

O USO DA BOLA DO NASCIMENTO NA PROMOÇÃO DA POSIÇÃO VERTICAL EM PRIMÍPARAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

THE USE OF THE BIRTH BALL IN PROMOTING THE UPRIGHT POSITION DURING LABOR IN FIRST DELIVERIES

EL USO DE LA BOLA DE NACIMIENTO PARA PROMOVER LA POSICIÓN VERTICAL DE PRIMÍPARAS EN EL TRABAJO DE PARTO.

Tatiana Coelho Lopes*

Lélia Maria Madeira **

Suelene Coelho ***

RESUMO

O estudo avalia a utilização da bola do nascimento como recurso para a mulher que deseja adotar posições mais confortáveis durante o trabalho de parto. Foi realizado com 40 parturientes de um Centro de Parto Normal, divididas em dois grupos, um que utilizou a Bola do nascimento e outro que serviu de controle. Os dados demonstraram não haver diferenças significativas entre os dois grupos, após análise das variáveis, devido ao fato das parturientes do referido Centro, já serem estimuladas à adotar posições mais verticais, como parte da rotina do serviço.

Palavras-Chave: Trabalho de Parto; Parto Normal / Métodos.

A bola do nascimento tem sido utilizada como um recurso a mais, para oferecer opções à mulher que deseja adotar posição não supina durante a primeira fase do trabalho de parto. Esta também é conhecida como bola suíça para ginástica. Segundo Johnston¹, sua utilização na área do nascimento se deve ao fato de que ela proporciona à parturiente uma boa postura, estabilização, possibilidade de movimentos e relaxamento pélvico.

De acordo com a autora, o uso da bola tem o potencial de aliviar as tensões nervosas por trazer lembranças das brincadeiras de criança, além de favorecer que os joelhos da parturiente fiquem afastados, não havendo, portanto, nenhuma tensão na musculatura adutora. Dessa forma, a pressão da bola sobre o períneo é igualada fazendo com que a cintura pélvica fique posicionada à frente em relação à coluna espinhal, proporcionando um melhor posicionamento para o feto. A natureza dinâmica da superfície de suporte faz com que qualquer movimento que a mulher inicie desencadeie uma onda de movimentos correspondentes. Assim, o balanço pélvico tanto latero-lateral, quanto ântero-posterior é facilmente realizado, gerando exercícios leves da musculatura abdominal, dorsal e do assoalho pélvico sem que haja controle consciente¹.

Na assistência ao parto normal, cada vez mais se tem questionado se os altos níveis de intervenção são valiosos e necessários. Na literatura pesquisada foram encontrados relatos de utilização da bola suíça por enfermeiras e parteiras

dos Estados Unidos e Austrália, que enfatizam a sua contribuição na dilatação do colo uterino das parturientes. A introdução da bola do nascimento reforça a defesa de posições verticais que favorecem um posicionamento confortável da mulher durante o parto, o que contribui para a sua humanização. Observou-se que o uso da bola gera um alívio maior da dor na região lombar, possibilitando maior conforto à mulher¹. Verificou-se, também, a sua utilização como um recurso que auxilia a mulher a adotar posições verticais durante o trabalho de parto, favorecendo o processo do nascimento². No Brasil, a bola do nascimento tem sido introduzida nos centros de parto normal e maternidades como uma forma de ajudar a mulher a dar à luz de forma mais natural contribuindo para o alívio da dor durante as contrações³.

A manutenção da mulher na posição vertical durante o trabalho de parto, em detrimento da posição horizontal, tem sido recomendada por vários estudos. De acordo com Mitre⁴, parturientes primíparas que permaneceram sentadas durante o trabalho de parto tiveram uma redução significativa da duração desse período, devido à pressão exercida pela parede abdominal e o diafragma sobre o útero. O autor demonstrou, ainda, que houve uma maior tolerância ao trabalho de parto pelas parturientes que permaneceram nesta posição, o que pode estar relacionado ao maior conforto que ela proporciona. Em um estudo com 57 pacientes, comparando o uso da ocitocina com a deambulação para parturientes em trabalho de parto com distócia, demonstrou-se que as mulheres que

* Fisioterapeuta do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte/MG, aluna especial do Curso de Mestrado em Enfermagem da USP / Ribeirão Preto.

