

Uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor durante o processo de parturição

The use of non invasive technologies for pain relief during the parturition process

Jéssica Ropke¹

RESUMO

Atualmente, o número de cesarianas vem aumentando cada vez mais; em contrapartida a isso, foi criado o programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que busca tornar o processo de parturição mais fisiológico através do uso de tecnologias não invasivas que proporcionam diversos benefícios para a parturiente, entre eles, alívio da dor. O objetivo desta revisão foi avaliar a importância destas tecnologias e as vantagens oferecidas por elas, com base em evidência científica. Pode-se concluir que as tecnologias não invasivas interferem positivamente sobre a dor e o desconforto materno, reduzindo a ansiedade e o estresse, proporcionando autoconfiança e conforto à parturiente, além de possuírem baixo custo e estarem associadas a poucas contraindicações e efeitos colaterais.

Palavras-chave:
Trabalho de Parto
Parto Humanizado
Dor
Fisioterapia

ABSTRACT

Nowadays the number of caesarean sections has been growing exponentially. In contrast, the creation of Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento aims at turning obstetric labor into a more physiological process through the use of non-invasive technologies that provide many benefits to the parturient, being pain relief one of them. The objective of this review was to evaluate the importance of these technologies and their advantages, based on scientific evidence. It is possible to conclude that the non-invasive technologies interfere positively in maternal pain and discomfort, reducing anxiety and stress, providing self-confidence and comfort to the parturient. In addition they present low costs and are associated with few contraindications and side effects.

Keywords:
Obstetric Labor
Humanized Labor
Pain
Physiotherapy

1. Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano – Santa Maria – RS – Brasil. **Endereço para correspondência:** Rua Silva Jardim, 1324/402 – N. S. do Rosário – Santa Maria – RS – Brasil – CEP 97010-491/ **e-mail:** jessicaropke@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil, 84% dos partos realizados no setor privado são cesarianos, 40% são realizados na rede pública, cifra superior ao limite máximo de 15% estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O trabalho de parto consiste na preparação do corpo para a expulsão do feto, que acontece por meio de contrações rítmicas que o conduzem dentro do canal vaginal.¹ Em junho de 2000, pela Portaria GM/MS n.º 569, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa da Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, buscando resgatar a participação das gestantes, tornando o processo de parturição mais fisiológico.²

A humanização propõe a atenção integral centrada na parturiente, de modo que se substituam as intervenções clássicas e o uso indiscriminado de tecnologias por técnicas mais humanistas através da adoção de medidas e procedimentos benéficos para o trabalho de parto, buscando ser o menos invasivo possível e proporcionando um ambiente tranquilo e saudável.^{3,4}

A parturiente necessita de um cuidado multiprofissional, fortalecendo o vínculo com a equipe que está lhe atendendo. O fisioterapeuta se identifica com os princípios de humanização do trabalho de parto, com o objetivo de amenizar a dor, prostrar a utilização dos recursos farmacológicos, melhorar o conforto físico, proporcionar a adoção de posturas verticais e a diversificação postural.⁵

Os instrumentos destinados ao no programa de parto humanizado incluem fisioterapia durante o trabalho de parto, adoção de posições verticais, deambulação livre, exercícios respiratórios, massagem, banho quente e estimulação elétrica e transcutânea dos nervos (TENS), crioterapia e bola suíça.

Deambulação e posturas verticais

Posturas verticais são definidas como todas as posições exceto a supina, sentada com ou sem apoio, de quatro apoios ou cócoras, e inclinada para frente apoiada em uma parede. Indicadas para acelerar a dilatação e por não causarem qualquer malefício à parturiente ou ao feto.⁷

Fisiologicamente é melhor para a parturiente e para o feto que ela se mantenha em movimento, pois o útero contrai-se com mais eficácia, o fluxo sanguíneo que chega ao feto pela placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto e a dor mais amena.⁶ Em 2012, foi realizado um estudo com 10 par-

turientes que se apresentavam na primeira fase do trabalho de parto, com dor e sem efeito de analgésicos. Foi elaborado um protocolo de tratamento levando em consideração a dor referida pelas voluntárias, mensurada através da Escala Visual Analógica de Dor (EVA). De acordo com esse protocolo, os resultados demonstram que não houve aumento da dor até uma hora após a intervenção.⁷

O movimento de deambular agregado à ação da gravidade causa um aumento da velocidade de dilatação cervical e facilita o encaixe fetal, estando relacionado com uma menor duração do período de dilatação e expulsão, pois aumenta a contratilidade uterina e favorece a diminuição do uso de analgesias na primeira e segunda fase do trabalho de parto.⁵ Assim, na deambulação, as posições verticais durante o trabalho de parto sofrem a ação da gravidade, facilitam o trajeto e a descida fetal, e impedem a compressão dos grandes vasos (ilíacas comuns, ilíacas internas e cava inferior), aumentando o diâmetro do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e a dinâmica uterina, além de permitir que as fibras musculares se contraíam de maneira eficiente.

