

Efeitos da terapia floral no trabalho de parto e nascimento: ensaio clínico randomizado

Effects of floral therapy on labor and birth: a randomized clinical trial

Efectos de la terapia floral en el trabajo de parto y el nacimiento: ensayo clínico aleatorizado

Sonia Regina Godinho de Lara¹

ORCID: 0000-0001-7236-0273

Maria Cristina Gabrielloni¹

ORCID: 0000-0003-2395-9161

Mônica Bimbatti Nogueira Cesar¹

ORCID: 0000-0001-5724-9315

Márcia Barbieri¹

ORCID: 0000-0002-4662-1983

¹Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Lara SRG, Gabrielloni MC, Cesar MBN, Barbieri M. Effects of floral therapy on labor and birth: a randomized clinical trial. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 6):e20210079. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0079>

Autor Correspondente:

Sonia Regina Godinho de Lara
E-mail: soniarglara@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 15-03-2021 **Aprovação:** 30-04-2021

RESUMO

Objetivos: avaliar os efeitos da terapia floral frente aos fatores que potencializam a dor no processo de parturição e seus resultados na duração do trabalho de parto. **Métodos:** ensaio clínico randomizado, controlado e triplo-cego. Foram selecionadas 164 gestantes com idade gestacional ≥ 37 semanas, dilatação cervical ≥ 4 cm, divididas aleatoriamente em 2 grupos: terapia floral e placebo. **Resultados:** a essência floral *Five Flower* mostrou-se eficaz diante dos fatores que potencializam a dor no trabalho de parto. O Grupo Experimental não apresentou aumento das contrações, diferentemente do Grupo Controle, que apresentou aumento de uma (1) contração para as parturientes em fase ativa e bolsa rota. A essência *Five Flower* mostrou-se eficaz na redução de 1:30h do tempo do trabalho de parto do início da intervenção ao nascimento. **Conclusões:** o uso da terapia floral mostrou-se eficaz no controle da dor, refletindo positivamente na sua brevidade, qualificando seu desfecho.

Descritores: Trabalho de Parto; Dor do Parto; Essências Florais; Enfermagem Obstétrica; Ensaio Clínico.

ABSTRACT

Objectives: to assess the effects of floral therapy in the face of factors that boost pain in the parturition process and its results in the duration of labor. **Methods:** this is a randomized, controlled and triple-blind clinical trial. We selected 164 pregnant women with gestational age ≥ 37 weeks, cervical dilation ≥ 4 cm, randomly divided into floral therapy and placebo group. **Results:** the Five Flower floral essence proved to be effective, considering the factors that boost pain in labor. Experimental Group did not show an increase in contractions, unlike Control Group, which presented an increase of one contraction for mothers in active phase and amniorrhexis. The Five Flower essence proved to be effective in reducing labor time by 1:30h from the beginning of the intervention at birth. **Conclusions:** floral therapy proved to be effective in pain management, reflecting positively in its brevity, qualifying its outcome.

Descriptors: Labor; Labor Pain; Floral Essences; Obstetric Nursing; Clinical Trial.

RESUMEN

Objetivos: evaluar los efectos de la terapia floral ante factores que potencian el dolor en el proceso del parto y sus resultados en la duración del parto. **Métodos:** ensayo clínico aleatorizado, controlado y triple ciego. 164 mujeres embarazadas con edad gestacional ≥ 37 semanas, dilatación cervical ≥ 4 cm, fueron divididas aleatoriamente en 2 grupos: terapia floral y placebo. **Resultados:** la esencia floral *Five Flower* demostró ser eficaz ante los factores que potencian el dolor en el parto. El Grupo Experimental no mostró un aumento de las, a diferencia del Grupo Control, que mostró un aumento de una (1) contracción para las parturientas en fase activa y bolsa rota. La esencia *Five Flower* demostró ser eficaz para reducir el tiempo de parto desde la 1:30h desde el inicio de la intervención hasta el nacimiento. **Conclusiones:** el uso de la terapia floral demostró ser eficaz en el control del dolor, reflejando positivamente su brevedad, calificando su resultado.

Descriptorios: Trabajo de Parto; Dolor de Parto; Esencias Florales; Enfermería Obstétrica; Ensaio Clínico.

