



Efeitos da auriculoterapia sobre a dor do trabalho de parto: ensaio clínico randomizado*

Effects of auriculotherapy on labour pain: a randomized clinical trial

Efectos de la auriculoterapia sobre el dolor del trabajo de parto: ensayo clínico aleatorizado

Reginaldo Roque Mafetoni¹, Antonieta Keiko Kakuda Shimo¹

Como citar este artigo:

Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of auriculotherapy on labour pain: a randomized clinical trial. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):726-732. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600003>

* Extraído de dados preliminares da tese “Efeitos da auriculoterapia no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado”, Universidade Estadual de Campinas, 2015.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Assessing the effects of auriculotherapy in pain control and its outcomes on the duration of labour. **Method:** This is a randomized, controlled, double-blind trial with preliminary data. Thirty pregnant women with gestational age ≥ 37 weeks, cervical dilatation ≥ 4 cm and two or more contractions in 10 minutes were selected and randomly divided into three groups: auriculotherapy, placebo and control. Auriculotherapy was applied using crystal beads on four strategic points. **Results:** No statistical significance was found between the groups with regard to pain; however, the women from the auriculotherapy group had lower intensity and less perception of pain at 30, 60 and 120 minutes of treatment. The average duration of labour was shorter in the auriculotherapy group (248.7 versus placebo 414.8 versus control 296.3 minutes); caesarean section rates were higher in the placebo group (50%) and the same in the other groups (10%). **Conclusion:** Mothers who received auriculotherapy presented a tendency for greater pain control and shorter labour duration; however, caesarean section rates in this group were similar to the control group. This trial precedes a larger study in progress. Registration of Brazilian Clinical Trials: RBR-47hhbj.

DESCRIPTORS

Auriculotherapy; Labor Pain; Labor; Obstetric; Cesarean Section; Obstetric Nursing.

Autor correspondente:

Reginaldo Roque Mafetoni
Hospital da Mulher “Prof. Dr. José Aristodemo
Pinotti” – CAISM/UNICAMP
Rua Alexander Flemming, 101
13083-881 – Campinas, SP, Brasil
mafetoni@unicamp.br

Recebido: 24/03/2016
Aprovado: 31/07/2016

INTRODUÇÃO

As terapias complementares e alternativas (TCA) são incentivadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em suas recomendações para o atendimento ao parto normal, classificando-as como condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas⁽¹⁾. Na medicina tradicional chinesa (MTC), algumas terapias substituem ou são utilizadas de forma complementar ao tratamento convencional da medicina. A acupuntura, a auriculoterapia e a acupressão são algumas das terapias da MTC. A acupressão utiliza pontos específicos de acupuntura, porém é executada por pressão com dedos ou mãos, sem o uso de agulhas⁽²⁾. Um ensaio clínico randomizado (ECR)⁽³⁾ avaliou os efeitos da acupressão sobre a dor e a duração do trabalho de parto (TP) de 100 parturientes. Esse estudo mostrou escore de dor da escala analógica e visual (EAV) menor entre as parturientes que receberam a terapia (p -valor < 0,001) e também menor duração do TP (225 minutos acupressão versus 320 minutos grupo controle, p -valor = 0,000).

Em um estudo sobre as revisões sistemáticas do uso de métodos não farmacológicos no manejo da dor no TP, os autores concluíram que havia alguma evidência de eficácia no uso do banho de imersão, relaxamento, acupuntura e massagem, mas não esteve clara a eficácia para outras técnicas⁽⁴⁾. A maioria das TCA na gestão da dor é não invasiva e parece segura para a mãe e bebê; no entanto, a sua eficácia é incerta, devido à qualidade dos estudos⁽⁴⁾.

O uso de métodos não farmacológicos para o tratamento da dor no parto usualmente não tem efeitos colaterais e pode protelar ou evitar o uso de analgesia ou medicações, que podem aumentar a frequência de partos instrumentais e interferir na amamentação, entre outros efeitos⁽⁴⁻⁵⁾.

A auriculoterapia tem sido usada para tratar diferentes disfunções e promover analgesia por meio de estímulos em pontos reflexos no pavilhão auricular⁽⁶⁾. Esta terapia visa harmonizar as funções de órgãos, vísceras e de enfermidades físicas e mentais, a partir do reflexo que o estímulo em seus pontos exerce sobre o sistema nervoso central, por meio de agulhas, pressão com sementes ou microesferas. Um estudo multicêntrico⁽⁷⁾ avaliou a eficácia da auriculoterapia em pacientes com dores na coluna não especificada, na atenção primária de saúde, com sementes de vaccaria (conhecida na China como *Wang Bu Liu Xing*). Esse estudo mostrou diferença significativa ao comparar os escores de dor do grupo tratamento versus placebo (p = 0,024) e descreveu a técnica como eficaz e segura nessa população.