** Doutora em Enfermagem, professora aposentada do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.

*** Mestre em Enfermagem, professora do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG, doutoranda em Enfermagem pela USP.

Endereço para correspondência:

Tatiana Coelho Lopes

Rua Silva Jardim, nº1208. Bairro São Geraldo – Santa Luzia

e-mail: tatiana@sinteseag.com.br

Fone: 96375197/ 3641-1700

O USO DA BOLA DO NASCIMENTO NA PROMOÇÃO DA POSIÇÃO VERTICAL EM PRIMÍPARAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

pertenciam ao grupo deambulação necessitaram de menos analgesia na primeira fase do trabalho de parto, tiveram uma menor ocorrência de uso de fórceps e menor variação dos batimentos fetais antes do período expulsivo. Além disso, relataram experiência mais positiva em relação ao parto do que o grupo que utilizou a ocitocina⁵.

Estudos desenvolvidos por vários autores^{6, 7, 8} para avaliar os efeitos da posição materna na contratilidade uterina e no alívio da dor apontaram que as mulheres que permaneceram na posição vertical, durante o trabalho de parto, tiveram a intensidade das contrações aumentadas significativamente, embora com uma frequência menor; sentiram menor desconforto em relação às contrações e tiveram menor necessidade de analgesia quando comparadas com parturientes em posição horizontal. Verificou-se, também, que a força da gravidade combinada com o peso do feto exercia uma pressão adicional de 10-35mmHg no colo uterino.

Embora a literatura consultada indique a posição vertical como uma das mais favoráveis ao trabalho de parto, observa-se que a maior parte das maternidades em nosso país ainda não estão preparadas para tal, por questões culturais ou mesmo por falta de conhecimento científico e de tecnologia apropriada para o seu uso.

Tendo em vista que a bola do nascimento é um recurso que pode ser usado na promoção da posição vertical durante o trabalho de parto, realizou-se o presente estudo com o objetivo de analisar algumas variáveis do trabalho de parto em primíparas, tendo como foco o uso da bola, no Centro de Parto Normal "Dr. David Capistrano da Costa Filho", em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivo

Verificar se o uso da bola do nascimento, como um recurso que promove a posição vertical da mulher, durante a fase ativa do trabalho de parto, exerce alguma influência nos resultados maternos em parturientes primíparas de baixo risco.

Materiais e Métodos

Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) "Dr. David Capistrano da Costa Filho", que está localizado no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte. Nesse centro presta-se assistência ao parto de risco habitual, tentando preservar as características de um parto domiciliar. Dessa forma, procura-se tornar o nascimento mais um ato fisiológico do que médico, restituindo-lhe sua dimensão social. O centro funciona de forma integrada ao Hospital Sofia Feldman, que é referência para uma população de aproximadamente 400.000 habitantes, dos

Distritos Sanitários Norte e Nordeste. Destina 100% de seus leitos à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece assistência ambulatorial e hospitalar à mulher, ao recém-nascido, à criança e ao adolescente. Possui serviços de pré-natal e planejamento familiar; maternidade; alojamento conjunto e Unidade de Cuidados Intermediários e Intensivos Neonatais.

No CPN, a responsável pela assistência ao parto normal de risco habitual e sem distócia é a enfermeira obstétrica, obedecendo às orientações do Ministério da Saúde contidas na Portaria nº 985/99. A estrutura do CPN é composta por 5 quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério) com banheiro e varanda. É incentivado que uma pessoa da família permaneça com a mulher durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no CPN no período entre janeiro e maio de 2002 com a participação de 40 parturientes que preencheram os critérios de inclusão por ocasião da admissão: ser primípara, gestação a termo, feto único em posição cefálica, membranas ovulares íntegras, líquido amniótico claro, trabalho de parto de início espontâneo, dilatação cervical menor ou igual a 4-5cm.

