

EFEITOS DA AURICULOTERAPIA NO TEMPO DE TRABALHO DE PARTO E TAXA DE CESÁREA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

EFFECTS OF AURICULOTHERAPY ON LABOR TIME AND CESAREAN SECTION RATE: RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

EFFECTOS DE LA AURICULOTERAPIA EN EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO Y TASA DE CESÁREA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Reginaldo Roque Mafetoni ¹
Lia Maristela Silva Jacob ²
Herla Maria Furtado Jorge ³
Antonietta Keiko Kakuda Shimo ²

¹ Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM, Campinas, SP – Brasil.
² UNICAMP, Faculdade de Enfermagem – FEnf, Campinas, SP – Brasil.
³ Universidade Federal do Piauí – UFPI, Departamento de Enfermagem, Teresina, PI – Brasil.

Autor Correspondente: Reginaldo Roque Mafetoni. E-mail: mafetoni.cps@gmail.com
Submetido em: 09/03/2018 Aprovado em: 27/08/2018

RESUMO

Objetivo: avaliar os efeitos da auriculoterapia sobre o tempo de trabalho de parto e taxa de cesárea. **Método:** trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado, paralelo e triplo-cego. Foram selecionadas 102 parturientes com idade gestacional ≥ 37 semanas, dilatação cervical ≥ 4 cm e duas ou mais contrações em 10 minutos. As parturientes foram distribuídas aleatoriamente em três grupos em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, Brasil, para receber: auriculoterapia, placebo ou participar como controle, sem intervenção. A auriculoterapia foi aplicada com microesferas de cristal em quatro pontos estratégicos. A comparação dos efeitos do tratamento foi feita por meio dos testes: Kruskal-Wallis, exato de Fisher e qui-quadrado. **Resultados:** a média de duração do trabalho de parto foi menor no grupo de auriculoterapia (607,8 versus placebo: 867,9 versus controle: 694,7 minutos; p-valor = 0,845); a taxa de cesárea foi maior no grupo placebo (55,9% versus auriculoterapia: 26,5% versus controle: 20,6%; p-valor = 0,0045). **Conclusão:** as parturientes que receberam auriculoterapia mostraram menor taxa de cesárea em relação ao grupo placebo e menos tempo de trabalho de parto ao comparar com os demais grupos, porém novos estudos se fazem necessários. Registro: nº RBR-47hhbj.

Palavras-chave: Auriculoterapia; Trabalho de Parto; Cesárea; Terapias Complementares; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effects of auriculotherapy on labor time and cesarean section rate. **Method:** this is a controlled, randomized, parallel and triple blind clinical trial. We selected 102 parturients with gestational age ≥ 37 weeks, cervical dilatation ≥ 4 cm and two or more contractions every 10 minutes. Parturients were randomly assigned to three groups at a university hospital in the countryside of the state of São Paulo, Brazil, to receive auriculotherapy, placebo or to participate as control group without intervention. Auriculotherapy was applied with crystal microspheres at four strategic points. The effects of the treatment were compared using the Kruskal-Wallis, Fisher's exact and chi-square tests. **Results:** the mean duration of labor was lower in the auriculotherapy group (607.8 versus placebo: 867.9 versus control: 694.7 minutes; p-value = 0.845); the rate of cesarean section was higher in the placebo group (55.9% versus auriculotherapy: 26.5% versus control: 20.6%, p-value = 0.0045). **Conclusion:** parturients who received auriculotherapy showed a lower cesarean rate compared to the placebo group and shorter labor time when compared to the other groups, but further studies are necessary. Registration: nº RBR-47hhbj.

Keywords: Auriculotherapy; Labor, Obstetric; Cesarean Section; Complementary Therapies; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los efectos de la auriculoterapia sobre el tiempo de trabajo de parto y la tasa de cesárea. **Método:** se trata de un ensayo controlado aleatorizado, paralelo y triple ciego. Se seleccionaron 102 parturientas con edad gestacional ≥ 37 semanas, dilatación cervical ≥ 4 cm y dos o más contracciones en 10 min. Las parturientas fueron divididas aleatoriamente en tres grupos en un hospital universitario del interior del Estado de São Paulo, Brasil, para recibir auriculoterapia, placebo o participar como control, sin intervención. La auriculoterapia se aplicó con microesferas de cristal en cuatro puntos estratégicos. Los efectos del tratamiento fueron comparados por medio de las pruebas: Kruskal-Wallis, exacto de Fisher y chi cuadrado. **Resultados:** la media de duración del trabajo de parto fue menor en el grupo de auriculoterapia (607,8 versus placebo: 867,9 versus control: 694,7 minutos, p-valor = 0,845); la tasa de cesárea fue mayor en el grupo placebo (55,9% frente a la auriculoterapia: 26,5% frente al control: 20,6%, p-valor = 0,0045). **Conclusión:** las parturientas que recibieron auriculoterapia mostraron menor tasa de cesárea en relación al grupo placebo y menor tiempo de trabajo de parto al comparar con los demás grupos; sin embargo, son necesarios nuevos estudios. Registro: nº RBR-47hhbj