INTRODUÇÃO

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como ênfase a melhoria da assistência obstétrica. Um dos pontos observados no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher é o monitoramento dos pactos de redução da taxa de cesarianas em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), resgatando a cultura do processo do parto normal como parto natural, incluindo-o como a melhor escolha, por oferecer menos riscos à saúde materna e fetal. Nesse sentido, muitas outras vertentes de investigação se apresentam. Uma delas, de grande significado para a atenção à mulher, é a que trata da assistência à parturiente no controle da dor do parto⁽¹⁻²⁾.

Sabe-se que alguns fatores, como fase ativa do trabalho de parto, rotura das membranas ovulares e indução, potencializam a dor no trabalho de parto, levando as parturientes a entrarem em um ciclo vicioso de Medo-Tensão-Dor⁽²⁾.

O obstetra inglês Grantly Dick-Read, em sua obra *Childbirth Without Fear*, tornou-se conhecido mundialmente por afirmar como o medo intenso vivido pelas mulheres em trabalho de parto influenciava a forte experiência de dor. Seu esclarecimento sobre a vivência do ciclo Medo-Tensão-Dor, presente na cena dos partos, contribui até hoje para realizações de intervenções desta tríade, qualificando a assistência no trabalho de parto⁽³⁾.

A utilização de recursos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto busca resgatar o caráter fisiológico do processo de parturição. Embora seja amplamente recomendada sua utilização no cenário da assistência obstétrica, não se faz rotineiro em grande parte dos serviços. Tal fato é explicado, talvez, em decorrência do desconhecimento de tais recursos e dos seus benefícios tanto por parte dos profissionais quanto por parte das parturientes⁽⁴⁻⁵⁾.

Neste sentido, cabe ao enfermeiro obstetra e aos demais profissionais que assistem ao parto promover cuidados para diminuir os fatores que proporcionar medo, tensão e dor e possíveis despreparos enfrentados pela mulher, podendo utilizar estratégias que lhes ofereçam conforto⁽⁶⁻⁷⁾.

É neste contexto que a terapia floral pode ser inserida como método não farmacológico para o alívio da tensão e, consequentemente, do medo e da dor no trabalho de parto. Considerada Prática Integrativa Complementar em Saúde (PICs), caracteriza-se por atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde fundamentada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, visão integral da saúde e métodos não invasivos⁽⁸⁻⁹⁾.

A terapia floral se fundamenta em um conceito no qual a divisão cartesiana entre corpo e mente é superada por uma perspectiva que integra esses elementos em uma dimensão em que a mente assume essencial importância. As emoções alteram o estado físico por meio da ação do sistema nervoso central, do sistema endócrino e imunológico. A emoção positiva estabelece a saúde, enquanto o estado negativo estimula doenças. Assim, a valorização de sintomas que não são somente físicos é necessária para solucionar problemáticas que não estão meramente arraigadas no campo biológico⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Ensaio clínico randomizado controlado por placebo, que teve como objetivo avaliar a eficácia de um creme à base de florais de Bach em sinais e sintomas da síndrome do túnel do carpo, concluiu que poderia ser uma intervenção eficaz no manejo desta

síndrome leve e moderada, reduzindo os sintomas de gravidade, proporcionando alívio da dor⁽¹²⁾.

Estudo clínico recente de intervenção com terapia floral, que teve como objetivo compreender a experiência de indivíduos obesos ansiosos, mostrou a eficácia da terapia na diminuição da ansiedade, sensação de tranquilidade e autoconhecimento, o que possibilitou o autocontrole durante a alimentação⁽¹³⁾.

Apesar das evidências científicas mostrarem os benefícios da terapia floral, não há descrito na literatura o seu uso como método não farmacológico para o alívio da dor no trabalho de parto. Um dos motivos é a falta de profissionais que promovam assistência ao parto e tenham vivência com este tipo de terapia complementar. Profissionais que participam efetivamente da assistência ao trabalho de parto devem ter em sua formação conhecimento sobre PICs⁽¹⁴⁾.

Pensando na tríade que norteia o trabalho de parto, medo-tensão-dor, a essência floral *Five Flower*, composto emergencial de Bach, é considerada uma combinação de “resgate do equilíbrio emocional”, por sua notável capacidade de lidar com situações emergências de crise e stress, situação essa vivenciada pela parturiente na fase ativa do trabalho de parto⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

OBJETIVOS

Avaliar os efeitos da terapia floral frente aos fatores que potencializam a dor no processo de parturição e seus resultados na duração do trabalho de parto.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo cumpriu os requisitos éticos exigidos, respeitando-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Encontra-se aprovado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-5tt55v).