Após a admissão, as parturientes foram abordadas pela pesquisadora que explicou o objetivo do estudo e as convidou para participar da pesquisa. Em seguida, foi sorteado o grupo ao qual a mulher pertenceria, através de envelope pardo lacrado.

Houve a adesão de 40 parturientes que foram distribuídas da seguinte forma: as parturientes do grupo A tinham a bola disponível no quarto e receberam explicação dos benefícios do seu uso, além de serem estimuladas a permanecer na bola, mas tinham a liberdade de adotar a posição que achassem mais confortável. As do grupo B não tinham a bola disponível no quarto e eram estimuladas a seguir a própria rotina do CPN, que também estimula a adoção de posições verticais.

A posição das parturientes, em ambos os grupos, foi verificada pela pesquisadora de 15/15min durante toda a fase ativa do trabalho de parto e anotada em um protocolo de coleta de dados de acordo com a evolução do trabalho de parto. Os exames de verificação da dilatação cervical foram realizados pela enfermeira obstétrica de acordo com a rotina do CPN (3/3h). A fase ativa do trabalho de parto, neste estudo, foi considerada 4-5cm da linha de base do partograma do Centro Latinoamericano de Perinatologia (CLAP)¹⁰.

Não foram realizados exames de verificação cervical para a pesquisa porque, de acordo com o estudo de Mcmanus e Calder¹¹, isso poderia influenciar na duração do trabalho de parto. Intervenções, como rompimento artificial de membranas (RAM), e o uso de Ocitocina foram realizados de acordo com a

O USO DA BOLA DO NASCIMENTO NA PROMOÇÃO DA POSIÇÃO VERTICAL EM PRIMÍPARAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

rotina da enfermagem obstétrica, baseadas na evolução do trabalho de parto através do partograma do CLAP.

Análise estatística

Os dados foram analisados por uma consultoria estatística que não teve conhecimento sobre a que grupo as mulheres pertenciam. As análises de associação entre grupos e as variáveis: tipo de parto, presença de líquido amniótico, escolaridade, estado civil, ocorrência de parto prematuro anterior, presença de patologia, hábito de fumar, uso de Ocitocina, RAM, laceração e episiotomia foram realizadas utilizando-se o teste *exato de Fisher*, similar ao teste do qui-quadrado. As comparações entre as médias das idades dos 2 grupos de parturientes foram realizadas utilizando-se o teste *t de Student* para amostras independentes.

As comparações entre os 2 grupos, em relação às variáveis: número de anos de estudo, número de consultas pré-natais, tempo de duração do 1º estágio, tempo de deambulação e na posição sentada, tempo sob o chuveiro, tempo de decúbito lateral, tempo na posição horizontal, tempo na posição vertical, tempo de duração do 2º estágio e peso do RN foram realizadas utilizando-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Este teste não paramétrico tem como objetivo comparar duas ou mais amostras independentes em relação a uma variável de interesse que seja no mínimo ordinal, de amostras pequenas e que não tenha garantia que apresente uma distribuição normal. Isto é, este teste não se baseia na média e desvio-padrão, ou seja, em parâmetros *e*, sim, em posições (*Rank* - posição do indivíduo na amostra) das medidas das variáveis em cada grupo de paciente estudado. Para a análise da significância dos testes estatísticos foi considerado = 0,05.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Características da população estudada

No grupo A, 4 (25%) parturientes que foram selecionadas para este grupo não fizeram uso da bola em nenhum momento da fase ativa do trabalho de parto. No grupo B, 2 (10%) parturientes evoluíram para parto cesárea. Não houve diferença significativa ($p = 0,492$) entre os grupos quanto à ocorrência de cesáreas. Essas parturientes foram excluídas da análise de dados porque o objetivo do trabalho foi verificar o uso da bola durante o trabalho de parto normal.

Neste estudo não foi estabelecido a priori um critério de inclusão baseado na idade. Sendo assim, em ambos os grupos foi observada a presença de parturientes com a idade mínima de 14 anos. A maior parte das parturientes, 97 % encontra-se na faixa etária entre 14 e 32 anos como pode se observar na TABELA I apresentada a seguir.

