: 5,64 30 min: 7,4 60 min: 8,78 120 min: 9,29 2-24 horas após parto: 9,43	Antes: 5,56 30 min: 5,67 60 min: 5,89 120 min: 5,45 2-24 horas após o parto: 6,02	Não há	Não há	Não há
19	Antes: 2,72 Fases Latente: 4,9 Ativa: 9,4 2º estágio: 9,79 2 horas após parto: 5,10	Antes: 2,75 Fases Latente: 4,14 Ativa: 8,55 2º estágio: 9,09 2 horas após parto: 3,30	Não há	Não há	Não há

Dos 17 artigos que empregaram a EVA como critério avaliativo de dor, 16 (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19) reportaram significativas diferenças entre os escores médios de dor entre os grupos de intervenção e controle, o que corresponde à 93,3% do total de artigos que utilizou essa escala. Nesse contexto, os valores apresentados pelos grupos de intervenção na escala visual analógica da dor foram menores do que os dos grupos controle.

O artigo 16, em específico, não detalhou os valores atribuídos na EVA para cada grupo, mas apresentou um gráfico, cujos dados foram obtidos via escala visual analógica. O objetivo foi ilustrar a quantidade de participantes de cada grupo que se identificava com cada escore de dor, que ia desde “sem dor” até “dor extremamente severa”, com os estágios de “dor média”, “dor moderada”, “sofrimento” e “dor severa” entre eles. Assim sendo, houve diferença significativa entre os escores de dor, favorecendo o grupo interventivo na redução algica. A Tabela 04 traz esses resultados.

Tabela 04 – Escores de dor no artigo 16

Nº	Dor – controle	Dor – intervenção 1	Dor – intervenção 2
16	Fase 1: média e moderada Fase 2: moderada e severa Fase 3: severa e extremamente severa	Fase 1: média e moderada Fase 2: moderada e sofrimento Fase 3: sofrimento e severa	Fase 1: média e moderada Fase 2: média, moderada e sofrimento Fase 3: moderada, sofrimento e severa

Considerando os 16 trabalhos analisados, a intervenção massagem foi citada 8 vezes, 4 a acupressão, 3 a estimulação elétrica nervosa transcutânea, 2 musicoterapia, 2 a eletroacupuntura e, por fim, dança, técnicas comportamentais e de realidade virtual, bola suíça e uso de calor foram citadas apenas por 1 artigo cada uma. É importante pontuar que, em alguns casos, um mesmo artigo avaliou mais de uma intervenção e, por esse motivo, foram contadas 22 citações de intervenções ao total.

Quanto aos artigos que avaliaram os reflexos dos MNF's no parto através do uso de outras ferramentas que não a EVA, o artigo número 15 analisou a intensidade da dor por meio do questionário de McGill. Apesar de não reportar os valores médios dos escores algícos de cada grupo, o estudo afirma que houve diferença significativa entre grupo o controle e o de intervenção, com valores de dor menores para o segundo.

No artigo 20, foi utilizada uma escala numérica anônima de avaliação da dor, com números de 0 a 10. Nesse trabalho, também foi encontrada significativa redução da dor nos grupos da intervenção, cada um deles em uma dilatação diferente. No artigo 21, também foi utilizada uma escala com números de 0 a 10, a fim de caracterizar a dor experienciada pelas parturientes, contudo, esse artigo não identificou associação positiva entre o uso dos não-fármacos e a redução da dor intraparto. Esses valores foram exibidos na Tabela 05.

Tabela 05 – Escores de dor

Artigo	Dor – controle	Dor – intervenção 1	Dor – intervenção 2
20	Antes: 5 Pós 4-5 cm: 5,23 6-7 cm: 7,7 8-9 cm: 9,43 Após parto: 0,16	Antes: 5,06 Pós 4-5 cm: 4,56 6-7 cm: 6,8 8-9 cm: 9,2 Após parto: 0,13	Antes: 4,9 Pós 4-5 cm: 5,03 6-7 cm: 7,3 8-9 cm: 9,46 Após parto: 0,23
21	1º estágio: 8 2º estágio: 8	1º estágio: 8 2º estágio: 8	1º estágio: 8 2º estágio: 8

Além da dor, alguns outros parâmetros foram avaliados pelos estudos, como por exemplo, o tempo médio do trabalho de parto e os níveis de ansiedade da parturiente.

