

## Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado<sup>1</sup>

Reginaldo Roque Mafetoni<sup>2</sup>  
Antonieta Keiko Kakuda Shimo<sup>3</sup>

Objetivo: analisar os efeitos da acupressão no ponto sanyinjiao sobre a dor na fase ativa do trabalho de parto, em gestantes atendidas em maternidade pública. Método: trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado, simples-cego e de caráter pragmático. Foram selecionadas 156 mulheres com idade gestacional  $\geq 37$  semanas, dilatação cervical  $\geq 4$  cm e com duas ou mais contrações em 10 minutos. As gestantes foram divididas aleatoriamente em três grupos em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, Brasil, para receber acupressão, placebo ou participar como controle. A acupressão foi aplicada no ponto sanyinjiao durante as contrações, por 20 minutos, e a intensidade da dor avaliada por meio de uma Escala Analógica Visual (EAV). Resultados: as médias de dor pela EAV não foram diferentes nos três grupos na admissão ( $p$ -valor=0,0929), porém foram menores no grupo de acupressão imediatamente após ( $p$ -valor= $<0,0001$ ) e com 1 h do tratamento ( $p$ -valor=0,0001) ao se comparar com placebo e controle. Conclusão: a acupressão no ponto sanyinjiao se mostrou uma medida útil no alívio da dor, não invasiva e um meio de melhorar a qualidade dos cuidados a parturiente. Registro: RBR-9mhs8r.

Descritores: Acupressão; Terapias Complementares; Dor do Parto; Trabalho de Parto.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "Acupressão para alívio da dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado", apresentada à Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Doutorando, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Enfermeiro, Hospital da Mulher "Prof Dr. José Aristodemo Pinotti", CAISM, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Doutor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Mafetoni RR, Shimo AKK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2738. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0739.2738>.  
mês dia ano URL

## Introdução

O parto é considerado um fenômeno natural; porém, tem sido demonstrado que a dor que o acompanha é uma experiência subjetiva e complexa que envolve aspectos fisiológicos, culturais e psicossociais. Atualmente existem diversos estudos voltados para amenizar a dor da mulher durante o trabalho de parto (TP) com ênfase no uso de métodos não farmacológicos, desenvolvidos, especialmente, por enfermeiros e obstetras, proporcionando assistência menos invasiva e humanizada<sup>(1-2)</sup>.

Na medicina tradicional chinesa (MTC) vários métodos alternativos são utilizados para o alívio da dor, praticados principalmente por meio da acupuntura, da moxabustão, da acupressão e do uso de ervas. A acupressão possui os mesmos princípios da acupuntura: manter o equilíbrio de energia nos diversos canais que circulam pelo corpo – os chamados meridianos – que estão ligados a algum órgão alvo<sup>(3)</sup>, mas sem o uso de agulhas. Os estímulos são feitos através das mãos e dedos em pontos específicos ou em algumas circunstâncias, combinando esses pontos para alcançar um efeito maior no alívio da dor ou para proporcionar um estado de relaxamento<sup>(4)</sup>.

Ensaio controlado e randomizados (ECR) desenvolvidos em alguns países da Ásia<sup>(3,5-6)</sup> e do Oriente Médio<sup>(7-12)</sup> avaliaram os efeitos da acupressão sobre a dor durante a fase ativa do TP. Nesses ECR são identificados três pontos de acupuntura que foram alvos da acupressão: ponto *Sanyinjiao* (BP6), ponto *Hegu* (IG4) e ponto *Zhiyin* (B67). Na teoria da MTC estes pontos possuem ação na atividade uterina e podem induzir o TP Também são indicados nas distócias obstétricas e no TP prolongado<sup>(6)</sup>.

O ponto BP6 é caracterizado por forte influência nos órgãos reprodutivos, no TP distócico e prolongado<sup>(6)</sup>; está localizado no meridiano baço-pâncreas, a quatro dedos do paciente acima da ponta do maléolo interno, na parte posterior à frente da tibia (Figura 1).