Tipo de estudo, período e local

Ensaio clínico experimental, randomizado, triplo cego e controlado norteado pela ferramenta CONSORT 2010⁽¹⁷⁾, no qual foi utilizado desenho pré e pós-intervenção com medidas repetidas entre dois grupos. A taxa de alocação utilizada foi de 1:1 e o mascaramento aplicado ocorreu entre as participantes, o pesquisador e equipe estatística, responsável pela análise dos dados. A coleta dos dados ocorreu no período entre maio e outubro de 2018, de segunda a domingo, durante cerca de dez horas diárias, por duas enfermeiras obstetras capacitadas especialmente para este fim. Foi realizado no centro de parto intra-hospitalar para assistência ao trabalho de parto e parto em hospital vinculado ao SUS da cidade de São Paulo, Brasil.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo parturientes de risco obstétrico habitual, com gestações que evoluíram sem intercorrências, admitidas no centro de parto intra-hospitalar.

O tamanho amostral foi calculado a partir de estudo piloto com 30 parturientes. A frequência cardíaca materna foi utilizada

como variável de dimensionamento. A amostra necessária calculada foi de 74 parturientes por grupo, totalizando 148 mulheres. No entanto, por conta de prováveis perdas, o cálculo amostral foi ampliado em 10%, totalizando 164 parturientes, subdivididas em dois grupos de 82 cada, denominados par e ímpar, posteriormente revelados como controle e experimental, respectivamente.

Foram utilizados como critérios de inclusão: parturientes com idade mínima de 18 anos completos, gestação a termo entre 37 semanas a 42 semanas completas, com feto único, vivo em apresentação cefálica fletida; isentas de qualquer patologia clínica e/ou obstétrica; estar em trabalho de parto estabelecido, isto é, possuir duas contrações uterinas em dez minutos, dilatação cervical mínima de 4 cm e máxima de 8 cm registradas no partograma. Como critérios de exclusão: parturientes com indicação de parto cesáreo no momento da internação; tabagistas; portadoras de transtornos mentais; referirem ter ingerido cafeína nas últimas 10 horas; usuárias de qualquer droga psicoativa.

Variáveis do estudo

As variáveis estudadas foram estratificadas em sociodemográficas e obstétricas: idade, cor, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar, idade gestacional, número de gestações, abortos e paridades, dilatação cervical, frequência e intensidade das contrações uterinas, condição das membranas ovulares (íntegra ou rota).

Protocolo do estudo

As parturientes foram contatadas na sala de pré-parto e avaliadas quanto ao risco obstétrico e critérios de elegibilidade por meio de entrevista, análise do prontuário obstétrico e cartão de pré-natal. Nenhum dos critérios de exclusão e demonstraram boa adesão às intervenções previstas pelo protocolo. As que preencheram todos os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. Após o aceite, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As intervenções foram identificadas em cartões numerados de 1 a 164 distribuídos, de forma aleatória, em que corresponderam a 164 números diferentes. Para a alocação em um dos grupos, par ou ímpar, cada parturiente escolheu um cartão contido em envelope pardo, cujo número correspondeu à terapia recebida. Números pares indicaram o recebimento de 4 gotas de solução diluídas em 20 ml de água a cada 15 minutos, durante uma hora, no frasco previamente manipulado, registrado e identificado pelo importador como par; os números ímpares indicaram o recebimento de 4 gotas de solução diluídas em 20 ml de água a cada 15 minutos, durante uma hora, no frasco previamente manipulado, registrado e identificado pelo importador como ímpar. Cada número sorteado foi retirado do montante até o término da formação de cada grupo de estudo, equivalendo a dois grupos de intervenção. Ressalta-se que os frascos que continham as soluções eram externamente idênticos, o que os diferenciava eram os rótulos "Par", "Ímpar", não sendo possível reconhecer qual se tratava de floral ou placebo.

As parturientes foram avaliadas antes da intervenção e 30 minutos após a última dose de ingestão de gotas destinadas pela randomização, totalizando duas horas (2h) entre a primeira

avaliação e a segunda; esse período esteve de acordo com as normas de avaliação obstétrica do hospital.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram coletados por meio digital com o uso do aplicativo cadastro de coleta de dados adaptado em linguagem *Visual Basic Applications*, instalado em notebook marca Dell com Tela de 15 polegadas e 1TB de capacidade, que permitiu o armazenamento das informações referentes às variáveis do estudo.