Alguns estudos avaliaram os feitos da auriculoterapia na dor aguda (fratura de quadril, cólica biliar, queimadura) e na dor crônica (dor de garganta, lombalgia, câncer, articulação temporomandibular), como mostrou uma revisão sistemática com metanálise⁽⁸⁾. Na dor perioperatória, a auriculoterapia reduziu o uso de analgésico; na dor aguda ou crônica, houve redução na sua intensidade. Ainda, essa revisão citou que a auriculoterapia pode ser eficaz para o tratamento da dor por diferentes causas, especialmente a dor no pós-operatório.

A auriculoterapia possui alguns pontos descritos para o

tratamento da dor e para as distócias obstétricas^(6,9). Embora a literatura apresente escassez de estudos nessa especialidade, pode ser uma alternativa ao prestador de cuidados habilitado, sobretudo no estabelecimento de tratamentos não invasivos e que contribuam para a humanização do parto. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivos avaliar os efeitos desta terapia sobre o controle da dor na fase ativa do parto e sobre a evolução do trabalho de parto.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico controlado, randomizado e de caráter pragmático⁽¹⁰⁾, realizado de abril de 2015 a agosto de 2015, com dados preliminares do estudo.

PARTICIPANTES

Os sujeitos da pesquisa foram 30 gestantes admitidas em um hospital público de ensino, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil, para assistência ao parto. Foram incluídas mulheres de qualquer idade ou paridade, a partir de 37 semanas de gestação, em TP espontâneo, induzido e/ou conduzido, com dilatação \geq 4 cm, duas ou mais contrações em 10 minutos, com pele íntegra no pavilhão auricular e cujo feto estivesse vivo, em apresentação cefálica de vértice e com boas condições de vitalidade. Foram excluídos os casos com dilatação \geq 7 cm, pré-eclâmpsia grave, placenta prévia, cesárea anterior ou indicação imediata dessa via de parto.

COLETA DE DADOS

Para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, foi elaborado um questionário submetido à análise de validade de conteúdo realizada por cinco juízes com experiência na área de obstetria e/ou na medicina tradicional chinesa.

A inclusão das parturientes nos grupos do estudo foi feita por meio de alocação oculta, com o uso de envelopes opacos, selados e numerados sequencialmente, abertos pelo pesquisador principal após a inclusão da parturiente no estudo. Isso se realizou na presença de dois colaboradores da unidade, não participantes do estudo e que não prestaram assistência às mesmas. Três grupos foram alocados: auriculoterapia com microesferas de cristal (AC), auriculoterapia com microesferas de vidro (placebo), semelhante às de cristais, porém, quando não manipuladas, não ativam os pontos auriculares, e grupo controle (GC). O estudo utilizou o método duplo-cego; neste sentido, nem as parturientes do grupo AC e placebo, tampouco os avaliadores e profissionais que prestavam assistência na unidade obstétrica sabiam a que grupo cada participante pertencia. Não foi possível cegar as participantes, os avaliadores e profissionais do terceiro grupo quanto ao tratamento, devido às características próprias do estudo.

A equipe de avaliação foi construída por cinco colaboradores da equipe de enfermagem da unidade obstétrica, que foram instruídos acerca dos objetivos deste estudo, treinados previamente para coleta de dados e o uso da EAV. O pesquisador responsável pela aplicação da auriculoterapia

passou por treinamento da técnica em dois cursos de curta duração, totalizando 64 horas.

As parturientes foram abordadas nas salas de pré-parto (PP) ou pré-parto, parto e puerpério (PPP), avaliadas quanto à elegibilidade, convidadas a participar do estudo e posteriormente alocadas por ordem de sorteio e acompanhadas pela equipe de avaliadores até o dia seguinte ao parto.

INTERVENÇÃO

Para os grupos de AC e placebo foram utilizados os seguintes pontos, de acordo com o mapa auricular chinês: i) *shen men*, que predispõe o tronco cerebral e o córtex a receber, condicionar e codificar os reflexos auriculares, tendo efeitos sedativos, analgésicos; ii) *útero*, que é indicado nas alterações ginecológicas e obstétricas, na indução do parto ou redução do período expulsivo e na redução da dor no pós-parto; iii) *área de neurastenia*, indicado para o tratamento da ansiedade; iv) *endócrino*, que regula as funções das glândulas de secreção endógenas, sendo usado em distúrbios ginecológicos, entre outros^(6,9).