Figura 1 - Ponto Sanyinjiao (BP6)

Embora alguns estudos tenham associado a acupressão no ponto BP6 à redução da dor no TP<sup>(3,6-8,10)</sup> não ficou clara a dinâmica uterina (Número e intensidade das contrações), considerada influente nas respostas sobre a dor. Não foram localizados estudos que reproduziram esta técnica na população latino-americana. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar os efeitos da acupressão no ponto BP6 sobre a dor na fase ativa do TP, em parturientes atendidas em uma maternidade pública.

## Métodos

Trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado (Com base no diagrama consort), de caráter pragmático<sup>(13)</sup>, realizado de janeiro a agosto de 2013. Os sujeitos foram parturientes admitidas em um hospital público terciário e de ensino, do interior do estado de São Paulo, Brasil. O projeto deste estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer 182.421). Todas as parturientes que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, atendendo a legislação vigente no país.

Foram incluídas parturientes de qualquer idade ou paridade, a partir de 37 semanas, em TP espontâneo, induzido e/ou conduzido, com dilatação  $\geq 4$  cm, duas ou mais contrações em 10 minutos e pele íntegra no ponto BP6 bilateral, com feto vivo, em apresentação cefálica de vértice e com boas condições de vitalidade. Foram excluídos os casos de pré-eclâmpsia grave, placenta prévia, indicação imediata de cesariana, dilatação  $\geq 8$  cm e uso de medicamento analgésico há menos de 6 horas da admissão no estudo.

O tamanho da amostra foi estimado considerando o método proposto para o cálculo para um teste-t não pareado<sup>(14)</sup>, considerando as diferenças nos percentuais de dor por meio da Escala Analógica Visual (EAV), antes e após o tratamento de três estudos<sup>(6,8,11)</sup>. Para os cálculos foi adotado um nível de significância igual a 5% e um poder de 80%, exceto para os estudos que também apresentaram resultados após 60 minutos. Nestes casos foi aplicado a correção de *Bonferroni* no nível de significância e o mesmo foi assumido como 2,5%. O cálculo da amostra resultou em uma prova de 51 indivíduos por grupo, que foi o maior tamanho da prova calculada entre os estudos, totalizando 153 participantes.

As parturientes foram alocadas por meio de uma lista de sequência de números aleatórios, em bloco de seis pacientes, gerados pelo programa Excel® e distribuídas em três grupos: acupressão (BP6); grupo toque (GT) / placebo; e grupo controle (GC). O estudo utilizou o método simples cego (As participantes do grupo BP6 e GT não sabiam a que grupo pertenciam). O GC não houve possibilidade de cegamento devido às próprias características do estudo. Todos os questionários foram identificados com um número, e seus respectivos grupos com uma letra, mantendo por vez o cegamento para as análises estatísticas.

Para avaliação da dor optou-se por um modelo de EAV graduado de 0 a 10, sendo 0 para ausência completa de dor e 10 para a pior dor até então sentida. A paciente registrava a percepção da dor, tendo como referência um desenho de careta e indicava uma numeração acima da mesma. A partir do consentimento da parturiente, em participar do estudo, foi aplicada a EVA (EVA00), reaplicada imediatamente após o tratamento (EVA20) e 60 minutos após o tratamento (EVA60).

Os dados referentes ao uso de medicamentos e anestésias foram registrados conforme procedimentos realizados e checados pela equipe de profissionais da instituição, consultando-se: prontuário, ficha anestésica, partograma e prescrição médica. Os profissionais da unidade que conduziram o uso de fármacos não sabiam a que grupo as parturientes pertenciam e o pesquisador não teve influência na sua prescrição ou manipulação.

As parturientes do grupo BP6 receberam pressão profunda ( $\pm 5\text{kg}$ ), com descompressão brusca e rápida com o dedo polegar, sem ocasionar desconforto e no GT receberam um toque superficial, de baixíssima intensidade ( $\pm 100\text{g}$ )<sup>(15)</sup>. Em ambos os grupos o contato foi no ponto BP6 bilateral, durante as contrações, em período único de 20 minutos.

O pesquisador responsável pela aplicação da técnica de acupressão passou por um treinamento em curso de 32 horas. O controle e a consistência da pressão dos dedos polegares foram realizados utilizando uma balança antropométrica eletrônica infantil almofadada, até o pesquisador manter com segurança essa pressão e consistência desejadas para o grupo BP6 e GT.