5.12. Tempo de parto

Um dos aspectos recorrentemente avaliados foi a duração do tempo total de parto e a duração da fase ativa. Nesse contexto, 15 artigos (1, 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19) esboçaram esses dados no decorrer do texto.

A maioria desses estudos apontou que os grupos experimentais apresentaram tempo total de trabalho de parto reduzido em relação aos grupos controle. Contudo, 8 dessas pesquisas (1, 2, 5, 7, 12, 13, 15, 17) determinaram que esses valores não foram estatisticamente relevantes. Por outro lado, 5 artigos (6, 11, 16, 18, 19) evidenciaram diferenças significativas. Os demais trabalhos (8, 14) não chegaram a fazer análises estatísticas da relevância dos resultados obtidos nessa medição de tempo.

5.13. Ansiedade

Três artigos trabalharam a mesma ferramenta para avaliar os níveis de ansiedade exibidos pelas parturientes, o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Esse formulário de 20 itens apresenta opções que devem ser selecionadas, de acordo com a severidade dos sentimentos e comportamentos experienciados. Dessa forma, a

participante deveria marcar as opções correspondentes ao quanto havia concordância com determinada afirmação, sendo elas “nunca”, “pouco”, “muito” e “completamente”. O resultado pode ficar entre 20 a 80 pontos, aqueles próximos de 20 indicam baixo nível de ansiedade e os mais próximos de 80 indicam níveis elevados.

O artigo 2 ratifica que os escores de ansiedade do grupo experimental (valor: 28,07) foram significativamente menores do que no grupo controle (valor: 39,57). Por outro lado, no trabalho 14, não houve diferença estatisticamente relevante nesses valores entre ambos os grupos. Por fim, no trabalho de número 15, último a abordar a ansiedade com o formulário STAI, apesar de não ter trazido os valores exatos alcançados nesse formulário, apontou que houve diferença significativa, enunciando que a ansiedade no grupo da intervenção sofreu um decréscimo significativo após a aplicação do método, em relação ao grupo controle.

Tabela 06 – Valores para ansiedade

Artigo	Ansiedade – controle	Ansiedade – intervenção 1	Ansiedade – intervenção 2
2	Fase ativa: 39,57	Fase ativa: 28,07	Não há
14	Antes: 48,36 Após: 44,93	Antes: 49,23 Após: 43,36	Antes: 49,26 Após: 45,03

5.14. Uso de peridural

O artigo 6 aborda as taxas de uso de analgesia peridural intraparto entre os grupos de intervenção e controle. Nesse cenário, 15,3% das parturientes do grupo controle e 14,3% das parturientes da intervenção fizeram uso do fármaco, apesar da diferença e após as análises estatísticas, ela não foi considerada relevante.

5.15. APGAR

Com relação ao APGAR, 5 artigos trazem os escores para esse índice (5, 8, 13, 15, 18), cujos dados são ilustrados na tabela 07. Apesar de apresentarem

diferenças entre esses valores entre os grupos controle e interventivos, apenas o estudo 15 reportou discrepância estatisticamente relevante entre esses números, com um índice maior registrado para o grupo de intervenção.

Tabela 07 – Índices APGAR no primeiro e quinto minuto

Artigo	Período	APGAR - controle	APGAR – intervenção 1	APGAR- intervenção 2
5	1 min	9,88	9,90	9,93
	5 min	9,97	9,99	10
8	1 min	6,97	7,03	Não cita
	5 min	8,97	9,03	Não cita
13	1 min	9,9	9,9	Não se aplica
	5 min	9,9	9,9	Não se aplica
15	1 min	Não cita	Não cita	Não cita
	5 min	9,07	9,6	Não há
18	1 min	8,91	8,91	Não há
	5 min	9,97	9,96	Não há

6. DISCUSSÃO

A implementação dos MNF's no Brasil ainda enfrenta diversos desafios. No entanto, com a ascensão dos movimentos em prol da humanização do parto e das discussões ocorridas na comunidade científica, sobretudo na saúde, essa área tem alcançado inúmeros avanços e alguns desses dispositivos já são ofertados pelo SUS para as parturientes. Outro ponto de relevância relacionado ao trabalho de parto e analgesia são os crescentes níveis de ansiedade e estresse que o precedem, já que o medo desse processo natural, e da dor que o envolve, são os aspectos centrais que movem esses sentimentos (AKKÖZ ÇEVİK e KARADUMAN, 2020). Nesse cenário, a fim de promover a analgesia intraparto, houve uma expressiva participação das enfermeiras obstétricas, que foram previamente treinadas e atuaram aplicando os dispositivos não farmacológicos nas gestantes, isso porque o papel dessas profissionais reside na promoção de conforto, comunicação e cuidado durante o parto (HAJAMINI *et al*, 2012).