Foi realizada antisepsia previamente com álcool no pavilhão auricular; os pontos foram pesquisados com pressão exercida pelo apalpador de pontos e definidos próximos à topografia indicada no “mapa de pontos” mais doloroso à palpação. À medida que se localizava o ponto, foram inseridos os cristais nas parturientes do grupo AC e pressionados individualmente por um minuto ou até causar uma dor suportável para induzir o estímulo. No grupo placebo, o apalpador de pontos foi utilizado de forma a indicar o local de fixar a microesfera de vidro, sendo que este material não teve contato direto com a pele da parturiente, pois havia no lado interno uma fita adesiva entre a microesfera de vidro e o ponto a ser fixado, não visualizada pela fixação externa. Os pontos auriculares foram fixados próximos à topografia indicada no “mapa de pontos” no grupo placebo e sem estímulos por pressão em nenhum momento no estudo. As mulheres alocadas no GC foram acompanhadas pelo mesmo período e avaliadas por meio da EAV como nos demais grupos.

Práticas consideradas humanizadoras do cuidado têm sido utilizadas na unidade obstétrica local do estudo, tais como o direito de acompanhante de escolha da mulher durante o TP e parto e o alojamento conjunto. As parturientes podem também utilizar o banho no chuveiro, a massagem lombossacral, o exercício respiratório, a bola suíça e têm liberdade de movimento, nos casos em que não há contraindicação médica. No entanto, a ocitocina intravenosa, as prostaglandinas e a amniotomia são utilizadas rotineiramente no TP e parto.

DESFECHOS PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO

Para avaliar o desfecho primário deste ECR – a intensidade da dor referida no TP – foi utilizada uma EAV, desenvolvida pela equipe do controle de dor na disciplina de anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo⁽¹¹⁾. A escala possui numeração

regressa de 10 a 0, sendo 10 equivalente à dor torturante e 0 à ausência de dor. A EAV foi aplicada na admissão do estudo e reaplicada com 30, 60 e 120 minutos pela equipe de avaliadores.

Em relação aos desfechos secundários – duração do TP, via de parto e escore Apgar –, estes dados foram registrados conforme procedimentos realizados e checados pela equipe de profissionais que atuam no local do estudo: uso de agentes uterotônicos, analgésicos (endovenosos e intramusculares) e anestésias, via de parto, hora de nascimento, consultando-se prontuário, ficha anestésica, partograma e prescrição médica.

CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo amostral foi realizado com o objetivo de comparar os grupos com relação às variáveis de intensidade da dor e duração do TP. Foi considerada a metodologia proposta para um modelo de ANOVA, uma vez que estas variáveis são quantitativas e são comparados três grupos; as estimativas das médias das variáveis para cada um dos grupos e o desvio-padrão do quadrado médio do erro do modelo teve por base um estudo prévio⁽²⁾ sobre os efeitos da acupressão na dor e duração do TP. Além disso, foi assumido um nível de significância igual a 5% e um poder de teste de 80% nos cálculos amostrais. O cálculo resultou em uma amostra de 17 indivíduos por grupo para a variável intensidade de dor e uma amostra de 33 indivíduos por grupo para a variável duração do TP. O cálculo resultou em uma amostra total de 99 indivíduos.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As comparações entre os grupos com relação às variáveis quantitativas foram realizadas por meio do teste de Kruskal-Wallis. Para avaliar a associação entre os grupos e as variáveis qualitativas, aplicou-se o teste exato de Fisher. Na avaliação dos resultados das variáveis, cuja mensuração foi realizada mais de uma vez, foi aplicada a correção de Bonferroni, com a divisão do nível de significância de 5% pelo número de avaliações. As análises foram realizadas pelo software estatístico Statistical Analysis System (SAS) 9.2, conduzidas por profissional estatístico.

ASPECTOS ÉTICOS

As mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, SP (Parecer 855.496).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 30 parturientes, que foram distribuídas igualmente em três grupos. Não houve perdas após a randomização; somente foram excluídas das análises relativas à duração do TP (do tratamento ao nascimento) as parturientes submetidas à cesariana e aquelas cujo parto ocorreu antes da avaliação da dor, aos 120 minutos (Figura 1).