Palabras clave: Auriculoterapia; Trabajo de Parto; Cesárea; Terapias Complementarias; Enfermería Obstétrica.

Como citar este artigo:

Mafetoni RR, Jacob LMS, Jorge HMF, Shimo AKK. Efeitos da auriculoterapia no tempo de trabalho de parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em _____];22:e-1139. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20180069

INTRODUÇÃO

O modelo intervencionista e medicalizado do parto vem gerando inúmeras discussões e reflexões dos profissionais da Obstetrícia, tanto na humanização de assistência quanto na identificação de práticas tidas como violência obstétrica, rotineiras em algumas instituições.¹ Estudo retrospectivo norte-americano analisou 7.296.363 partos de três estados, sem complicações, de 37 a 39 semanas, entre os anos de 1995 e 2009 e revelou que mais de 4% dos nascimentos a termo ocorreram antes de a mulher iniciar o trabalho de parto (TP) e sem indicação médica, o que inclui as induções e/ou cesarianas.² Outro estudo³, realizado no Brasil, mostrou que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, o número aumenta para 88%. No entanto, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico.

A mulher pode ser assistida de forma a protagonizar o seu parto, considerando que a gestação é um evento fisiológico e natural da sua reprodução. Alguns autores vêm propondo práticas integrativas e complementares (PIC)^{4,5}, que visam resgatar a humanização da assistência ao parto e o conforto à parturiente e, assim, assegurar as boas práticas obstétricas recomendadas pela OMS.⁶

Na Medicina tradicional chinesa (MTC), algumas terapias substituem ou são utilizadas de forma complementar ao tratamento médico convencional. A acupuntura, a auriculoterapia e a acupressão são algumas dessas terapias. A auriculoterapia é utilizada no tratamento de diferentes disfunções do corpo e para analgesia, por meio de estímulos em pontos reflexos da orelha. Essa terapia visa harmonizar as funções de órgãos e vísceras e enfermidades físicas e mentais, a partir do reflexo que o estímulo em seus pontos exerce sobre o sistema nervoso central.⁷

Alguns estudos avaliaram os efeitos da auriculoterapia na dor crônica, como mostrou uma revisão sistemática.⁸ Nos resultados apresentados, a auriculoterapia diminuiu a intensidade da dor, especialmente para dor lombar crônica e dor de cabeça tensional crônica. Outra revisão⁹ buscou as evidências do uso da auriculoterapia com sementes de vaccaria ou microesferas rígidas no tratamento da insônia. Esse estudo mostrou que a auriculoterapia é benéfica no tratamento contra a insônia primária, com melhora na qualidade e tempo de sono. No entanto, essas revisões da literatura^{8,9} sugerem que são necessários ensaios clínicos randomizados (ECR) com mais rigor metodológico para avaliar a eficácia da referida terapia.

A auriculoterapia possui alguns pontos descritos para o tratamento de distócias obstétricas, na indução do parto e na redução do período expulsivo,^{7,10} que podem ser uma alternativa ao prestador de cuidados habilitado às parturientes. No entanto, a escassez de estudos nessa população limita o estabelecimento dessa terapia na prática obstétrica. Nesse contexto, este estudo teve por objetivo avaliar os efeitos da auriculoterapia de forma não invasiva sobre o tempo de TP e na taxa de cesárea.

MÉTODO

Trata-se de ensaio clínico controlado, randomizado e paralelo, realizado de abril de 2015 a junho de 2016. Este estudo é procedente de um projeto maior, que teve como desfechos secundários da auriculoterapia a duração do TP e a taxa de cesárea. Os sujeitos foram 102 gestantes admitidas em um hospital público terciário e 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 ≥ 4 cm, duas ou mais contrações em 10 min, 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 ≥ 7 cm, pré-eclâmpsia grave, placenta prévia, cesariana anterior ou indicação imediata desse procedimento cirúrgico.