Nesse contexto, torna-se indispensável avaliar os estudos até então publicados que versem sobre essa temática, com o objetivo de analisar a eficácia concreta desses métodos. A maior parte desses estudos desmembrou a avaliação algica em períodos, considerando as dilatações apresentadas pelas parturientes e/ou as fases do parto. Esse processo é relevante, já que a dor advinda do trabalho de parto tem caráter instável e crescente, conforme o decorrer desse processo e a transição desses períodos (AKKÖZ ÇEVİK e KARADUMAN, 2020).

Com a busca na literatura pelas pesquisas científicas, em primeiro lugar, é essencial notar que a grande maioria dos países inclusos correspondeu a países da região oriental do globo. Esse é um ponto de relevância porque reflete a possível ausência de estudos ocidentais realizados acerca do tema ou pode refletir o foco oriental dado às questões relativas ao alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto.

Após a pesquisa dos artigos e análise de seus conteúdos, foi possível observar que alguns deles compararam os efeitos de mais de uma intervenção não-farmacológica com um grupo controle e, no caso de um trabalho, houve a investigação com relação à aplicação sequencial de três diferentes métodos (artigo 7). Outros estudos se voltaram à comparação entre não-fármacos. Isso pode ter ocorrido porque é habitual o uso de mais de um MNF durante a parturição e de forma simultânea.

Outro cenário comum intraparto é o de uso de método farmacológico em conjunto com um não-fármaco, que é inclusive uma recomendação da OMS e, nesse caso, alguns artigos também discutiram acerca dessa associação. Apesar disso, os trabalhos discutiram os efeitos dessas intervenções isoladamente, já que foram selecionados grupos entre a amostra randomizada como alvo das pesquisas para avaliar o parâmetro da dor em cada tipo de método (farmacológico e MNF) de forma independente. Artigos com combinações de não-fármacos apresentaram resultados favoráveis no sentido da redução da dor nos grupos de intervenção.

Sendo assim, o desfecho mais evidenciado nessa pesquisa, considerando todos os trabalhos selecionados para compô-la, foi o de redução da algia intraparto com o uso dos MNF's. A maioria das pesquisas que obtiveram o resultado citado, considerando a EVA, foram as que mencionaram a intervenção por massagem. Esse método não farmacológico é um dos mais antigos no que diz respeito ao alívio da dor do parto e induz o relaxamento dos músculos, reduz o uso de medicação, além de contribuir positivamente para a progressão do parto e para a satisfação materna (Gönenç e Terzioğlu, 2020).

Posto isso, os artigos 2, 4, 8, 10 e 16 se encaixam nessa categoria. No caso do número 2, os escores da EVA obtidos na fase latente, ativa e de transição, no grupo do método, foram menores do que no grupo controle, com valores de p em intervalo de confiabilidade, o que reafirma que a percepção de dor por parte da parturiente é positivamente impactada pela aplicação da massagem (AKKÖZ ÇEVİK e KARADUMAN, 2020).

Outro estudo que corrobora essa informação é o de número 4, no qual a massagem, nas dilatações de 4, 6 e 8 centímetros, também reduziu a sensação algica. No artigo 8, mais de 70% da amostra relatou ter medo da dor ou do parto em si e, nesse estudo, o grupo controle também identificou um escore de dor maior. Um ponto negativo, entretanto, é que esse artigo afirma que mais de 30% das parturientes inclusas utilizaram ocitocina. Apesar de uma taxa maior pertencente ao grupo controle ter se submetido a esse fármaco, a diferença entre esses números não foi analisada estatisticamente a fim de se extrair uma conclusão.

Por outro lado, o trabalho 10 também compara dois métodos: a acupressão e a massagem com gelo, sendo o segundo método mais eficaz que o primeiro, considerado um MNF eficaz, não invasivo e de custo baixo. De forma semelhante, no

16, a massagem foi considerada uma abordagem de alívio da dor eficaz, capaz de refletir positivamente também na ansiedade materna.