Tabela 1 - Análise descritiva e comparativa das características da amostra

Grupos	A (N=16)	B (N=18)	p
Idade materna (anos)*	18,9 ± 4,3	19,8 ± 4,5	0,55
Anos de estudo*	4,5 ± 2,6	5,0 ± 2,2	0,49
Média de consultas pré-natais*	6,4 ± 1,9	7,1 ± 2,9	0,55
Tabagismo**	1 (6,3%)	2 (11%)	1,00
História de aborto anterior**	1 (6,3%)	4 (22%)	0,34
História de doença prévia**	3 (18,8%)	3 (16,7%)	1,00

* Média ± desvio padrão - teste de Kruskal Wallis

** frequência (porcentagem) - teste qui-quadrado

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, idade < 15 anos representa um dos fatores de risco durante a gestação por aumentar o risco de anemia, pré e eclampsia e obstrução durante o trabalho de parto devido ao fato de o próprio crescimento físico da gestante não estar completo. As gestantes entre 16 e 35 anos correspondem ao grupo etário de menor risco perinatal¹². Em relação à idade materna, os dados vão ao encontro de um estudo anterior, realizado com 211 puérperas na maternidade do Hospital Sofia Feldman 84% das puérperas entrevistadas tinham idade inferior a 30 anos¹³.

Com relação ao número de anos de estudo, verificou-se uma média de 4,5 e 5,0 anos no grupo bola e no grupo sem bola respectivamente, o que demonstra que não houve diferença significativa ($p = 0,496$). É importante avaliar as condições socioeconômicas e educacionais durante a gestação, já que existe uma forte associação observada entre os resultados perinatais ruins e o baixo nível socioeconômico. A deteriorização sociocultural está associada a um número menor de consultas pré-natais, a famílias mais numerosas, a superlotação domiciliar, a um número maior de gestantes que realizam trabalho físico, à manutenção de atividade de trabalho até períodos muito adiantados da gravidez, a um menor nível de instrução e a uma frequência maior de gestações não estáveis¹⁴.

Verifica-se ainda na TABELA I que não existe diferença significativa entre os 2 grupos de pacientes em relação ao número de consultas pré-natais. A média de consultas pré-natais em ambos os grupos está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que recomenda 6 consultas de pré-natal como número mínimo adequado durante o período de gravidez¹⁴.

No presente estudo, 6,3% das pacientes que usaram a bola disseram que têm o hábito de fumar e no grupo de pacientes que não usaram a bola esse percentual foi de 11,1%. Porém, não existe diferença significativa ($p = 1,000$) entre os 2 grupos de pacientes quanto a esse hábito.

Das parturientes do grupo com bola e sem bola foi verificado que 18,8% e 16,7% respectivamente, apresentavam alguma patologia prévia durante a gestação, não havendo diferença

O USO DA BOLA DO NASCIMENTO NA PROMOÇÃO DA POSIÇÃO VERTICAL EM PRIMÍPARAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

significativa entre os 2 grupos de parturientes ($p = 1,000$). Portanto, os grupos são semelhantes quanto a essa variável.

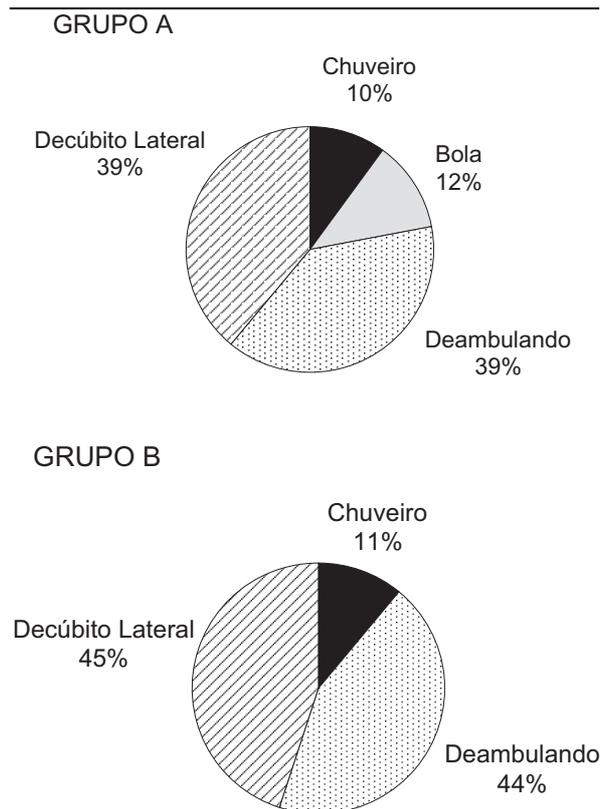
Não foram encontradas diferenças estatísticas em ambos os grupos em relação às variáveis que poderiam exercer alguma influência durante o trabalho de parto e o parto.