O cálculo amostral foi realizado com o objetivo de comparar os grupos em relação à variável duração do TP. Foi considerado o método proposto para um modelo de ANOVA; as estimativas das médias da variável para cada um dos grupos e o desvio-padrão do quadrado médio do erro do modelo teve por base um estudo prévio⁵ sobre os efeitos da acupressão na duração do TP; diferença de 407,04 min do tempo de TP. Além disso, foi assumido nível de significância igual a 5% e poder de teste de 80% nos cálculos amostrais. O cálculo resultou em uma amostra de 33 indivíduos por grupo, do total de 99 indivíduos.

O tratamento destinado a cada participante foi por meio de alocação oculta, gerada por envelopes opacos, selados e numerados sequencialmente pelo *site* <http://www.randomization.com> e distribuídos em três grupos: auriculoterapia com microesferas de cristais polido de 1,5 mm (grupo intervenção – GI), auriculoterapia com microesferas de vidro – estas de baixo custo – (grupo placebo – GP) e grupo-controle (GC). Os envelopes foram abertos pelo pesquisador principal após a inclusão da parturiente no estudo. Isso foi feito na presença de dois colaboradores da unidade não participantes do estudo e que não prestaram assistência às parturientes. O estudo utilizou o método triplo-cego; nesse sentido, nem as parturientes do GI e GP nem a equipe de cinco avaliadores (técnicos de enfermagem) que anotaram os resultados do estudo, tampouco os profissionais que prestavam assistência e poderiam influenciar nos desfechos do TP (indução/condução ou via de parto), sabiam a que grupo cada participante pertencia. No entanto, no terceiro grupo, que recebeu atendimento usual da unidade (GC), não foi possível cegar as participantes, devido às próprias características do estudo.

Para a coleta de dados sociodemográficos e clínicos foi elaborado um instrumento submetido à análise de validade de conteúdo realizada por cinco juízes com experiência na área de Obstetrícia e/ou na MTC. Os questionários posteriormente fo-

ram identificados com um número e seus respectivos grupos com uma letra, mantendo o cegamento para as análises conduzidas por profissional estatístico.

Para o GI foram utilizados os seguintes pontos de acordo com o mapa auricular chinês: i) *shenmen*, que predispõe o tronco cerebral e o córtex a receber, condicionar e codificar os reflexos auriculares; ii) *útero*, que é indicado nas alterações ginecológicas e obstétricas, na indução do parto, redução do período expulsivo e redução da dor no pós-parto; iii) *área de neurasteria*, indicado para o tratamento da ansiedade; iv) *endócrino*, que regula as funções das glândulas de secreção endógenas e é usado em distúrbios ginecológicos, entre outros. Esses pontos foram baseados na prática clínica e em estudos prévios^{7,10}, ilustrados na Figura 1 (destaque em branco).

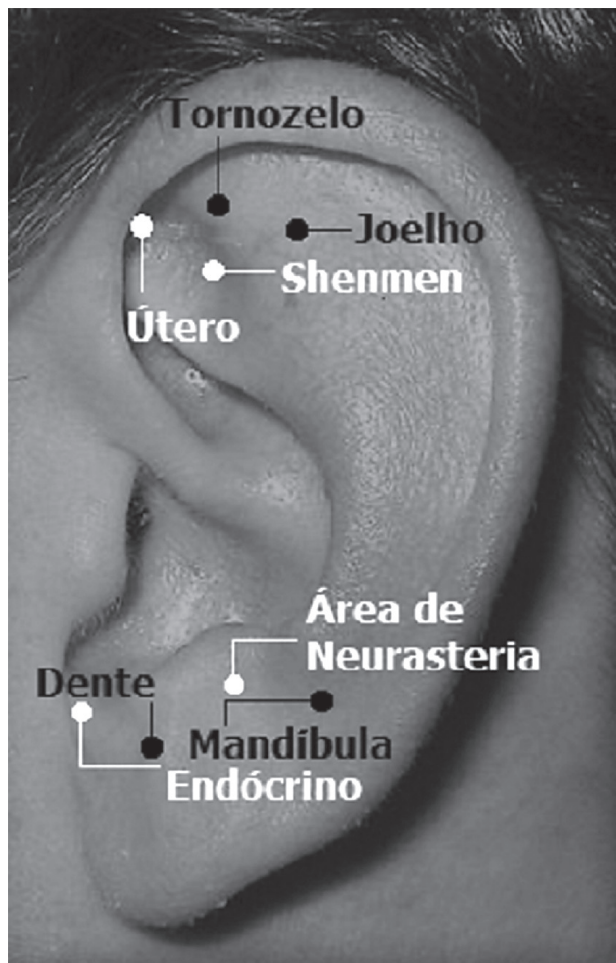


Figura 1 - Localização dos pontos auriculares utilizados no estudo. Campinas, 2016.