O resultado é uma menor duração do trabalho de parto, reduzindo a indicação de indutores do parto, causando efeitos analgésicos e facilitando o parto vaginal. Diante das inúmeras vantagens, a mobilidade corporal e as posturas verticais têm ganhado destaque na assistência ao parto humanizado pelos profissionais da área da saúde.⁵

As posições verticais associam-se com a redução da segunda fase do parto, redução da dor e da incidência de episiotomias. Recente estudo ressalta que a parturiente deve ser livre para optar pela posição que lhe causa maior conforto.⁸

Respiração

A respiração é de fundamental importância durante o trabalho de parto, pois promove o relaxamento, reduz os riscos de trauma perineal e melhora a oxigenação da parturiente e do feto. O fisioterapeuta deve estimular o uso adequado dos músculos respiratórios, através da respiração espontânea, diafragmática, em ritmo normal e leve, para que a parturiente consiga deslocar a atenção das dores e beneficiar a sua oxigenação.⁹

No primeiro estágio do trabalho de parto, prioriza-se a respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e extensas em um ritmo natural, realizadas no momento das contrações uterinas. Por muito tempo, a respiração rápida e super-



ficial tipo “cachorrinho” foi utilizada, porém estudos mais atuais comprovam que essa técnica reduz a expansão do diafragma, interferindo na fisiologia da respiração e nas trocas gasosas, podendo causar hipocapnia, resultando em alcalose respiratória.^{8,5} Estudo desenhado para verificar a eficácia da massagem e dos exercícios respiratórios no decorrer do trabalho de parto demonstrou que a utilização em conjunto dos dois métodos proporcionou melhores resultados no alívio da dor e diminuição das cesarianas.¹⁰

O emprego correto da respiração durante o período expulsivo também é de fundamental importância, pois sabe-se que os puxos, realizados através da prensa abdominal, se agregam às contrações uterinas. Durante os puxos espontâneos, a parturiente consegue realizar um número maior de esforços que, por serem de duração breve, não causam impacto cardiovascular.

Quando os puxos são dirigidos, a parturiente realiza Manobra de Valsalva causando aumento da pressão intratorácica e gerando impacto negativo sobre a oxigenação sanguínea, além de inibir o relaxamento do assoalho pélvico, podendo ocorrer lacerações.⁵

Em um ensaio clínico randomizado, incluindo 145 mulheres divididas nos grupos:

- 1) Puxos dirigidos com realização da Manobra de Valsalva;
 - 2) Puxos espontâneos, com instruções prévias fornecidas no pré-natal;
 - 3) Massagem perineal iniciando no terceiro trimestre gestacional, e
 - 4) Combinação do grupo 2 e 3.
- Observou-se que os puxos dirigidos aumentaram as intercorrências urodinâmicas em comparação aos demais grupos.¹¹

Massagem

A massagem sempre foi um meio natural e instintivo usado para alívio da dor durante o processo de parturição. Ela produz efeito sobre o sistema nervoso, mioarticular e cardiopulmonar, causando relaxamento da musculatura, diminui a fadiga, tem potencial sedativo e analgésico, reduz a ansiedade e causa equilíbrio entre o sistema simpático e o parassimpático.

A massagem durante o trabalho de parto deve ser realizada preferencialmente onde a parturiente relatar maior desconfor-

to; comumente aplica-se massagem na região lombar durante as contrações uterinas, sendo que as técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão.⁹ Em revisão sistemática, incluindo quatro estudos controlados, a massagem no trabalho mostrou ser eficaz na redução da dor e da ansiedade, seja na fase latente ou em todas as fases do trabalho de parto.¹²

Em estudo randomizado comparando a eficácia da massagem na redução da dor no trabalho de parto, a massagem na região entre T10 e S4, que corresponde à inervação do útero, durante 30 minutos, no período de 4/5 cm de dilatação, a dor, mensurada através da EVA, foi de menor intensidade nas parturientes submetidas a massagens.¹³

Bola suíça

O uso da bola suíça no trabalho de parto possibilita a adoção de posturas verticais, trabalha a musculatura do assoalho pélvico e facilita a descida e rotação fetal. Estudos revelam que exercícios com bola suíça melhoram a circulação sanguínea do útero, tornam as contrações mais eficientes e auxiliam na dilatação cervical.¹⁴ Em recentes estudos, os exercícios de mobilidade pélvica (anteversão e retroversão pélvica, lateralização, circundução e propulsão), por 30 minutos, reduzem a dor e não alteram significativamente a duração do trabalho de parto, demonstrando que a bola suíça é um recurso eficaz para o alívio da dor no trabalho de parto.^{15,16}