A Tabela 1 apresenta as características gerais e obstétricas

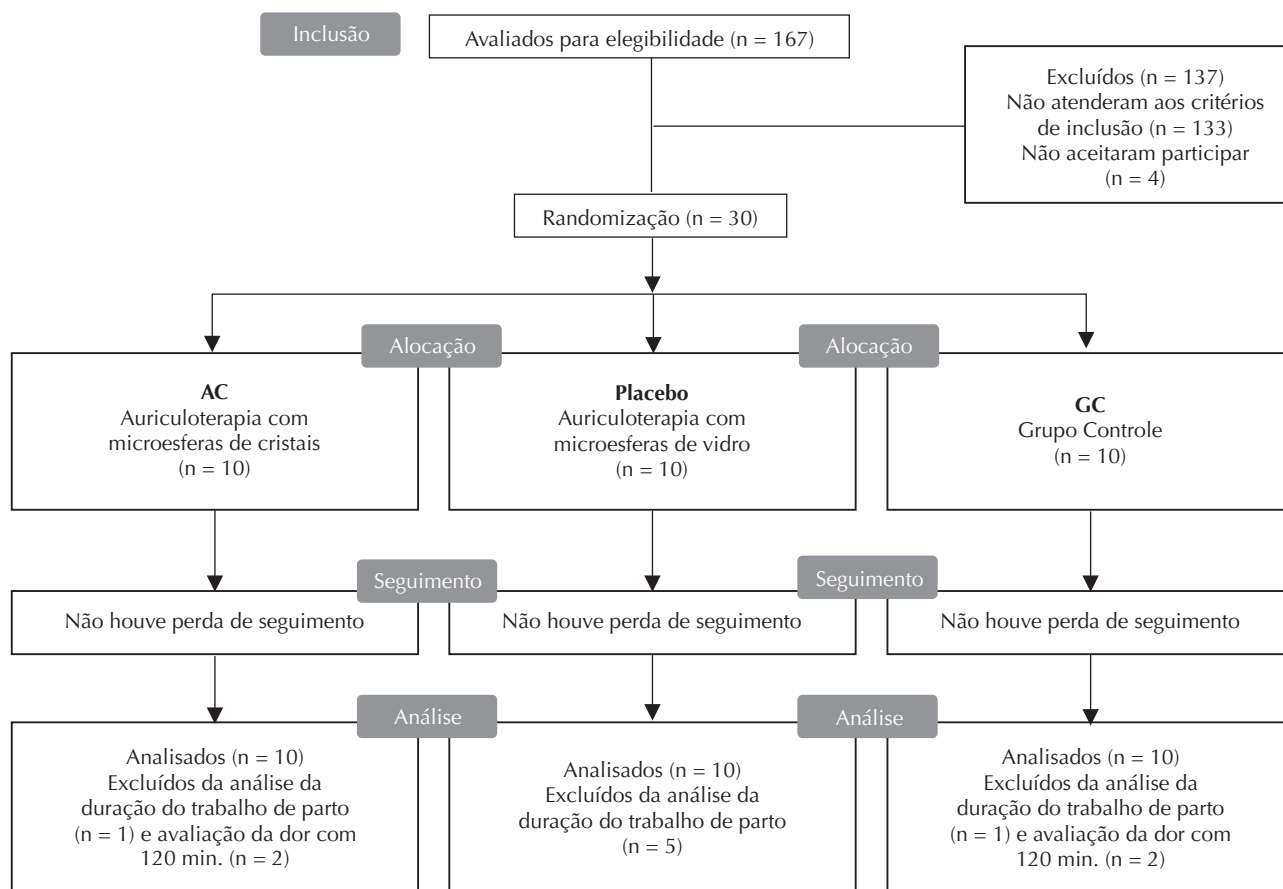


Figura 1 – Fluxograma de coleta de dados – Campinas, SP, Brasil, 2015.

das parturientes, de acordo com o grupo do estudo. Os grupos foram similares em relação à idade e ao estado marital, mas a média de anos de estudo foi maior no grupo AC. A maioria das parturientes possuía Ensino Médio (80,0% do grupo AC, 100,0% do placebo e 90,0% do GC). As demais cursavam ou haviam concluído o Ensino Superior.

As parturientes foram questionadas sobre o conhecimento da auriculoterapia como um tratamento complementar para diversos tipos de sintomas ou doenças. Os

resultados apontaram que 80% das mulheres no grupo AC e 70% delas nos grupos placebo e controle não conheciam esta terapia.

Para as características obstétricas informadas na Tabela 1, a multiparidade foi maior no grupo placebo e controle. Por sua vez, o TP induzido foi maior no grupo placebo. As demais características foram semelhantes entre os grupos na admissão do estudo.

Tabela 1 – Distribuição das parturientes de acordo com grupos do estudo e características sociodemográficas e obstétricas – Campinas, SP, Brasil, 2015.

Variável	Grupo de estudo		
	Auriculoterapia (n = 10)	Placebo (n = 10)	Controle (n = 10)
Idade (anos), média (dp)	22,2 (6,3)	22,8 (5,8)	22,9 (4,5)
Estado marital, n (%)			
Com companheiro	8 (80,0)	10 (100)	9 (90,0)
Sem companheiro	2 (20,0)	0 (0,0)	1 (10,0)
Escolaridade (anos de estudo), média (dp)	11,6 (4,6)	8,3 (2,2)	8,5 (3,1)
Nº de consultas pré-natal, média (dp)	9,5 (2,6)	10,5 (3,0)	8,5 (3,8)
Nº gestações, média (dp)	1,3 (0,7)	1,8 (1,2)	2,1 (1,6)
Paridade, n (%)			
Nulípara	8 (80,0)	5 (50,0)	5 (50,0)
Múltipara	2 (20,0)	5 (50,0)	5 (50,0)

continua...