Os dados coletados em planilha digital foram automaticamente integrados a uma base de dados do *software Excel*, versão 2016. Para a análise dos dados, a comparação de médias entre dois grupos foi realizada utilizando o teste t de Student para amostras independentes. A fim de analisar o comportamento das características obstétricas, foram empregados modelos de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE). Adicionalmente, foi utilizada análise multivariada por meio da árvore de decisão/classificação utilizando o algoritmo CHAID (*Chi Square Interaction Detector*).

Para o tempo da intervenção até o momento do parto, ajustou-se o modelo de regressão linear, o qual tem como um dos pressupostos a normalidade na distribuição dos dados, o qual foi verificado via teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para todos os testes estatísticos, foram adotados um nível de significância de 5%. Para as demais análises, empregou-se o *software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0*.

RESULTADOS

No recrutamento e alocação das 170 parturientes elegíveis, 06 foram excluídas antes da randomização por recusa. Desta forma, 164 parturientes foram randomizadas e alocadas aleatoriamente em 2 grupos de intervenções divididos preliminarmente em Grupo Par (n=82) e Grupo Ímpar (n=82), denominados após análise dos dados como controle e experimental, respectivamente.

No seguimento, após a randomização, ocorreram 08 perdas, sendo 05 no Grupo Controle e 03 no Grupo Experimental, todas por nascimentos antes de finalizar a intervenção.

Na análise, do total de 164 parturientes que iniciaram o protocolo da pesquisa, 156 completaram todas as etapas (Grupo Controle = 77, Grupo Experimental = 79).

A Figura 1 apresenta o diagrama de fluxo das participantes do estudo segundo o CONSORT 2010⁽¹⁷⁾.

Não se verificaram distribuições distintas ou diferença de médias das características sociodemográficas e obstétricas por tipo de intervenção (Tabela 1).

Verifica-se que a frequência da contração uterina inicial do Grupo Experimental (2,7) era maior que a do grupo controle (2,3), porém, após a intervenção, observou-se aumento da frequência do Grupo Controle (2,8), fazendo com que os grupos se tornassem homogêneos. Para entender melhor o aumento da contração no Grupo Controle, foi utilizada a árvore de decisão para explorar o comportamento da variação da contração por condições que potencializam o trabalho de parto (tipo de membrana amniótica e dilatação cervical pré-intervenção) em ambos os grupos. Os resultados encontrados na árvore de decisão foram apresentados em forma de tabela, para melhor visualização e compreensão dos dados (Tabela 3).

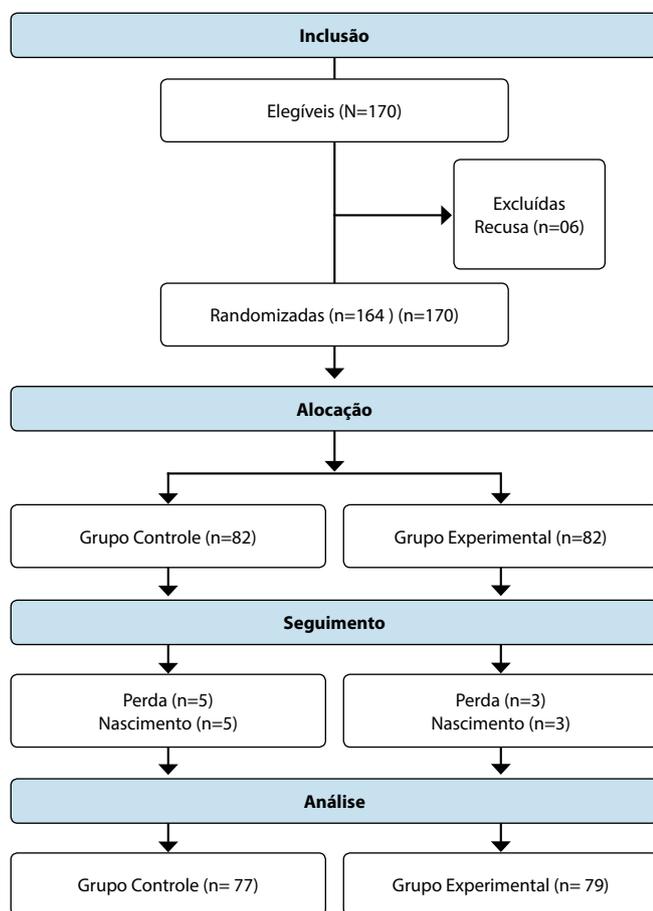


Figura 1 - Diagrama de fluxo do delineamento do estudo e alocação das participantes