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Orelha>

Foi realizada antissepsia previamente, com álcool etílico 70%, no pavilhão auricular. Os pontos foram pesquisados com pressão exercida pelo apalpador de pontos e definidos próximos da topografia indicada no “mapa de pontos” mais

doloroso à palpação. À medida que se localizava o ponto, eram fixados, com adesivos, os cristais nas parturientes do GI, sendo pressionados individualmente por um minuto ou até causar dor suportável para induzir o estímulo. No GP, o apalpador de pontos foi utilizado de forma a indicar o local e fixar as microesferas de vidro em pontos *sham* (não indicados e reduzindo possíveis efeitos para o tratamento proposto): tornozelo, joelho, dente e mandíbula, sem estímulos por pressão em momento algum do estudo, ilustrados na Figura 1 (destaque em preto).

As mulheres alocadas no GC foram acompanhadas pelo mesmo período e avaliadas como nos demais grupos.

A duração do TP foi calculada do início das contrações rítmicas e doloridas referidas pelas parturientes até o tratamento, do tratamento ao parto (nascimento) e a soma das duas variáveis.

A indução ou condução mecânica ou farmacológica do TP é uma prática de rotina na unidade obstétrica. A indução do TP ocorre quando o colo é favorável e o índice *Bishop* ≥ 6 . O preparo cervical das gestantes com o colo desfavorável é feito utilizando-se prostaglandina ou sonda *foley* (balão introduzido acima do orifício interno do canal cervical, insuflado com 30 a 50 mL de água destilada). Nas gestantes que iniciam o preparo cervical com prostaglandina e obtêm boa resposta, mantém-se a conduta nas primeiras 24h ou até o estabelecimento de TP franco: posologia de 25 mcg a cada 6h (chegando-se à dose máxima de 100 mcg, se necessário, em 24h). Nos casos de indução do TP com ocitocina, o protocolo¹¹ estabelece a infusão intravenosa de 5 mUI/min e dose dobrada a cada 30 min até o estabelecimento do TP efetivo.

O pesquisador responsável pela aplicação da auriculoterapia passou por treinamento da técnica em dois cursos de curta duração, totalizando 64h.

As comparações entre os grupos em relação às variáveis quantitativas foram realizadas por meio do teste de Kruskal-Wallis. Para as associações entre os grupos e as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. As análises foram realizadas pelo *software* estatístico *Statistical Analysis System (SAS)*, 9.4.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, SP (Parecer 855.496 / CAAE: 35671514.6.0000.5404). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 102 parturientes, que foram distribuídas igualmente em três grupos (Figura 2). Não houve perdas após a randomização; somente foram excluídas das análises relativas à duração do TP (da alocação ao nascimento) as parturientes submetidas à cesariana, devido à interrupção cirúrgica da sua evolução.

