UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LIA MOTA E SILVA

UTILIZAÇÃO DA BOLA SUÍÇA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

São Paulo
2010

LIA MOTA E SILVA

UTILIZAÇÃO DA BOLA SUÍÇA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Profª. Drª. Sonia M. Junqueira Vasconcellos de Oliveira

SÃO PAULO
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ___ /___ / ___

Catalogação na Publicação (CIP).
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Lia Mota e.
Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo / Lia Mota e Silva. – São Paulo, 2010.
105p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira.

1. Parto normal (assistência) 2. Exercício físico 3. Enfermagem obstétrica 4. Maternidades (São Paulo). I.Título.

NOME: LIA MOTA E SILVA

TÍTULO: UTILIZAÇÃO DA BOLA SUÍÇA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ /_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as mulheres que são mães hoje e às que serão no futuro.
Que a inesquecível experiência da maternidade possa ser cada dia mais
prazerosa, digna e feliz para todas as mulheres.
E que o passo inicial desta jornada, que é de todos,
seja fruto de um momento pleno de alegria.

Em especial à minha família: meus pais, Ricardo e Sandra, meu irmão, Jonas e meus avós,
João e Alice.

Agradecimentos

*À **Prof.ª Dr.ª Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira**, pela compreensão, apoio e orientação deste trabalho.*

*Às docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EE – USP, **Profª Dr.ª Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Dr.ª Maria Luiza Gonzales Riesco, Profª Dr.ª Amélia Fumiko Kimura, Profª Dr.ª Maria Alice Tsunechiro, Profª Dr.ª Isabel Cristina Bonadio, Profª Dr.ª Emília Saito, Profª Dr.ª Mirian Aparecida Merighi**, pelo conhecimento compartilhado, dedicação e receptividade nas disciplinas ministradas.*

*Em especial às Professoras: **Maria Alice Tsunechiro, Rosemeire Sartori de Albuquerque**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação, e à **Isabel Cristina Bonadio**, pelas contribuições durante várias etapas desta pesquisa.*

*À colega **Flora Maria Barbosa da Silva** por seu conhecimento compartilhado.*

*Às colegas **Angélica Oliveira, Claudia Corrêa e Daniela Martins** pelo companheirismo e amizade.*

*À Professora **Ivone Borelli** pelas contribuições e correção da Língua Portuguesa.*

*Aos **hospitais** que permitiram a realização da pesquisa e às **enfermeiras** que consentiram em participar do estudo.*

*Aos **amigos e amigas** que, mesmo indiretamente, colaboraram para realização deste trabalho.*

*Ao meu primo **Alex Marconi Silva** pela contribuição nas ilustrações deste trabalho.*

*Em especial aos meus pais: **Ricardo e Sandra**.*

Silva LM. Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do Município de São Paulo. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

RESUMO

A bola suíça vem sendo usada para promover a posição vertical, a movimentação da mulher e a mobilidade pélvica durante o trabalho de parto. Seu emprego na atenção obstétrica requer elucidações mais precisas sobre sua aplicação. Este estudo descritivo teve como objetivo caracterizar o uso da bola suíça na assistência à mulher, durante o trabalho de parto e foi realizado em 35 maternidades públicas do Município de São Paulo. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, pelo uso de um formulário estruturado, realizado com uma enfermeira de cada instituição pública. Os resultados demonstraram que a bola é empregada em 100% dos Centros de Parto Normal e em 40,9% dos Centros Obstétricos. Dentre as profissionais entrevistadas, 88,6% tinham conhecimento do uso da bola em parturientes. Quanto à utilização da bola: 77,5% das enfermeiras orientam a mulher a permanecer uma hora fazendo exercícios; 34,8% indicam a bola para auxiliar na descida e no encaixe da apresentação fetal; 37,8% afirmam que a existência de uma intercorrência obstétrica é a principal causa para contraindicar; 87,1% orientam o uso da bola associado à outra prática não farmacológica e dentre estas; 54,6% vinculadas ao banho de aspersão; 32,9% relataram como maior benefício o auxílio na descida e no encaixe da apresentação fetal e 67,7% consideram a experiência da bola como "boa" na perspectiva das parturientes. Todas as enfermeiras realizam algum tipo de higienização da bola. Quanto aos movimentos e posições orientadas às parturientes no uso da bola, as respostas foram: 36,5% referem-se à posição sentada com apoio; 31,8% aos movimentos de propulsão (abaixa e levanta); 30,5%, aos movimentos rotatórios com o quadril e 1,2%, às posições ajoelhada e apoiada com o tronco sobre a bola. Apenas um serviço dispunha de protocolo para utilizar a bola suíça. Concluiu-se que as diretrizes para o uso da bola suíça como instrumento de incentivo à mobilidade e prática de conforto durante o trabalho de parto não estão bem estabelecidas, embora seu uso seja prevalente em ambientes voltados à normalidade do parto e nascimento, como os Centros de Parto Normal.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica, Exercícios físicos, Maternidades (São Paulo), Parto normal.

Silva LM. The use of the Swiss Ball during labor at public obstetric services in São Paulo (Brazil). [dissertation] São Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2010.

ABSTRACT

The Swiss ball has been used to promote the vertical position, the movement of women and pelvic mobility during labor. Its use in obstetric care requires more accurate elucidation concerning its application. This descriptive study aimed to characterize the use of Swiss ball in care for women during labor. It was carried out in 35 public hospitals in São Paulo. These data were obtained through interviews, performed with nurses at public maternity services using a structured form. The results showed that the ball is used in 100% at the Normal Birth Centers and 40.9% at a hospital, in a conventional birth unity. Among the professionals interviewed 88.6% knew about the use of the ball in labor care. Regarding the use of the ball: 77.5% of nurses used to recommend the woman to have exercises during one hour, 34.8% indicated the ball to help fetal presentation descent into the maternal pelvis, 37.8% related the existence of a obstetric complications is the main cause to contraindicate its use, 87.1% oriented use of the ball associated with other non-pharmacological practice and among these, 54.6% with shower bath, 32.9% reported as the greatest benefit the aid in fetal presentation descent into the maternal pelvis and 67.7% considered the experience of the ball as good from the women's perspective. All the nurses performed some cleaning process at the ball surface. About the movements and positions suggested to the mothers in the use of the ball, the answers were: 36.5% refer to a sitting position with support, 31.8% on the movement of propulsion (up and down), 30.5% to rotational movements with the pelvis and 1.2% to kneeling position and supported with the trunk on the ball. Only one service had a protocol for using the Swiss ball. It is concluded that the guidelines for using the Swiss ball as a tool to encourage mobility and practice of comfort during labor are not well established, although its use is prevalent in environments targeted the childbirth as natural process, such as the Birth Centers.

KEYWORDS: Maternity (São Paulo), Childbirth, Exercises, Obstetrical Nurses.

Silva LM. Utilizando a pelota del parto en la atención del parto en servicios públicos en el Município de São Paulo [dissertación] São Paulo (SP), Brasil: Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo; 2010.

RESUMEN

La pelota del parto se ha utilizado para promover la posición vertical, el movimiento de las mujeres y la movilidad de la pelvis durante el parto. Su uso en la atención obstétrica requiere aclaraciones más precisas acerca de su aplicación. Este estudio descriptivo ha tenido como objetivo caracterizar el uso de la pelota del parto para ayudarles a las mujeres durante el parto y se llevó a cabo en 35 hospitales públicos en São Paulo. Los datos fueron recolectados mediante entrevista, a través de un informe estructurado, hecho con una enfermera en una institución pública. Los resultados han enseñado que la pelota del parto se utiliza en el 100% del centro de entrega y el 40,9% de la sala de obstetricia. Entre los profesionales entrevistados, un 88,6% eran conscientes de la utilización de la pelota en las mujeres parturientas. En cuanto al uso de la pelota: el 77,5% de las enfermeras le recomienda a la mujer a quedarse una hora haciendo ejercicios, el 34% indican la pelota para ayudar en la reducción y la instalación de la presentación fetal, el 37,8% dice que la existencia de complicaciones obstétricas sería la principal causa de contraindicación; 87,1% recomienda el uso de la pelota asociados a la práctica otros no farmacológicos y entre estos, el 54,6% a baño de aspersión, el 32,9% reportó más beneficios en concepto de ayuda en el descenso y la instalación de la presentación fetal y el 67,7% consideró la experiencia de la pelota positiva desde la perspectiva de las mujeres embarazadas. Todas las enfermeras realizaron algún tipo de limpieza de la pelota En cuanto a los movimientos y posiciones dirigidas a las madres en el uso de la pelota, las respuestas fueron: 36,5% se refieren a una posición sentada con el apoyo, el 31,8% a los movimientos de propulsión (baja y sube), el 30,5% a movimientos de rotación con la cadera y del 1,2%, a la posición de rodillas y apoyadas con el tronco por sobre el balón. Solamente un servicio disponía de un protocolo para utilizar la bola suiza. Se concluyó que las directrices para el uso de la pelota suiza como una herramienta para fomentar la movilidad y la práctica de confort durante el trabajo no están todavía bien establecidas, aunque su uso es frecuente en entornos centrados en la normalidad del parto, tales como los Centros de Parto Normal.

PALAVRAS CLAVE: Ejercícios fisicos, Enfermería Obstétrica, Parto Normal, Maternidades (São Paulo).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Posição sentada, sobre a bola, com apoio e joelhos flexionados a 90º. 31

Figura 2 - Posição sentada sobre a bola, com os joelhos afastados e a região plantar dos pés no chão. Movimentos de propulsão (abaixa e levanta) e de rotação são possíveis nessa posição..... 31

Figura 3 - Exercício propício para ser realizado durante o segundo trimestre gestacional..... 32

Figura 4 - Exercício que pode ser realizado durante o 3º trimestre gestacional e durante o trabalho de parto..... 32

Figura 5 - Posição propícia durante as contrações: em pé com o tronco apoiado sobre a bola 33

Figura 6 - Posição propícia durante o trabalho de parto: atenua a dor lombar, relaxa e auxilia a rotação da apresentação fetal. 33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Local de assistência ao parto em 35 maternidades públicas, São Paulo - 2009 46

Tabela 2 - Distribuição do número mensal de partos em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 47

Tabela 3 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do número de partos mensal em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 47

Tabela 4 - Número de partos normais por mês em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 48

Tabela 5 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do número de partos normais mensais em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 48

Tabela 6 - Profissional que realiza o parto normal em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 49

Tabela 7 - Tempo de formação profissional, em anos, das enfermeiras, em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 49

Tabela 8 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do tempo de formação profissional da enfermeira em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 50

Tabela 9 - Distribuição das enfermeiras com curso de habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica (EO) em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 50

Tabela 10 - Tempo de atuação, em anos, das enfermeiras na assistência à parturiente em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 51

Tabela 11 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do tempo de atuação da enfermeira na assistência à parturiente em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 52

Tabela 12 - Tempo de trabalho da enfermeira, em anos, em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 52

Tabela 13 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do tempo de atuação da enfermeira em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009 53

Tabela 14 - Distribuição de 35 maternidades públicas, conforme o local de assistência e o uso de bolas suíças, São Paulo – 2009 53

Tabela 15 - Respostas das enfermeiras quanto à posição e movimento da parturiente no uso da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo 2009 54

Tabela 16 - Tempo de uso da bola pela parturiente segundo as orientações das enfermeiras em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009 55

Tabela 17 - Respostas das enfermeiras quanto à dilatação cervical para indicar o início do uso da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009 56

Tabela 18 - Respostas das enfermeiras quanto às indicações para utilizar a bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009 56

Tabela 19 - Respostas das enfermeiras quanto à condição ou o diagnóstico obstétrico para contraindicar o emprego da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009 57

Tabela 20 - Respostas das enfermeiras quanto à associação de outro método não farmacológico com a bola, em 31 maternidades públicas, São Paulo - 2009 58

Tabela 21 - Respostas das enfermeiras quanto aos efeitos observados no emprego da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009 58

Tabela 22 - Respostas das enfermeiras quanto à aceitação da bola pelas parturientes em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009 59

Tabela 23 - Respostas das enfermeiras quanto às dificuldades encontradas para utilizar a bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009 60

Tabela 24 - Respostas das 31 enfermeiras quanto à higienização e proteção da bola para o uso em maternidades públicas, São Paulo - 2009 60

Tabela 25 - Respostas das 31 enfermeiras quanto aos efeitos relatados pelas mulheres após o uso da bola, São Paulo – 2009 61

Tabela 26 - Respostas das enfermeiras sobre a existência de protocolo para utilizar a bola suíça nas instituições, São Paulo – 2009 61

Tabela 27 - Respostas das enfermeiras quanto ao tempo de existência da bola na instituição, São Paulo – 2009 62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Políticas públicas sobre o parto no Brasil 14
1.2 Histórico da Bola Suíça 20
1.3 Condições para o uso da bola: material, tamanho e aspectos de segurança 21
1.4 Uso da Bola Suíça na Obstetrícia 24

2 OBJETIVOS 35
2.1 Objetivo Geral 35
2.2 Objetivos Específicos 35

3 MÉTODOS 37
3.1 Tipo de estudo 37
3.2 Local 37
3.3 População 38
3.4 Coleta de dados 38
3.4.1 Variáveis do estudo 39
3.5 Tratamento e análise dos dados 42
3.6 Aspectos éticos 43

4 RESULTADOS 46
4.1 Caracterização da instituição 46
4.2 Identificação do profissional 49
4.3 Utilização da bola suíça 53

5 DISCUSSÃO 64

6 CONCLUSÃO 82

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 87

REFERÊNCIAS 91

APÊNDICES 99

ANEXOS 104

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda a questão do uso da bola suíça por parturientes como recurso utilizado por enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto e identifica como esta prática vem acontecendo nos serviços públicos obstétricos do Município de São Paulo.

Ao ter em vista que o trabalho de parto e o parto são assistidos por enfermeiras obstétricas em algumas instituições, estas profissionais podem fazer uso de recursos para auxiliar na progressão e no desfecho desse processo. Há relatos de experiência empírica que demonstram que a bola suíça é largamente utilizada em países da América do Norte e da Europa[1]. Nestes países, as taxas de partos normais são bastante superiores às brasileiras. Quando as enfermeiras obstétricas e obstetrizes podem utilizar livremente suas habilidades e aprimorar recursos para a promoção do parto normal, os nascimentos têm apresentado maiores índices de satisfação das mulheres e menores índices de intervenções, com indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal satisfatórios, ainda que controversos (Hodnett et al., 2010; Fahy, Tracy, 2006).

Esforços para a implementação das práticas de incentivo ao parto normal fazem parte de um contexto de reação ao abuso da tecnologia na assistência ao parto e nascimento, que vem ocasionando resultados preocupantes. Uma análise das taxas mundiais e regionais de cesariana indica que a América Latina e o Caribe apresentam as taxas mais altas da cirurgia, (29,2%) e a África as mais baixas (3,5%). Em países desenvolvidos, a proporção de cesarianas é 21,1%, e nos países menos desenvolvidos é de apenas 2% (Bétran et al., 2007). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006, relativa aos 10 anos anteriores constatou que as cesarianas correspondem a 44% dos partos no País e, no setor privado ou

---

[1]Banack C. Birth ball uses care [texto na Internet]. c2007. [citado 2008 mai. 21]. Disponível em: http://www.canadiandoulas.com/bitrh_balls.htm

Total Wellness Center [texto na Internet]. c2007. [citado 2008 mai. 22]. Disponível em: http://www.totalwellnesscentre.ca

Adobedoulas [texto na Internet]. c2004. [citado 2008 mai. 22]. Disponível em: http://www.adobedoulas.com/birthball.html

suplementar, estas taxas chegam praticamente ao dobro (81%) (Berquó et al., 2009).

A literatura cientifica é bastante escassa no que diz respeito ao emprego da bola suíça no trabalho de parto, assim foram encontrados artigos e estudos que apontam as práticas não farmacológicas, como métodos de primeira escolha para o alívio da dor e do desconforto das parturientes (Simkim, O´Hara, 2002). Entre esses recursos, destacam-se: o "cavalinho", o banho de imersão e de aspersão, a deambulação e as massagens (Silva, Oliveira, Nobre, 2009; Lawrence et al., 2010).

Dentre os métodos não farmacológicos, a bola suíça é um recurso que traz vantagens por seu baixo custo financeiro, pela promoção da posição vertical, conferindo liberdade à parturiente para adotar outras posições, pelo exercício do balanço pélvico e por sua característica de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos.

Para melhor compreensão, faz-se necessário investigar as características desta prática e sua utilização no processo da parturição.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O PARTO NO BRASIL

Ao longo da história, o cuidado prestado à mulher durante a assistência ao parto tem sofrido significativas mudanças de paradigma. Indícios históricos mostram que, na Idade Média, o parto era um acontecimento social. O nascimento era assistido pelas parteiras, cuja missão era conduzir o trabalho de parto e trazer o tão esperado bebê ao mundo. Havia a presença de familiares e amigos que cercavam a mulher de cuidados nesse momento de dor, mas também de celebração (Moura, Nunes, 2004).

No Brasil, o processo de nascer aconteceu neste contexto até, aproximadamente, meados do século XX. A década de 1960 é identificada como a época em que se instalou no País um modelo com ênfase tecnocrata, e a assistência obstétrica vinculou-se fortemente à decisão médica (Castro, 2003). O parto passou a ser um evento hospitalar e em detrimento do fisiológico e do natural, estabeleceu-se o uso de condutas para induzir, corrigir, acelerar e monitorar o trabalho de parto

(OMS, 1996).

Um dos mais visíveis efeitos de todas estas mudanças foi a elevação das taxas de cesariana, a partir dos anos 1970. Pode-se observar ainda que, mesmo com a assistência ao parto no âmbito hospitalar e com toda a evolução tecnológica (melhoria de técnicas cirúrgicas e anestésicas, uso de antibióticos), o acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres é escasso. Isto tem como consequência direta o aumento dos índices de mortalidade materna e neonatal, que se somam aos efeitos danosos dos partos operatórios realizados sem a correta indicação (Castro, 2003; Rattner, 2009).