As parturientes do GC receberam tratamento usual da unidade obstétrica. O local de estudo permite a presença de um acompanhante de escolha da mulher, incentiva o uso de métodos não farmacológicos como o banho no chuveiro, a massagem lombossacral, o

exercício respiratório e a liberdade de movimento - nos casos em que não há contraindicação.

Todas as parturientes foram orientadas e estimuladas a realizar no TP uma respiração torácica lenta (Com inspiração e expiração profundas e longas, direcionando para a região torácica) durante as contrações, nos intervalos das mesmas, e relaxamento de toda a musculatura corporal associada à respiração total (Tóraco-abdominal lenta, em um ritmo natural)<sup>(16)</sup>.

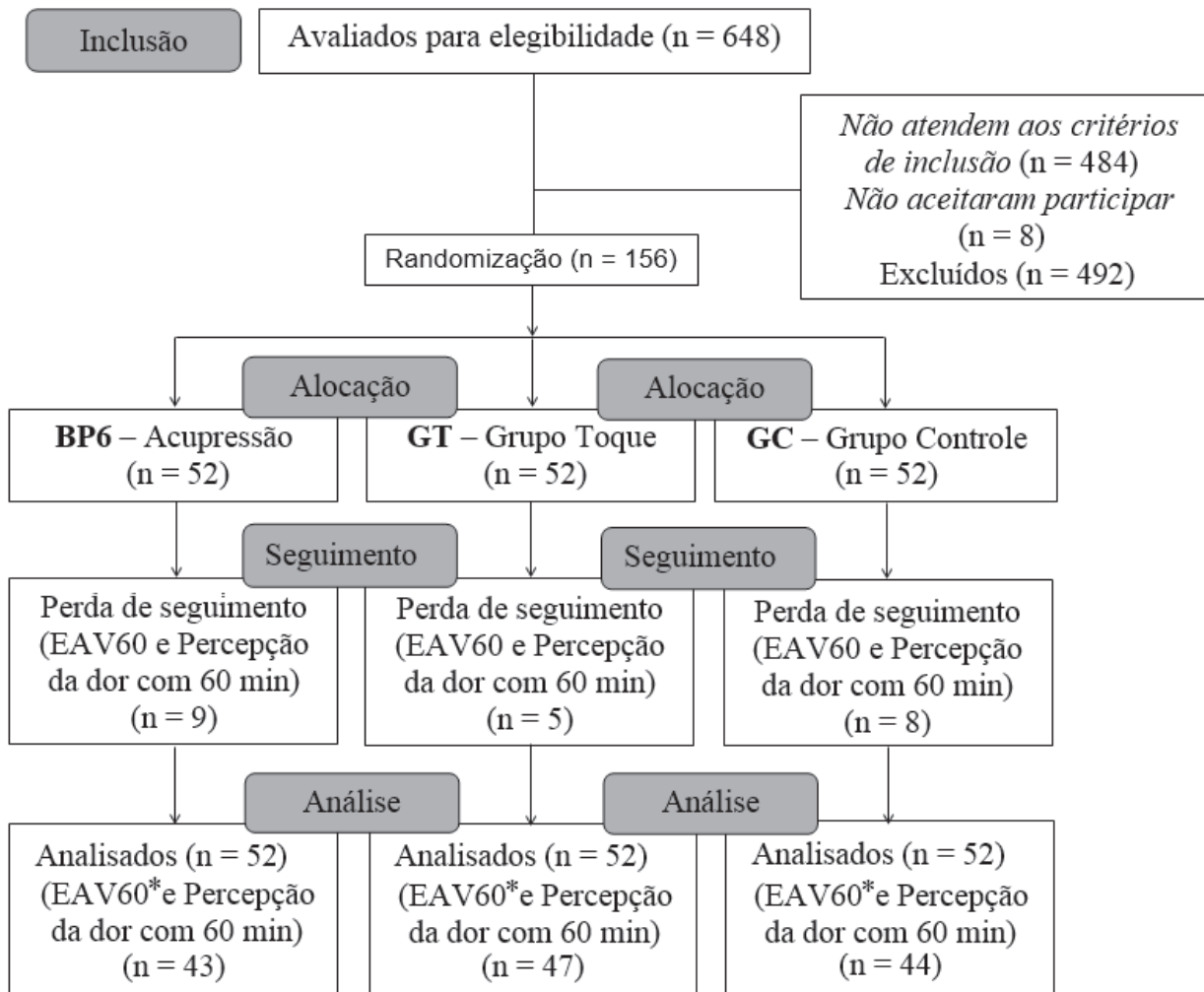
Para coleta de dados sociodemográficos e clínicos foi elaborado um questionário submetido à análise de validade de conteúdo, realizada por cinco juízes com experiência na área de obstetrícia e/ou na MTC. O instrumento foi pré-testado com 15 parturientes, evidenciando não serem necessárias outras modificações.