...continuação

Variável	Grupo de estudo		
	Auriculoterapia (n = 10)	Placebo (n = 10)	Controle (n = 10)
Trabalho de parto induzido, n (%)	3 (30,0)	7 (70,0)	4 (40,0)
Membranas amnióticas, n (%)			
Íntegras	8 (80,0)	6 (60,0)	6 (60,0)
Rota artificial	1 (10,0)	2 (20,0)	2 (20,0)
Rota espontânea	1 (10,0)	2 (20,0)	2 (20,0)
Dilatação cervical (cm), média (dp)	4,8 (0,8)	4,7 (0,7)	5,1 (0,9)
Nº contrações, média (dp)	3,0 (0,8)	3,2 (0,8)	3,3 (1,1)
Intensidade das contrações, n (%)			
Fraca	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)
Moderada	6 (60,0)	7 (70,0)	6 (60,0)
Forte	4 (40,0)	2 (20,0)	4 (40,0)

Na Tabela 2 são apresentados os dados referentes ao desfecho primário deste estudo, a avaliação da dor por meio da EAV e pela percepção das parturientes antes e após o

tratamento em cada grupo. As perdas de parturientes nos grupos AC e controle foram resultado do parto vaginal ter ocorrido antes da avaliação final da dor, com 120 minutos.

Tabela 2 – Diferenças nos escores da EAV e avaliação da dor entre os grupos de estudos – Campinas, SP, Brasil, 2015.

Variável	Grupo de estudo						p-valor
	Auriculoterapia (n = 10)		Placebo (n = 10)		Controle (n = 10)		
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
EAV*							
Antes do tratamento	7,1	(1,4)	6,5	(2,3)	7,8	(1,8)	0,318†
Com 30 min/tratamento	6,7	(2,1)	6,7	(2,3)	8,2	(1,8)	0,199†
Com 60 min/tratamento	6,7	(1,9)	7,1	(2,2)	8,2	(1,7)	0,219†
Com 120 min/tratamento	5,5	(3,5)	7,9	(2,0)	7,9	(3,8)	0,271†
Percepção da dor (30 min)	n	%	n	%	n	%	
Aliviou	3	(30,0)	1	(10,0)	0	(0,0)	
Está Igual	6	(60,0)	7	(70,0)	6	(60,0)	0,311†
Piorou	1	(10,0)	2	(20,0)	4	(40,0)	
Percepção da dor (60 min)	N	%	n	%	n	%	
Aliviou	3	(30,0)	1	(10,0)	3	(30,0)	
Está Igual	5	(50,0)	3	(30,0)	5	(50,0)	0,462†
Piorou	2	(20,0)	6	(60,0)	2	(20,0)	
Percepção da dor (120 min)	N	%	n	%	n	%	
Aliviou	2	(25,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
Está Igual	4	(50,0)	3	(30,0)	3	(37,5)	0,192†
Piorou	2	(25,0)	7	(70,0)	5	(62,5)	
Sem avaliação (perdas)	2		0		2		

*Escala Analógica e Visual. †Teste de Kruskal-Wallis, p-valor < 0,0125. ‡Teste exato de Fisher, p-valor < 0,167.

A analgesia peridural ou bloqueio combinado (raqui-anestesia + peridural) estava disponível às parturientes dependendo de sua necessidade; seu uso foi comum nos três grupos, ocorrendo em 60,0% no grupo AC, 80,0% no grupo placebo e 50,0% no GC. Não houve uso de analgésicos endovenosos ou intramusculares administrados no TP.

Quanto aos desfechos secundários (Tabela 3), a duração do TP foi calculada do início das contrações rítmicas e doloridas referidas pelas parturientes até o tratamento, e do tratamento ao parto (nascimento). Não houve diferença estatística em relação à duração do TP antes do tratamento. A média de duração do TP no grupo AC foi 166,1 minuto

a menos que a do grupo placebo e 47,6 minutos a menos que a do grupo controle, após tratamento. A seleção de gestantes na fase ativa não dispensou a condução do TP com agentes uterotônicos, conforme conduta obstétrica, o que ocorreu em maior percentual no grupo placebo, seguido

pelos grupos AC e controle. A taxa de cesárea apresentou-se maior no GC e foi igual no grupo AC e placebo. O escore de Apgar, método mais empregado na avaliação imediata do estado do bebê ao nascer, não mostrou diferenças entre as médias apresentadas no primeiro e quinto minutos de vida.