Nos últimos 12 anos, as cesarianas têm correspondido a 40% do total dos partos realizados em nosso País. Este percentual apresenta-se mais elevado nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e menor no Norte e Nordeste. Este índice ultrapassa em muito as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza uma taxa máxima de 15% de cesarianas em qualquer país. As complicações maternas decorrentes do parto operatório vão desde intercorrências menores, como febre e perda sanguínea de grande volume até eventos de maior severidade, como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos. Complicações relativas ao neonato estão associadas à prematuridade e à síndrome da angústia respiratória (Brasil, 2007; Brasil, 2008) .

Assim, o abuso de condutas intervencionistas apresenta problemas relacionados a dois fatores distintos e correlacionados, sendo um de natureza social e outro, de natureza financeira. O primeiro deles, a alteração do curso fisiológico do parto, pode desencadear uma cascata de eventos desnecessários e sucessivos, aumentando o nível de complexidade e de risco do procedimento. Sendo assim, o modelo intervencionista tem produzido questionamentos fundamentados em eventos que mostram resultados desfavoráveis quanto ao uso inapropriado da tecnologia. O segundo fator resultante do uso indiscriminado das cesarianas, diz respeito aos custos injustificáveis de tais práticas na ausência de uma demanda real, onerando os sistemas de saúde de âmbito público ou privado (Schneck, Riesco, 2006; Brasil, 2008).

Em contrapartida a essa situação, surgiram discussões em diversos âmbitos

com o objetivo de procurar alcançar uma mudança no paradigma da assistência obstétrica. A partir da década de 1980, o movimento por uma assistência mais humanizada durante o parto ganhou força e os questionamentos por parte das mulheres em relação às práticas obstétricas intervencionistas e abusivas iniciaram-se e tornaram-se rotineiras nas instituições de saúde (Machado, Praça, 2006). Estas práticas valorizam a alta tecnologia e colocam em destaque o papel do profissional, em detrimento da atuação ativa da mulher no parto, o que pode limitar sua experiência e de sua família. Com o advento de condutas mais humanizadas na obstetrícia, a assistência assume um enfoque de cuidados centrados nas necessidades da mulher (Saito, Riesco, Oliveira, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) produziu um relatório que enfatiza a diferenciação no processo de cuidar relativo à parturiente e sua família, no qual propõe que o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural (OMS, 1996).

Nesse documento, as práticas utilizadas na assistência ao parto normal foram classificadas em quatro categorias, que estão descritas a seguir:

- Categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- Categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Categoria C - práticas em relação às quais não existem evidências científicas suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- Categoria D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Este modelo de assistência está fortemente relacionado à atenção prestada por enfermeiras obstétricas, cuja formação está voltada para o suporte emocional e o atendimento à mulher e ao recém-nascido, sem interferir no processo fisiológico do

parto (Saad, 2008).

Neste contexto, as parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas necessitam de menos analgésicos, menos episiotomias e têm mais partos vaginais espontâneos, além de sentirem-se com maior controle durante o parto, quando comparadas com as mulheres que receberam assistência convencional (Hatem et al., 2010).

Entre 1998 e 2000, foram criadas cinco portarias pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de aprimorar a assistência ao parto:

- Portaria nº 2.815 (29/05/1998), publicada no Diário Oficial da União – DOU nº 103: que incluiu o procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstétrica na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), visando à redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal;
- Portaria nº 163 (22/09/1998), publicada no DOU nº 183: que regulamentou a realização do procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstétrica e aprovou o laudo de enfermagem para emissão de AIH;
- Portaria nº 2.883 (04/06/1998), publicada no DOU nº 240-E: que instituiu o Premio Galba de Araújo, com o objetivo de reconhecer e premiar as unidades de saúde integradas ao SUS que desenvolvem ações e se destacam na humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, estimulam o parto normal e o aleitamento materno;
- Portaria nº 2816 (29/06/1998): que determinou o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospitais;
- Portaria 569/GM (01/06/2000): que instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo foi assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério.

Na reflexão sobre os direitos das mulheres ao dar à luz, Woodward (1998)

cita a autonomia da paciente, como um aspecto a ser respeitado. Em um sentido mais amplo, esse conceito diz respeito ao tratamento individualizado, centrado nas necessidades da parturiente e na ética. Refere-se, ainda, a uma ideologia concretizada pela prática da enfermagem. De acordo com o autor, conceitos que tratam do direito do paciente em realizar escolhas e ter autonomia em relação à sua assistência ganharam força na década de 1980 e foram documentados em duas cartas do Departamento de Saúde Americano (Department of Health – The Patient´s Charter, em 1991 e Changing Childbirth, em 1993). Ambos dão ênfase aos direitos dos pacientes em obter explicações adequadas sobre seus tratamentos, problemas de saúde e de participar das decisões sobre seus cuidados.

Pesquisas que procuram investigar a opinião das mulheres sobre a assistência ainda são escassas, tais como um estudo de âmbito nacional nos Estados Unidos da América (EUA), intitulado Listening to Mothers II, que forneceu dados sobre as experiências e as perspectivas das mulheres que deram à luz em 2005 em ambiente hospitalar. Os resultados foram comparados com os dados nacionais sobre as características de idade, etnia, paridade, profissional que proveu o cuidado durante o trabalho de parto e o parto (Declerq et al., 2006). A primeira oportunidade de descrever em nível nacional as experiências maternas a respeito do nascimento ocorreu em 2002 através da pesquisa Listening to Mothers I, que teve os mesmos propósitos de sua sucessora. Em 2008, outra pesquisa intitulada New Mothers Speak Out Report foi publicada e contextualizou o período pós-parto das mulheres americanas em todo o território americano. Esse tipo de investigação é importante, pois as informações objetivam melhorar as políticas públicas de saúde, as pesquisas na área e os setores assistenciais e educacionais[2].

O benefício trazido por um atendimento centrado nas necessidades da mulher, no momento do nascimento, não deve ser subestimado. No contexto do nascimento, deve haver um equilíbrio entre o respeito pela autonomia da mulher, sua capacidade de tomar decisões sobre seu cuidado e a assistência prestada pela enfermeira obstétrica que atua no papel de interlocutora. Fica estabelecida a relação em que a

[2]A pesquisa *Listening to Mothers II National Advisory Council* foi amparada por órgãos não governamentais norte-americanos, foi conduzida pelo Instituto de Pesquisas *Harry Interactive* em parceria com *Lamaze Institute* e publicada pelo *Childbirth Connection.* Disponível em: http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers

profissional traduz para a parturiente e seus familiares cada período vivenciado, por meio de orientações, motivações, estímulos a assumir diferentes posições, respirações adequadas, movimentos com o corpo e, também, o acalanto, quando sua vontade é ficar deitada por exaustão ou dor.

No resgate da privacidade da mulher ao dar à luz e na busca de maior aconchego, familiaridade e segurança, foram criados os Centros de Parto Normal (CPN). Estes locais atendem às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 985/1999 do MS e constituem-se em unidades que fazem atendimento ao parto normal fora do Centro Obstétrico (CO) (Brasil, 2001).

O CPN é um estabelecimento que pode funcionar de maneira intra, peri ou extra-hospitalar, é destinado à assistência ao parto normal e deve ter referência hospitalar a uma distância que permita remoções no período máximo de uma hora (Brasil, 1999). Estes serviços dispõem de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes e permitem um trabalho de parto mais ativo, tendo a mulher como protagonista de todo o processo. Além disso, este ambiente permite o emprego de práticas baseadas em evidências científicas, diferentemente dos serviços obstétricos tradicionais (Machado, Praça, 2006).

Os CPN peri e extra-hospitalares também são conhecidos como Casas de Parto. A primeira Casa de Parto de São Paulo, a Casa do Parto de Sapopemba, foi inaugurada em 1998, respeitando-se os moldes da OMS. Nesses serviços, a gestante de baixo risco e em condições clínicas de ter o parto normal é assistida por enfermeiras obstétricas.

Nesses locais a parturiente tem possibilidade de fazer uso de algumas práticas não farmacológicas, para alívio da dor e do desconforto que podem facilitar o processo do parto. É o caso da presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, massagem, banho, balanço pélvico, liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto e encorajamento de posturas verticais (Basile, Junqueira, Ribeiro, 2003).

Coltters (2000); Lopes, Madeira, Coelho (2003) e Davim, Melo, Torres (2007) avaliaram o uso da bola suíça, como um recurso utilizado em serviços obstétricos durante o trabalho de parto. Os autores concluem que o emprego da bola

promove a postura vertical e proporciona liberdade de mudanças de posição à parturiente, o que contribui para a participação ativa da mulher no processo do nascimento.

1.2 HISTÓRICO DA BOLA SUÍÇA

O objeto conhecido como Bola Suíça foi desenvolvido, em 1963, por Aquilino Cosani, um fabricante de materiais plásticos, na Itália. Cosani desenvolveu as técnicas para a produção dessas bolas que, inicialmente, foram feitas em vinil em lugar de borracha, com a intenção de criar um brinquedo para crianças. Na época, eram fabricadas com cheiro de baunilha, para agradar a seu principal público consumidor, e foram batizadas de "Stability balls" por Cosani (Carrière, 1999; Perez, 2000; Jakubek, 2007).

Nos anos seguintes, a bola começou a ser utilizada para reabilitação de crianças com deficiência neurológica na Suíça. A partir desse período, foi denominada, por terapeutas da América do Norte de "bola suíça". Só na década de 1970, seu uso ganhou força, em razão de sua utilização na reabilitação de problemas posturais e neurológicos (Perez, 2000; Craig, 2005).

Nesta mesma década, a bola foi introduzida nos Estados Unidos da América (EUA) onde seu uso visava, sobretudo, a reabilitação de pacientes com paralisia cerebral. Em 1984, a fisioterapeuta Beate Carrière começou a utilizar a bola em sua prática no tratamento e reabilitação de pacientes com déficits neuromotores. A bola tornou-se elemento indispensável na prática fisioterápica de Carrière e em razão do sucesso desses tratamentos sua empregabilidade começou a ser difundida por meio de aulas e palestras. (Carrière, 1999; Perez, 2000; Jakubek, 2007).

A enfermeira obstétrica americana Paulina Perez conheceu o instrumento em um pequeno hospital na Alemanha no início da década de 1980. Na maternidade local, a bola era utilizada pelas parturientes na assistência prestada por obstetrizes para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Essas obstetrizes acreditavam que a bola auxiliava na descida e na rotação da apresentação fetal. Ao retornar aos EUA, no final da década de 1980, a autora começou a utilizar esse instrumento em sua

prática e percebeu bons resultados com o emprego da bola em parturientes. Perez começou a ministrar aulas e cursos sobre a utilização da bola em gestantes, parturientes e puérperas para estudantes, enfermeiras, obstetrizes e outros profissionais que atuam na área obstétrica (Perez, 2000).

O instrumento é também conhecido como bola do nascimento, bola bobath, gym ball, birth ball, fit ball, ballness, prana ball, pezzi ball, stability balls, exercise balls, physio-balls, entre outros termos. De acordo com Beate Carrière, em seu livro intitulado Bola Suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica, a bola não é utilizada só para tratamento de indivíduos enfermos e em recuperação, mas também como um recurso para pessoas saudáveis que buscam alongar a musculatura, mobilizar o corpo após a permanência por longos períodos na posição sentada ou parada em posturas não recomendáveis (Carrière, 1999).

Em seu estudo, Stanton, Reaburn, Humphries (2004) citam que "[...] o uso da bola é capaz de proporcionar o mais intenso exercício físico e o mais suave relaxamento". Outro autor descreve que entre os principais benefícios trazidos por exercícios com a bola estão a correção da postura, o relaxamento, os alongamentos e o fortalecimento da musculatura. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do assoalho pélvico, o que envolve, em especial, os músculos levantadores do ânus e pubococcígeo e a fáscia da pelve (Carrière, 1999).

Jonhston (1997) e Perez (2000) confirmam a teoria dos benefícios produzidos pelos exercícios com a bola no assoalho pélvico. Afirmam que a utilização da bola durante o trabalho de parto promove a movimentação suave da pelve e que não prejudica a articulação óssea nem as fibras musculares. Este movimento promove, por conseqüência, o relaxamento dessa musculatura, o que facilita a passagem do feto no canal de parto.

1.3 CONDIÇÕES PARA O USO DA BOLA: MATERIAL, TAMANHO E ASPECTOS DE SEGURANÇA

Atualmente, bola é fabricada em Policloreto de Vinila (PVC) elástico e com

diâmetros variados, pois a indicação varia de acordo com as medidas corporais de quem vai utilizá-la. Materiais produzidos em PVC constituem-se em plásticos rígidos, impermeáveis e resistentes à temperatura (Carrière, 1999; Perez, 2000).

No quesito segurança, um aspecto importante é a pressão apropriada da bola. A pressão do ar no interior do instrumento é considerada adequada, quando emprega a consistência de firmeza na esfera. Assim, exercícios que exigem equilíbrio podem ser realizados sem comprometer a segurança do usuário. O risco de romper ou estourar existe quando o nível da pressão ultrapassa os padrões adequados e este pode ser observado quando a aparência da bola confere aspecto de que está comprimida, esticada ou justa. Outra maneira de verificar a pressurização correta é pela mensuração de seu diâmetro com uma fita métrica e a posterior confirmação com o manual do fabricante do instrumento. De acordo com Perez (2000), a bola deve ser repressurizada a cada 3 meses (Carrière, 1999; Perez, 2000; Craig, 2005; Jakubek, 2007).

Os tamanhos da bola também oscilam, conforme o fabricante[3] e de acordo com alguns deles podem ser encontradas nos tamanhos: pequeno (45 e 55 cm de diâmetro), médio (65 cm de diâmetro) e grande (75 cm e 85 cm ou mais de diâmetro). Segundo Jakubek (2007), o tamanho da bola pode variar entre 45 cm e 1,20 m de diâmetro, com variações de 10 cm entre um tamanho e outro.

Para sua utilização, o tamanho correto deve ser selecionado em função da estrutura física do usuário, considerando o tamanho do tronco e das pernas. Em posição sentada, a perna flexionada do usuário deve formar um ângulo de 90 graus (Figura 1). Outra maneira de verificar se o tamanho da bola está adequado é a permanência da coxa em posição paralela ao chão. O profissional que orienta e supervisiona seu uso deve observar se durante a mobilidade sobre a bola o paciente consegue manter a coluna ereta sem dificuldades ou sobrecarga adicional dos músculos. Para tanto, a pelve, o tórax e a cabeça devem estar alinhados um sobre o outro (Carrière, 1999; Craig, 2005; Jakubek, 2007).

Em relação à mobilidade das articulações pélvicas, é necessário que a

[3]CDOF: Cooperativa do fitness [texto na Internet]. c1999. [citado 2008 mai. 25]. Disponível em: http:// www.cdof.com.br

amplitude dos movimentos do quadril atinja ou ultrapasse 90 graus, para que o usuário consiga sentar-se confortavelmente e sem sobrecarregar os músculos do tronco. Nos casos em que a coluna apresente mobilidade reduzida, é recomendável utilizar uma bola que tenha maior diâmetro, que poderá ser substituída pelo posicionamento de um travesseiro sobre sua superfície com a finalidade de aumentar seu diâmetro (Carrière, 1999; Craig, 2005).

Proporcionar um ambiente seguro para a utilização da bola é de fundamental importância para seu emprego correto. O local mais seguro para seu uso é sobre um solo firme e antideslizante. Para impedir que a bola escorregue no solo, pode-se fazer uso de uma bacia rasa, o que pode tornar o exercício mais seguro para o paciente. Na eminência do risco de escorregar, grupos musculares do organismo são ativados em razão da influência límbica sobre o controle motor. Diante disso, o exercício pretendido é feito com programação motora incorreta, perdendo sua harmonia e podendo gerar danos musculares (Carrière, 1999).

Para a utilização da bola com segurança, Jeffrey (2002) apud Jakubek (2007), lista cinco níveis progressivos de condições e capacidades motoras e funcionais que o usuário deve ter:

i. domínio da musculatura constritora;
ii. segurança estática e movimentação lenta em ambiente estável;
iii. segurança estática em ambiente instável e movimentos dinâmicos em ambiente estável;
iv. movimentos dinâmicos em ambientes instáveis; e
v. movimentos firmes e dinâmicos em ambientes instáveis.

A limpeza da superfície da bola é importante para evitar contaminação cruzada, que pode ser feita utilizando água e detergente bactericida. Após, deve ser enxaguada abundantemente em água corrente e seca com toalha limpa. Uma das autoras sugere que cada paciente tenha sua própria bola para utilização no trabalho de parto (Carrière, 1999; Perez, 2000).

Para Craig (2005), a bola suíça é um instrumento leve, portátil e de baixo

custo financeiro. Na Inglaterra, as bolas custam em torno de 20 Libras-esterlinas, o que na moeda brasileira significa algo em torno de R$ 180,00 (Anderson, 1998).

1.4 USO DA BOLA SUÍÇA NA OBSTETRÍCIA

Há décadas a bola suíça vem sendo empregada em exercícios físicos e fisioterápicos. Algumas pesquisas demonstraram uma melhora significativa na estabilidade muscular das regiões peitoral, abdominal e pélvica. Estas musculaturas exercem um papel importante e colaborativo no trabalho de parto e parto, pois auxiliam nos processos da respiração profunda, do puxo e na movimentação pélvica (Zwellin, Johnson, Allen, 2006).

No período gestacional, as mulheres podem ser instruídas com exercícios para a região do períneo com finalidade de prevenir a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico e melhorar a percepção de tensão e relaxamento no preparo para o parto (Carrière, 1999; Jakubek, 2007).