As comparações entre os grupos com relação às variáveis quantitativas foram realizadas pelo teste de Kruskal-Wallis. Quanto aos casos em que foram encontradas diferenças significantes, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para as comparações múltiplas. Nas associações entre os grupos e variáveis categóricas foram utilizadas o teste Qui-quadrado. Nos casos onde pelo menos 20% dos valores esperados apresentaram contagem menor que cinco, foi aplicado o teste exato de Fisher. As comparações entre os três períodos de avaliação com relação à EAV, a cada um dos grupos, foram feitas por meio do teste de Friedman.

Nas variáveis onde foram realizadas as comparações entre os grupos e que foram mensuradas em mais de um período de avaliação, foi utilizada a correção de Bonferroni dividindo o nível de significância pelo número de comparações. Se a variável foi mensurada em três períodos e comparamos os grupos em cada período, o nível de significância adotado foi de 1,67%. Para a variável EAV, além de comparar os grupos em cada período também foram mensurados os períodos para cada grupo, com isso o nível de significância adotado para essa variável foi de 0,83%. E, por fim, para as comparações múltiplas o nível de significância também foi corrigido seguindo o mesmo critério.

## Resultados

Participaram deste estudo 156 parturientes distribuídas equivalentemente em três grupos, não houve perdas após a randomização, somente para as variáveis EAV60 e percepção da dor com 60 minutos devido à ocorrência de analgesia ou parto nesse intervalo, conforme a Figura 2.



\*EAV60 – Escala Analógica e Visual, após 60 minutos do tratamento

Figura 2 - Procedimento de coleta de dados

Na Tabela 1 estão apresentadas as características gerais das parturientes conforme grupo de locação, não existindo diferença entre os grupos quanto as variáveis estudadas.

Tabela 1 - Distribuição das características gerais e grupos de estudo das parturientes. Campinas, SP, Brasil, 2013.

Variável	Grupo de estudo			P
	BP6 (N = 52)	Toque (N = 52)	Controle (N = 52)	
Idade (anos), média (dp)	26,8(7,1)	26,4(6,4)	25,2(7,3)	0,4567*,†
Escolaridade (anos de estudo), média (dp)	9,4(2,6)	9,8(2,4)	9,6(3,0)	0,8954*,†
Estado marital, n (%)				
Com companheiro	49 (94,2)	50 (96,1)	49 (94,2)	–
Sem companheiro	3 (5,8)	2 (3,9)	3 (5,8)	–
Cor/raça, n (%)				
Parda	31 (59,6)	25 (48,1)	24 (46,2)	–
Branca	14 (26,9)	22 (42,3)	21 (40,4)	–
Negra	6 (11,6)	5 (9,6)	6 (11,5)	–
Amarela	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	–

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Conhece a Acupressão/ Do-in/ Shiatsu, n (%)				
Nunca ouviu	48 (92,3)	44 (84,6)	48 (92,3)	–
Ouviu , mas não usou	4 (7,7)	6 (11,5)	4 (7,7)	–
Ouviu e usou	0 (0,0)	2 (3,9)	0 (0,0)	–
Nº de consultas no pré-natal, média (dp)	9 (3,1)	9,2 (2,5)	9,6 (2,4)	0,4822*,†

\* p &lt; 0,05.

†teste de Kruskal-Wallis.