Posição das parturientes durante a fase ativa do trabalho de parto

Existem vários métodos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e o primeiro deles é oferecer à parturiente a oportunidade de assumir qualquer posição que deseje, no leito ou não, durante o trabalho de parto. Durante a fase ativa do trabalho de parto, a mudança de posição das parturientes é bastante freqüente, já que nenhuma posição é confortável durante muito tempo¹².

Nos dois grupos estudados observou-se que as parturientes adotaram várias posições durante a fase ativa do trabalho de parto, como pode ser observado na FIGURA 1, apresentada a seguir.

Figura 1 - Posições adotadas pelas parturientes durante a fase ativa do trabalho de parto (4-10cm de dilatação cervical).



Observa-se que no grupo A, com bola, as parturientes permaneceram 61% do tempo total em posturas verticais, contra 55% do grupo controle. No grupo A, o tempo de uso da bola correspondeu a 12% da fase ativa do trabalho de parto. O uso deste recurso pode ter contribuído para que as parturientes deste grupo tenham permanecido mais tempo na posição vertical, pelo fato de a bola ter sido uma alternativa de conforto e descanso durante o período de deambulação.

Apesar disso, no que diz respeito às variáveis que avaliaram os tempos de deambulação, chuveiro e a posição de decúbito lateral, não foram encontradas diferenças estatísticas entre os dois grupos de parturientes ($p = 0,986$).

Variáveis estudadas durante o trabalho de parto e o parto

A mediana de duração da fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto foi de 7,0 e 6,1 horas no grupo com bola e sem bola respectivamente. Este resultado corresponde ao encontrado por Diaz et al. (15), em parturientes primíparas com bolsa íntegra até os 10 cm de dilatação cervical. Conforme demonstrado na TABELA II, não existe diferença significativa entre os grupos de pacientes com e sem bola no que se refere ao tempo de duração do 1º estágio.

A Organização Mundial de Saúde¹² recomenda que deve haver um motivo válido para interferir com o processo espontâneo de ruptura das membranas. Neste estudo, 75% e 78,2% das parturientes do grupo Bola e controle, respectivamente, tiveram necessidade de realizar o RAM durante o trabalho de parto. A proporção foi semelhante entre os 2 grupos de pacientes, ou seja, não houve diferença significativa ($p = 1,000$).

Tabela 2 - Análise descritiva e comparativa das variáveis estudadas durante evolução do trabalho de parto e do parto

A (N=16)	Grupos	B (N=18)	p
8,1 ± 5,0	Duração do 1º estágio do trabalho de parto (horas)*	6,9 ± 4,3	0,51
12 (75%)	Rompimento artificial de membranas RAM**	13 (72,2%)	1,00
10 (62,5%)	Uso de ocitocina**	11 (61,1%)	1,00
4 (25%)	Presença de Líquido Meconial**	1 (5,6%)	0,16
45,1 ± 35,4	Duração do 2º estágio do trabalho de parto (minutos)*	40,2 ± 28,1	0,93
6 (31,3%)	Laceração perineal de 2º grau**	7 (38,9%)	1,00
3.107 ± 315	Peso do RN no nascimento (gramas)*	3.129 ± 364	0,93

* Média ± desvio padrão - teste de Kruskal Wallis

** frequência (porcentagem) - teste qui-quadrado

A administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto após a ruptura espontânea ou artificial das membranas é freqüentemente usada e é denominado manejo ativo do trabalho de parto¹². No presente estudo não foi observada

O USO DA BOLA DO NASCIMENTO NA PROMOÇÃO DA POSIÇÃO VERTICAL EM PRIMÍPARAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

diferença significativa em relação ao uso da ocitocina ($p= 1,000$) entre os 2 grupos de pacientes.