Verificam-se diferenças de médias da variação da frequência de contração por grupos resultantes da árvore de decisão ($p < 0,001$). Desta forma, observa-se que o Grupo Experimental não apresentou diferenciação por nenhuma das características. O Grupo Controle, com dilatação inicial de 5 cm ou mais e com bolsa rota, verificou aumento de uma (1) contração, com dilatação inicial de 5 cm ou mais e com membrana amniótica íntegra (0,582), sendo superior à média de todo o Grupo Experimental (0,200) (Tabela 3).

O tratamento apresentou significância de 0,076, apontando tendência à redução do tempo até o parto em cerca de 1:30h (-85,51), ajustada pela dilatação cervical, frequência da contração iniciais.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados neste estudo, observou-se homogeneidade nas características sociodemográficas e obstétricas das parturientes participantes (Tabela 1).

De forma geral, observou-se que 59,0% das parturientes eram de cor parda, 76,3% tinham de 8 a 11 anos de estudo, 39,1% tinham união estável, 59,6% não trabalhavam e 43,4% tinham renda de até um salário-mínimo. Em relação às características obstétricas, as parturientes integrantes do Grupo Experimental tinham, em média, idade gestacional de 39 semanas e 2 gestações, as do Grupo Controle, 40 semanas, e ambos os grupos tinham a média de 1,9 gestação (Tabela 1)

As parturientes do Grupo Experimental apresentaram, antes da intervenção, em média, maior frequência de contração. No entanto, ao se avaliar a frequência da contração após a intervenção, observou-se que este grupo apresentou frequência similar ao Grupo Controle, porém a intensidade da contração do Grupo Controle aumentou em relação ao Grupo Experimental (Tabela 2).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas das parturientes segundo o grupo de intervenção, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018, (n=156)

Variáveis	Total (n=156)	Grupo Experimental (n=79)	Grupo Controle (n=77)	p
Idade (anos)				0,192
Média ± DP	25,0 ± 5,6	25,6 ± 6,0	24,4 ± 5,0	
Mediana (mín. - máx.)	24 (18 - 42)	24 (18 - 42)	23 (18 - 38)	
Cor, n (%)				0,332 ^a
Branca	42/156 (26,9)	17/79 (21,5)	25/77 (32,5)	
Preta	15/156 (9,6)	7/79 (8,9)	8/77 (10,4)	
Amarela	7/156 (4,5)	5/79 (6,3)	2/77 (2,6)	
Parda	92/156 (59)	50/79 (63,3)	42/77 (54,5)	
Escolaridade, n (%)				0,836 ^a
1 a 3 anos	1/156 (0,6)	1/79 (1,3)	0/77 (0)	
4 a 7 anos	16/156 (10,3)	7/79 (8,9)	9/77 (11,7)	
8 a 11 anos	119/156 (76,3)	60/79 (75,9)	59/77 (76,6)	
12 anos ou mais	20/156 (12,8)	11/79 (13,9)	9/77 (11,7)	
Estado civil, n (%)				0,508 ^b
Solteira	52/151 (34,4)	28/76 (36,8)	24/75 (32,0)	
Casada	40/151 (26,5)	17/76 (22,4)	23/75 (30,7)	
União estável	59/151 (39,1)	31/76 (40,8)	28/75 (37,3)	
Ocupação, n (%)				0,096 ^b
Trabalha	63/156 (40,4)	37/79 (46,8)	26/77 (33,8)	
Não trabalha	93/156 (59,6)	42/79 (53,2)	51/77 (66,2)	
Renda familiar, n (%)				0,550 ^a
1 s.m.	49/113 (43,4)	26/63 (41,3)	23/50 (46)	
2 s.m.	44/113 (38,9)	25/63 (39,7)	19/50 (38)	
3 s.m.	14/113 (12,4)	7/63 (11,1)	7/50 (14)	
4 s.m.	6/133(5,3)	5/63 (11,1)	1/50(14)	
Idade gestacional (sem.)				0,086
Média ± DP	39,3 ± 1	39,2 ± 1,0	39,4 ± 1,0	
Mediana (mín. - máx.)	39 (37 - 41)	39 (37 - 41)	40 (37 - 41)	

Continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Total (n=156)	Grupo Experimental (n=79)	Grupo Controle (n=77)	p
Número de gestações				0,680
Média ± DP	2,0 ± 1,2	2,0 ± 1,1	1,9 ± 1,2	
Mediana (mín. - máx.)	2 (0 - 6)	2 (1 - 6)	1 (0 - 5)	
Número de partos				0,371
Média ± DP	0,7 ± 0,9	0,8 ± 0,9	0,6 ± 1,0	
Mediana (mín. - máx.)	0 (0 - 4)	1 (0 - 3)	0 (0 - 4)	
Número de abortos				0,352
Média ± DP	0,3 ± 0,6	0,2 ± 0,5	0,3 ± 0,6	
Mediana (mín. - máx.)	0 (0 - 3)	0 (0 - 2)	0 (0 - 3)	

Nota: s.m. – salário mínimo; p - nível descritivo do teste t de Student, Exato de Fisher^(*) ou do Qui-Quadrado^(*); DP – desvio padrão; mín. – mínimo; máx. – máximo; N=5 e N=43 casos sem informação de estado civil e renda, respectivamente.

Tabela 2 - Características obstétricas das parturientes por grupo de intervenção, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018, (n=156)

Variáveis	Momento de avaliação			Intervenção	p Tempo	Interação Intervenção x Tempo
	Pré	Pós	Pós-Pré			
Dilatação cervical (cm)				0,346	<0,001	0,930
Grupo Experimental	4,9 ± 0,9	5,9 ± 1,4	1,0 ± 1,1			
Grupo Controle	5,1 ± 1,0	6,1 ± 1,4	1,0 ± 0,8			
Contração uterina- frequência				0,031	0,059	0,057
Grupo Experimental	2,7 ± 1,0	2,9 ± 1,1	0,2 ± 1,0			
Grupo Controle	2,3 ± 1,0	2,8 ± 1,1	0,5 ± 1,0			
Contração uterina-duração (segundos)				0,873	0,007	0,188
Grupo Experimental	31,7 ± 12,1	35,2 ± 15,1	3,5 ± 11,6			
Grupo Controle	31,4 ± 11,2	37,3 ± 11,3	5,8 ± 11,2			

Nota: n=79 e n=77, respectivamente, para intervenção 1 e 2; p - nível descritivo do modelo GEE; (A) e (B) apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas com correção de Bonferroni (p<0,001).

A fim de compreender e avaliar o comportamento da frequência da contração frente aos fatores que potencializam o trabalho de parto, nos dois grupos, por meio da árvore de decisão, foi possível constatar diferenças de médias da variação por grupo de intervenção (Tabela 3).

Neste caso, o Grupo Experimental não apresentou diferenciação na média da frequência da contração em relação à dilatação inicial igual ou superior a 5 cm, tipo de membrana ovular e indução, ou seja, não houve aumento da contração diante dos fatores que potencializam o trabalho de parto, não alterando a evolução do trabalho de parto, qualificando o desfecho do parto. No entanto, o mesmo não aconteceu com parturientes do Grupo Controle, as quais apresentaram frequências diferenciadas na fase ativa (≥ 5 cm)

e na ocorrência de membranas amnióticas rotas, por apresentarem aumento na média da frequência de uma (1,0) contração (Tabela 3).

Esses resultados corroboram os estudos de Read, em que o medo do trabalho de parto dá lugar a uma tensão protetora, que não somente é mental, como também influi na tensão muscular, que impede a coordenação da contração muscular e, conseqüentemente, o aumento da dor. Essa, por sua vez, aumenta a tensão, instalando o ciclo vicioso Medo-Tensão-Dor. Por esse motivo, Read argumentava que, além da gestante ser anatomicamente perfeita e quimicamente equilibrada, deveria apresentar-se emocionalmente bem, mantendo-se dentro de um limite de normalidade, evitando o início de reflexos produtores de tensão que pudessem dificultar o processo de nascimento⁽³⁾.