Já sobre a técnica de acupressão, no artigo 8 discorre-se acerca de seus efeitos sobre o corpo relativos à analgesia, homeostasia, sedativos e psicológicos. O efeito positivo dessa intervenção sobre a dor, nesse estudo, pode ser explicado pela estimulação de fibras receptoras de toque e pressão que evitam que o estímulo algico alcance o córtex, a liberação de endorfinas promovida por esse não-fármaco também pode contribuir, visto que esse hormônio possui propriedades analgésicas (GÖNENÇ e TERZIOĞLU, 2020). O trabalho 10 exibiu resultado semelhante, com redução do parâmetro dor após aplicação da acupressão e que, a fim de aliviar a sensação algica durante a fase ativa do parto, a aplicação deveria se repetir a cada 30 minutos (HAJAMINI, Z. *et al.*, 2012). No artigo 11, é definido que mulheres que receberam acupressão na fase ativa do parto perceberam menos dor do que as do grupo controle, esse resultado é reforçado pelo estudo de Chung *et al.* (2006). Semelhante àquele trabalho, MIRZAEI *et al.* (2020), no artigo 14, pontuou que mulheres que receberam acupressão no ponto L4 experimentaram redução algica, além de redução dos níveis de ansiedade, documentados pelo formulário VAS. É importante salientar que, apesar de retratarem a mesma intervenção, os artigos trazem pontos de acupressão diferentes, variando entre o SP6 (Sanyinjiao) para o L-14 (ponto Hoku/Hegu) e que isso pode dificultar a análise, já que eles estimulam regiões diferentes do organismo.

Os demais artigos com resultados positivos na EVA para redução da dor no grupo interventivo foram aqueles que abordaram a eletroestimulação nervosa transcutânea, eletroacupuntura, musicoterapia, técnicas de calor, bola suíça, técnicas comportamentais e de realidade virtual e dança. Nesse cenário, diferentemente da massagem, todos os artigos que citaram os MNFs listados utilizaram a EVA como avaliação, e também foram os mesmos que obtiveram como desfecho o sucesso do não-fármaco na redução da dor.

A intervenção “auto-hipnose”, nos artigos nos quais foi aplicada, foi desenvolvida muito antes do período do parto, a fim de treinar as parturientes. Algumas dessas pesquisas científicas, pertencentes ao subgrupo desse dispositivo não farmacológico, poderiam detalhar mais adequadamente as metodologias empregadas durante a intervenção, especificando como cada procedimento foi realizado. Para sua análise, nos dois artigos em que foi abordada, não foram utilizadas escalas específicas, mas sim as taxas de uso de anestesia peridural, objetivando

avaliar o quanto o método seria eficaz em evitá-lo. Sendo assim, nenhum dos dois estudos conseguiu provar relação entre diminuição de uso de anestésico e emprego de MNFs. Esse resultado pode ser consequência da delicada aplicabilidade que o método possui, já que orientações dadas pelas enfermeiras ou o próprio ambiente externo poderiam despertar a gestante em trabalho de parto desse “transe”. Outra justificativa pode ser a baixa eficácia do MNF, que não é capaz de aliviar a dor do parto, se utilizado. Alguns outros trabalhos, como o de VANDEVUSSE *et al.* (2007), que não foram inclusos nessa revisão por serem datados antes do recorte de tempo selecionado, reportam conclusões que vão de encontro às encontradas por esse trabalho, encontrando significativa diferença no que diz respeito ao uso de drogas anestésicas entre grupo controle e interventivo.

A análise do parâmetro “ansiedade” foi dificultada, já que uma grande parcela dos trabalhos não detalhou qual o tipo de questionário ou método utilizado para obtenção dos valores trazidos no decorrer do texto. Dos 3 artigos que exibiram um formulário em comum (STAI), 2 reportaram positivos impactos dos MNFs nesse sentimento. Outro contexto encontrado de forma recorrente nos trabalhos foi a avaliação qualitativa da sensação de medo antes do período do parto, o que dificultou a comparação entre os artigos, já que não foi possível avaliar esse sentimento através de uma unidade de medida específica e comum para comparar os resultados.

Nenhum dos estudos relatou a ocorrência de eventos adversos no feto decorrentes das intervenções aplicadas ou tiveram valores de APGAR consideravelmente decrescidos nesses grupos, nem desfechos negativos no bem-estar físico e psicológico materno.