Banho quente

O banho quente, quer seja de aspersão ou imersão, promove uma sensação de relaxamento e de alívio da dor, diminuindo os riscos das intervenções farmacológicas.⁷

O banho de aspersão é uma técnica não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que produz efeito local ou geral, dependendo da intensidade e do tempo de aplicação e promove alívio da dor, da ansiedade e melhora o padrão das contrações. O tempo médio é de 20 minutos no banho, a ducha deve estar focada na região da dor, geralmente localizada na região lombossacra, dermatomos de T10 a L1, que correspondem à inervação do útero e cérvix respectivamente.¹⁴

A utilização do banho quente de aspersão associada a exercícios perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto, avaliando a percepção da dor, demonstrou que a diminuição da dor foi significativa quando os métodos foram combinados.¹⁴ Em estudo comparativo, realizado por enfermeiras

obstetras em Taiwan, utilizando banho de aspersão a 37°C no primeiro estágio do parto, houve redução significativa na duração do trabalho de parto.¹⁷

O banho de imersão ainda é pouco utilizado no Brasil devido à escassez de banheiras nas instituições hospitalares. É importante que a imersão seja realizada com, no mínimo, 6 cm de dilatação, para que não ocorra interferência na intensidade das contrações e na duração da primeira fase. A imersão durante o período de dilatação diminui o uso de analgesia e a percepção de dor sem causar efeitos adversos no trabalho de parto.¹⁸

Em um ensaio clínico prospectivo compararam-se 3 grupos de gestantes: parto com imersão na água, parto convencional e parto com analgesia epidural. A duração do primeiro estágio do parto foi menor no grupo de parto vaginal convencional enquanto a duração do segundo e terceiro estágios foram mais curtas no grupo de imersão. Houve uma redução altamente significativa dos indutores do parto e do número de episiotomias no grupo imersão, por isso não houve necessidade de analgesia. A taxa de laceração perineal foi maior no grupo imersão; no entanto, essa foi mínima.¹⁹

Neuroeletroestimulação Transcutânea (TENS)

OTENS é outro método utilizado por fisioterapeutas para causar analgesia local pela ativação dos receptores sensoriais periféricos, trabalhando através do fenômeno das portas de dor, aumentando a produção de endorfinas.

Os eletrodos podem ser colocados na região lombossacral, onde está concentrada a dor.²⁰ Este método é de fácil aplicabilidade e remoção, não possui efeitos adversos, não interfere no estado de consciência e o aparelho portátil permite a mobilidade da parturiente.⁷ Em duas revisões sistemáticas recentes, o emprego do TENS nos pontos de acupuntura demonstrou diminuição da dor quando as parturientes usuárias do método foram comparadas com controles.^{21,22}

Crioterapia

A utilização do gelo é uma das mais antigas técnicas de analgesia porque diminui a via nervosa aferente nociceptiva por redução metabólica e isquêmica em função da excessiva vasoconstrição. Podem ser usadas compressas frias ou pacotes de gel congelados na região lombossacra, pois proporcionam relaxamento geral sem causar qualquer efeito colateral.⁹ Estudo realizado em parturientes na fase ativa e com dilatação cervi-

cal entre 7 e 9 cm demonstrou que 85,71% das participantes relataram diminuição e melhores condições de suportar a dor durante as contrações.²³

Acupressão

A acupressão é um tratamento baseado na medicina tradicional chinesa que possui o mesmo princípio da acupuntura, ou seja, manter o equilíbrio entre o Yin (negativo) e o Yang (positivo) nos diversos canais do corpo, conhecidos como meridianos, porém sem o uso de agulhas. Os estímulos são aplicados com as mãos e os dedos em um ponto específico.²⁴ Alguns ensaios controlados e randomizados desenvolvidos na Ásia e no Oriente Médio avaliaram os efeitos da acupressão na duração do trabalho de parto e, nesses estudos, foram identificados três pontos de acupuntura alvos da acupressão.

O Sanyinjiao (SP6), localizado no meridiano baço-pâncreas, quatro dedos acima da ponta do maléolo medial na parte posterior à tibia, influencia os órgãos reprodutivos. Vale lembrar que ele não deve ser estimulado na gestação porque a concentração de energia Yin pode antecipar o trabalho de parto.²⁴ Em estudo randomizado controlado, a acupressão no ponto SP6 bilateral durante as contrações em um período de 20 minutos reduziu a duração do trabalho de parto de 176,4 minutos.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos textos selecionados nessa revisão indica que existe respaldo científico para a utilização das tecnologias não invasivas durante o processo de parturição. As parturientes devem ter acesso a estas tecnologias durante o trabalho de parto, visto que elas interferem positivamente sobre a dor, o desconforto materno, reduzindo a duração do trabalho de parto, traumas perineais, ansiedade e estresse, proporcionando autoconfiança e conforto à parturiente. Destaca-se que têm baixo custo e estão associadas a poucas contraindicações e efeitos colaterais.