As características obstétricas informadas na Tabela 2 descrevem os grupos para as variáveis que podem influenciar as respostas de dor pelas parturientes.

Tabela 2 - Distribuição das características obstétricas e grupos de estudo das parturientes. Campinas, SP, Brasil, 2013

Variável	Grupo de estudo			P
	BP6 (N = 52)	Toque (N = 52)	Controle (N = 52)	
Nº gestações, média (dp)	2,6(1,7)	2,3(1,5)	1,8±1,2	0,0232*,†
Paridade, n (%)				0,2319*,‡
Nulípara	21(40,4)	28(53,9)	29(55,8)	
Múltipara	31(59,6)	24(46,1)	23(44,2)	
Antes do tratamento				
Membranas amnióticas, n (%)				0,0416\$,‡
Íntegras	26 (50,0)	38 (73,1)	24 (46,2)	
Rota artificial	11 (21,1)	4 (7,7)	9 (17,3)	
Rota espontânea	15 (28,9)	10 (19,2)	19 (36,5)	
Dilatação cervical (cm), média (dp)	4,9(0,8)	4,65(0,9)	4,6(0,9)	0,1455*,†
Nº contrações, média (dp)	3,3(1,0)	3,19(1,1)	3,4(0,9)	0,6212  ,†
Intensidade das contrações, n (%)				0,1693\$,¶
Fraca	0 (0,0)	4 (7,7)	2 (3,9)	
Moderada	25 (48,1)	30 (57,7)	26 (50,0)	
Forte	27 (51,9)	18 (34,6)	24 (46,1)	
Durante o tratamento				0,0137  ,†
Nº de contrações em 20 minutos, média (dp)	7,02(1,8)	6,3(2,0)	7,5(2,2)	
Após o tratamento				0,4484  ,†
Nº de contrações com 60 minutos, média (dp)	3,6(1,1)	3,4(1,2)	3,6(1,1)	
Intensidade das contrações, n (%)				0,7995\$,¶
Fraca	2 (4,3)	3 (6,1)	4 (8,3)	
Moderada	20 (42,5)	18 (36,7)	15 (31,3)	
Forte	25 (53,2)	28 (57,2)	29 (60,4)	
Membranas amnióticas, n (%)				0,0518\$,‡
Rota artificial	10 (19,2)	21 (40,4)	14 (26,9)	
Rota espontânea	7 (13,5)	6 (11,5)	2 (3,9)	
Outras (cesárea ou ruptura antes)	35 (67,3)	25 (48,1)	36 (69,2)	

\*p &lt; 0,05 †teste de Kruskal-Wallis ‡teste Qui-quadrado §p &lt; 0,025 || p &lt; 0,0167 ¶teste exato de Fisher.

O plano de De Lee, avaliado antes do tratamento, não apresentou diferença entre os grupos, estando a maioria das parturientes com -3 cm de altura na apresentação do feto, exceto duas parturientes no GT e duas no GC com -2 cm. O número de contrações referidas durante o período de tratamento foi diferente

entre os grupos, quando analisadas as medianas, o grupo BP6 e GC apresentaram sete contrações cada em oposição de seis contrações no GT.

A avaliação da dor foi realizada por meio da EAV e por questões pré-elaboradas que possibilitavam as parturientes classificarem sua percepção de dor (Tabela 3).

Tabela 3 - Diferenças nos escores da EAV\* e avaliação da dor entre os grupos de estudos. Campinas, SP, Brasil, 2013

Variável	Grupo de estudo						P
	BP6		Toque		Controle		
	(N = 52)		(N = 52)		(N = 52)		
EAV*	Média	Dp	Média	dp	Média	dp	
Antes do tratamento	7,4	1,9	7,1	2,4	7,9	1,9	0,0929 <sup>†‡</sup>
Com 20 minutos do tratamento	5,9	2,3	7,6	2,5	8,5	1,9	<0,0001 <sup>†‡</sup>
Percepção da dor (20 minutos)	n	%	n	%	n	%	
Aliviou	34	65,4	7	13,5	1	1,9	
Está Igual	17	32,7	22	42,3	24	46,2	<0,0001 <sup>§  </sup>
Piorou	1	1,9	23	44,2	27	51,9	
	(N = 43)		(N = 47)		(N = 44)		
EAV*	Média	Dp	Média	dp	Média	dp	
Com 60 minutos do tratamento	6,5	2,2	8,1	2,3	8,8	1,8	<0,0001 <sup>†‡</sup>
Percepção da dor (60 minutos)	n	%	n	%	n	%	
Aliviou	9	20,9	4	8,5	0	0,0	
Está Igual	26	60,5	12	25,5	14	31,8	0,0018 <sup>†¶</sup>
Piorou	8	18,6	31	66	30	68,2	