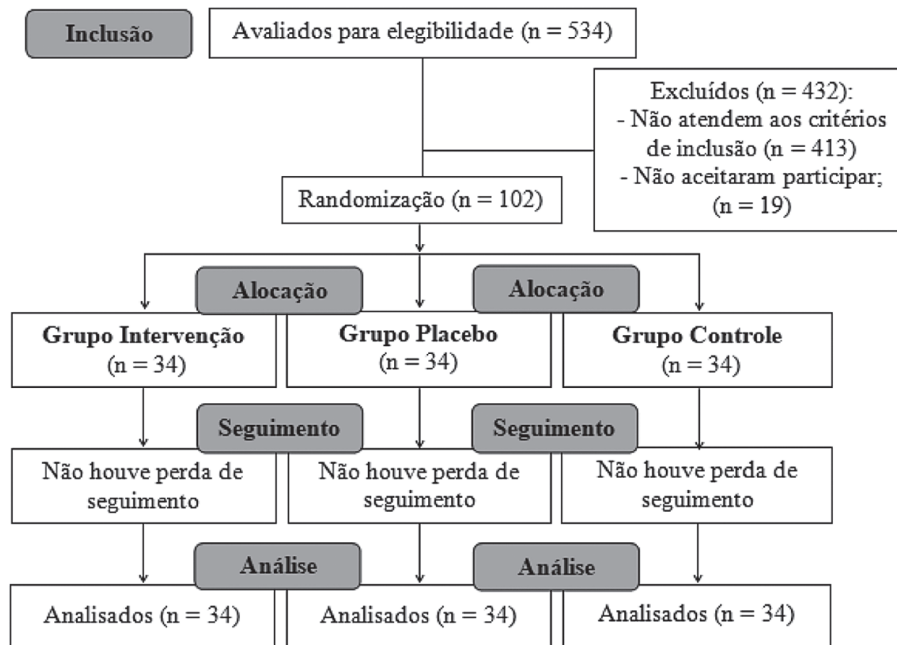


Figura 2 - Fluxograma do recrutamento e agrupamento das participantes. Campinas, 2016
 Fonte: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>, adaptado do Consort.

A Tabela 1 apresenta as características gerais e obstétricas das parturientes, conforme o grupo de locação. A média de idade foi maior no GP; quanto à escolaridade e o estado marital, os valores foram semelhantes. A maioria das parturientes ti-

nhá instrução escolar até o ensino médio (GI: 88,2%; GP 91,2%; e GC 82,6%, p-valor = 0,6594, teste exato de Fisher); não houve mulheres não escolarizadas na amostra. As demais parturientes estavam cursando ou haviam concluído o ensino superior.

Tabela 1 - Distribuição das características gerais, obstétricas e grupos de estudo das parturientes. Campinas, 2016

Variável	Grupo de estudo			p-valor
	Intervenção (n = 34)	Placebo (n = 34)	Controle (n = 34)	
Idade (anos), média (dp)	23,9 (5,8)	25,1 (7,0)	22,7 (5,3)	0,3503 ^w
Escolaridade (anos de estudo), média (dp)	10,7 (3,1)	9,9 (2,4)	10,7 (3,1)	0,4567 ^w
Estado marital, n (%)				
Com companheiro	29 (85,3)	33 (97,1)	32 (94,1)	0,2674 ^f
Sem companheiro	5 (14,7)	1 (2,9)	2 (5,9)	
Nº gestações, média (dp)	1,6 (1,0)	1,6 (1,0)	1,7 (1,1)	
Paridade, n (%)				
Nulípara	27 (79,4)	25 (73,5)	25 (73,5)	0,8090 ^d
Múltipara	7 (20,6)	9 (26,5)	9 (26,5)	
Antes do tratamento				
Membranas amnióticas, n (%)				
Íntegras	25 (73,5)	21 (61,8)	19 (55,9)	0,3378 ^f
Rota artificial	3 (8,8)	6 (17,7)	3 (8,8)	
Rota espontânea	6 (17,7)	7 (20,5)	12 (35,3)	
Dilatação cervical (cm), média (dp)	4,6 (0,9)	4,8 (0,8)	4,5 (0,8)	0,3915 ^w
Nº contrações, média (dp)	3,1 (0,9)	3,2 (0,7)	3,3 (0,9)	0,5986 ^w
Duração das contrações (seg), média (dp)	45,8 (7,7)	43,6 (8,0)	46,6 (8,1)	0,0853 ^w

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Distribuição das características gerais, obstétricas e grupos de estudo das parturientes. Campinas, 2016

Variável	Grupo de estudo			p-valor
	Intervenção (n = 34)	Placebo (n = 34)	Controle (n = 34)	
Intensidade das contrações, n (%)				
Fraca	2 (5,8)	6 (17,6)	0 (0,0)	0,0634 ^f
Moderada	16 (47,1)	17 (50,0)	22 (64,7)	
Forte	16 (47,1)	11 (32,4)	12 (35,3)	
Após o tratamento				
Membranas amnióticas, n (%)				
Rota artificial	17 (50,0)	16 (47,1)	13 (38,2)	0,4895 ^f
Rota espontânea	4 (11,8)	1 (2,9)	4 (11,8)	
Outras (cesariana ou ruptura antes)	13 (38,2)	17 (50,0)	17 (50,0)	

Fonte: elaborada para fins deste estudo. Notas: *teste de Kruskal-Wallis, ^fteste exato de Fisher, χ^2 teste Qui-quadrado; p < 0,05.