Tendo em vista as características multifatoriais e individuais da dor, todas as variáveis envolvidas na experiência do nascimento devem ser levadas em conta na escolha dos métodos a serem utilizados durante o trabalho de parto, ressaltando a importância da liberdade de escolha da parturiente.

A fisioterapia pode se valer destas tecnologias não invasivas, tendo, como vantagem, o reforço da autonomia da mulher na hora do parto, a fim de reduzir a ansiedade e proporcionar à



parturiente participação ativa durante o parto e nascimento.²⁵ Observa-se que estas técnicas, de uso intenso por fisioterapeutas, justificam a sua participação no acompanhamento do trabalho de parto. Infelizmente esta condição não é estabelecida como prática na nossa sociedade.

O fisioterapeuta é profissional qualificado a aplicá-las, uma vez que possui maior conhecimento da fisiologia e da biomecânica humana, logo, proporcionam menor sofrimento às parturientes, tornando o parto mais humanizado e menos traumático.⁷ Contudo mais estudos trariam maiores evidências da aplicabilidade e repercussão do uso dessas tecnologias na evolução e no alívio da dor do trabalho de parto.

LEITURAS SUPLEMENTARES

1. Portal Brasil. Cenas do Brasil discute incentivo ao parto natural. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/cenas-do-brasil-discute-incentivo-ao-parto-natural>> Acesso em: 24 mar. 2015.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria número 569/GM de 1º junho de 200. Disponível em <http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf>. [Acesso: 2015 setembro 16].
3. Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Harter J, Gonzales RIC. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE online. 2013; 7(3):870-8.
4. Canesin KF, Amaral WN. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. Femina. 2010; 38(8): 429-33.
5. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. Femina. 2011; 39(1): 41-8.
6. Baracho E. Fisioterapia aplicada à Saúde da Mulher. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012. p. 32-45.
7. Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. Fisioterapia e Pesquisa. 2012; 19(3): 210-4.
8. Grupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. Cochrane Review. The Cochrane Library, 2010.
9. Bavaresco GZ, Souza RSO, Almeida B, Sabatino JH, Dias M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3259-66.
10. Kamalifard M, Shahnazi M, Melli MS, Allahverdizadeh S, Toraby S, Ghahvechi A. The efficacy of massage therapy and breathing techniques on pain intensity and physiological responses to labor pain. Journal of Caring Sciences. 2012; 1(2): 73-78.
11. Low LK, Miller JM, Guo Y, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL, Sampsel CM. Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: a randomized, controlled trial. Int. Urogynecol J. 2013; 24(3):453-60
12. Gayeski ME, Bruggermann QM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto&Contexto Enfermagem. 2010; 19(4): 774-82.
13. Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G, et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. Journal of Physiotherapy. Australian Physiotherapy Association 2013; 59(2): 109-116.
14. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. Acta Paul Enfermagem. 2013; 26(5): 478-84.
15. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Quintana SM. Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. Revista Dor. São Paulo. 2014; 15(4): 253-5.
16. Braz MM, Rosa JP, Maciel SS, Pivetta HMF. Bola do nascimento: recurso fisioterapêutico no trabalho de parto. Revista Cinergis. 2014; 15(4): 168-175.
17. Lee SL, Liu SY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. JOGN Nurs. 2013; 42(1):19-28.
18. Silva EF, Strapasson MJ, Fischer ACS. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. Revista Enfermagem. UFSM 2011. Mai/Ago; 1(2): 261-271.
19. Mollamahmutoglu LM, Moraloglu O, Ozyer S, Su FA, Karayalçin R, Hançerlioglu N, et al. The effects of immersion in labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. J Turkish-German Gynecol Assoc. 2012; 13(1):45-9.
20. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Femina. 2010; 38(10): 527-37.
21. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief in labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Inssue 1, 2010. Oxford: Update Software.
22. Mello LFD, Nóbrega LF, Lemos A. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2011; 15(3): 175-84.
23. Mafetoni RR, Shimo AKK. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. Rev Min Enfermagem. 2014; 18(2): 513-520.
24. Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of acupressure on progress of labor and cesarean section rate: randomized clinical trial. Revista Saúde Pública 2015; 49(9):1-9.
25. Romano FB, Marques ASA, Gonzaga LSV. Análise da intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto. Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde. Boa Vista 2013;2.