Tabela 3 - Medidas-resumo de variação de frequência da contração por grupo de intervenção, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018, (n=156)

Grupo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	N	p
Grupos							<0,001
Grupo Experimental	0,200 ^B	0,000	0,966	-1,000	4,000	79	
Grupo Controle - dilatação = 4 cm	0,083 ^B	0,000	0,929	-2,000	2,000	24	
Grupo Controle - dilatação ≥ 5 cm, bolsa rota	1,000 ^A	1,000	0,617	0,000	2,000	22	
Grupo Controle - dilatação ≥ 5 cm, membrana íntegra	0,582	0,000	1,028	-2,000	3,000	31	

Nota: p - nível descritivo do teste de Kruskal-Wallis; (A) e (B) apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

Tabela 4 - Resultado do modelo de regressão linear para tempo da intervenção ao nascimento, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018, (n=156)

Características	Coefficiente	IC95%	p
Grupo Experimental (ref.=Grupo Controle)	-85,51	-180,05 a 9,04	0,076
Dilatação cervical antes (cm)	-94,27	-142,04 a -46,5	0,000
Contração frequências – antes	10,46	-38,44 a 59,36	0,673
Constante	947,40	662,97 a 1.231,83	<0,001

Teste de Kolmogorov-Smirnov para normalidade na distribuição (p=0,076).

Estudo qualitativo, com o objetivo de descrever a vivência de mulheres submetidas ao uso de essências florais como terapia não farmacológica para o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, realizado em um Centro de Parto Normal, observou que o uso de essência floral proporcionou, segundo relato de enfermeiras que as assistiam, calma, relaxamento, concentração e coragem às mulheres, facilitando o processo de nascimento⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, acredita-se que a essência *Five Flower* proporcionou às parturientes do Grupo Experimental calma e relaxamento, não permitindo que a tríade Medo-Tensão-Dor interferisse na coordenação das contrações, mantendo-se constante diante dos fatores potencializadores do trabalho de parto, contribuindo, sobremaneira, para uma evolução mais fisiológica do trabalho de parto.

Em relação ao tempo da intervenção ao nascimento, ajustados por dilatação cervical, frequência da contração, percebe-se que o Grupo Experimental teve redução de cerca de uma hora e trinta minutos (1:30h) do início da intervenção ao nascimento, quando comparado ao Grupo Controle (Tabela 4).

O sofrimento, ao contrário da dor, ocorre quando uma mulher é incapaz de ativar seus próprios mecanismos de enfrentamento em relação a dor ou quando seus próprios mecanismos são insuficientes para lidar com a situação, podendo gerar grande estresse. Estudo revela que parturientes que apresentam estresse, ansiedade e medo podem obter como resultado deste estado negativo a elevação da adrenalina e noradrenalina, levando à diminuição da progressão do trabalho de parto⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

É sabido que os nascimentos estão associados a altos níveis de cortisol no sangue do cordão umbilical de recém-nascidos. Evidências crescentes mostram que o estresse experimentado pelo feto ou pelo recém-nascido pode ter efeitos a longo prazo na função do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal na vida adulta, níveis de cortisol e prolactina no sangue do cordão umbilical, correlacionando-se positivamente com a duração do parto, ou seja, quanto maior a duração do trabalho de parto, maior o nível de cortisol no sangue do cordão umbilical dos recém-nascidos⁽²¹⁾.

Diante do exposto, são benéficas as vantagens para o binômio em abreviar o tempo do trabalho de parto. Nossos resultados mostram que a essência floral *Five Flower* proporcionou às parturientes do Grupo Experimental nível de consciência que facilitou o processo fisiológico do parto, ativando seus mecanismos de

enfrentamento em relação à dor, trazendo como resultado um equilíbrio emocional abreviando o tempo do trabalho de parto.

Limitação do estudo

Destaca-se como limitação do estudo o número reduzido de pesquisas clínicas com a utilização de essências florais voltadas para a área obstétrica, restringindo a análise, comparação e interpretação dos resultados.

Contribuição para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Trata-se de um estudo pioneiro com a utilização de essências florais em mulheres em trabalho de parto, o qual revela ser uma prática integrativa efetiva por proporcionar equilíbrio emocional e, conseqüentemente, promover a brevidade do trabalho de parto, diminuição da tensão e alívio da dor durante o processo de parturição.

Tais informações e dados podem contribuir para possíveis ações de aprimoramento de protocolos e melhoria na assistência obstétrica, bem como se tornar referencial para futuras pesquisas que aprofundem as análises aqui propostas.