A duração do TP foi calculada entre as mulheres com parto vaginal em três períodos estabelecidos (Tabela 2). A média do TP no GI apresentou 91,1 min a menos *versus* GP e 99,4 min a menos *versus* GC após a intervenção. O TP espontâneo foi maior entre as parturientes do GI (GI: 73,5% *versus* GP: 47,1% *versus* GC: 55,9%, p-valor = 0,0781, teste qui-quadrado), porém não houve diferença estatística, assim como na condução farmacológica do TP com: prostaglandina (GI: 7 (20,6%); GP: 10 (29,4%); GC: 11 (32,4%), p = 0,52373, teste qui-quadrado) e ocitocina (GI: 18 (52,9%); GP: 16 (47,1%); GC: 21 (61,8%), p = 0,4725, teste qui-quadrado). O volume total de solução de ocitocina 5 UI entre os grupos está descrito na Tabela 2.

A taxa de cesárea apresentou-se maior no GP (55,9%) seguida do GI (26,5%) e GC (20,6%). O escore de Apgar, método mais empregado na avaliação imediata do estado do recém-nascido ao nascer, não mostrou diferenças entre as médias apresentadas no primeiro e quinto minutos de vida (Tabela 3).

As parturientes foram questionadas sobre o conhecimento da auriculoterapia como um tratamento alternativo e complementar a diversos tipos de sintomas/doenças. No entanto, poucas parturientes disseram conhecer ou terem utilizado

a terapia anteriormente (GI: 5,9% *versus* GP: 8,8% *versus* GC: 2,9%, p-valor = 0,7375, teste exato de Fisher).

DISCUSSÃO

A auriculoterapia é um tratamento utilizado mundialmente e estudado quanto ao alívio da dor, relaxamento, insônia, entre outras disfunções, porém há poucas evidências do seu uso na clínica obstétrica. Alguns autores¹² buscaram avaliar por ressonância magnética (RM) os efeitos da auriculoterapia em áreas centrais do cérebro por meio do estímulo de agulhas semipermeáveis em dois pontos auriculares (*polegar e tronco cerebral*). A RM revelou ativação extensa do córtex motor direito, primário e secundário sensitivo (M1, SI e SII) com atividade máxima no giro pré-central ao estimular o *ponto polegar*. Já o *tronco cerebral*, de acordo com o seu efeito terapêutico, ativou principalmente regiões corticais e límbicas que fazem parte da matriz de dor. Esses autores concluíram que as respostas para os dois pontos testados podem estar ligadas às respectivas indicações terapêuticas na auriculoterapia, instigando estudos em outros pontos auriculares.

Tabela 2 - Diferenças na duração do trabalho de parto entre as parturientes com parto vaginal e uso de ocitócitos entre os grupos. Campinas, 2016

Variável	Grupo de estudo						p-valor
	Intervenção (n = 25)		Placebo (n = 15)		Controle (n = 27)		
	Média	%	Média	%	Média	%	
Duração do trabalho de parto (min)							
Até o tratamento	357,6	235,9	485,5	327,1	349,4	200,0	0,2167
Do tratamento ao nascimento	269,2	154,8	360,3	252,5	368,6	208,0	0,1871
Tempo total de trabalho de parto	607,8	333,1	867,9	414,4	694,7	328,5	0,0845
Solução de ocitocina							
SG5% 500 mL + 1 ampola ocitocina 5 UI (mL)	231,9	312,5	342,2	387,3	179,9	296,7	0,1242

Fonte: elaborada para fins deste estudo. Notas: *teste de Kruskal-Wallis; p < 0,05.

Tabela 3 - Tipo de parto e escore de Apgar entre os grupos de parturientes. Campinas, 2016

Variável	Grupo de estudo						p-valor
	Intervenção (n = 34)		Placebo (n = 34)		Controle (n = 34)		
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto							
Vaginal	25	73,5	15	44,1	27	79,4	0,0045 [□]
Cesariana	9	26,5	19	55,9	7	20,6	
Valores de Apgar							
1º minuto	9,1	1,1	8,3	1,8	8,7	1,9	0,0879 [*]
5º minuto	9,8	0,5	9,7	0,7	9,7	1,6	0,5711 [*]

Fonte: elaborada para fins deste estudo. Notas: □ teste Qui-quadrado; *teste de Kruskal-Wallis; p < 0,05.

Neste estudo, a maior parte das parturientes desconhecia ou nunca utilizou a auriculoterapia anteriormente. Para as características obstétricas que poderiam influenciar na evolução do TP, como a ruptura da bolsa amniótica e a dinâmica uterina (número, intensidade e tempo das contrações), esses dados foram semelhantes entre parturientes no estudo.