7. CONCLUSÃO

Ao fim dessa revisão integrativa, após a análise em etapas de todas as pesquisas científicas selecionadas para compô-la, depreende-se que os MNFs são estratégias seguras e de baixo custo para alívio da dor do parto, cuja eficácia depende do dispositivo em questão.

Esse presente trabalho apurou que a auto-hipnose, por exemplo, nos artigos inclusos, não alcançou resultados satisfatórios o suficiente para ser considerada uma intervenção eficaz e recomendada em larga escala. Além disso, esse MNF demanda treinamento e qualificação por parte daquele que conduz a aplicação do método, assim como no caso da eletroacupuntura ou da eletroestimulação nervosa transcutânea.

Dentre os não-fármacos que foram considerados eficazes, o recomendado é que as intervenções sejam realizadas durante, pelo menos, 3 momentos do trabalho de parto e segundo as fases: latente, ativa e de transição. Além disso, com relação ao tempo de parturição, essa revisão demonstrou que a maioria dos trabalhos que avaliaram esse dado observaram uma redução importante em comparação aos grupos controle.

É importante pontuar que algumas dessas abordagens não farmacológicas demandam novas investigações mais robustas e detalhadas, com algum tipo de padronização e utilizando escalas conhecidas, priorizando-as sobre as pesquisas qualitativas, já que essa segunda opção cria entraves na análise das intervenções.

Outro ponto digno de nota é que, ainda com as constantes revoluções tecnológicas ocorridas nos últimos anos, a maioria dos métodos encontrados nessa pesquisa não possuem um caráter inovador, tendo sido utilizados ao longo de um considerável recorte de tempo. Nesse sentido, como métodos mais contemporâneos e recentes, destacam-se apenas as técnicas comportamentais envolvendo realidade virtual, que correlacionam aparatos computacionais/eletrônicos com o alívio da dor intraparto.

Generalizar as conclusões desse trabalho é delicado, ao considerar que o número amostral dos estudos inclusos foi bastante limitada e os países originários das pesquisas encontram-se geograficamente distantes do Brasil. Ainda assim, os resultados que foram obtidos por meio dessa pesquisa demonstram que, nesse contexto, os MNFs alcançaram desfechos promissores na redução da sensação algica

intraparto, sem representar riscos maternos ou para o feto e são uma abordagem válida dentro do contexto da parturição. Destaca-se, portanto, a necessidade de mais trabalhos científicos ocidentais e, principalmente, brasileiros, que possam discutir acerca do uso dos MNFs dentro do SUS e os seus desfechos.

REFERÊNCIAS

- ABDOLAHIAN, S. *et al.* Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. **Global journal of health science**, v. 6, n. 3, p. 219–226, 2014.
- AKKÖZ ÇEVİK, S.; KARADUMAN, S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. Japan: **Japan journal of nursing science : JJNS**. v. 17, n. 1, p. e12272, 2020.
- BÁEZ-SUÁREZ, A. *et al.* Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial. **Trials**. v. 19, n. 1, p. 652, 2018.
- BARBIERI, M. *et al.* **Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, p. 478-484, 2013.
- BENFIELD, Rebecca D. *et al.* **The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor**. Biological research for nursing, v. 12, n. 1, p. 28-36, 2010.
- BETRAN, A. P. *et al.* **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates**. BMJ Global Health, v. 6, n. 6, p. e005671, 2021.
- BLENCOWE, H. *et al.* **National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications**. The lancet, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.
- BURTI, J. S. *et al.* **Adaptações fisiológicas do período gestacional**. Fisioter. Bras, v. 7, n. 5, p. 375–380, out. 2006.
- CAMACHO, K. G. *et al.* **Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes**. Ciencia y enfermería, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2010.
- CHANDRA S. *et al.* **Physiological changes in hematological parameters during pregnancy**. India n Journal of Hematology & Blood Transfusion: An Official Journal of Indian Society of Hematology and Blood Transfusion, v. 28, n. 3, p. 144–146, set. 2012.
- Chung UL, Hung LC, Kou SC, Huang CL. Effects of LI4 and BL67 acupressure on labour pain and uterine contractions in the first stage of labour. **J Nurse Res**, p. 251-260, 2006.

CLARK, S. M.; COSTANTINE, M. M.; HANKINS, G. D.

V. **Review of NVP and HG and Early Pharmacotherapeutic Intervention**. *Obstetrics and Gynecology International*, v. 2012, 2012.

CUNNINGHAM, F. *et.al.* **Obstetrícia de Williams**. 23.ed. São Paulo: ARTMED, 2014.