\* Escala Analógica e Visual.

† p < 0.0083 §p < 0.0167.

‡ teste de Kruskal-Wallis || teste exato de Fisher.

Nos valores da EAV em cada grupo, nos três tempos de avaliação, houve diferença estatística ( $p < 0.0001$ , teste de Friedman). No entanto, esta diferença ocorreu devido ao aumento nas médias no GT e GC em relação às apresentadas antes do tratamento, o que não ocorreu no grupo BP6 que reduziu esses valores após acupressão. Quando comparado os grupos (De acordo com o teste de Mann-Whitney), as diferenças ocorreram imediatamente e com 60 minutos do tratamento entre o grupo BP6 em relação ao GT e GC ( $p < 0.0001$ ); entre GT e GC não houve diferença significativa nos dois momentos analisados ( $p = 0.0551$  com 20 minutos e  $p = 0.1287$  com 60 minutos).

Em relação aos analgésicos endovenosos ou intramusculares administrados durante o TP o número foi pequeno devido seu uso ser desestimulado na unidade obstétrica, o medicamento de uso era dipirona 1gr, meperidina 50mg ou tramadol 50mg, que foram ministrados em duas parturientes do GT, duas no GC e somente uma no grupo BP6.

A analgesia peridural ou bloqueio combinado (Raquianestesia + peridural) estava disponível às parturientes dependendo de sua necessidade, com utilização comum nos três grupos, ocorrendo em 69,23%

no grupo BP6 ( $n = 36$ ) e 76,92% ( $n = 40$ ) nos outros grupos ( $p = 0.5840$ , teste Qui-quadrado). A dilatação cervical registrada no momento da anestesia, de escolha pela equipe de anestesistas, também não se diferenciou nos grupos ( $p = 0.6650$ , teste de Kruskal-Wallis), com mediana de 6 cm para as parturientes no grupo BP6 e GT e aos 5 cm para as parturientes do GC.

O escore de Apgar, que constitui no método mais empregado na avaliação imediata do estado geral do neonato ao nascer, não apresentou diferença entre as médias no primeiro ( $p = 0.9542$ ) e quinto minuto de vida (BP6 9,62 versus GT 9,54 versus GT 9,29,  $p = 0.7218$ ), mostrando que o tipo de tratamento destinado a cada grupo não alterou este indicativo.

## Discussão

Na admissão das parturientes no estudo, antes do tratamento, houve diferença no número de gestações. Porém, essa realidade não teve reprodução nas demais variáveis que podem ser consideradas influentes sobre as respostas de dor. Essas variáveis incluem: a paridade, a integridade das membranas amnióticas, a dilatação cervical, o número e a intensidade das contrações.

No entanto, durante o tratamento, o número de contrações (mediana) apresentou uma contração a menos no GT em relação ao grupo de acupressão BP6 e GC.

A avaliação da dor pela EAV apontou redução significativa no grupo que recebeu acupressão no ponto BP6 em comparação ao GT e GC. A média da EAV foi menor nas duas avaliações após o tratamento no grupo BP6. Estes dados são semelhantes a dois ECR<sup>(7,10)</sup> anteriores que avaliaram esse ponto. Em um estudo<sup>(7)</sup> aplicaram 30 minutos de acupressão durante as contrações, no outro<sup>(10)</sup> foram 20 minutos, e além do ponto BP6, tratou outro grupo com o ponto IG4. Na avaliação não houve diferença da EAV nos grupos BP6 e IG4, porém a diferença se fez quando comparado ao GC até 8 cm de dilatação, sendo que, quando a dilatação estava completa não foi observada diferença. Esse resultado também foi percebido em um ECR sul-coreano<sup>(17)</sup> quando a dilatação estava entre 9 e 10 cm, a pontuação da EAV era próxima ao GC.