De acordo com Perez (2000), Watkins (2001) e Craig (2005), no primeiro trimestre da gestação, os exercícios com a bola são úteis para o alinhamento e a percepção muscular, assim como a percepção das mudanças do centro de gravidade, a promoção e a manutenção de uma postura correta, a prevenção da dor lombar, a melhora do fluxo sanguíneo e a familiarização com o instrumento. Os exercícios possíveis durante esse período condizem com a mulher sentada sobre a bola, tórax ereto, braços e ombros relaxados, pernas flexionadas e afastadas uma da outra e pés firmes no chão (Figura 2). Iniciam-se os movimentos de balanço para frente e para trás, suavemente, com a manutenção do assoalho pélvico em contato com a bola permanentemente. Os movimentos laterolateral (direita e esquerda), também, são possíveis e recomendados nesta posição.

Os autores também teorizam sobre exercícios com a bola nos segundo e terceiro trimestres da gestação. No primeiro caso, os exercícios têm a finalidade de movimentar os músculos abdominais e melhorar a mobilidade das articulações pélvicas. Durante o primeiro trimestre gestacional, estes exercícios são também recomendados. Além destes, sugere-se deitar de costas no chão com as pernas

flexionadas sobre a bola de maneira que possa rolar do centro para as laterais direita e esquerda (Figura 3). Outra recomendação das autoras é que durante este processo, a gestante exerça a expiração quando rolar para um dos lados e a inspiração quando retornar ao centro.

No terceiro trimestre gestacional os exercícios são úteis para o relaxamento da musculatura pélvica, dos membros inferiores (MMII) e do diafragma. Para tanto, recomenda-se sentar no chão com a coluna ereta, a região torácica inclinada ligeiramente sobre a bola, os braços ao redor da mesma, as pernas com joelhos parcialmente flexionados e afastados um do outro e a região plantar dos pés totalmente sobre o chão. Para exercitar-se, a gestante deve segurar a bola com as pernas por alguns segundos, durante a inspiração e relaxar todos os músculos, soltando a bola, durante a expiração (Figura 4).

A bola pode, também, ser inserida na assistência pré-natal, como descrito em um modelo teorizado por Penna, Carinhanha, Rodrigues (2010). O conceito da consulta coletiva surge como proposta de humanização e integralidade no atendimento. O diferencial consiste em sua realização coletiva, com a assessoria de profissionais de saúde (médico ou enfermeiro obstetra) que realizam a consulta de pré-natal. A consulta coletiva possibilita à gestante, por intermédio de dinâmicas de grupo, adquirir conhecimento sobre seu corpo, as modificações decorrentes da gestação, seu papel social, sua autonomia, sua possibilidade de escolhas, questões relativas ao gênero e sua autoestima. Dentre as atividades propostas no grupo, estão a aplicação de técnicas de relaxamento, sensibilização e exame coletivo das gestantes. O uso da bola aparece como uma das atividades exercidas durante a consulta coletiva.

Stanton, Reaburn, Humphries (2004) e Jakubek (2007) citam, como um dos benefícios propiciados pelo emprego da bola a melhora da propriocepção do paciente que é adquirida pela melhora da estabilidade no controle do centro de gravidade do organismo.

Para alguns autores, o uso da bola suíça no trabalho de parto auxilia a mulher a ter maior conforto e a possibilidade de permanecer em posições mais favoráveis durante o processo do nascimento (Johnston, 1997; Anderson, 1998; Watkins, 2001;

Jakubek, 2007).

Conforme Carrière (1999), durante as contrações do parto é importante realizar exercícios no assoalho pélvico para prevenir a tensão muscular. A autora cita ainda outros benefícios relativos ao uso da bola, como o alongamento pela movimentação da coluna em todos os planos e a utilização como suporte com a finalidade de diminuir a sobrecarga sobre o corpo, aliviando dor e fadiga.

O exercício de balanço vertical, abaixa e levanta ou de propulsão sobre a bola, provoca contrações rápidas nas fibras musculares do assoalho pélvico, fazendo com que a região trabalhe de modo reflexo e ascendente. Neste tipo de exercício (Figura 2), os pés devem ficar separados para aumentar a base de suporte. As articulações do joelho mudam o ângulo de flexão em, quase, 30 graus, porém não deve haver a extensão do joelho. Os exercícios pélvicos de rolamento para frente e para trás e para os lados têm a função de aumentar o tônus muscular do diafragma urogenital, esfíncter da uretra, assoalho pélvico, laterais do tronco e fortalecimento dos músculos abdominais inferiores (Carrière, 1999; Craig, 2005).

Em seu estudo, Zwelling (2010) cita o uso da bola como um importante facilitador da mobilidade materna no trabalho de parto. Afirma que pela bola é possível a realização de exercícios que auxiliem na progressão do trabalho de parto. Dentre eles, foram relacionados os exercícios em que a parturiente faz os seguintes movimentos:

- Debruçada sobre a bola com o tronco inclinado e encostado sobre a mesma, enquanto permanece de pé ao lado da cama durante as contrações uterinas. Esta posição é importante para o conforto durante as contrações e para promoção da posição vertical (Figura 5).
- A bola deve ser posicionada entre as pernas da parturiente, quando sentada na cama, a região torácica deve estar inclinada sobre a bola e os braços ao redor da mesma. Esta posição permite o aumento dos diâmetros anteroposterior e transverso da pelve e promove o relaxamento da mulher ao soltar o peso de seu tronco sobre a esfera (Figura 4).
- A parturiente deve posicionar-se sentada sobre a bola, com os joelhos afastados um do outro e realizar movimentos rotatórios suaves com o

quadril. Este exercício facilita a ação da gravidade, promove contrações mais eficazes e menos dolorosas, auxilia a descida e a rotação fetal e aumenta os diâmetros da pelve (Figura 2).

- A bola deve estar de frente para a paciente que ajoelhada deve debruçar-se sobre ela, abraçando-a e soltando seu peso contra ela. Por meio dessa posição, há a diminuição da dor lombar, relaxamento e auxílio na rotação fetal (Figura 6).

A adoção da posição vertical pela parturiente, em lugar da supina traz grandes benefícios à mulher e ao feto. De acordo com Keen, DiFranco, Amis (2004), quando a mulher está em trabalho de parto e assume essa posição, ocorre o aumento do fluxo sanguíneo para o útero, a diminuição da dor, o aumento do aporte de oxigênio ao feto, as contrações uterinas tornam-se mais efetivas. Ocorre, então, a diminuição do segundo período do parto e, consequentemente, a redução da necessidade de medicações analgésicas.

Estímulos dolorosos estão presentes no trabalho de parto e são decorrentes de contrações uterinas ou da pressão exercida pela apresentação fetal sobre o colo uterino, a vagina e as articulações pélvicas. É possível fazer uso de técnicas para reduzir a dor, como por exemplo, os movimentos e as mudanças de posição maternas. Ao mudar de posição, a parturiente alterna as relações entre a gravidade, as contrações uterinas, o feto e a pelve. Dessa forma, é importante que a mulher não fique restrita ao leito, e sim, seja incentivada a procurar posições confortáveis, que usam a gravidade e maximizam a largura da pelve, podendo ajudar na rotação da apresentação cefálica fetal (Enkin et al., 2005).

Bio, Bittar, Zugaib (2006) consideram que, para beneficiar a evolução do trabalho de parto, aliviar a dor durante as contrações e facilitar a progressão da descida fetal, devem ser adotadas posturas verticalizadas e incentivada a movimentação materna. Concluem que tais práticas contribuem para a não medicalização do parto, para diminuir a percepção dolorosa e reduzir a fase ativa do trabalho de parto, interferindo positivamente na evolução do processo.

Zwelling, Johnson, Allen (2006) fazem uma breve revisão da literatura e descrevem em seu estudo cinco terapias complementares e não farmacológicas

(aromaterapia, musicoterapia, hidroterapia e uso da bola suíça), no manejo da dor durante o trabalho de parto. Em relação à bola suíça, relatam que promove o balanço pélvico, o que facilita o processo fisiológico do parto fazendo com que o feto se encaixe melhor na pélvis materna. Além disso, promove conforto e diminui a sensação dolorosa pela estimulação de mecanoceptores.

Estudo randomizado controlado realizado na Cidade do Cabo, África do Sul comparou as posições vertical e supina durante a fase ativa do trabalho de parto constatou resultados que favorecem a primeira opção. Participaram da investigação 517 parturientes de baixo risco obstétrico que tiveram seus partos realizados por enfermeiras obstétricas. Os achados demonstraram que as mulheres que optaram por permanecer na posição vertical apresentaram diminuição da dor, do trauma perineal e da ocorrência de episiotomias (Jong et al., 1997).

Revisão sistemática da Biblioteca Cochrane com 3.706 mulheres comparou os efeitos da posição vertical (andando, sentada, ajoelhada ou em quatro apoios) com a supina (deitada no leito em semifowler, lateral ou deitada totalmente no leito) durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Os resultados mostraram que mulheres que permaneceram na posição vertical ao invés da supina receberam menos analgesia e a duração do primeiro estágio do trabalho de parto foi menor. Mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto às seguintes variáveis: duração do segundo estágio do trabalho de parto, tipo de parto, indicadores de sofrimento fetal e neonatal, como resolução da gestação em caráter de urgência e necessidade de ventilação mecânica no recém-nascido (Lawrence et al., 2010).

Como citado anteriormente, são poucos os estudos publicados sobre o emprego da bola no trabalho de parto, apesar dessa limitação a seguir são discutidas algumas experiências.

Rocha (2005) avaliou as práticas obstétricas na assistência ao parto, tomando como base as linhas de alerta e a ação do partograma. Relata que o uso da bola como prática de estímulo ao parto normal é indicado para relaxar a tensão muscular da região pélvica, melhorar a circulação e favorecer o encaixe da apresentação na bacia óssea materna. Ratificando esse estudo, a publicação de Basile, Pinheiro, Miyashita (2004) descreve que, durante o trabalho de parto, a realização de movimento pela

parturiente relaxa a tensão muscular da região pélvica, favorece a rotação e a descida da apresentação fetal.

Em um estudo descritivo, Pfitscher, Batista (2006) avaliaram a aceitação das práticas de estímulo ao parto normal pelas puérperas. Foram entrevistadas 79 mulheres que classificaram as práticas em muito bom, bom, ruim e péssimo e que atenderam aos seguintes critérios: idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, com participação ativa no trabalho de parto e parto normal. A frequência de aceitação do exercício fez parte das categorias muito bom e bom, assim como o balanço pélvico e o exercício de abaixa e levanta.

Em contraposição outra pesquisa descritiva, realizada com 30 parturientes em uma Unidade de Parto Humanizado da Maternidade - Escola Januário Cicco, no Município de Natal, que avaliou as práticas não farmacológicas para o alívio da dor, verificou aceitação restrita da bola. Constatou que apenas uma mulher (3,3%) utilizou o balanço pélvico na fase ativa do trabalho de parto (Davim, Melo, Torres, 2007).

Estudo comparativo com 40 parturientes foi conduzido em um CPN de Belo Horizonte, para verificar a eficácia do uso da bola. Os critérios de inclusão das mulheres foram: primípara, gestação a termo, feto único, em apresentação cefálica, membrana íntegra, líquido amniótico claro, trabalho de parto de início espontâneo e dilatação cervical até 5 cm. As parturientes foram divididas aleatoriamente em dois grupos com 20 participantes em cada um. Um deles recebeu orientação quanto aos benefícios da utilização da bola e foi estimulado a usá-la, durante o trabalho de parto, e o outro não teve acesso à bola. Dentre os resultados, observou-se que o emprego da bola foi aceito por 75% das mulheres. Não foram verificadas diferenças significativas em relação à duração do período expulsivo e laceração perineal de segundo grau (Lopes, Madeira, Coelho, 2003).

Estudo transversal foi realizado com 113 mulheres que se submeteram a uma nova modalidade de assistência ao parto, como assistir vídeo, leitura de material educativo e musicoterapia na maternidade do Hospital Doctor Sótero del Rio, no Chile. Desse total, 25 parturientes aceitaram utilizar a bola suíça, durante o trabalho de parto. Os critérios de inclusão foram não ter intercorrências e estar no início do

trabalho de parto. Observou-se que o efeito mais destacado do uso da bola foi sua influência na duração do trabalho de parto, até a dilatação de 6 centímetros (Coltters, 2000).

Estudo experimental, realizado no Hospital General Universitário de Alicante, Espanha, com 58 parturientes distribuídas aleatoriamente em dois grupos, teve como objetivo avaliar a eficácia da bola no trabalho de parto. Os resultados apontaram que a bola não apresentou interferência no tempo de dilatação cervical e na expulsão fetal. Entretanto, a percepção da dor foi significativamente menor no grupo que fez uso da bola (Delgado Garcia, Miñana Moll, Poveda Bernabeu, 2008).

Lopes (2000) relata sua experiência no Hospital Sophia Feldman no Município de Belo Horizonte, onde observou que as parturientes mudavam constantemente de posição durante o trabalho de parto. A autora vem empregando a bola, como um recurso para proporcionar liberdade de posição e mais conforto durante e fora das contrações uterinas, associadas ao banho de aspersão e às massagens. A opção pela bola promove o uso da posição vertical.

Embora, a literatura científica seja escassa em relação ao uso da bola suíça na obstetrícia, algumas experiências empíricas apontam que seu emprego acontece em diferentes unidades de saúde. Nota-se, também, um crescente interesse por essa intervenção por parte dos profissionais de saúde e pesquisadores.

Conforme revisão sistemática citada anteriormente, há evidências que mostram benefícios em permanecer na posição vertical, em razão de diminuir a duração do primeiro período do parto e não estar associada ao aumento de intervenções desnecessárias ou a resultados negativos nos desfechos materno e fetal (Lawrence et al., 2010).

Considerando que o emprego da bola suíça é uma prática que contribui para posturas verticalizadas e movimentação da parturiente, seu uso insere-se no contexto das políticas públicas de atenção ao parto no Brasil. Este trabalho busca caracterizar o emprego dessa prática nos serviços obstétricos públicos do Município de São Paulo, com a finalidade de obter subsídios para seu aprimoramento.

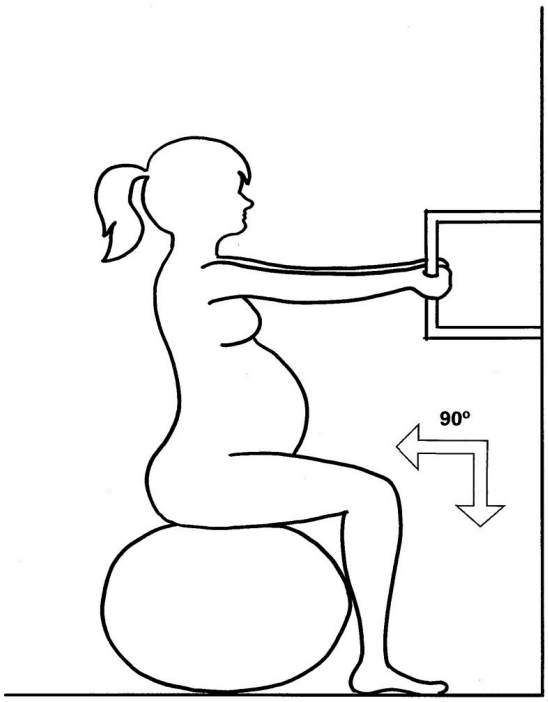

Figura 1 - Posição sentada, sobre a bola, com apoio e joelhos flexionados a 90º.

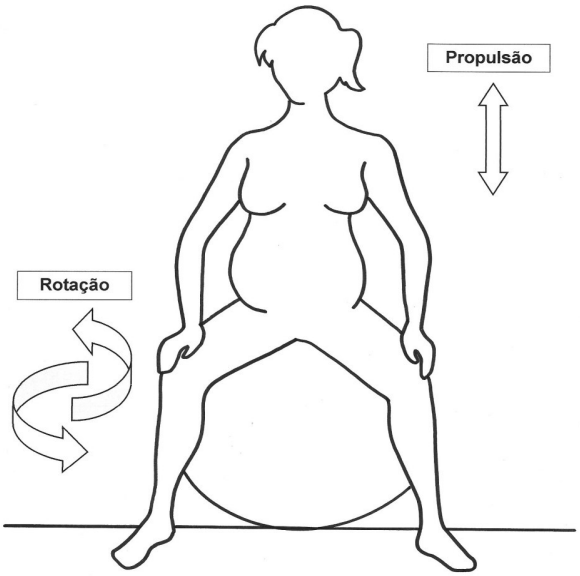

Figura 2 - Posição sentada sobre a bola, com os joelhos afastados e a região plantar dos pés no chão. Movimentos de propulsão (abaixa e levanta) e de rotação são possíveis nessa posição.

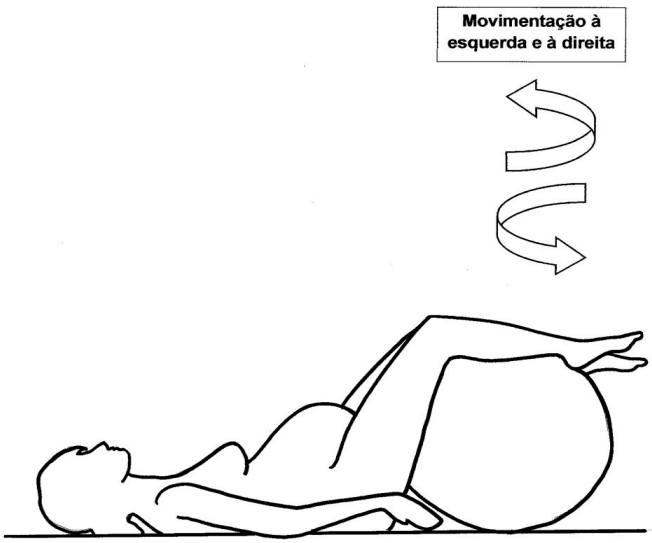

Figura 3 - Exercício propício para ser realizado durante o segundo trimestre gestacional.