Tabela 3 – Distribuição das parturientes de acordo com os grupos do estudo e variáveis relativas ao parto – Campinas, SP, Brasil, 2015.

Variável	Grupo de estudo						p-valor
	Auriculoterapia (n = 10)		Placebo (n = 10)		Controle (n = 10)		
Duração do trabalho de parto (min)	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Até o tratamento	332,0	(141,9)	453,2	(370,6)	410,0	(270,7)	0,951*
Do tratamento ao nascimento	248,7	(98,8)	414,8	(319,3)	296,3	(187,3)	–
Condução do trabalho de parto	N	%	n	%	n	%	–
Prostaglandina	3	(30,0)	3	(30,0)	3	(30,0)	–
Ocitocina	4	(40,0)	7	(70,0)	2	(20,0)	–
Tipo de parto	N	%	n	%	n	%	–
Vaginal	9	(90,0)	5	(50,0)	9	(90,0)	–
Cesárea	1	(10,0)	5	(50,0)	1	(10,0)	–
Escores de Apgar	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
1º minuto	9,4	(0,5)	8,1	(1,8)	8,2	(2,9)	0,123*
5º minuto	9,8	(0,4)	9,7	(0,5)	9,1	(2,9)	0,636*

*Teste de Kruskal-Wallis, p -valor < 0,0125.

A maioria das parturientes teve a presença do acompanhante em seu parto (80.0%). Somente uma parturiente no grupo placebo e outra do GC não tiveram acompanhantes.

No dia seguinte ao parto, após questionamento sobre o incômodo provocado pelo tratamento, os grupos AC e placebo não apresentaram diferença estatística entre si quanto às respostas, categorizadas nos seguintes termos: não incomoda (70% AC *versus* 80% placebo), incomoda pouco (20% AC *versus* 30% placebo), incomoda muito (0% AC *versus* 0% placebo), p -valor = 1,000 (teste de exato de Fisher).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou avaliar os efeitos da auriculoterapia no controle da dor e na evolução do TP em uma população que, em sua maioria, desconhecia este tipo tratamento, quer seja sua indicação ou finalidade. Os resultados mostraram menores escores de dor entre as parturientes que receberam esta terapia, porém não houve diferença entre os grupos quanto à duração do TP e via de parto. O nível de escolaridade foi maior no grupo AC; nos demais grupos, a média estava próxima às estatísticas oficiais (8,1 anos de estudos) para mulheres na região sudeste do Brasil⁽¹²⁾, local da coleta.

Apesar de não haver diferenças entre os grupos em relação aos escores de dor, a percepção do aumento da dor durante as contrações foi maior nos grupos placebo e controle, o que pode mostrar algum efeito benéfico do tratamento com auriculoterapia. Estudo iraniano⁽⁹⁾ também avaliou os efeitos da auriculoterapia sobre a dor de 80 nulíparas na fase ativa do TP por meio da EAV e mostrou resultados estatisticamente significativos ao comparar os grupos estudados (7,56

auriculoterapia *versus* 8,43 GC, p < 0,05). Neste contexto, um maior tamanho de amostra neste estudo poderia verificar a eficácia da auriculoterapia no alívio da dor no TP. O uso de analgesia no parto ocorreu com frequência nos três grupos, pois se trata de prática rotineira nesta unidade obstétrica.

Outro ECR⁽¹³⁾ com 207 mulheres comparou o uso da auriculoterapia com o tratamento usual (anestésico local) para reparação de episiotomia e lacerações perineais no controle da dor. Nesse estudo, a dor durante a correção cirúrgica foi mais frequente entre as mulheres alocadas no grupo de auriculoterapia (89% *versus* 54%, p < 0,01). A intensidade da dor mensurada por meio da EAV durante o reparo também foi superior (3,5 *versus* 1,5, p < 0,01).

Em relação à indução e/ou condução do TP, as parturientes do grupo placebo foram as que receberam mais estas intervenções. No entanto, a média de duração do TP foi maior que a do grupo AC. No GC, estas intervenções foram menores após admissão; ainda assim, a duração do TP foi menor no placebo, e ao comparar com o grupo AC, o tempo foi maior, porém a condução diferente no TP nesses grupos pode ter influenciado esses valores. Dois ECR asiáticos mostraram menor duração do TP entre as parturientes que receberam acupressão⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A média de duração do TP foi de 52,4 minutos⁽¹⁴⁾ e 52,6 minutos⁽¹⁵⁾ a menos nos grupos de acupressão em relação ao placebo, respectivamente. Uma revisão Cochrane⁽¹⁶⁾ sobre a acupuntura para indução do TP encontrou poucos estudos que avaliaram esse desfecho e somente um ECR incluso mostrou resultados significativos: média/desvio-padrão (MD) de 0,67, 95% intervalo de confiança (IC) 0,18-1,17. No entanto, não foram encontrados estudos na literatura que avaliaram os efeitos da acupuntura auricular ou auriculoterapia na duração de TP.