A condução do TP foi frequente nos três grupos, conforme rotina da unidade e dados apresentados. A média total de solução de ocitocina 5 UI administrada foi maior no GP; apesar disso, o tempo de TP após admissão no estudo foi maior nesse grupo em relação ao GI e semelhante ao GC. A média do tempo de TP foi menor entre as parturientes que receberam a auriculoterapia (GI), porém não houve significância estatística. Não foram encontrados estudos prévios que avaliaram o uso da auriculoterapia sobre a evolução do TP. No entanto, alguns estudiosos da terapia mostraram que o estímulo em pontos auriculares foi capaz de ativar o sistema nervoso autônomo com predomínio do sistema nervoso simpático¹³, responsável pelas contrações uterinas, distensão do segmento inferior do útero e do colo uterino, o que pode ter reduzido o tempo de TP no GI. Revisão da Cochrane¹⁴ sobre a acupuntura na indução do TP não mostrou evidências em relação a menos tempo de TP, mas houve alterações no esvaecimento cervical para as parturientes que receberam acupuntura em comparação ao placebo: diferença média (DM) 0,40, 95%, intervalo de confiança (IC) 0,11-0,69, em um estudo com 125 mulheres; e quando comparado ao tratamento usual: DM 1,30, IC 0,11-2,49, em outro estudo com 67 mulheres.

A acupressão, terapia realizada por meio de pressão com os dedos ou mãos em pontos de acupuntura, demonstrou resultados promissores na redução da fase ativa do TP em 1,310 horas (IC 95% 1,738-0,882; p < 0,001) e no período expulsivo do TP em 5,808 minutos (IC 95% 1,615-0,807; p < 0,001), mostrou uma metanálise¹⁵, tendência também observada nos resultados deste ECR.

Na taxa de cesárea houve diferença significativa entre os grupos, devido ao aumento desse procedimento cirúrgico no

GP, que ficou acima da taxa de 47,2% registrada em 2015 no local de coleta.¹⁶ No entanto, a via de parto foi semelhante no GI e GC, a maioria por parto vaginal. Estudo¹⁷ com cinco gestantes com cesariana prévia e uma com cirurgia de cisto ovariano avaliou a auriculoterapia associada à eletroestimulação sobre 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 nesse estudo. Em metanálise¹⁵ com nove estudos, a acupressão aumentou a chance de parto vaginal, quando comparada ao placebo e ao atendimento usual (*odds ratio* 2.329, IC 95% 1,348-4,024, p = 0,002; diferença de risco de 8,9%, IC 95% 2,7% -15,0%, p = 0,005). Todavia, outros estudos com acupuntura não encontraram diferenças estatísticas sobre a via de parto¹⁴, como também não ficaram claros em nossos resultados os efeitos da auriculoterapia sobre o desfecho do parto.

Estudo em três maternidades públicas no Brasil¹⁸ evidenciou que o parto vaginal foi mais eficiente e apresentou melhor efetividade para primíparas em três de quatro desfechos avaliados: morbidade materna evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito neonatal evitado. Para o desfecho óbito materno evitado, a cesariana eletiva apresentou pequena efetividade adicional. O parto vaginal também teve menor custo (BRL 1.709,58; USD 518,05) versus cesariana (BRL 2.245,86; USD 680,56). Em outra investigação¹⁹ foram mostradas as principais causas de mortalidade materna associada às cesarianas ocorridas na Turquia: hemorragia (20%), hipertensão (18,2%), embolia (10,3%), doenças cardiovasculares (9%), infecção (8,5%), entre outras (10,4%). As PICs podem favorecer a evolução do TP e, conseqüentemente, o parto vaginal, assim melhorando os indicadores obstétricos e redução nos custos da assistência ao parto, como proposto neste estudo.

Quanto ao escore de Apgar, não houve diferenças no presente estudo, o que prediz que o tipo de tratamento destinado a cada grupo não alterou esse indicativo.

Uma limitação deste ensaio está relacionada ao local de estudo, por ser um hospital universitário, referência regional

para gestação de alto risco e que, por isso, pode contribuir com elevados índices de intervenções na assistência ao parto. Outra limitação está relacionada às parturientes do terceiro grupo (GC), por não receberem a fixação das microesferas no pavilhão auricular; o cegamento se limitou aos grupos GI e GP, o que pode dar margens a vieses no estudo.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, os três grupos receberam atendimento de rotina na unidade obstétrica e internação por igual durante todo o período. Entre as participantes, as mulheres submetidas à auriculoterapia (GI) mostraram menos tempo de TP; a taxa de cesárea foi parecida ao GC, não ficando claros os efeitos dessa terapia; todavia, essa intervenção não piorou esses indicativos, o que mostra não haver reações adversas do seu uso durante a parturição. Apesar disso, novos estudos com maior tamanho amostral e/ou conduzidos em ambientes que promovam a evolução fisiológica do TP, onde haja menos intervenções assistenciais, como amniotomia e ocitocina, podem resultar em dados distintos dos deste ensaio.