Figura 4 - Exercício que pode ser realizado durante o 3º trimestre gestacional e durante o trabalho de parto.

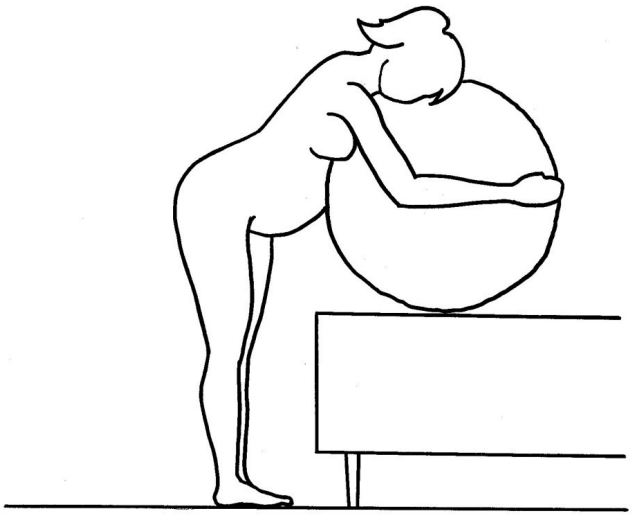

Figura 5 - Posição propícia durante as contrações: em pé com o tronco apoiado sobre a bola

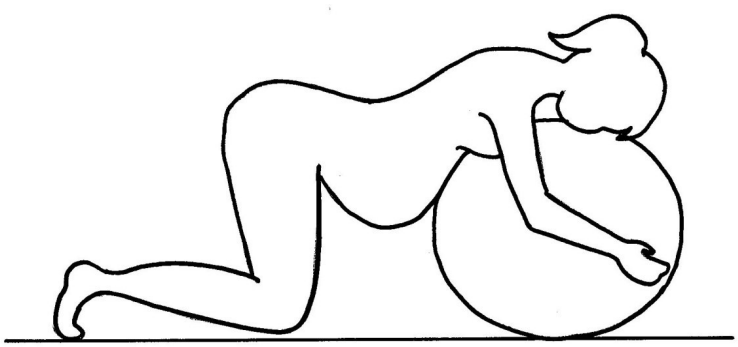

Figura 6 - Posição propícia durante o trabalho de parto: atenua a dor lombar, relaxa e auxilia a rotação da apresentação fetal.*

* As ilustrações das Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6 foram elaboradas por Alex Marconi Silva e Sandra Regina Mota Silva.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar o uso da bola suíça na assistência à mulher, durante o trabalho de parto nos serviços de atenção obstétrica, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as instituições do Município de São Paulo que fazem uso da bola suíça;
- Identificar o percentual de utilização da bola suíça na assistência à parturiente;
- Descrever o emprego da bola suíça por enfermeiras obstétricas na assistência à parturiente.

Métodos

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, sobre a utilização da bola suíça por enfermeiras obstétricas na assistência à mulher durante o trabalho de parto.

Este tipo de estudo descreve e interpreta a realidade sem estabelecer relações de causalidade. A pesquisa descritiva abrange os aspectos gerais e amplos de determinado cenário ou contexto social e econômico. Portanto, o interesse do estudo pode ser em termos de caracterização, ordenação e classificação dos fenômenos, possibilitando a compreensão dos fatores que causam o problema (Appolinário, 2006). De maneira geral, estudos descritivos objetivam informar a distribuição de um evento na população em termos quantitativos e podem servir de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o tema (Brasil, 2002c).

3.2 LOCAL

Este estudo foi desenvolvido nos serviços de atenção obstétrica do Município de São Paulo que funcionam no âmbito do SUS. Esses serviços foram identificados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo 1) e resultaram em um total de 37 unidades.

A localização dos serviços obstétricos de acordo com as regiões está discriminada da seguinte maneira: zona sul, 12 unidades (32,5%); zona leste, 09 unidades (24,3%); zonas oeste e norte, 05 unidades em cada região (13,5%) e nas regiões sudeste e centro, 03 unidades em cada região (8,1%).

No processo de interação com os responsáveis técnicos de cada um destes locais, obtivemos a anuência para o fornecimento das informações necessárias a esta

pesquisa em quase a totalidade delas. Sendo assim, o levantamento de dados foi realizado em 35 das instituições, em razão de que dois hospitais não autorizaram a coleta de dados.

3.3 POPULAÇÃO

A população do estudo consistiu de enfermeiras que prestassem assistência à parturiente em maternidades públicas do Município de São Paulo. Em cada uma das instituições, foi entrevistada uma enfermeira.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados do estudo foram obtidos por intermédio de entrevistas estruturadas, com o uso de um formulário específico confeccionado pela pesquisadora com base na literatura encontrada e nos objetivos do estudo.

Para tanto, após a identificação dos serviços públicos de atendimento à parturiente do Município de São Paulo, foi feito um contato telefônico inicial com a instituição para aquisição da autorização para a realização da pesquisa.

Após o consentimento da instituição, entrou-se em contato com o responsável técnico da unidade, para obter a indicação da enfermeira para a realização do estudo. Para poder participar da pesquisa, a enfermeira deveria ser prestadora de assistência à parturiente. Posteriormente, foi feito contato com a enfermeira indicada para agendar a entrevista. Nas datas e horários combinados, a pesquisadora esteve presente para explicar às profissionais o objetivo e a metodologia do estudo e realizar a entrevista.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2009 a janeiro de 2010, sendo realizada pela própria pesquisadora em todas as instituições.

3.4.1 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para a de coleta dos dados foi elaborado um formulário específico para este estudo (Apêndice 1). Os formulários foram numerados de forma a preservar a identidade da instituição e da profissional. O instrumento compõe-se de três partes, sendo a primeira Caracterização da Instituição, a segunda Identificação do Profissional e a terceira a Utilização da Bola Suíça. O formulário contou com questões complementares, fechadas e de múltipla escolha.

Para esclarecer de forma completa, a seguir estão expostas as variáveis da pesquisa adotados na elaboração do formulário.

Parte I - Caracterização da Instituição:

- Centro Obstétrico ou CPN: corresponde ao modelo de atenção obstétrica do serviço.
- Número de partos mensais: referentes à totalidade de partos do serviço de acordo com o mês anterior à pesquisa.
- Número de partos normais mensais: referentes à totalidade de partos normais do serviço de acordo com o mês anterior à pesquisa.
- A realização do parto normal pela enfermeira: questão fechada que informa se o parto normal naquele serviço é realizado pela enfermeira ou não.

Os primeiros do formulário referem-se à identificação da instituição no que diz respeito ao modelo de atenção ao parto vigente no serviço campo do estudo. O CPN pode ser classificado em: Intra, Peri ou Extra – hospitalar.

A segunda parte do formulário buscou identificar o profissional que foi entrevistado, para a caracterização de sua qualificação profissional.

Parte II - Identificação do profissional:

- Formação profissional: informa a formação acadêmica do profissional, ou seja, qual o curso de graduação realizado pelo profissional.

- Ano de conclusão: informa, em anos, o tempo após o curso de graduação.

- Curso de especialização: informa se o profissional realizou curso de pós-graduação *lato senso* e no caso de resposta afirmativa, em qual área de especialidade.

- Há quanto que trabalha na assistência a parturiente: informa, em anos, o tempo que atua profissionalmente na assistência à parturiente.

- Tempo na instituição: informa, em anos, o tempo que o profissional atua na instituição campo da pesquisa.

A última parte diz respeito à utilização da bola suíça nos serviços. Abrange questões quanto aos critérios e às percepções do profissional acerca da utilização do instrumento na assistência ao parto.

Parte III - Utilização da bola suíça:

- Existência da bola suíça na maternidade: questão fechada que informa se a maternidade possui o instrumento.

- Experiência profissional com a utilização da bola em outras maternidades: questão fechada que informa se o profissional tem conhecimento do uso do instrumento mesmo que em outro serviço.

No caso das respostas das duas perguntas acima serem negativas, é questionado ao profissional se faz uso de outro método não farmacológico na assistência ao parto e depois a entrevista é encerrada.

- Se o profissional faz uso de outra prática não farmacológica na assistência ao parto e, se sim, qual (is): questão complementar que informa se há a conduta de utilizar alguma prática não farmacológica na assistência à

parturiente, mesmo que não seja a bola. No caso de resposta afirmativa, deve-se informar a(s) prática(s) utilizada(s).

A continuação da entrevista é feita somente nos casos do profissional ter o conhecimento do uso da bola, seja na instituição em que trabalha atualmente, seja em outro serviço.

- Existência de protocolo para utilização da bola: questão fechada a respeito de ter ou não um protocolo que padronize a utilização da bola suíça.

- Tempo em que existe a bola na instituição: questão complementar sobre o tempo em que bola existe na instituição.

Em relação aos critérios para utilização da bola, procurou-se identificar os seguintes:

Posição e movimento na bola orientados pelo profissional: sobre qual a posição e movimentação que o profissional orienta à parturiente a realizar.

- Tempo de permanência na bola orientado pelo profissional: questão aberta sobre o tempo que o profissional considera ideal para orientar a utilização da bola.

- Dilatação cervical da mulher que é indicado o início do uso da bola: questão complementar sobre o momento da fase do trabalho de parto que a enfermeira indica inicialmente a utilização da bola.

- Condição ou diagnóstico obstétrico da parturiente em que indica o uso da bola: relativa à condição da paciente para que a bola deva ser indicada.

- Condição ou diagnóstico obstétrico da parturiente em que contraindica o uso da bola: condição da paciente em que a bola não deva ser indicada

- Associação de outro método não-farmacológico durante a utilização da bola: se durante o uso, costuma-se indicar outro método não farmacológico conjuntamente com a bola.

- Higienização e proteção da bola: se é realizado e como, a higienização da bola entre uma paciente e outra e se há proteção e de qual tipo, durante sua utilização.

Os questionamentos seguintes são relativos à percepção do profissional quanto a utilização do instrumento.

- Observa edema vulvar e/ou perineal após utilização da bola: questão fechada relativa a observação de edema pelo profissional após a utilização da bola na parturiente.

- Efeitos observados na parturiente após a utilização da bola: questão complementar sobre os efeitos observados na paciente depois de utilizar a bola.

- Aceitação por parte da parturiente: questão de múltipla escolha: questão de múltipla escolha, que abarcou os seguintes critérios: "ótima", "boa", "regular" ou "ruim", para definir o grau de aceitação dessa prática pelas parturientes sob a ótica do profissional.

- Barreiras/dificuldades encontradas no emprego da bola: informa a existência de algum tipo de dificuldade, barreira ou empecilho que o profissional possa encontrar no emprego da bola em seu local de atuação.

- Efeitos proporcionados pela utilização da bola citado pela parturiente: verbalização das parturientes acerca dos efeitos causados pela utilização da bola sob a ótica do profissional.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em um banco de dados do aplicativo Excell e a análise estatística foi efetuada pelo programa SPSS versão 16. Foi realizada análise descritiva dos dados por meio de frequências relativas e absolutas para variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas foram calculados os valores da média,

mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão para indicar a variabilidade dos dados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP-SMS) de São Paulo (Anexo 2). Algumas instituições exigiram que a pesquisa fosse submetida ao Comitê de Ética local, mesmo com a anuência do CEP-SMS.

O início da coleta de dados em cada serviço obstétrico foi possível somente após a autorização do responsável técnico da unidade e/ou da diretoria clínica ou ainda, em algumas situações, do Comitê de Ética local. Alguns comitês de ética apresentaram documento formalizando a aprovação da pesquisa no serviço (Anexos 3 e 4). Outros comunicaram a aprovação através de contato telefônico ou correio eletrônico.

Para o responsável técnico da unidade foi apresentado o seguinte termo para anuência: Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa (Apêndice 2).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice 3) foi apresentado à enfermeira, prestadora de assistência à mulher em trabalho de parto, para ciência do estudo e posterior assinatura, no caso de anuência. Foi informado sobre sua participação voluntária e a não obrigatoriedade em dar continuidade à pesquisa caso optasse pela desistência. A Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa e o TCLE foram impressos em duas vias, uma permaneceu em poder dos profissionais dos serviços e a outra com a pesquisadora.

No decorrer do estudo, algumas dificuldades para a realização da pesquisa em campo foram encontradas. Tendo em vista que o estudo trouxe como proposta a caracterização do uso da bola suíça em todo o Município, houve a necessidade de percorrer todos os serviços obstétricos existentes na cidade.

Além da dificuldade geográfica agravada pela extensão territorial da capital paulistana, grande parte dos serviços exigiu a entrega de uma série de documentos

para submissão no Comitê de Ética local ou para compor o protocolo institucional vigente. Em alguns casos a participação em reuniões de Comitês de Ética foi solicitada.

A entrega de documentos foi sempre realizada pessoalmente, o que demandou a ida aos serviços mais de uma vez em grande parte das instituições. Os serviços que não requisitaram a submissão no Comitê de Ética, solicitaram a entrega dos seguintes documentos: projeto de pesquisa, a autorização do CEP-SMS e a anuência da Escola de Enfermagem (USP) sobre o estudo. Em alguns casos, houve a solicitação da inscrição no site do CEP-SMS[4], com o registro da instituição em questão e da pesquisa a ser realizada. Esse registro foi necessário mesmo considerando o fato da inscrição online desta pesquisa já existir, tendo em vista a submissão prévia ao CEP-SMS de São Paulo.

A entrega da documentação exigida demandou tempo em razão de que, em diversas situações, foi preciso ir até os serviços de 2 a 5 vezes somente para atender às questões burocráticas.

Mesmo com as dificuldades pertinentes à coleta de dados foi possível concluir o estudo dentro dos prazos estabelecidos.

[4]Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov/secretarias/saude/cepsms

Resultados

4 RESULTADOS

Os resultados apresentados nas tabelas correspondem à tabulação das informações e dados obtidos por meio de 35 entrevistas realizadas com uma enfermeira prestadora de assistência à parturiente, em cada uma das instituições visitadas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Os dados da Tabela 1 são referentes às maternidades do Município de São Paulo de acordo com o modelo de atenção obstétrica.

Tabela 1 - Local de assistência ao parto em 35 maternidades públicas, São Paulo - 2009

Local de assistência ao parto	**N**	**%**
Centro Obstétrico	22	62,9
CPN Intra-hospitalar	11	31,3
CPN Peri-hospitalar	1	2,9
CPN Extra-hospitalar	1	2,9
Total	35	100

Segundo o local de realização do parto, a classificação contribuiu na definição do modelo de assistência obstétrica praticado em cada instituição hospitalar. Esta condição permitiu observar que a maioria das maternidades (62,9%) tem como unidade de atendimento ao parto o centro obstétrico. O restante (37,1%) é constituído por CPN, dos quais 31,4% às correspondem a unidades intra-hospitalares, 2,9%, peri-hospitalar e 2,9%, extra-hospitalar.

Os dados da Tabela 2 apresentam o número total de partos realizados mensalmente nos serviços obstétricos visitados.

Tabela 2 - Distribuição do número mensal de partos em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Número de partos	**N**	**%**
< 200	16	45,7
200 - 400	17	48,6
> 400	2	5,7
Total	35	100

O número de partos contabilizados refere-se ao mês anterior à coleta de dados.

A quase totalidade (94,3%) das instituições realiza até 400 partos ao mês, apenas duas instituições que representam 5,7% das maternidades, são responsáveis por mais de 400 partos por mês em instituições de maior porte.

Os dados da Tabela 3 mostram a variabilidade mensal do número de partos realizados nas maternidades pesquisadas.

Tabela 3 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do número de partos mensal em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Partos	**Média**	**Desvio-Padrão**	**Mediana**	**Valor Máximo**	**Valor Mínimo**
	233,7	157,9	210	900	30

Estes dados ilustram a variabilidade dos valores máximo e mínimo de nascimentos por instituição, revelando a diferença de porte e estrutura existente entre as instituições pesquisadas.

Os dados da Tabela 4 identificam o número de partos normais realizados, segundo um gradiente quantitativo.

Tabela 4 - Número de partos normais por mês em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Parto normal	**N**	**%**
< 100	15	42,9
100 – 199	11	31,4
200 – 400	07	20,0
> 400	02	5,7
Total	35	100

Os dados obtidos apontam que a maioria das instituições (94,3%) realizou até 400 partos normais ao mês. Apenas 5,7% das maternidades são responsáveis por mais de 400 partos por mês.

Os dados da Tabela 5 fazem referência à variabilidade do número de partos normais por mês nas maternidades.

Tabela 5 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do número de partos normais mensais em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Partos Normais	**Média**	**Desvio-Padrão**	**Mediana**	**Valor Máximo**	**Valor Mínimo**
	153,4	120,1	126	600	30

Nos dados da Tabela 5, cabe observar que a média de partos normais nas instituições foi de 153,4 e a variação dos valores mínimo e máximo está compreendida no intervalo entre 30 e 600 nascimentos.

As porcentagens de partos normais nos diferentes locais de atenção ao parto apresentaram variações quanto ao modelo de assistência. Nos CPN intra-hospitalares, a frequência de partos normais, em relação ao total de partos da instituição, variou de 65,5% a 80%.

Nos Centros Obstétricos, a porcentagem de partos normais apresentou-se com variações entre 30% e 90% em relação ao número de partos totais do local.

Outro aspecto analisado na pesquisa diz respeito ao tipo de profissional que realiza o parto normal, segundo as modalidades enfermeira ou médico, conforme os dados da Tabela 6.

Tabela 6 - Profissional que realiza o parto normal em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Profissional	**N**	**%**
Enfermeira	19	54,3
Médico	16	45,7
Total	35	100

Dentro do universo das 35 instituições pesquisadas, em 19 (54,3%) serviços, os partos normais são realizados por enfermeira. Cabe observar que nas 16 (45,7%) instituições onde o trabalho de parto normal é conduzido por médico, a enfermeira está presente na prestação de assistência à mulher durante o trabalho de parto.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Dentre os profissionais entrevistados, todos foram enfermeiras.