DA CONCEIÇÃO ALVES, C. **Humanização do parto a partir de métodos não farmacológicos para o alívio da dor**: relato de experiência. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 14, 2015.

DATASUS. **Nascidos vivos - Bahia**. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvBA.def>. Acesso em: 22 de agosto de 2021.

DEHCHESHMEH, F. S.; RAFIEI, H. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. England: **Complementary therapies in clinical practice**. v. 21, n. 4, p. 229–232, 2015

DONG, C. *et al.* Effects of electro-acupuncture on labor pain management. Germany: **Archives of gynecology and obstetrics**. v. 291, n. 3, p. 531–536, 2015.

DOWNE, S. *et al.* Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. **BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology**. v. 122, n. 9, p. 1226–1234, 2015.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. **A operação cesárea no Brasil**: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 150-173, 1991.

FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. de. **Febrasgo - Tratado de Obstetrícia**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

FERNANDES, M. L.; ANDRADE, F. C. J. de. **Analgesia de parto**: bases anatômicas e fisiológicas. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 19, n. 3 Supl 1, p. S3-S6, 2009.

GALLO, R. B. S. *et al.* 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. Netherlands: **Journal of physiotherapy**. v. 64, n. 1, p. 33–40, 2018.

GÖNENÇ, I. M.; TERZIOĞLU, F. Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction. **Journal of nursing research**. v. 28, n. 1, p. e68, 2020.

GÜR, E. Y.; APAY, S. E. The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. Scotland: **Midwifery**. v. 91, p. 102856, 2020.

HAJIAMINI, Z. *et al.* Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. England: **Complementary therapies in clinical practice**. v. 18, n. 3, p. 169–172, 2012.

HAMIDZADEH, A. *et al.* Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. United States: **Journal of midwifery & women's health**. v. 57, n. 2, p. 133–138, 2012.

HANLEY, G. E. *et al.* **Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature**. BMC pregnancy and childbirth, v. 16, p. 71, 2 abr. 2016.

HANNAH, M. E. *et al.* **Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial**. American journal of obstetrics and gynecology, v. 191, n. 3, p. 917-927, 2004.

HENRIQUE, A. J. *et al.* **Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: a randomized controlled trial**. International journal of nursing practice, v. 24, n. 3, p. e12642, 2018.

ISKENDER, C. *et al.* **Neonatal injury at cephalic vaginal delivery: a retrospective analysis of extent of association with shoulder dystocia**. PLoS One, v. 9, n. 8, p. e104765, 2014.

KATZ, D.; BEILIN, Y. **Disorders of coagulation in pregnancy**. British Journal of Anaesthesia, v. 115 Suppl 2, p. ii75-88, 2015.

KEAG, O. E.; NORMAN, J. E.; S., S. J. **Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis**. PLoS medicine, v. 15, n. 1, p. e1002494, 2018.

LABOR, S.; MAGUIRE, S. **The pain of labour**. Reviews in pain, v. 2, n. 2, p. 15-19, 2008.

LAI, C. Y. *et al.* Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial. China: **Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi**. v. 27, n. 6, p. 405–412, 2021

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. **Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 22, p. 166-174, 2013.

LIU, Y. *et al.* Effect of direct current pulse stimulating acupoints of JiaJi (T10-13) and Ciliao (BL 32) with Han's Acupoint Nerve Stimulator on labour pain in women: a randomized controlled clinical study. **Journal of traditional chinese medicine = chung i tsa chih ying wen pan**. v. 35, n. 6, p. 620-625, 2015.

LOWE, N. K. **The pain and discomfort of labor and birth.** Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, v. 25, n. 1, p. 82-92, 1996.

MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto:** revisão integrativa. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 505-520, 2014.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez:** Parto e puerpério. 12. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes Ltda., 1976.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DA SAÚDE; FEBRASGO; ABENFO. **Parto, Aborto e Puerpério:** assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MIRZAEI, F. *et al.* Comparing the effect of acupuncture with or without ice in LI-4 point on labour pain and anxiety levels during labour: a randomised controlled trial. England: **Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology.** v. 41, n. 3, p. 395–400, 2021.