A via de parto neste ECR foi semelhante nos grupos AC e controle. No grupo placebo, a taxa de cesárea foi maior, o que ocorreu em 50% dos nascimentos, pouco maior ao registrado no primeiro semestre 2014 no local de coleta (43,8% de cesáreas)⁽¹⁷⁾. Em um estudo de casos⁽¹⁸⁾, seis gestantes com cicatriz cirúrgica abdominal transversa prévia foram tratadas com auriculoterapia para avaliar a via de parto. Os autores descreveram que a auriculoterapia pode reduzir condições que envolvem o TP distócico e, possivelmente, reduzir a taxa de cesárea, ocorrida somente em uma participante. Em outro estudo⁽¹⁹⁾, não houve diferença estatística, a taxa de cesárea foi de 8,3% no grupo com acupuntura e 8,7% no tratamento usual ($p = 0,418$). Não houve diferenças no escore de Apgar, evidenciando que o tipo de tratamento destinado a cada grupo não alterou esse indicativo nesse estudo.

A presença integral do acompanhante de escolha da parturiente foi uma característica predominante nos grupos, o que contribuiu para segurança e o enfrentamento menos traumático da mulher durante este processo. O apoio contínuo à parturiente traz benefícios clínicos e pode favorecer a evolução do TP, conforme mostrou outra revisão Cochrane⁽²⁰⁾.

As limitações deste estudo incluem o reduzido tamanho de amostra, o que inviabilizou a aplicação dos testes estatísticos para algumas variáveis. Não foi possível identificar a dose total de ocitocina e prostaglandinas administradas (devido, sobretudo, à ausência de dosagem exata em alguns prontuários da unidade). Assim, foi somente descrito o número de participantes que receberam estes fármacos nos três grupos. O estudo foi conduzido em um hospital universitário que é uma referência regional para gestação de alto

risco e no qual é usual a prática de intervenções no TP e parto. Este estudo contribuiu com conhecimentos sobre a organização da pesquisa e a aplicação da terapia auricular, que serão utilizados pelo pesquisador principal e pela equipe de avaliadores na fase final da coleta de dados.

As mulheres do grupo da auriculoterapia demonstraram maior controle da dor pela EAV, porém não houve diferenças entre os grupos do estudo. Pelo fato de a dor no TP ter aumento progressivo, o fato de não ter sido relatado aumento da dor pode demonstrar algum efeito favorável da intervenção. Em relação aos desfechos secundários, avaliados após o parto, houve tendência de menor duração do TP no grupo AC após o tratamento; no entanto, não há como afirmar se estava relacionada à auriculoterapia, como também à via de parto entre os grupos. Este ECR prosseguirá até completar o tamanho amostral estimado, de modo a obter resultados mais claros em relação à eficácia deste tratamento para as variáveis estudadas, a fim de apresentar novas alternativas ou terapias complementares e não invasivas que possam gerar maior satisfação da mulher durante a parturição.

CONCLUSÃO

Neste estudo, mulheres submetidas à auriculoterapia durante o TP não apresentaram escores de dor e duração do trabalho de parto diferente daquelas dos grupos placebo e controle. No entanto, seus resultados sugerem a necessidade de estudos com maior tamanho de amostra, preferencialmente conduzidos em ambientes onde práticas que resultam em aumento da dor no parto, como amniotomia e ocitocina, não são utilizadas de modo rotineiro.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os efeitos da auriculoterapia no controle da dor e seus desfechos na duração do trabalho de parto. **Método:** Trata-se de um ensaio controlado, randomizado e duplo-cego, com dados preliminares. Foram selecionadas 30 parturientes com idade gestacional ≥ 37 semanas, dilatação cervical ≥ 4 cm e duas ou mais contrações em 10 minutos, divididas aleatoriamente em três grupos: auriculoterapia, placebo ou controle. A auriculoterapia foi aplicada com microesferas de cristais em quatro pontos estratégicos. **Resultados:** Não houve significância estatística entre os grupos com relação à dor; no entanto, as mulheres do grupo de auriculoterapia, apresentaram menor intensidade e menor percepção da dor aos 30, 60 e 120 minutos do tratamento. A média de duração do trabalho de parto foi menor no grupo de auriculoterapia (248,7 versus placebo 414,8 versus controle 296,3 minutos); a taxa de cesárea foi maior no grupo placebo (50%) e igual nos outros (10%). **Conclusão:** As parturientes que receberam auriculoterapia apresentaram tendência a um maior controle da dor e menor duração do trabalho de parto, porém a taxa de cesárea neste grupo foi semelhante à do grupo controle. Este ensaio precede um estudo maior, em andamento. Registro Brasileiro de Ensaio Clínico: RBR-47hhbj.