Com relação à presença de líquido amniótico meconial, 25% das parturientes do grupo bola e 5,6% do grupo controle apresentaram esta variável. De acordo com o teste exato de Fisher ($p= 0,164$), não existe diferença estatística entre os dois grupos.

Em primíparas, a duração média do segundo estágio do trabalho de parto freqüentemente relatada é de, aproximadamente, 45 minutos¹². Os limites máximos estipulados são 2 horas para primíparas e uma hora para múltipara. A razão desses limites ocorreu como consequência da associação entre a duração prolongada do segundo estágio do trabalho de parto e os resultados indesejados, como a mortalidade perinatal e morbidade materna devido a hemorragia pós-parto e infecção¹⁶. A média encontrada nos grupos A e B foram 45,1 e 40,2 minutos, respectivamente, o que correspondeu à média descrita na literatura.

A ocorrência de lacerações perineais é freqüente, especialmente em primíparas¹⁴. Lacerações de primeiro grau às vezes nem necessitam sutura, lacerações de segundo grau em geral podem ser suturadas com facilidade sob analgesia local e, em geral, cicatrizam sem complicações. A episiotomia é realizada com freqüência, mas a sua incidência é variável. Segundo este estudo, a episiotomia foi realizada pela enfermeira quando houve indicações, tais como sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau. O número de parturientes que tiveram laceração de segundo grau e necessitaram de episiotomia foi um pouco menor no grupo que usou a bola do nascimento 37,5%, quando comparado com o grupo sem bola 38,9%, mas não houve diferença significativa ($p = 1,000$). O uso da bola do nascimento não influenciou a ocorrência de lacerações e a realização de episiotomia em primíparas.

Quanto ao peso dos recém-nascidos, a TABELA II mostra que não existe diferença significativa entre os 2 grupos, isto é, as crianças nascidas nos 2 grupos apresentaram medidas de pesos semelhantes.

Conclusões

A proposta deste estudo foi verificar se o uso da bola do nascimento durante a fase ativa do trabalho de parto exercia alguma influência nos resultados maternos, em parturientes primíparas de baixo risco.

O processo de seleção dos grupos através de envelope pardo lacrado, escolhido para dividir os grupos, cumpriu o seu objetivo, já que ambos os grupos foram semelhantes nos fatores que poderiam influenciar a evolução do trabalho de parto e parto.

Atualmente há uma política de governo em favor da diminuição do número de cesáreas realizadas no Brasil. Essa atitude reflete o grande número de intervenções a que são submetidas as mulheres no momento do nascimento de seus filhos.

As alternativas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto têm sido estimuladas. Com isso, profissionais têm redimensionado a sua prática, tentando cada vez menos intervir no processo do nascimento.

A bola do nascimento vem sendo utilizada por profissionais que desejam oferecer às suas clientes alternativas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto. Embora um percentual de 25% das parturientes do grupo da bola tenha se recusado a usar este recurso durante o estudo, constata-se que a bola teve uma boa aceitação pelo grupo e que as mulheres, além de terem o hábito de permanecer em várias posições durante o trabalho de parto, fizeram uso da bola, uma média de 12% da duração da fase ativa do trabalho de parto. Destaca-se que não houve nenhum preparo com antecedência das parturientes estudadas durante o pré-natal no sentido de conhecer e experimentar a bola do nascimento. Acredita-se que essa pode ser uma das causas que tenham contribuído para o pouco tempo que elas permaneceram na bola. Este estudo mostrou a necessidade de se desenvolverem pesquisas que aprofundem a avaliação do uso da bola do nascimento, bem como o preparo das parturientes para a sua utilização.