Outro dado pesquisado foi relativo ao tempo de formação profissional das enfermeiras, representado abaixo nos dados da Tabela 7.

Tabela 7 - Tempo de formação profissional, em anos, das enfermeiras, em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Tempo (anos)	**N**	**%**
≤ 10	11	31,4
11 – 19	14	40,0
≥ 20	10	28,6
Total	35	100

Pelos dados desta tabela pode-se observar que a maioria (68,6%) composta por 24 enfermeiras possui mais de 10 anos de formadas, das quais dez têm mais de 20 anos de formadas, revelando o grau de experiência das profissionais atuantes nessas instituições.

Os dados da Tabela 8 mostram o teor de variabilidade em relação ao tempo de formação profissional das enfermeiras.

Tabela 8 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do tempo de formação profissional da enfermeira em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Tempo de Formação Profissional	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor Máximo	Valor Mínimo
	14,9	7,2	12	39	5

A média de tempo de formação profissional foi de 14 anos e 10 meses, com variabilidade grande de 5 a 39 anos, indicando que as profissionais têm características bastante heterogêneas.

A título de aprofundar o entendimento sobre a qualificação profissional destas enfermeiras, buscou-se obter informações em relação aos cursos de habilitação ou de especialização em enfermagem obstétrica realizados pelas mesmas, conforme apresentado nos dados da Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição das enfermeiras com curso de habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica (EO) em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Curso de Habilitação ou Especialização em EO	N	%
Sim	32	91,4
Não	3	8,6
Total	**35**	100

Verificou-se que todas as enfermeiras haviam realizado curso de pós-graduação *lato senso*, porém nem todos estavam relacionados à área de enfermagem obstétrica.

Das 35 enfermeiras entrevistadas, três delas, que correspondem a 8,6% das fontes pesquisadas, afirmaram não ter especialização ou habilitação em enfermagem obstétrica, mas em outras áreas, sendo duas com especialização em Urgência e Emergência e, a terceira, em UTI adulto.

Dentre aquelas 32 que informaram ter realizado curso na área obstétrica (91,4%), apenas uma afirmou ter realizado curso de habilitação em enfermagem obstétrica e as 31 restantes informaram ter realizado curso de especialização em enfermagem obstétrica.

Neste último grupo de 31 especialistas em enfermagem obstétrica, cinco mencionaram ter especializações, também, em outras áreas como Saúde Pública, Psiquiatria e Neonatologia.

Os dados da Tabela 10 apresentam o tempo de atuação da enfermeira na assistência à parturiente.

Tabela 10 - Tempo de atuação, em anos, das enfermeiras na assistência à parturiente em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Tempo (anos)	**N**	**%**
≤ 1	2	5,7
2 – 10	16	45,7
11 – 19	12	34,3
≥ 20	5	14,3
Total	35	100

O tempo de atuação da enfermeira na assistência à parturiente é um fator relevante na investigação sobre o grau de experiência dessas profissionais. Os dados desta Tabela permitem verificar que a expressiva maioria (94,3%) das enfermeiras possui experiência de 2 ou mais anos na assistência à parturiente. Entretanto, se a linha de corte de experiência for considerada 10 anos, o conjunto divide-se em

proporções quase equivalentes, de tal modo que 18 (51,4%) têm menos de 10 anos de experiência na assistência à parturiente e 17 (48,6%) têm mais do que isso.

Os dados da Tabela 11 tratam da variabilidade do tempo de atuação da enfermeira na assistência à parturiente.

Tabela 11 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do tempo de atuação da enfermeira na assistência à parturiente em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Tempo de atuação	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor Máximo	Valor Mínimo
	11,5	7,7	10	39	0,5

A média do tempo de atuação das enfermeiras na assistência à parturiente é de 11 anos e 6 meses, com o menor tempo correspondendo a 6meses de atuação e o maior a 39 anos.

Os dados da Tabela 12 referem-se ao tempo que a enfermeira atua na instituição campo do estudo.

Tabela 12 - Tempo de trabalho da enfermeira, em anos, em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Tempo (anos)	N	%
< 2	6	17,2
2-10	21	60,0
>10	8	22,8
Total	35	100

Os dados apresentados permitem inferir o grau de estabilidade destas profissionais em uma mesma instituição. Os resultados indicam que a maioria delas, correspondente a 29 (82,8%) profissionais, está na mesma instituição há mais de 2

anos e apenas 6 profissionais, há menos de 2. A maior parte delas, 21 (60%) enfermeiras estão na mesma unidade no intervalo compreendido entre 2 e 10 anos.

A seguir, a Tabela 13 mostra os dados referentes à amplitude do tempo de trabalho da enfermeira na instituição**.**

Tabela 13 - Média, desvio - padrão, mediana, valores máximo e mínimo do tempo de atuação da enfermeira em 35 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Tempo de atuação	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Valor Máximo	Valor Mínimo
	8,05	6,45	6,0	23	1,25

Segundo estes dados, o tempo mínimo de atuação na mesma instituição pesquisada foi de 1 ano e 3 meses e o máximo de 23 anos, com uma média de 8 anos e 18 dias.

4.3 UTILIZAÇÃO DA BOLA SUÍÇA

Os dados da Tabela 14 apresentam o número de bolas suíças nos Centros Obstétricos e nos Centros de Parto Normal.

Tabela 14 - Distribuição de 35 maternidades públicas, conforme o local de assistência e o uso de bolas suíças, São Paulo – 2009

	Uso da bola		
	Sim	**Não**	
Local	**N (%)**	**N (%)**	**Total**
CO	9 (40,9)	13 (59,1)	22 (62,9)
CPN	13 (100)	-	13 (37,1)
Total	22 (62,9)	13 (37,1)	35 (100)

De acordo com os números encontrados, constatou-se que todos os CPN possuem, pelo menos, uma bola suíça, e em dez deles existem duas ou mais. Em contrapartida, nem todos os CO empregam o uso da bola, e apenas 40,9% deles possuem bola e os demais (59,1%) não usam.

Diante do questionamento sobre a prática do uso da bola, das 35 enfermeiras entrevistadas 4 (11,4%) relataram não ter tido conhecimento ou experiência com essa prática durante toda sua atividade profissional. Dentre essas enfermeiras, todas informaram fazer uso de outros métodos não farmacológicos, e três delas orientam o banho de aspersão e uma delas, além do banho de aspersão, o uso do "cavalinho" na assistência à parturiente.

Das 31 enfermeiras com conhecimento na utilização da bola suíça, 9 (29%) negaram ter adquirido esta experiência no local de trabalho atual. Entretanto, afirmaram que em outro serviço onde trabalharam, tiveram a vivência e obtiveram o conhecimento do emprego da bola na assistência à parturiente.

Sendo assim, os dados a respeito do uso da bola, apresentados nas tabelas seguintes, referem-se a 31 enfermeiras que tiveram experiência com este recurso.

Os dados da Tabela 15 referem-se às respostas das 31 enfermeiras com experiência sobre o uso da bola no quesito posição e movimento que indicam à mulher na utilização desse recurso durante o trabalho de parto.

Tabela 15 - Respostas das enfermeiras quanto à posição e movimento da parturiente no uso da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo 2009

Respostas	**N**	**%**
Posição		
Sentada com apoio	31	36,5
Ajoelhada e apoiada na bola	1	1,2
Movimento		
Propulsão	27	31,8
Rotatório	26	30,5
Total	85	100

Segundo os dados da Tabela 16, pode-se observar que a posição sentada com apoio foi indicada pela maior parte (36,5%) das respondentes. A opção sem apoio não foi empregada em nenhum caso. Em relação aos tipos de movimentos, 31,8% das respostas foram a respeito do movimento de propulsão (abaixa e levanta) na bola e número quase equivalente, com 30,5% das informações, foi relativo à adoção de movimentos rotatórios com o quadril. Apenas uma das entrevistadas relatou indicar a posição ajoelhada e apoiada na bola.

Os dados da Tabela 16 referem-se ao tempo que as enfermeiras costumam indicar tais exercícios às parturientes.

Tabela 16 - Tempo de uso da bola pela parturiente segundo as orientações das enfermeiras em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Tempo	**N**	**%**
1 hora	24	77,5
Tempo que suportar	5	16,1
Sequências de 1 hora intermitentes	1	3,2
30 minutos	1	3,2
Total	31	100

Das 31 enfermeiras que empregam a bola no auxílio ao trabalho de parto, 24 (77,5%) afirmaram orientar a parturiente a permanecer durante 1 hora utilizando a bola. Número menor (5 enfermeiras - 16,1%) respondeu que indica o tempo que a parturiente conseguir permanecer na bola. Nos dois casos restantes, foi informado em um deles, que adota uma sequência de 1 hora intermitente e, no outro, que adota a permanência de 30 minutos na bola.

Os dados da Tabela 17 referem-se às respostas das enfermeiras quanto à dilatação cervical para indicar a utilização da bola suíça.

Tabela 17 - Respostas das enfermeiras quanto à dilatação cervical para indicar o início do uso da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Dilatação cervical (cm)	N	%
4	17	54,8
5	1	3,2
6	10	32,3
7	3	9,7
Total	31	100

A respeito do período do trabalho de parto em que é empregada a bola, as respostas das entrevistadas foram durante a fase ativa, sendo que a maior parte (54,8%) indicou quando a parturiente atinge 4 cm de dilatação cervical.

Os dados da Tabela 18 apresentam as indicações das enfermeiras quanto à condição ou o diagnóstico obstétrico que consideram adequados para uso da bola.

Tabela 18 - Respostas das enfermeiras quanto às indicações para utilizar a bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Indicação	N	%
Auxílio na descida da apresentação fetal	23	34,8
Auxílio no relaxamento	16	24,2
Alívio da dor	10	15,1
Progressão lenta do trabalho de parto	9	13,6
Estímulo para movimentar-se	5	7,6
Exercício para a região perineal	3	4,5
Total	66	100

Em relação às indicações das enfermeiras sobre o uso da bola, as respostas citadas com maior frequência foram: para auxiliar na descida da apresentação fetal (34,8%), seguida por promover o relaxamento (24,2%) e aliviar a dor (15,1%).

As respostas que apareceram com menor frequência foram indicação para auxílio na progressão do trabalho de parto (13,6%), estímulo para movimentação

(7,6%) e auxílio para exercitar a região perineal, com 4,5% das respostas.

Os dados da Tabela 19 demonstram as respostas das enfermeiras em relação aos motivos pelos quais contraindicam a utilização da bola na parturiente.

Tabela 19 - Respostas das enfermeiras quanto à condição ou o diagnóstico obstétrico para contraindicar o emprego da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Contraindicação	**N**	**%**
Sim		
Intercorrências obstétricas	14	37,8
Grandes multíparas	6	16,2
Membranas ovulares rotas	4	10,8
Apresentação fetal alta e móvel	2	5,4
Presença de edema ou varizes na vulva	2	5,4
Paciente sob efeito de sedativo/analgésico	2	5,4
Período expulsivo	1	2,7
Presença de bossa cefálica	1	2,7
Não	5	13,5
Total	37	100

A maior parte (37,8%) das respostas para contraindicar a bola foi a existência de alguma intercorrência obstétrica, tais como, síndrome hipertensiva da gestação ou descolamento prematuro de placenta, seguida por 16,2 % no caso da mulher ser uma grande multípara. Por outro lado, 13,5% das enfermeiras responderam que não contraindicam a bola em nenhuma situação.

Os dados da Tabela 20 indicam as práticas não farmacológicas que as enfermeiras associam com o emprego da bola.

Tabela 20 - Respostas das enfermeiras quanto à associação de outro método não farmacológico com a bola, em 31 maternidades públicas, São Paulo - 2009

Práticas não farmacológicas	**N**	**%**
Banho de aspersão	18	54,6
Massagem	14	42,4
Orientação de respiração correta	1	3,0
Total	**33**	100

Do total de 31 enfermeiras que mencionaram ter experiência com o uso da bola, quatro relataram que não a associam com outras práticas não farmacológicas durante o trabalho de parto. Dentre aquelas com resposta positiva, 54,5% utilizam concomitantemente a bola e o banho de aspersão, 42,4% com a massagem e 3,0% com a orientação de realizar respiração correta.

Os dados da Tabela 21 referem-se às respostas das enfermeiras quanto aos benefícios da bola durante o trabalho de parto.

Tabela 21 - Respostas das enfermeiras quanto aos efeitos observados no emprego da bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Efeitos	**N**	**%**
Auxilia na descida e no encaixe da apresentação fe	25	32,9
Auxilia no relaxamento da parturiente	15	19,7
Auxilia a progressão do trabalho de parto	13	17,1
Exercita a região perineal	11	14,5
Alivia a dor	9	11,8
Auxilia a dilatação cervical	1	1,3
Benefícios psicológicos	1	1,3
Promove a movimentação materna	1	1,3
Total	**76**	**100**

Cerca de um terço das respostas obtidas (32,4%) fez referência a seu auxílio na descida e no encaixe da apresentação fetal. Outras respostas citadas com

frequência mencionaram o auxílio da bola no relaxamento (19,7%), na progressão do trabalho de parto (17,1%), no exercício da região perineal (14,5%) e no alívio da dor (11,8%). Além disso, citações como auxílio na dilatação cervical, benefícios psicológicos e promoção da movimentação materna durante o trabalho de parto, também foram apontadas, entretanto, com menor frequência.

A totalidade das enfermeiras afirmou não observar formação de edema vulvar ou perineal após o emprego da bola, quando questionadas sobre estes efeitos adversos.

Os dados da Tabela 22 mostram as respostas das enfermeiras em relação à aceitação do uso da bola pelas parturientes.

Tabela 22 - Respostas das enfermeiras quanto à aceitação da bola pelas parturientes em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Aceitação	**N**	**%**
Ótima	10	32,3
Boa	21	67,7
Total	**31**	100

Todas as participantes relataram a aceitação da bola pelas parturientes como ótima e boa. Não houve relatos das enfermeiras que afirmaram ter observado aceitação regular ou ruim.

Os dados da Tabela 23 referem-se às respostas das enfermeiras quanto à existência de barreiras para utilizar a bola.

Tabela 23 - Respostas das enfermeiras quanto às dificuldades encontradas para utilizar a bola em 31 maternidades públicas, São Paulo – 2009

Dificuldades no uso da bola	**N**	**%**
Sim		
Não aceitação da prática pelo médico	3	9,7
Recusa da parturiente	2	6,5
Falta de espaço físico	1	3,2
Não	25	80,6
Total	**31**	100

A maioria das enfermeiras não citou problemas para utilizar a bola suíça. No entanto, 19,4% afirmaram ter alguma dificuldade para implementar esse cuidado, tais como não aceitação médica, recusa da mulher e falta de espaço.

Os dados da Tabela 24 apontam as respostas das participantes em relação aos produtos para higienização da bola e à forma de proteção para o uso.

Tabela 24 - Respostas das 31 enfermeiras quanto à higienização e proteção da bola para o uso em maternidades públicas, São Paulo - 2009

Higienização e proteção	**N**	**%**
Higiene		
Água e sabão + álcool a 70%	16	26,7
Água e sabão	11	18,3
Álcool a 70%	3	5,0
Hipoclororito de Sódio*	2	3,3
Digluconato de Clorexidina*	1	1,7
Proteção		
Forro ou lençol	16	26,7
Filme plástico (Policloreto de Vinila - PVC)	11	18,3
Total	**60**	100

*Os produtos têm como finalidade realizar a desinfecção da superfície

Todas as enfermeiras com conhecimento do uso da bola citaram um ou mais tipo de higiene, antes da utilização da bola. Mas 7 (22,6%) enfermeiras não mencionaram fazer uso de proteção para evitar o contato direto da pele da mulher

com a bola.

Entre aquelas que protegem a bola (24 enfermeiras), 26,7% utilizaram um forro ou lençol sobre a bola.

Sobre a higienização da bola, a maior frequência de respostas encontradas (45,0%) foi referente ao uso de água e sabão, seguidos por álcool a 70%.

As respostas das enfermeiras em relação aos resultados observados nas parturientes, após o uso da bola estão indicadas nos dados da Tabela 25.

Tabela 25 - Respostas das 31 enfermeiras quanto aos efeitos relatados pelas mulheres após o uso da bola, São Paulo – 2009

Respostas	**N**	**%**
Relaxamento	26	53,1
Alívio da dor	23	46,9
Total	**49**	100

De acordo com as respostas das enfermeiras, os resultados constatados são referentes ao relaxamento e ao alívio da dor.

Os dados da Tabela 26 referem-se à existência de protocolo para a utilização da bola suíça nas instituições visitadas.

Tabela 26 - Respostas das enfermeiras sobre a existência de protocolo para utilizar a bola suíça nas instituições, São Paulo – 2009

Protocolo	**N**	**%**
Sim	1	3,2
Não	30	96,8
Total	**31**	**100**

A quase totalidade das instituições visitadas não possui um protocolo para utilização da bola suíça.

Os dados da Tabela 27 representam as respostas das enfermeiras em relação ao tempo de existência da bola na maternidade.

Tabela 27 - Respostas das enfermeiras quanto ao tempo de existência da bola na instituição, São Paulo – 2009

Tempo (anos)	**N**	**%**
≤ 1	5	16,1
2 – 4	17	54,8
5 – 8	9	29,1
Total	**31**	100

A maioria das instituições, que corresponde a 26 unidades (70,9%), possui a bola há mais de 2 anos, mas apenas nove delas (29,1%) contam com ela há mais de 5 anos.

Discussão

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados do estudo desenvolvido enfoca a caracterização do emprego da bola suíça nos serviços obstétricos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo. Esta abordagem compreende a caracterização dos serviços em relação ao número de partos e ao modelo de assistência praticado, contemplando a caracterização profissional das enfermeiras envolvidas no atendimento à mulher no processo da parturição.