DESCRIPTORIOS

Auriculoterapia; Dor do Parto; Trabalho de Parto; Cesárea; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los efectos de la auriculoterapia en el control del dolor y sus resultados en la duración del trabajo de parto. **Método:** Se trata de un ensayo controlado, aleatorizado y doble ciego, con datos preliminares. Fueron seleccionadas 30 parturientes con edad gestacional ≥ 37 semanas, dilatación cervical ≥ 4 cm y dos o más contracciones en 10 minutos, divididas aleatoriamente en tres grupos: auriculoterapia, placebo o control. La auriculoterapia se aplicó con microesferas de cristales en cuatro puntos estratégicos. **Resultados:** No hubo significación estadística entre los grupos con relación al dolor; sin embargo, las mujeres del grupo de auriculoterapia presentaron menor intensidad y menor percepción del dolor a los 30, 60 y 120 minutos del tratamiento. El promedio de duración del trabajo de parto fue menor en el grupo de auriculoterapia (248,7 versus placebo 414,8 versus control 296,3 minutos); la tasa de cesárea fue mayor en el grupo placebo (50%) e igual en los otros (10%). **Conclusión:** Las parturientes que recibieron auriculoterapia presentaron tendencia a un mayor control del dolor y menor duración del trabajo de parto, pero la tasa de cesárea en ese grupo fue semejante a la del grupo control. Este ensayo precede un estudio mayor, en curso. Registro Brasileño de Ensayo Clínico: RBR-47hhbj.

DESCRIPTORIOS

Auriculoterapia; Dolor de Parto; Trabajo de Parto; Cesárea; Enfermería Obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization; Reproductive Health and Research. Care in normal birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO; 1996.
2. Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of acupressure on progress of labor and cesarean section rate: randomized clinical trial. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:9.
3. Yesilcicek CK, Komurcu N. Effects of SP6 acupuncture point stimulation on labor pain and duration of labor. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(10):e16461.
4. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Portas S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(3):CD009234.
5. Moghimi-Hanjani S, Mehdizadeh-Tourzani Z, Shoghi M. The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labor in primigravida women. *Acta Med Iran*. 2015;53(8):507-11.
6. Nogier R, Boucinhas JC. *Prática fácil de auriculoterapia e auriculomedicina*. 4ª ed. São Paulo: Ícone; 2012.
7. Vas J, Modesto M, Aguilar I, Gonçalo CS, Rivas-Ruiz F. Efficacy and safety of auriculopressure for primary care patients with chronic non-specific spinal pain: a multicentre randomised controlled trial. *Acupunct Med*. 2014;32(3):227-35.
8. Asher GN, Jonas DE, Coeytaux RR, Reilly AC, Loh YL, Motsinger-Reif AA, et al. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*. 2010;16(10):1097-108.
9. Rastegarzade H, Abedi P, Valiani M, Haghighi MH. The effect of auriculotherapy on labor pain intensity in nulliparous women (persian). *J Anesthesiol Pain*. 2015;6(1):54-63.
10. Schwartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(5):499-505.
11. Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória, uma breve revisão. *Rev Latino Am Enfermagem*. 1998;6(3):77-84.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2011 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [citado 2016 jan. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010135709212012572220530659.pdf>
13. Kindberg S, Klünder L, Strom J, Henriksen TB. Ear acupuncture or local anaesthetics as pain relief during postpartum surgical repair: a randomized controlled trial. *BJOG*. 2009;116(4):569-76.
14. Lee MK. Effects of San-Yin-Jiao (SP6) acupressure on labor pain, delivery time in women during labor [abstract]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2003;33(6):753-61.
15. Lee MK, Chang SB, Kang D. Effects of San-Yin-Jiao(SP6) acupressure on labor pain, delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med*. 2004;10(6):959-65.
16. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(7):CD009232.
17. Universidade Estadual de Campinas; Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Relatório Semestral de Atividades do Conselho Técnico Administrativo – CTA/CAISM [Internet]. Campinas; 2014 [citado 2016 jan. 15]. Disponível em: http://www.caism.unicamp.br/templates/shaper_pheonix/PDF/Relatorio_Atividades_1Semestre_2014.pdf
18. Greenwood M, Richardson LL. The use of ear acupuncture to promote vaginal delivery after previous cesarean-section. *Am J Acupuncture*. 1992;20(4):305-12.
19. Borup L, Wurlitzer W, Hedegaard M, Kesmodel US, Hvidman L. Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. *Birth*. 2009;36(1):5-12.
20. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2):CD003766.