A auriculoterapia é uma das PICs para as quais existem boas evidências de uso e pode ser estudada e utilizada legalmente por enfermeiros, enfermeiros obstetras e obstetizes capacitados em seus ambientes de trabalho, a fim de ampliar as alternativas de cuidado às parturientes.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013[citado em 2017 jun. 16];29(11):2287-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>.
2. Kozhimannil KB, Macheras M, Lorch SA. Trends in childbirth before 39 weeks' gestation without medical indication. *Med Care*. 2014[citado em 2017 jun. 16];52(7):64-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096132/>.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Fiocruz de Notícias. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014. [citado em 2017 jun. 24]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>.
4. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Complementary and alternative medicine for induction of labour. *Women Birth*. 2012[citado em 2017 jun. 26];25(3):142-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21524953>.
5. Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of acupressure on progress of labor and cesarean section rate: randomized clinical trial. *Rev Saúde Pública*. 2015[citado em 2016 out. 14];49(1):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25741644>.
6. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Classification of practices in normal birth. Geneva: WHO; 1999. [citado em 2017 jun. 28]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
7. Nogier R, Boucinhas JC. Prática fácil de auriculoterapia e auriculomedicina. 4ª ed. São Paulo (SP): Ícone; 2012. 124p.
8. Zhao HJ, Tan JY, Wang T, Jin L. Auricular therapy for chronic pain management in adults: a synthesis of evidence. *Complement Ther Clin Pract*. 2015[citado em 2017 set. 08];21(2):68-78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25921554>.
9. Lan Y, Wu X, Tan HJ, Wu N, Xing JJ, Wu FS, et al. Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med*. 2015[citado em 2017 set. 08];15:103. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886561>.
10. Reichmann BT. Auriculoterapia: fundamentos de acupuntura auricular. 4ª ed. Curitiba: Tecnodata; 2008. 194p.
11. Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Divisão de Obstetrícia. Preparo cervical e indução do parto: protocolo. Campinas (SP): Unicamp; 2008.
12. Romoli M, Allais G, Airola G, Benedetto C, Mana O, Giocobbe M, et al. Ear acupuncture and fMRI: a pilot study for assessing the specificity of auricular points. *Neurol Sci*. 2014[citado em 2017 nov. 20];35(1):189-93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24867864>.
13. Jimenez RN, Carvalho RA, Lopes SS, Suliano LC. Analysis of auriculotherapy immediate effect in the autonomic nervous system. *Rev Bras Terap Saúde*. 2014[citado em 2017 nov. 20];5(1):15-20. Disponível em: <http://www.omnipax.com.br/RBTS/artigos/v5n1/RBTS-5-1-3.pdf>.
14. Smith CA, Crowther CA, Grant SJ. Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013[citado em 2017 nov. 20];(8):CD002962. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23945980>.
15. Makvandi S, Mirzaiinjabadi K, Sadeghi R, Mahdavian M, Karimi L. Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016[citado em 2017 nov. 20];135(1):5-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27569023>.
16. Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti. Relatório anual do Conselho Técnico Administrativo – CTA/CAISM. Campinas; 2015. [citado em 2017 dez. 18]. Disponível em: http://www.caism.unicamp.br/templates/shaper_pheonix/PDF/Relatorio_Anual_CTA_2015.pdf.
17. Greenwood MT, Richardson LL. The use of ear acupuncture to promote vaginal delivery after previous cesarean-section. *Am J Acupuncture*. 1992[citado em 2017 nov. 20];20(4):305-12. Disponível em: <https://www.paradoxpublishing.com/assets/files/publications/articles/aja/vol-20-4-cesarean.pdf>.
18. Entringer AP, Pinto M, Dias MB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018[citado em 2018 ago. 13];34(5):e00022517. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505007&lng=en.
19. Uzuncakmak C, Ozcam H. Association between maternal mortality and cesarean section: turkey experience. *PLOS One*. 2016[citado em 2017 nov. 27];11(11):e0166622. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0166622>.