Outros três ECR<sup>(3,6,8)</sup> avaliaram o ponto BP6 sobre a dor. O escore da EAV não foi posteriormente inferior aos valores de base, todavia seu aumento foi maior nas parturientes com placebo, esses estudos não incluíram um terceiro grupo. Devemos considerar que a dor no TP é progressiva; além disso, apenas o fato de a dor não ter piorado demonstra alguma eficácia do cuidado dispensado.

Embora não houvesse diferença significante entre o GT e GC neste estudo, as participantes do GT apresentaram, em média, menor aumento da EAV. Este fato pode ter ocorrido devido ao toque superficial no ponto BP6 bilateral ser uma prática usual para palpação dos pontos e trajetos energéticos corporais, estimulando em alguns casos, esta forma de contato, o fluxo de energia<sup>(3)</sup>. O apoio contínuo à parturiente também pode reduzir as queixas de dor obstétrica e favorecer a evolução do TP, conforme mostrado em uma revisão em Cochrane<sup>(18)</sup>.

O efeito da acupressão sobre a dor ainda não está claro em suas funções mecânicas, físicas e bioquímicas no organismo humano. Uma explicação não baseada na MTC é a "teoria do portão" (*Gate-control theory of pain*), elaborada em 1965, que trata a influência da estimulação cutânea tátil no alívio da dor<sup>(19)</sup>. De acordo com esta teoria, a acupressão ativa mecanorreceptores que inervam as fibras grossas (A-alfa e A-beta) e conduzem ao encerramento da porta, ao passo que, as fibras finas (A-delta e C) conduzem à abertura da mesma. A abertura e o fechamento da porta representam a transmissão ou não da dor ao longo das vias nervosas dependendo da intensidade da pressão, o que leva a inibição da transmissão de dor ao nível da coluna vertebral<sup>(7)</sup>. Alguns autores propuseram massagens profundas em setes pontos de acupuntura durante as contrações e massagem leve na região lombar nos intervalos, de

forma a ativar as fibras grossas (Fechamento da porta) e produzir a inibição da dor, intervenção que, pode ter apresentado a redução da dor entre as parturientes que receberam esse tratamento<sup>(20)</sup>.

O uso de analgésico endovenoso ou intramuscular foi pouco utilizado entre as parturientes neste estudo, assim como observado em outro estudo prévio<sup>(6)</sup>. Em três ECR<sup>(7,11,21)</sup> apresentaram uso elevado em todas as parturientes, enquanto em outros estudos<sup>(3,8,10)</sup> os analgésicos não foram mencionados ou não ficou claro seu uso. Assim, a analgesia peridural ou o bloqueio combinado foi elevada nos três grupos deste ECR. Esses recursos foram menores nas parturientes do grupo BP6, e semelhantes no GT e GC, todavia as análises não mostraram diferença estatística. Se considerarmos a redução no escore de dor no início da fase ativa com 20 minutos de acupressão, a replicação do tratamento ao longo do TP poderia retardar ou diminuir o uso de analgesias ou outras intervenções precoces, favorecendo a evolução fisiológica do parto.

Não houve alteração no escore de Apgar entre os neonatos de mulheres que receberam acupressão no ponto BP6 quando comparadas às outras participantes, mostrando não haver nenhum efeito adverso para os neonatos de mulheres que receberam esta intervenção, corroborando com os ECR<sup>(7,10)</sup> que avaliaram essa variável.

Como limitação deste ensaio, destacamos o uso do método simples-cego, devido à ausência de um avaliador externo após o tratamento, muito embora não fossem influenciadas ou induzidas as respostas para as variáveis estudadas. Outra limitação ocorreu devido à palpação manual para avaliação da intensidade das contrações, com o objetivo de não utilizar um método invasivo que poderia ocasionar incômodo à parturiente. A terceira limitação foi relacionada ao local de estudo, por ser um hospital universitário, referência regional para gestação de alto risco e que, devido a esse fato, pode ter contribuído com elevados índices de intervenções médicas.