As práticas e os serviços de atenção ao parto são influenciados pelos papéis desempenhados pela parturiente, pelos profissionais que a assistem e pelo ambiente onde ocorre o evento. Locais com atendimento voltados à fisiologia do nascimento e parto, onde as enfermeiras obstétricas e obstetrizes podem utilizar livremente suas habilidades para promover o parto normal, permitem o uso de práticas de conforto menos intervencionistas.

De acordo com Wagner (2001) apud Brasil (2008, p. 18), os modelos de atenção ao parto podem ser classificados em três tipos distintos. No primeiro deles, enquadram-se os partos realizados em ambientes hospitalares, em unidades denominadas Centro Obstétrico, onde a assistência é centrada na atuação do profissional médico. Na extremidade oposta, figura um modelo de atenção ao parto que tem uma abordagem centrada nas necessidades da mulher e no processo fisiológico do parto. O terceiro tipo de abordagem, caracteriza-se por procedimentos que mesclam os dois modelos anteriores, sendo definido como "humanizado" por alguns autores. Neste caso, os partos também acontecem em ambiente hospitalar, como no primeiro modelo, entretanto, a assistência é feita por equipe multidisciplinar, na qual a enfermeira obstétrica ou a obstetriz tem participação ativa no processo da parturição.

No presente estudo, verificou-se que 62,9% dos serviços têm, como unidade de atenção ao parto o centro obstétrico. Foi possível observar nas 35 unidades hospitalares que o parto normal de baixo risco é realizado pela enfermeira obstétrica em pouco mais da metade delas (54,3%), inclusive, nos centros obstétricos.

De acordo com as recomendações da OMS (1996), a enfermeira obstétrica é a profissional mais adequada para atuar na assistência à gestante e ao parto normal, especialmente em razão da economia de recursos decorrentes da redução de intervenções desnecessárias e da capacidade de reconhecer e avaliar os riscos para a mãe e o neonato. Embora exista ampla possibilidade de um atendimento de qualidade nos CPN, com base no respeito ao processo fisiológico do parto, no cuidado centrado nas necessidades da mulher e na valorização de sua cultura, esse modelo de atendimento foi encontrado em menor proporção nos serviços visitados. Este local de atenção ao parto compreendeu 37,1% dos serviços obstétricos contemplados pela pesquisa. Entre eles, a maior parte, representada por 31,3% dos casos são praticados de forma intra-hospitalar, apenas um em unidade peri-hospitalar e um em unidade extra-hospitalar.

Estes números refletem uma fase de transição no modelo de assistência ao parto e nascimento no País. Em 1999, o então ministro da saúde José Serra regulamentou a criação dos centros de parto normal com a Portaria nº 985/99 (Brasil, 1999). Desde então, foram criados serviços pioneiros em mudanças nas práticas de assistência ao parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre esses, destacam-se: Maternidade Municipal Leila Diniz (RJ), Hospital Sofia Feldman (MG), Hospital Geral de Itapecerica da Serra, Hospital Geral do Itaim Paulista e o Centro de Parto Normal do Amparo Maternal (SP). Esses locais caracterizam-se por fornecerem um ambiente para o parto normal deslocado do centro cirúrgico e por adotarem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (baseadas nas evidências científicas), além de terem as enfermeiras obstétricas e obstetrizes como responsáveis pela assistência no parto. Serviços construídos antes desse período seguiram o modelo de centro obstétrico, com área de pré-parto e salas de parto em ambientes cirúrgicos.

Assim, o movimento de humanização do parto necessita de constante reafirmação. Recentemente, no Manifesto Público Nacional pelo Parto Normal Humanizado, de 26 de junho de 2009, e apresentado no VI COBEON (Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal), foi divulgado um apelo pela transformação do modelo intervencionista no parto.

O documento[5] destacava a importância de uma assistência mais humanizada, pautada em maior participação da mulher no processo, manifestando-se favoravelmente ao trabalho realizado nas casas de parto, especialmente, pela divulgação de resultados maternos e perinatais fidedignos. Nos campos político e institucional, o manifesto cobrava um posicionamento mais rigoroso por parte dos órgãos governamentais em relação ao cumprimento da legislação e à promoção de políticas de Estado voltadas à garantia do direito às informações que subsidiem escolhas relacionadas aos procedimentos de parto e nascimento.

Com relação à atuação dos profissionais nesse modelo de assistência mais humanizada as enfermeiras obstétricas e obstetrizes devem possuir autonomia, competência legal e técnica para prestar cuidados baseados em evidências científicas, valorizando o universo feminino e respeitando o processo fisiológico do parto (Brasil, 2008).

Nos serviços visitados para a realização desta pesquisa, observou-se que o volume de partos pode sofrer variações significativas, conferindo um caráter de heterogeneidade na estruturação desses locais. Por um lado, existem serviços preparados e equipados para atender 30 partos mensais, e outros capacitados para atender um número bem mais alto, chegando a 900 partos mensais. Entretanto, 33 hospitais que representam 94,3% da totalidade, são responsáveis por até 400 partos mensais, e apenas 2 (5,7%) serviços são responsáveis por mais de 400 partos.

Em relação ao número de partos normais, o valor mínimo (30) e máximo (600), também, são díspares, porém a diferença é menor comparada ao total de partos. A média de partos normais realizados por mês (153,4) é um valor relativamente próximo à média de partos totais (233,7).

De acordo com o questionamento sobre qual o profissional assiste o parto normal na instituição, 54,3% relataram ser a enfermeira obstétrica e 45,7% afirmaram ser o médico.

Pesquisa citada anteriormente, *Listening to Mothers II,* a respeito de questões sobre o processo do nascimento sob a perspectiva da mulher, revelou os seguintes

[5]ABENFO- Manifesto Publico Nacional pelo Parto Humanizado [home page da internet]. Rio de Janeiro; c2009 [atualizado 2009 ago. 04; citado 2010 fev. 02]. Disponível em: http://www.abenfo.redesindical.com.br/textos.php.

dados sobre o profissional que proveu os cuidados no momento do parto: 79% médicos obstetras, 7% médicos da família (sem especificar a especialidade, 3% médicos (especialidade não determinada); 8% obstetrizes, 3% enfermeiras sem formação na área obstétrica.

Quanto ao profissional prestador de assistência à parturiente, as respondentes do estudo foram em sua totalidade enfermeiras. Em relação ao tempo de formação profissional, 40% delas tinham entre 11 e 19 anos de formadas, com o menor tempo de cinco anos e o maior de 39 anos.

Merece destaque a informação de que nem todas as enfermeiras do estudo têm especialização ou habilitação na área de enfermagem obstétrica, mesmo que estejam atuando na assistência à parturiente.

Os resultados encontrados mostraram que 8,6% das enfermeiras têm especialização nas áreas de urgência e emergência e UTI adulto. Estas profissionais afirmaram que o conhecimento da área de enfermagem obstétrica foi adquirido, parte na graduação e parte na prática assistencial. Neste caso, assumem as responsabilidades pelo setor da maternidade com todas as atribuições profissionais exigidas, exceto a realização do parto normal que fica a cargo do médico obstetra. Isso evidencia que, embora detenham o conhecimento de determinadas práticas, a falta de uma formação especializada na área obstétrica impede sua maior participação na realização do parto normal.

Conforme determinação do Art. 11º, inciso II, da Lei Federal nº 7.498 de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, o profissional enfermeiro, mesmo sem especialização ou habilitação na área de enfermagem obstétrica, poderá prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhar o trabalho de parto e executar parto normal sem distócia. Contudo, a identificação de distócias obstétricas, a tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia competem somente ao enfermeiro obstetra e obstetriz, conforme o Art. 9º desta mesma Lei.

No quesito da experiência profissional, um elemento que faz referência à caracterização do profissional prestador de assistência e, consequentemente à assistência em si, é o tempo de atuação na atenção ao parto. A média de tempo

encontrada foi de 11 anos e 6 meses, entretanto, os valores são bem diversificados. A menor parte das respondentes, representada por 5,7% da totalidade do universo pesquisado, está atuando na assistência entre 6 meses e 1 ano, o maior porcentual (45,7%) entre 2 a 10 anos e 14,3% estão há mais de 20 anos.

Em relação ao tempo de trabalho na mesma instituição, a maioria composta por 60% está no serviço entre 2 e 10 anos, e 17,2% estão há menos de 2 anos, e o restante, 22,8%, há mais de 10 anos.

De acordo com Saad (2008), vários fatores que envolvem a autonomia do profissional estão vinculados ao tempo de sua atuação na área. Propriedades, como segurança, cumplicidade, confiança e conhecimento são construídos ao longo do tempo e são determinantes para o bom resultado de um relacionamento profissional satisfatório entre enfermeiras, médicos e pacientes.

Merece destacar que o tempo de conclusão do ensino formal pode influenciar nas práticas adotadas pelo profissional na assistência ao parto. Nesta pesquisa foi possível constatar que o uso da bola na atenção obstétrica é recente, tendo em vista que constatou-se que o instrumento foi introduzido nas maternidades há menos de 8 anos. Somado a isso, há o fato de os campos de prática das escolas raramente disporem desse objeto para assistir a mulher em trabalho de parto.

Com relação à utilização da bola suíça na assistência à mulher durante o trabalho de parto, foi observado que 62,9% das maternidades possuem, pelo menos, uma bola disponível no serviço.

Assim, observa-se que há o uso da bola suíça em 100% dos CPN, ao passo que isto se dá em apenas 25,8% dos CO. Destaca-se, então, a influência do ambiente nos recursos utilizados como práticas de conforto pelo prestador de cuidado.

Esses resultados podem ser justificados em razão dos CPN disponibilizarem recursos à assistência com enfoque em um trabalho de parto mais ativo e participativo da mulher, pelo emprego de práticas ou condutas não farmacológicas que privilegiam a fisiologia do parto e nascimento.

Com relação à posição materna, para prevenir distocias e promover o alívio durante o parto, autores discorreram sobre a importância da parturiente em assumir a

posição vertical. Este trabalho argumenta que a posição supina traz malefícios materno-fetais em razão de ocasionar pressão na veia cava e na aorta, causar hipotensão materna e possível sofrimento fetal. Neste caso, as contrações tornam-se ineficientes pois, na posição supina, o feto posiciona-se em paralelo com a espinha dorsal materna. Quando a parturiente assume a posição vertical, permite que a força da gravidade faz o útero pender para frente, ficando sob o suporte da parede abdominal, facilitando o alinhamento do eixo axial fetal com o materno, com isso, o ângulo da passagem pélvica amplia-se (Fenwick, Simkin, 1987).

De acordo com Basile, Junqueira, Ribeiro (2003), práticas ou condutas não farmacológicas, como: deambulação, movimentação e posicionamento, banho e massagem são ferramentas eficazes e de primeira escolha na condução do trabalho de parto, em relação a outras intervenções. Segundo alguns autores em publicação recente, o suporte ao posicionamento da mulher durante o trabalho de parto forma um conjunto de práticas que devem ser orientadas, observadas e apoiadas pelos enfermeiros obstetras. O estímulo à livre movimentação e a adoção de posturas verticais, como a deambulação, posição sentada e de cócoras e os movimentos pélvicos favorecem a fisiologia do parto (Progianti et al., 2010).

Os movimentos pélvicos e a posição sentada são possíveis nos exercícios com a bola suíça. Durante a atividade com a bola há a promoção da mobilidade materna e a permanência na posição vertical, permitindo que esse objeto seja considerado uma opção para a assistência ao parto.

Estes resultados puderam ser observados em um trabalho citado na introdução, com 40 primíparas de baixo risco em um CPN de Belo Horizonte. Teve como objetivo verificar o uso da bola, como estratégia de estímulo para a posição vertical da mulher na fase ativa do trabalho de parto e a influência nos resultados maternos. O grupo que utilizou a bola, permaneceu 61% do tempo total do trabalho de parto na postura vertical, e o grupo controle permaneceu 55%. Não foram verificadas diferenças significativas nas taxas de cesarianas, na rotura artificial de membranas, na presença de líquido amniótico meconial, na duração dos primeiro e segundo estágios do trabalho de parto, na laceração perineal de segundo grau e no peso do RN. Pode-se verificar que o emprego da bola estimulou a permanência da parturiente na posição vertical, considerada mais adequada e favorável à evolução do

parto. O artigo conclui, ainda, que o emprego da bola possibilita à mulher ter maior autonomia sobre seu corpo e maior domínio sobre o processo do trabalho de parto (Lopes, Madeira, Coelho, 2003).

Neste estudo, no que concerne à posição e os movimentos orientados pelas enfermeiras na utilização da bola, 36,5% das respostas obtidas fazem referência à posição sentada com apoio. Nenhuma das respondentes relatou orientar a posição sentada sem o apoio.

Isto vai ao encontro das recomendações de Zwelling, Johnson, Allen (2006) quanto ao uso adequado da bola para as mulheres em trabalho de parto que deve seguir alguns cuidados relativos à segurança. Dentre eles, a presença de um acompanhante para amparo e segurança da parturiente ou a presença de um apoio firme à sua frente, como o leito ou a cama, por exemplo, são fundamentais.

A influência da movimentação da parturiente na duração do trabalho de parto e do período expulsivo foram avaliados na revisão sistemática da Biblioteca Cochrane sobre posição e mobilidade materna durante o primeiro estágio do trabalho de parto. A posição vertical (andando, sentada, de pé, de joelhos) foi comparada com a posição deitada (supina, semifowler e lateral). Foram incluídos 21 estudos e 3.706 mulheres. Verificou-se que o primeiro estágio do parto foi uma hora mais curto nas mulheres que adotaram a posição vertical comparada à posição deitada, além de menor probabilidade de analgesia (RR 0,83 95% IC 0,72-0,96). Não houve diferenças entre os grupos em relação à duração do período expulsivo, tipo de parto ou outros resultados relacionados ao bem-estar das mães e bebês. Conclui que as mulheres devem ser encorajadas a assumir qualquer posição que achem mais confortável na primeira fase do trabalho (Lawrence et al., 2010).

O mesmo achado não foi verificado na pesquisa citada anteriormente, com 40 primíparas, que não relatou diferença significativa na duração do primeiro estágio do trabalho de parto, com média de 8,1 ± 5,0 horas versus 6,9 ± 4,3 horas nos grupos com e sem a bola, respectivamente (Lopes, Madeira, Coelho, 2003).

Em relação às orientações que têm sido praticadas sobre o uso da bola, 31,7% das respostas fornecidas pelas enfermeiras fazem referência ao movimento de propulsão, abaixa e levanta quando sentadas na bola e 30,5%, ao movimento

rotatório de quadril. Só uma das respostas abordou uma modalidade de uso na qual a parturiente permanece ajoelhada, o tronco apoiado na bola e os braços ao redor.

Fenwick, Simkin (1987) alertam para o fato de que, historicamente, mulheres de diversas culturas e regiões adquiriram o hábito de movimentar-se e assumir diferentes posturas durante o trabalho de parto. Entretanto, a liberdade de posição na parturição foi abolida com a vinda e a introdução das novas práticas da obstetrícia moderna. Outro artigo destaca a importância da mulher movimentar-se durante o trabalho de parto e assumir a posição que lhe conferir maior conforto, argumentando que não existe evidência científica que contraindique a movimentação da parturiente (Hofmeyr, 2005).

Johnston (1997) observa que durante a permanência da parturiente em posição sentada, a pressão exercida pelo períneo sobre a bola faz com que a cintura pélvica ocupe um lugar à frente da coluna espinhal, proporcionando melhor posicionamento ao feto.

Ao serem questionadas em relação ao tempo que orientam a parturiente a permanecer na bola, a maioria das enfermeiras (77,5%) respondeu que indica sua utilização durante uma hora. Uma porcentagem menor (16,1%) respondeu que orienta durante o tempo em que a parturiente sente-se confortável para permanecer na bola, 3,2% orientam sequências de uma hora intermitente e o restante 3,2% indicam a permanência de 30 minutos.

No que diz respeito à dilatação cervical mais adequada para iniciar a utilização da bola, as respostas foram na faixa compreendida entre 4 e 7 cm. A maioria (54,8%) das entrevistadas relatou indicar a bola quando a cérvice da parturiente atinge 4 cm de dilatação. Proporções menores responderam que a indicação é feita com 5 cm (3,2%), 6 cm (32,3%) e 7 cm (9,7%) de dilatação cervical. Esses dados refletem a ausência de consenso em relação à dilatação cervical mais apropriada para se indicar o emprego da bola. Esta ocorrência remete à importância de se realizar mais pesquisas nesse sentido, a fim de se aprofundar o conhecimento relativo ao manejo da bola no trabalho de parto.

O único ensaio clínico encontrado que investigou o uso da bola, foi conduzido no Hospital Clínico San Juan, em Alicante, Espanha, com 58 parturientes

distribuídas aleatoriamente em dois grupos (34 no experimental e 24 no controle). Avaliou a eficácia da bola suíça, considerando um tempo mínimo de 20 minutos, durante o trabalho de parto em relação à diminuição do tempo de dilatação cervical sobre a condição perineal e na intensidade da dor, avaliada em dois momentos. Entre os resultados obtidos, verificou-se que no grupo da intervenção não houve interferência na duração dos períodos de dilatação nem no expulsivo e que a integridade perineal foi melhor, porém, no limite da significância estatística (p=0,052). Outro desfecho encontrado foi a significativa diminuição da dor no grupo da bola, avaliada com 4 cm de dilatação (p=0,039) e, também, no pós-parto (p=0,003) (Delgado Garcia, Miñana Moll, Poveda Bernabeu, 2008).

Na questão referente à condição ou ao diagnóstico obstétrico para indicar a bola, a maior frequência de resposta (34,8%) foi que o uso da bola auxilia na descida da apresentação fetal.