CONCLUSÕES

Este estudo analisou os efeitos das essências florais frente aos fatores que potencializam a dor do parto e seus resultados na duração do trabalho de parto.

A utilização da essência floral *Five Flower* proporcionou equilíbrio emocional às parturientes, levando à constância na média da contração, independente dos fatores que potencializam o trabalho de parto, qualificando seu desfecho.

A essência floral *Five Flower* possibilitou às parturientes relaxamento por meio do controle da tensão e o enfrentamento do medo, refletindo positivamente na brevidade do trabalho de parto.

Conclui-se que a essência floral *Five Flower*, que tem como principal função o regate do equilíbrio físico e emocional, foi efetiva na diminuição da tensão e controle da dor, podendo ser utilizada como método não farmacológico para o alívio da dor no trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

1. Ayres LF, Henriques BD, Amorim WM. [The cultural representation of "natural childbirth": the outlook on the pregnant body in the mid-twentieth century]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 10];23(11):3525-34. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3525.pdf> Portuguese
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
3. Dick-Read G. *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. New York: Harper and Row; 2013. 347 p.
4. Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves CA. The practical of non-pharmacological methods for relieving the pain of childbirth in a university hospital in Brazil. *Av Enferm*. 2019;37(1):47-55. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
5. Melo JK, Barroso ML, Alencar JS, Bandeira LA, Melo AM, Mesquita Neto E, et al. Cuidados e métodos não-farmacológicos de alívio da dor nas gestantes em trabalho de parto. *Rev Mult Psicol*. 2019;13(44):73-86. <https://doi.org/10.14295/online.v13i44.1583>

6. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):774-82. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>
7. Mafetoni RR, Rodrigues MH, Silva FM, Jacob LM, Shimo AK. Effectiveness of auricular therapy on labor pain: a randomized clinical trial. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20180110. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0110>
8. Azevedo LS, Fettermann FA, Bordignon J, Rosa AB, Costa S, Donaduzzi DS. Métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto: vivências de enfermeiras obstétricas. *Vivencias.* 2020;16(30):115-2. <https://doi.org/10.31512/vivencias.v16i30.118>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 702 de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html
10. Ribeiro JA, Araújo MH, Vieira ES, Maia AL, Costa DA, Sousa MS. Use of floral therapy in anxiety and stress. *Braz J H Rev [Internet].* 2020;3(3):4404-12. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-040>
11. Araújo CL, Silva MJ, Bastos VD. Terapia floral: equilíbrio para as emoções em tempos de pandemia [Internet]. *ObservaPICS; 2020* [cited 2020 Jul 10]. 14p. Available from: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/PDF-Florais-v7.pdf>
12. Rivas-Suarez SR, Aguila-Vazquez J, Suarez-Rodriguez B, Vazquez-Leon L, Casanova-Giral M, Morales-Morales R, et al. Exploring the effectiveness of external use of Bach flower remedies on carpal tunnel syndrome: a pilot study. *J Evid Based Complement Altern Med.* 2017;22(1):18-24. <https://doi.org/10.1177/2156587215610705>
13. Pancieri AP, Fusco SB, Ramos BI, Braga EM. Meanings of flower therapy for anxiety in people with overweight or obesity. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 5):2310-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0044>
14. Kalder M, Knoblauch K, Hrgovic I, Münstedt K. Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(3):475-82. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1388-2>
15. Monari C. *Participando da vida com os florais de Bach.* 6a ed. São Paulo: Acallanto; 2018. 664 p.
16. Bach E. *Os remédios florais do Dr. Bach.* 19a ed. São Paulo: Pensamento; 2006. 112 p.
17. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. Withdrawn: CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg.* 2010;115(5):1063-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2011.09.004>
18. Lara SR, Magaton AP, Cesar MB, Gabrielloni MC, Barbieri M. Experience of women in labor with the use of flowers essences. *Rev Pesqui: Cuid Fundam.* 2020;12:161-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7178>
19. Oliveira CC. Understanding pain and human suffering. *Rev Bioét.* 2016;24(2):225-34. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242122>
20. Buckley SJ. Executive summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *J Perinat Educ.* 2015;24(3):145-53. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>
21. Ahmad A, Srikantiah RM, Yadav C, Agarwal A, Manjrekar PA, Hegde A. Cord blood levels of insulin, cortisol and HOMA2-IR in very preterm, late preterm and term newborns. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(5):BC05-8. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/18770.7857>