## Conclusão

Os resultados deste estudo indicaram que a acupressão no ponto BP6 é um meio complementar e não invasivo para o alívio da dor na fase ativa do TP, sem ocasionar efeitos adversos para parturiente ou para o neonato.

A acupressão se mostrou uma medida útil para o alívio da dor que pode ser facilmente implementada na prática clínica, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados a parturiente, favorecendo a evolução do TP. No entanto, o efeito do tratamento na redução da dor é pequeno, o que sugere que a acupressão pode ser mais eficaz com dilatação cervical até 8 cm e apresentação feto-cefálica alta.

A acupressão também pode ser uma alternativa oferecida às mulheres que preferem o uso de métodos não farmacológicos e sem efeitos colaterais, realizada especialmente por profissionais enfermeiros e obstetrias.

## Referencias

1. Osório SMB, Silva Jr LG, Nicolau AIO. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. *Rev Rene*. 2014;15(1):174-84.
2. Mafetoni RR, Shimo AKK. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. *Rev Min Enferm*. 2014;18(2):513-20.
3. Lee MK. Effects of San-Yin-Jiao (SP6) acupressure on labor pain, delivery time in women during labor. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2003;33(6):753-61.
4. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009232/abstract>
5. Chung U, Hung L, Nancy O, Kuo S. Effects of LI4 and BL 67 Acupressure on Labor Pain and Uterine Contractions in the First Stage of Labor. *J Nurs Res*. 2003;11(4):251-60.
6. 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.
7. Hjelmstedt A, Shenoy ST, Stener-Victorin E, Lekander M, Bhat M, Balakumaran L, et al. Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(11):1453-9.
8. Kashanian M, Shahali S. Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010;23(7):638-41.
9. Kordi M, Firoozi M, Esmaili H. Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor in Nulliparous Women. *J Hayat*. 2010;16(3-4):95-101.
10. Salehian T, Dehcheshmaei FS, Pirak A, Kazemian A, Atarodi Z., Righi, SDN. Comparison of the effect of Hoku Point (LI4) acupressure with that of San-Yin-Jiao (SP6) acupressure on labor pain and the length of delivery time in primiparous women. *SJKU*. 2011;16(1):64-72.
11. Hamidzadeh A, Shahpourian F, Orak RJ, Montazeri AS, Khosravi A. Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2011;57(2):133-8.
12. Hajiamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complement Ther in Clin Pract*. 2012;18(3):169-72.
13. Schawartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(5):499-505.
14. R Bernd, Prel JB, Wachtlin D, Kwiecien R, Blettner M. Sample size calculation in clinical trials. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(31-32):552-6.
15. Robinson N, Lorenc A, Liao X. The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC Complement Altern Med*. 2011;11:88.
16. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(1):52-8.
17. Kim YR, Chang SB, Lee MK, Maeng WJ. Effects on labor pain and length of delivery time for primipara women treated by San-Yin-Jian (SP-6) Acupressure and Hob-Gog (LI-4) Acupressure. *Korean J Women Health Nurs*. 2002;8(2):244-56.
18. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2007. [Acesso 10 dez 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3/abstract>
19. Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150:971-9.
20. Bonapace J, Chaillet N, Gaumond I, Paul-Savoie E, Marchand S. Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *J Pain Res*. 2013;4(6):653-61.
21. Lee MK, Chang SB, Lee HS, Kim HS. Effects of treatment with San-Yin-Jian (SP-6) acupressure for labor women on labor pain, length time for delivery and anxiety: A clinical trial pilot study. *Korean J Women Health Nurs*. 2002;8(4):559-69.

Recebido: 1.5.2015

Aceito: 19.12.2015

### Correspondência:

Reginaldo Roque Mafetoni  
 Universidade Estadual de Campinas  
 Hospital da Mulher "Prof Dr. José Aristodemo Pinotti" - CAISM  
 Rua Alexander Fleming, 101  
 Cidade Universitária  
 CEP: 13.083-881, Campinas, SP, Brasil  
 E-mail: mafetoni@unicamp.br

### Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.