Em revisão da literatura científica, a respeito dos efeitos dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e do desconforto do trabalho de parto, verificou-se que a movimentação e o posicionamento materno influenciam no aumento dos diâmetros dos ângulos pélvico, o que facilita a descida e o encaixe da apresentação fetal. Um dos estudos citados avaliou, por meio de um aparelho de ressonância magnética, as medidas dos ângulos pélvicos (anteroposterior e transverso) em 35 mulheres não gestantes nas posições de cócoras e em quatro apoios. Os achados foram que ambas as posições tiveram os diâmetros pélvicos aumentados, quando comparados com a posição supina. Os diâmetros aumentaram 8 ± 9mm na posição de cócoras e 6 ± 7mm quando posicionadas em quatro apoios. Concluiu que os resultados podem ser mais acentuados na gestante, tendo em vista o aumento da mobilidade das articulações do corpo, como resposta às modificações hormonais da gravidez (Simkim, Bolding, 2004).

Watkins (2001) descreve em seu artigo alguns benefícios propiciados pelo emprego da bola suíça. Dentre eles, cita que sua utilização permite que haja a ampliação máxima da pelve quando a mulher posiciona-se sentada sobre a bola. Com isso, auxilia a descida da apresentação fetal no canal de parto.

Vale comentar que outras respostas das enfermeiras consideraram que a

indicação da bola tem o objetivo de auxiliar no relaxamento muscular, no alívio da dor, na progressão do trabalho de parto, como um estímulo para a movimentação da parturiente e como exercício para a região perineal.

Estudo qualitativo recente sobre a assistência ao parto em um centro de parto normal encontrou no relato de puérperas afirmações como: "Me colocaram na bola, eu fiz os movimentos", "Eu adorei ficar na bola porque o parto foi rápido", "A bola, o chuveiro e os exercícios perto da cama me ajudaram muito a suportar a dor" e "A bola ajudou a aliviar a dor e ficar deitada era muito pior". Apareceram também solicitações das mulheres a respeito das orientações a serem fornecidas durante a assistência pré-natal, tais como: "Deveriam ser passadas informações sobre o que a gente pode fazer para ajudar no parto" e "Minha amiga disse que ficou em cima de uma bola, eu nem sabia que isso existia, deveriam explicar enquanto estava grávida". Estes achados indicam que as orientações às gestantes ainda não são sistematicamente fornecidas em todas as instituições que prestam assistência pré-natal (Jamas, 2010).

Em seu livro intitulado *Birth balls: use of a physical therapy balls in maternity care*, Perez (2000) descreve sua experiência de 10 anos com o emprego da bola em gestantes, parturientes e puérperas. Cita algumas vantagens durante o trabalho de parto, como: encorajar a adoção de posturas mais fisiológicas pela mulher; auxiliar na descida e na rotação fetal; favorecer o relaxamento pélvico; permitir a mobilidade pélvica como o balanço; auxiliar no alívio da dor lombar, na ampliação do canal de parto, na progressão do trabalho de parto e na promoção de contrações mais eficazes e menos dolorosas. No caso de distocia de ombro, afirma que o emprego da bola auxilia no suporte da parturiente que necessita permanecer na posição de quatro apoios para facilitar a rotação do ombro posterior do feto no canal do parto.

De acordo com as enfermeiras entrevistadas, o diagnóstico ou a condição obstétrica no qual contraindicam a utilização da bola foram, em sua maioria (37,8%), a existência de uma doença obstétrica. Foram citados a síndrome hipertensiva da gestação (71,4%) e o descolamento prematuro de placenta, com 28,6% das respostas.

Na literatura não foram encontrados estudos que contraindicassem o uso da

bola em gestantes com a doença hipertensiva. O descolamento prematuro da placenta é uma emergência obstétrica que requer resolução imediata.

Em relação à associação de outras práticas não farmacológicas com o uso da bola, das 33 respostas obtidas, a maioria mencionou agregá-las ao banho de aspersão (54,6%) e à massagem (42,4%).

No acompanhamento do trabalho de parto, o banho de aspersão é uma prática habitual que é facilitada pelo provimento de banheiro e chuveiro nas unidades de atendimento. De acordo com a Resolução nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 da ANVISA, nas dependências dos serviços que atendem parturientes, como o pré-parto e centros de parto normal, a norma prevê a existência de um lavatório, uma bacia sanitária e um chuveiro a cada quatro pacientes. O cumprimento deste quesito viabiliza os procedimentos relacionados ao banho de aspersão como terapia auxiliar no trabalho de parto (Brasil, 2002a).

Durante o trabalho de parto, a confluência de alguns procedimentos tem fornecido resultados positivos e promissores às parturientes, especialmente, a associação dos benefícios resultantes do uso da bola que, em postura vertical permite movimentos da cintura pélvica e da prática do banho de aspersão. Alguns trabalhos destacam a eficácia do banho de aspersão ao estimular as contrações uterinas, conferir a sensação de relaxamento à parturiente favorecendo o esvaecimento cervical, além de amenizar as dores lombossacrais (Bachman, 2002 ; Basile, Junqueira, Ribeiro, 2003). Davim et al (2008) relatam que o banho de aspersão é, com frequência, associado ao emprego da bola suíça.

Revisão bibliográfica sobre a prática da massagem propõe a publicação de um guia baseado em evidências a respeito do manejo do trabalho de parto e parto, em que a massagem é associada com menores níveis sensoriais de dor (Berghella, Baxter, Chauhan, 2008). A massagem cumpre um papel importante após as contrações uterinas, atenuando dores e promovendo o relaxamento (Bachman, 2002; Basile, Junqueira, Ribeiro, 2003).

A massagem lombossacral pode ser facilmente utilizada em combinação com a bola, em razão do posicionamento da parturiente que, quando sentada, facilita sua realização.

No universo pesquisado, 32,9% das enfermeiras relataram que o uso da bola auxilia na descida e no encaixe da apresentação fetal. Outras respostas contemplaram o auxílio no relaxamento e na progressão do trabalho de parto, exercícios na região perineal, alívio da dor, benefícios psicológicos e promoção da movimentação da parturiente.

Resultados similares foram encontrados em estudo transversal realizado na maternidade do *Hospital Doctor Sótero del Rio*, no Chile com 25 parturientes que avaliou a eficácia da bola suíça em parturientes quanto aos benefícios psicobiológicos e duração do trabalho de parto. Os critérios de inclusão foram: gestação a termo, feto único em apresentação cefálica e estar no início do trabalho de parto (dilatação cervical entre 2 e 5 cm em nulíparas e 2 a 4 cm em multíparas). Em relação à duração do trabalho de parto, nas mulheres que empregaram a bola, por menos de 1 hora, foram gastos 4h 27min, ao passo que aquelas que permaneceram por mais de 1 hora levaram em média 5h 46min para atingir 6 cm de dilatação cervical. Quanto aos benefícios psicobiológicos, as usuárias indicaram diminuição da dor, distração e relaxamento durante o processo do parto (Coltters, 2000).

Revisão da literatura sobre os efeitos da mobilidade materna durante o trabalho de parto verificou que a movimentação pode ocasionar diminuição da dor, facilitar da circulação materno-fetal, aumento da intensidade das contrações uterinas, diminuição da duração do trabalho de parto, auxílio na descida e encaixe da apresentação fetal e diminuição das taxas de trauma perineal e episiotomia. O autor observa que também que o emprego da bola suíça permite à mulher assumir diferentes posições e, com isso, auxiliar a progressão do trabalho de parto (Zwelling, 2010).

Estratégias não farmacológicas de conforto e de alívio da dor durante o trabalho de parto são usualmente utilizadas por enfermeiras obstétricas, conforme indica estudo transversal com 778 parturientes em um CPN extra-hospitalar da capital paulista. Este estudo teve como objetivo a caracterização da assistência intraparto, segundo as práticas recomendadas pela OMS e apontou elevadas proporções no uso de métodos não farmacológicos, tais como: banho de aspersão (83%), deambulação (70%), massagem (64%), uso da bola suíça (48,6%) e banho de imersão (33%), contempladas na Categoria A - Práticas demonstradamente úteis que

devem ser estimuladas (Paixão, Silva, Oliveira, 2009).

A pesquisa norte-americana *Listening to Mothers II*[6] investigou os métodos não farmacológicos para alívio da dor que foram mais eficazes na percepção das mulheres entrevistadas. Foram entrevistadas 1.135 mulheres que vivenciaram o trabalho de parto, mesmo quando o desfecho foi o parto operatório e que fizeram uso de práticas não medicamentosas para diminuir a sensação dolorosa durante o processo. Cada mulher deu uma ou mais respostas e as mais citadas foram: 49% técnicas de respiração, 42% mudanças de posição e movimentos para aliviar o desconforto, 25% técnicas de hipnose, 20% massagens, 7% usos da bola suíça, 6% banhos de imersão, 6% aplicações de objetos quentes ou frios, 4% musicoterapias ou aromaterapias e 4% banhos de aspersão.

Na atual pesquisa, outra questão abordada, diz respeito à percepção das enfermeiras quanto à aceitação do uso da bola por parte das parturientes. Em uma categorização que contemplou um gradiente de aceitação com as opções de "ótima", "boa", "regular" e "ruim", não houve respostas referentes as duas últimas expressões, o que indica uma tendência de boa aceitação para essa prática. Neste sentido, segundo a declaração das enfermeiras, 67,7% alegam que a aceitação da bola é considerada "boa" e 32,3% que é "ótima".

Pesquisa com 79 puérperas que tiveram participação ativa no parto, em uma maternidade pública do Estado de São Paulo, classificou a aceitação das práticas de estímulo ao parto normal em "muito bom", "bom", "ruim" e "péssimo". A utilização da bola foi considerada, como "bom" pela maioria (52%) das puérperas e como "muito bom" por 28% delas. As categorias "ruim" e "péssimo" foram consideradas por 12% e 8%, respectivamente, das mulheres. Outras práticas avaliadas como "muito bom" e "bom" foram: ausência de tricotomia (76,2%), presença do acompanhante (100%), dieta livre (75,8%), massagem lombossacra (92,6%), balanço pélvico (84,2%), exercício de abaixa e levanta (65,9%), orientação sobre respiração (90,2%), ausência de episiotomia (81,4%), posição lateral adotada no período expulsivo (88%) e posição semissentada (86,5%) (Pfitscher, Batista, 2006).

---

[6] Disponível em: http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers

Estudo realizado nos EUA avaliou os efeitos dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto em mulheres de todo o território nacional. Esta investigação aconteceu com base na experiência vivida e variou em um gradiente de respostas predeterminadas, como: "muito satisfatório", "satisfatório", "pouco satisfatório" e "nada satisfatório". Dentre as respostas obtidas com a consideração de "muito satisfatório", a bola suíça foi mencionada em 34% das respostas, ficando atrás somente do banho de imersão (48%) e da massagem (40%) (Declerq et al., 2006).

A pesquisa qualitativa já citada anteriormente, também, constatou que uma puérpera recusou usar a bola justificando que "Não quis usar a bola porque achava que ia me dar mais dor" (Jamas, 2010). O resultado confirma o desconhecimento de algumas mulheres a respeito dos benefícios das práticas de alívio da dor e a necessidade dos profissionais comprometerem-se com a orientação da gestante durante o período da gravidez.

Estudo qualitativo sobre cuidados não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, com uma abordagem exploratória em dez parturientes, verificou que o emprego da bola foi uma das práticas incentivadas pela equipe de enfermagem. Em relação à aceitação, houve relato de uma paciente que não conseguiu permanecer na bola durante tempo inteiro que foi recomendado por uma das enfermeiras. O artigo não explicita o tempo que foi orientado para as mulheres (Sescato, Souza, Wall, 2008).

Em relação à percepção das parturientes após o uso da bola, a maioria (53,1%) das respostas foi relacionada ao relaxamento muscular proporcionado. Com frequência um pouco menor (46,9%), também, foi citado pelas enfermeiras o alívio da dor. Para Brucker, Zwelling (1997), apud Zwelling, Johnson, Allen (2006, p. 367), os movimentos realizados com o emprego da bola promovem conforto e podem diminuir a dor por meio de estímulos dos receptores mecânicos da articulação pélvica.

Um estudo prospectivo realizado com 48 primíparas em uma maternidade de médio porte da cidade de São Paulo procurou verificar qual a percepção das mulheres quanto ao uso de técnicas não farmacológicas, tais como: uso da bola suíça,

banquinho em "U", banhos de imersão e aspersão, deambulação, massagem lombossacra e associações da bola com o banho de aspersão e do banco com o banho de aspersão, durante o trabalho de parto. Verificou-se que, entre as práticas mais aceitas pelas parturientes, o uso da bola suíça no chuveiro ficou em segundo lugar, precedido pelo banho de aspersão. A prática que proporcionou maior sensação de conforto durante o trabalho de parto na percepção das mulheres, foi a bola suíça associada ao banho de aspersão, com a frequência de 33%. Na percepção das parturientes, o método com a melhor avaliação foi o emprego da bola durante o banho de aspersão (37,5%). Em contrapartida, o banquinho em "U" foi o método com a pior avaliação (Albuquerque, 2008).

Em revisão da literatura, já mencionada anteriormente, foram avaliados 14 ensaios clínicos controlados a respeito do posicionamento e da movimentação materna no primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de baixo risco com gestação a termo. Em oito desses estudos foi investigada a intensidade da dor nas mulheres quando permaneciam 30 minutos na posição sentada ou 30 minutos deitadas no leito, em posição supina. As parturientes referiram menor intensidade de dor quando permaneceram sentadas do que quando estavam deitadas. Nos outros seis ensaios avaliados (N= 2.629), houve a comparação de dois grupos: o experimental, encorajado a permanecer na posição vertical (sentado, de pé parado ou de pé andando), e o controle que permaneceu deitado na posição supina ou em decúbito lateral. Dentre esses seis estudos, três apresentaram como desfecho a diminuição da dor na posição vertical, e os três restantes não encontraram diferença estatística em relação à intensidade dolorosa nestas posições (Simkim, Bolding, 2004).

Ao serem questionadas sobre a existência de dificuldades na implementação do uso da bola na assistência ao parto, 25 (80,6%) enfermeiras responderam não encontrar nenhum problema. Em contrapartida, 6 (19,4%) delas responderam deparar-se com algum empecilho ao empregar a bola na assistência ao parto. A não aceitação dessa prática pelo médico, foi citada por três enfermeiras, a recusa da paciente citada por duas e a falta de espaço físico mencionada por uma profissional.

A não aceitação médica do uso da bola no ambiente do parto pode estar relacionada à dificuldade em aceitar qualquer prática não farmacológica e não relacionada à medicina convencional no alívio da dor e no conforto da parturiente.

Essas práticas estão relacionadas à assistência realizada por profissionais não médicos, como obstetrizes e enfermeiras obstétricas. Enfermeiros e médicos são categorias com formação acadêmica com enfoques diferentes da atenção ao parto. De acordo com Hotimsky, Schraider (2005), a classe médica em formação tem uma postura de descrédito quanto à adoção de métodos não farmacológicos para o alívio da dor na assistência ao trabalho de parto. Neste estudo, a noção de parto natural, expressão associada à humanização da assistência, foi entendida com conotação negativa, relacionada à idéia de precariedade e retrocesso, contrapondo-se à noção de uma assistência moderna.

No quesito higienização, todas as respondentes afirmaram realizar algum tipo de limpeza na superfície da bola após a mesma ser utilizada. A maioria das respostas (26,7%) diz respeito à utilização de água e sabão com posterior aplicação de álcool a 70%. As respostas restantes contemplam a utilização isolada da água e do sabão, álcool a 70%, hipoclorito de sódio e digluconato de clorexidina. Não há uma conduta única e recomendada para a limpeza da bola suíça, visto ser um dispositivo relativamente novo na assistência ao parto.

A bola suíça pode ser classificada como artigo não crítico, dependendo de como é realizado seu manuseio. Se a bola estiver envolta em PVC ou lençol, não haverá contato direto com a mucosa vaginal. Nesse caso, poderia ser feita limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (Brasil, 2002b).

Vinte e quatro enfermeiras (77,4%) afirmaram utilizar material para evitar o contato da parturiente com a superfície da bola. A maioria utiliza um forro de pano ou lençol, enquanto as restantes usam um filme plástico (PVC).

O trabalho de Zwelling, Johnson, Allen (2006) alerta para a importância de existir um protocolo no serviço que normatize a utilização, a limpeza e o armazenamento da bola.

Nos serviços visitados, apenas um deles possuía protocolo para o uso da bola, apesar da maior parte dos serviços (54,8%) possuir a bola entre 2 e 4 anos. No entanto, apesar da solicitação para conhecer o protocolo, a instituição não o disponibilizou.

Jakubek (2007) em seu artigo de revisão da literatura sobre a utilização e os

efeitos da bola suíça, levanta uma série de questionamentos sobre o tema. Enfatiza que o instrumento é utilizado com frequência em academias de ginástica, clínicas de fisioterapia, aulas de educação física e maternidades. Mas a eficácia do uso da bola em diversas áreas da saúde e medicina esportiva ainda não foi completamente elucidada. Refere ser importante a realização de mais pesquisas sobre o assunto, inclusive, em gestantes e parturientes, nas quais questões sobre a eficácia e o alívio da dor precisam de maiores esclarecimentos. Seu manejo ainda não está padronizado, e a realização de pesquisas que investiguem o tema com maior profundidade devem ser estimuladas.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Este estudo realizado com 35 enfermeiras que utilizam a bola suíça na assistência à parturiente permitiu as conclusões explicitadas a seguir.

Características dos serviços obstétricos:

- 62,9% foram Centros Obstétricos;
- 37,1% foram Centros de Parto Normal, subdivididos em:
  - 31,3% CPN intra-hospitalar;
  - 2,9% CPN peri-hospitalar;
  - 2,9% CPN extra-hospitalar.

Características dos partos nos serviços obstétricos:

- 54,3% dos serviços têm 200 ou mais partos por mês;
- 74,3% dos serviços têm até 200 partos normais por mês;
- 54,3% dos serviços o parto normal é realizado por enfermeira obstétrica.