Embora os grupos A e B não tenham apresentado diferenças significativas nos resultados, ambos utilizaram a posição vertical respectivamente 61% e 55% do tempo da fase ativa do trabalho de parto. Considera-se importante ressaltar que o local em que foi realizado o estudo, o estímulo à posição vertical é uma rotina da assistência de enfermagem e que o fato de ambos os grupos terem permanecido boa parte da fase ativa nessa posição, respectivamente 61% e 55%, pode ter influenciado nos resultados.

O estudo mostrou que o uso da bola do nascimento por parturientes pode ser um recurso a mais para o estímulo da posição vertical e deve ser incentivado pelos profissionais de saúde por tratar-se de uma opção a mais de conforto para a promoção da posição vertical durante o trabalho de parto, considerada mais fisiológica.

O emprego da bola constitui-se, também, em uma opção que possibilita à mulher ter maior autonomia sobre o seu próprio corpo e maior domínio sobre o processo do trabalho de parto.

Esta pesquisa aponta, ainda, para a necessidade de mais estudos que possibilitem a expressão da percepção das mulheres com relação a essa nova modalidade de posição vertical, trazendo um novo olhar para essa área de atuação.

O USO DA BOLA DO NASCIMENTO NA PROMOÇÃO DA POSIÇÃO VERTICAL EM PRIMÍPARAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Summary

This study proposes the use of the Birth Ball as a tool for women who would like to be in more comfortable positions during the early phase of labor. Forty women from the "Dr. David Capistrano" birthing center were involved, randomized into 2 groups: those using the birth ball, and a control group. The results showed there was no statistically significant difference between the groups. This is probably the result of former routines in the center, which already used the upright position.

Keywords: Labor; Natural Childbirth / Methods

Resumen

El presente estudio evalúa la utilización de la bola de nacimiento (BB) como recurso para la mujer que desea adoptar posiciones más cómodas durante el trabajo de parto. Se realizó con 40 parturientas del Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano, en dos grupos: uno con la BB y el otro como grupo de control. Los datos demostraron que no hubo diferencias significativas entre ellos. Después de efectuar la comparación entre los 2 grupos de parturientes del referido centro se las estimulaba a adoptar posiciones más verticales, como parte de rutina del servicio.

Palabras clave: Trabajo de Parto; Parto Normal / Métodos

Referências bibliográficas

1. Johnston J. Birth balls. *Midwifery Today* 1997; 43: 59-65.
2. Lopes TC. Bola do nascimento: uma opção de conforto durante o trabalho de parto. In: *Resumo de trabalhos do 76º International Conference on the Humanization of Childbirth* 2000. Fortaleza, Brasil; 2000.
3. Zaidan P. Parto sem estresse. *Claudi* 2000; 8: 22-3.
4. Mitre IN. The influence of maternal position on duration of the active phase of labor. *Int J Gynecol Obstet* 1974; 12: 181.
5. Hemminki E, Lench M, Saarikoski S, Henriksson L. Ambulation versus oxytocin in protracted labour: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985 Oct; 4 (20): 199-208.
6. Melzack R, Bélanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Sympnt Manag* 1991 Nov; 6 (8): 476-80.
7. Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labour. *Br Med J* 1991 Aug; 5 (43): 591-3.
8. Caldeiro-Barcia R et al. Effect of positions change on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 80: 284-7.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 985, de 6 de agosto de 1999. Brasília; 1999:51.
10. Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP-OPS/OMS). Saúde reprodutiva maternal perinatal: Atenção pré-natal e do parto de baixo risco. Uruguai; 1996. Publicação científica nº1321.03.
11. MacManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. *Lancet* 1978 Jan.; 14: 72-4.
12. Organização Mundial da Saúde. Maternidade Segura, assistência ao parto normal; um guia prático. Genebra; 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24)
13. Lopes LC. A prática do aleitamento materno em usuárias do Hospital Sofia Feldman. (Monografia de especialização em enfermagem obstétrica). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001. 40p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
15. Díaz AG, Schwarcz R, Caldeyro-Barcia R. Vertical position during the first stage of the course of labour, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1980; 11: 1-7.
16. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá. Healthy beginnings. Guidelines for care during pregnancy and childbirth. Clinical practice guideline. Chapter 5: First Stage of labour. December, 1998.