MOGHIMI-HANJANI, S.; MEHDIZADEH-TOURZANI, Z.; SHOGHI, M. The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. Iran: **Acta medica Iranica.** v. 53, n. 8, p. 507–511, 2015.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J.F. **Obstetrícia Fundamental**, 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MOORE, K.L. & PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MORTAZAVI, S. H. *et al.* Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. Germany: **Archives of gynecology and obstetrics.** v. 286, n. 1, p. 19–23, 2012.

MUCUK, S.; BASER, M. Effects of noninvasive electroacupuncture on labour pain and duration. England: **Journal of clinical nursing.** v. 23, n. 11–12, p. 1603–1610, 2014.

NJOGU, A. *et al.* The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. **BMC pregnancy and childbirth.** v. 21, n. 1, p. 164, 2021.

PEREIRA, A. P. E. *et al.* **Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S59–S70, 2014.

PICON, J. D.; SÁ, A. M. P. O. A. de. **Alterações hemodinâmicas da gravidez.** Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul, v. 14, n. 5, 2005.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal**: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*, n. 37, p. 212-227, 2012.

PINTO, A. V. A. *et al.* **Avaliação da mecânica respiratória em gestantes**. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 22, p. 348-354, 2015.

POSSATI, A. B. *et al.* **Humanização do parto**: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery*, v. 21, 2017.

RAMACHANDRAPPA, A.; JAIN, L. **Elective cesarean section**: its impact on neonatal respiratory outcome. *Clinics in perinatology*, v. 35, n. 2, p. 373-393, 2008.

REFLEXOLOGIA. In: PRIBERAM. Lisboa: Priberam S.A. 2022. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/reflexologia>>. Acesso em: 12/07/2022.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. **A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, p. 508-511, 2007.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. **Abordagem psicológica em obstetrícia**: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, v. 12, n. 3, 2003.

SILVA, E. G. M. *et al.* Efeitos da acupuntura nos acupontos Shenmen (C-7) e Neiguan (PC-6) sobre a frequência cardíaca, a variabilidade da frequência cardíaca e o ritmo cardíaco em cães saudáveis. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 68, p. 252-256, 2016.

SIMAVLI, S. *et al.* Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. Switzerland: **Gynecologic and obstetric investigation**. v. 78, n. 4, p. 244–250, 2014.

SOMA-PILLAY, P. *et al.* **Physiological changes in pregnancy**. *Cardiovascular Journal of Africa*, v. 27, n. 2, p. 89–94, 2016.

SPONG, C.

Y. **Defining “term” pregnancy**: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. *Jama*, v. 309, n. 23, p. 2445-2446, 2013.

TESSER, C. D. *et al.* **Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil** [Physicians and the excess of cesarean sections in Brazil]. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 2, n. 3, p. 04-12, 2011.

TÜRKMEN, H.; ORAN, N. T. Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. United States: **Explore (New York, N.Y.)**. v. 17, n. 5, p. 438–445, 2021.

UMEMOTO, K. *et al.* **Acupuncture Point “hegu” (LI4) Is Close to the Vascular Branch from the Superficial Branch of the Radial Nerve.** Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2019.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. **A história do parto:** do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia Ciências Humanas*, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

WERNER, A. *et al.* Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. England: **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology.** v. 120, n. 3, p. 346–353. 2013.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO R. P. V. **Zugaib obstetrícia.** 4. ed. São Paulo: Manole, 2020.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

FICHA DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aluno (a): ESTÉFANNE VITÓRIA MATOS ARAGÃO

Título: **MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR DE PARTURIENTES**

Orientador(a): Izabela Barbosa Moraes

Avaliador 1: Lucas Wilson Ferreira de Araújo

Avaliador 2: Diego Gonçalves Oliveira Souza

Itens avaliados	Orientador (a)	Avaliador 1	Avaliador 2
Trabalho escrito (0 a 7)	6,8	7,0	7,0
Apresentação Oral (0 a 3)	3,0	3,0	3,0
Nota final (0 a 10)	9,8	10,0	10,0

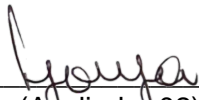
NOTA FINAL: 9,95

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
gov.br IZABELA BARBOSA MORAES
Data: 08/08/2022 10:03:41-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

(Presidente e Orientador)

(Avaliador 01)


(Avaliador 02)

DIEGO GONCALVES OLIVEIRA
SOUZA:01120337500

Assinado de forma digital por DIEGO
GONCALVES OLIVEIRA
SOUZA:01120337500
Dados: 2022.08.06 16:56:08 -03'00'

Barreiras, 04, de Agosto de 2022.