Características dos profissionais entrevistados:

- 100% dos profissionais entrevistados foram enfermeiras;
- 40% das enfermeiras têm entre 11 e 19 anos de formada;
- 91,4% têm curso de habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica;
- 80% trabalham entre 2 e 19 anos na assistência à parturiente;
- 60% trabalham na mesma instituição entre 2 e 10 anos;
- 88,6% das enfermeiras (31) têm conhecimento e vivência com o emprego da bola suíça em parturientes.

Utilização da bola na assistência à parturiente:

- 40,9% dos Centros Obstétricos possuem bola;
- 100% dos CPN possuem bola, e a quantidade de bola foi:
  - 5 CPNs com 2 bolas;
  - 4 CPNs com 1 bola;
  - 2 CPNs com 3 bolas;
  - 2 CPNs com 5 bolas.

Posição e movimentos orientados durante o emprego da bola suíça:

- Nenhuma enfermeira orienta a parturiente a utilizar a bola sem apoio;
- 36,5%, das 85 respostas orientam a posição sentada na bola com apoio;
- 31,8%, das 85 respostas orientam movimento do "abaixa e levanta" na bola;
- 30,5%, das 85 respostas orientam o movimento rotatório com o quadril;
- 1,2% orientam a posição ajoelhada e apoiada na bola.

Duração e dilatação cervical ao utilizar a bola:

- 77,5% das enfermeiras orientam a parturiente a permanecer por 1 hora realizando exercícios na bola;
- 54,8% orientam o uso da bola a partir dos 4 cm de dilatação cervical.

Condição para indicar o uso da bola:

- 34,8% para auxiliar na descida da apresentação fetal;
- 24,2% para auxiliar no relaxamento;
- 15,1% para alívio da dor;
- 13,6% para auxiliar na progressão do trabalho de parto;

- 7,6% para estimular a movimentação da parturiente;
- 4,5% para exercitar a região perineal.

Condição ou diagnóstico obstétrico para contraindicar o uso da bola:

- 37,8% se existir doença obstétrica como síndrome hipertensiva ou descolamento prematuro de placenta;
- 16,2% nos casos de grandes multíparas;
- 10,8% se houver membranas ovulares rotas;
- 5,4% se a apresentação fetal alta e móvel, presença de edema ou varizes vulvar, sob efeito de sedativo ou analgésico;
- 2,7% durante o período expulsivo e na presença de bossa cefálica;
- 13,5% não contraindicam a bola em nenhuma situação.

Associação do uso da bola com outra prática não farmacológica:

- 54,6% com o banho de aspersão ao uso da bola;
- 42,4% com a massagem;
- 3,0% com orientação de técnicas de respiração.

Efeitos proporcionados pela utilização da bola:

- 32,9% auxílio na descida e no encaixe da apresentação fetal;
- 19,7% auxílio no relaxamento;
- 17,1% auxílio na progressão do trabalho de parto;
- 14,5% exercitam a região perineal;
- 11,8% auxílio no alívio da dor;
- 1,3% auxílio na dilatação cervical, benefícios psicológicos e promovem a movimentação da mulher.

Aceitação do uso da bola pelas parturientes:

- 32,3% das enfermeiras consideram a aceitação como “ótima”;
- 67,7% das enfermeiras consideram a aceitação como “boa”.

Dificuldades encontradas pelas enfermeiras para empregar a bola:

- 80,6% não encontraram dificuldades;
- 9,7% relataram dificuldades em razão da não aceitação desta prática pelo médico;
- 6,5% relataram a recusa da paciente;
- 3,2% relataram encontrar dificuldades devido à falta de espaço físico.

Higienização e proteção no uso da bola:

- 100% das enfermeiras realizam algum tipo de higienização da bola;
- 77,4% das enfermeiras utilizam alguma proteção, como forro/lençol ou filme plástico (PVC) sobre a bola durante sua utilização.

Efeitos relatados pelas mulheres após a utilização da bola:

- 53,1% observaram relaxamento;
- 46,9% observaram alívio da dor.

Existência de protocolo para a utilização da bola:

- 96,8% das instituições empregam a bola sem a existência de um protocolo.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como finalidade caracterizar o uso da bola suíça na assistência ao parto. A motivação para sua realização surgiu pautada na percepção de um número reduzido de produção científica sobre o tema. O fato despertou o interesse pela construção do conhecimento sobre a utilização de uma prática não convencional e não invasiva no trabalho de parto.

As práticas não farmacológicas no nascimento são boas alternativas e podem ser incentivadas e adotadas pelos serviços de saúde. Neste contexto, entende-se que a proposta de mudanças nas práticas de atenção, que considerem seus direitos à maternidade segura, prazerosa e de qualidade também são elementos importantes no atendimento à mulher.

Em nosso País, os índices de cesariana são significativamente elevados. Esta prática ocorre, muitas vezes, de maneira indiscriminada e abusiva o que pode acarretar malefícios à mãe e ao bebê.

Por isso, considera-se como primordial que políticas públicas de saúde continuem constituindo-se a favor de uma assistência materna mais integral e humanizada. Neste sentido, entende-se por humanizada o respeito à fisiologia, o não abuso de práticas intervencionistas desnecessárias e o incentivo da mulher, como protagonista do processo. Nessa visão, toma-se como princípio uma concepção ecológica do parto que compreende a não invasão da natureza da mulher e que considere o parto um evento fisiológico natural.

Para que esse processo torne-se real, a desmedicalização é um importante passo a ser alcançado, mas esta mudança não acontecerá de maneira rápida e fácil, pois exige reconfigurações no campo do cuidado à mulher. Um dos aspectos carentes de transformação são as atitudes e as posturas dos profissionais prestadores de assistência que precisam de redirecionamento durante sua formação.

Uma das propostas para um caminho menos medicalizado e intervencionista é a adoção de tecnologias não invasivas de cuidado na atenção obstétrica.

Existem políticas de saúde na atenção obstétrica que propõem um cuidado mais humanizado e menos intervencionista. Assim, o ambiente institucional do parto no Município de São Paulo tem passado por algumas transformações e o local de dar à luz, anteriormente constituído pelos Centros Obstétricos, com os setores de pré-parto tradicionais, tem sido gradativamente substituídos pelos Centros de Parto Normal. Estes serviços dispõem de elementos que valorizam o cuidado centrado nas necessidades da mulher e permitem que as enfermeiras obstétricas explorem suas habilidades de proporcionar conforto.

A bola suíça surge como um instrumento que pode ser utilizado para incentivar a mulher a movimentar-se, permanecer na posição verticalizada e promover o relaxamento e o alívio da dor, além de ser uma forma de distração para a parturiente durante o nascimento.

No decorrer do estudo, pôde ser observado que a bola suíça tem utilização, função e indicação múltiplas. Além das maternidades, está também presente em academias de ginásticas e clínicas de fisioterapia, e em cada um desses locais possui distintas aplicações.

Seu uso e eficácia ainda estão muito pouco elucidados na área obstétrica, o que demanda a realização de pesquisas clínicas com estudos de melhor delineamento para produzir evidências para a prática assistencial ao parto.

Entretanto, neste estudo, verificou-se que o objeto tem empregabilidade em várias instituições, principalmente em Centros de Parto Normal, mesmo sem a existência de um protocolo que esclareça as questões relativas a seu uso.

Questões como a segurança da mulher ao utilizá-la, limpeza da superfície para impedir a contaminação cruzada e, até mesmo, esclarecimentos sobre o(s) momento(s) adequado(s) para ser indicada precisam ser padronizados.

Durante a pesquisa observou-se a facilidade com que os profissionais empregam a bola embasados quase totalmente em suas observações empíricas. As inquietações surgidas das observações de nossa prática diária dão origem a muitas investigações que pode ser o início de um caminho a ser percorrido em busca de maiores informações sobre a aplicabilidade e a eficácia da bola suíça no trabalho de parto. Desse modo, é possível concluir-se que parece haver benefícios no uso da bola

suíça, no entanto, ensaios clínicos a respeito dessa prática são necessários para trazer evidências e esclarecer as questões levantadas neste estudo.

Referências

REFERÊNCIAS

Albuquerque, RS. Obstetrícia. Estudos com enfoque no nascimento com cuidado. São Paulo: Martinari; 2008. Efeitos de técnicas não farmacológicas para conforto no trabalho de parto: visão da parturiente e puérpera.; p. 11-27.

Anderson T. Me and my birth Ball. Pract Midwife 1998;1(9):38.

Appolinário F. Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2006. As dimensões da pesquisa; 59-66.

Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; c2009 [atualizado 2009 ago. 04; citado 2010 fev. 01]. Disponível em:http://www.abenfo.residesindical.com.br/textos.php

Bachman JA. Manejo do desconforto. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM, editores. O cuidado de enfermagem maternal. Porto Alegre: Art Med; 2002. Cap.13, p. 314-35.

Basile ALO, Junqueira RP, Ribeiro TR. Partograma humanizado: aplicação de suas condutas. Acta Científica 2003;5(2):223-6.

Basile ALO, Pinheiro MSB, Miyashita NT. Centro de Parto Normal - o futuro no presente. São Paulo: Ed. Jica; 2004. p 52-3.

Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol 2008;199(5):445-54.

Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadoras. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. [citado 2009 fev. 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P et al.

Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol 2007;21(2):98-113.
Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. Rev Bras Ginecol Obstet 2006;28(11):671-9.

Brasil. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras Providências [legislação na Internet]. Brasília, 1986 [citado 2010 jan. 15]. Disponível em: www.lei.adv.br/7498-86.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS [relatório na Internet]. Rio de Janeiro; 2008 [citado 2009 out 21]. Disponível em: http://www.ans.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA [texto na Internet]. Brasília, 2002c [citado 2009 nov. 20]. Disponível em: www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/met_epid.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)/Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher, Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – IDB/RIPSA [relatório na Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 out. 21]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/idb

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM de 5 agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde [legislação da Internet]. Brasília; 1999. [citado 2009 nov. 30] Disponível em:http://www.saude.gov.br/PORTARIAS/Port99/GM-0985.html

Brasil. RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA [resolução na Internet]. Brasília; 2002a [citado 2010 fev. 02]. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/sercosaude/arq/residuos/base_legal.ppt

Brasil. RDC n. 219, de 02 de agosto de 2002. Normatiza o uso do álcool etílico

líquido com concentração superior a 68% e inferior a 90% em organizações prestadoras de serviços de assistência à saúde humana e veterinária. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA [resolução na Internet]. Brasília; 2002b [citado 2010 fev. 02]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/219_02rdc.htm

Carrière B. Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica. São Paulo: Ed Manole; 1999.

Castro JC. Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde da mulher [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Coltters CM. Benefícios psicobiológicos del uso de la pelota de parto en embarazadas em trabajo de parto [monografia]. Santiago: Pontifícia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermaria; 2000.

Craig C. Pilates com a bola. São Paulo: Phorte Editora; 2005.

Davim RMB, Melo ES, Torres GV. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. Rev LatinoAm Enferm 2007;15(6):1150-6.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D et al . Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. Rev Eletr Enf 2008;10(3):600-9.

Declerq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women´s Childbearing Experiences. Childbirth Connection: Listening to Mothers Surveys and Reports [homepage da Internet]. New York; c2006 [atualizado 2009 fev. 25; citado 2010 mar. 30]. Disponível em: http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers

Delgado Garcia BE, Miñana Moll AS, Poveda Bernabeu A. Estudio experimental sobre la eficácia de la esferodinamia durante el trabajo de parto. [Apresentado no 12th International Nursing Research Conference/6th Biennial Joanna Briggs Colloquium; 2008 Nov. 12-15; Córdoba , Es].

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia

para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 2005.
Fahy KM, Tracy S. Birth centre trials are unreliable (Letter). Med J Aust 2006;185(7):407.

Fenwick L, Simkin P. Maternal Positioning to prevento or alleviate dystocia in labor. Clin Obstet Gynecol. 1987;30(1):83-9.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev [database on the Internet]. 2010 Feb. [cited 2010 Feb 20];(1):[about 30p.]. Available from:http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=midwife%20and%20childbearing%20and%20woman&lang=pt

Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev [database on the Internet]. 2010 Feb. [cited 2010 Feb 20];(1):[about 16p.]. Available from: http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=Home-like%20and%20versus%20and%20conventional%20and%20institutional%20and%20settings%20and%20for%20and%20birth.&lang=pt

Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. Best Practice and Research Clin Obstet Gynecol 2005;19(1):103-15.

Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Cien Saúde Colet [periódico na Internet]. 2005 jul/set. [citado 2010 jan. 20]; 10(3). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300020&script=sci_arttext&tlng

Jakubek MD. Stability Balls: reviewing the literature regarding their use and effectiveness. J Strength Cond Res 2007;29(5):58-63.

Jamas MT. Assistência ao parto em um centro de parto normal: narrativas das puérperas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Jonhston J. Birth Balls. Midwifery Today 1997; Fall (43):59, 67.

Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, Van der Westhuisen S, Jones PW.

Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. BJOG 1997;106(3):291-2.

Keen R, DiFranco J, Amis D. Care practices that promote normal birth: non-supine positions for birth. J Perinat Educ 2004;13(2):30-4.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during the first stage labour. Cochrane Database Syst Rev [database on the Internet]. 2010 Feb. [cited 2010 Feb 20];(1):[about 27p.]. Available from: http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=2192&id=&lang=pt&dblang=&lib=COC

Lopes TC. Bola do nascimento: uma opção de conforto durante o trabalho de parto. In: Resumo da Conferência Internacional sobre humanização do parto e nascimento; 2000 nov. 2-4; Fortaleza, BR.

Lopes TC, Madeira LM, S Coelho. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. Rev Min Enf 2003;7(2):134-9.

Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(2):274-9.

Moura, MAV; Nunes, MI. A atenção ao parto como espaço de poder. Acta Paul Enferm. 2004;17(3):340-6.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID; 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24].

Paixão TCR, Silva FMB, Oliveira SMJV. Caracterização da assistência implementada por enfermeiras em um centro de parto normal segundo as práticas recomendadas pela OMS: relatório. In: Anais do 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica; 2009 nov. 10-11; Ribeirão Preto, BR [CD-ROM]. São Paulo: Pró-Reitoria de Pesquisa/USP; 2009

Penna LHG, Carinhanha JI, Rodrigues RF. Consulta coletiva de pré-natal: nova proposta para uma assistência integral. In: Silva IA, Ventura K, Souza IEO. Programa de Atualização em Enfermagem: Proenf - Saúde Materna e Neonatal.

Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância. Ed: Artmed, Panamericana, Sescad; 2010. p. 117-41.

Perez P. Birth Balls - Use of a physical therapy balls in maternity care. Vermont: Cutting Edge Press; 2000.

Pfitscher LC, Batista KRS. Aceitação das puérperas em relação às práticas de atenção ao parto humanizado em uma Maternidade Pública de Itapecerica da Serra/SP. [monografia] São Paulo (SP): Centro Universitário Adventista de São Paulo; 2006.

Progianti JM, Vargens OM, Porfírio AB, Seibert SL. Desmedicalização da assistência ao parto: uso de tecnologias não invasivas em cuidados de enfermagem obstétrica. In: Silva IA, Ventura K, Souza IEO. Programa de Atualização em Enfermagem: Proenf - Saúde Materna e Neonatal. Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância. Ed: Artmed, Panamericana, Sescad; 2010. p. 65-7.

Rattner D, Abreu IPH, Araújo MJO, Santos ARF. Humanizing childbirth to reduce maternal and neonatal mortality: a national effort in Brazil. In: Davis-Floyd RE, Barclay L, Daviss B, Tritten J. Birth models that work. Berkeley: University of California Press; 2009.p.385-413.

Rocha IMS. Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Saad DEA. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

Saito E, Riesco MLG, Oliveira SMJV. Condutas no parto normal. In: Barros SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri: Ed. Manole; 2006. p. 176-8.

Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal intra-hospitalar. Rev Min Enferm. 2006;10(3):240-6.

Sescato AC, Souza SRRK, Wall ML. Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. Cogitare

Enferm 2008;13(4):585-90.

Silva FMB, Oliveira SMJV, Nobre MRC. A randomized controlled trial evaluating the effect of emmersion bath on labour pain. Midwifery 2009;25(3)::286-94.

Simkim PP, Bolding A. Update on nonpharmacologic approches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midewifery Womens Health 2004;49(6):489-504.

Simkim PP, O´Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol 2002;186(5 Suppl Nature):S131-59.

Stanton R, Reaburn RP, Humphries B. The effect of short-term swiss ball training on core stability and running economy. J Strength Cond Res 2004;18(3): 522-28.

Watkins SS. Get on the ball - the birth ball that is. Int J Childbirth Educ 2001;16(4):17-9.

Woodward VM. Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. J Adv Nurs. 1998;28(5):1046-52.

Zwelling E. Overcoming the Challenges: Maternal Movement and Positioning to Facilitate Labor Progress. Am J Matern Child Nurs 2010;35(2):72–8.

Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. Am J Matern Child Nurs 2006;31(6):364-70.

Apêndices

APÊNDICES
APÊNDICE 1

Formulário Número_____

Parte I - Caracterização da instituição:

1 - Instituição

( ) Centro Obstétrico: _____

( ) CPN:_____

2 - Número de partos mensais _____

3 - Número de partos normais/mensal _____

4 - A enfermeira obstétrica realiza o parto normal ( ) Sim ( ) Não

Parte II - Identificação do profissional:

5 - Formação profissional _____

6 - Ano de conclusão _____

7 - Curso de especialização ( ) Não ( ) Sim Qual _____

8 - Há quanto tempo trabalha na assistência à parturiente?_____

9 - Tempo na instituição _____

Parte III - Utilização da bola suíça

10- Esta maternidade possui bola suíça ? ( ) Sim ( ) Não

11 - Você tem experiência em utilizar a bola suíça em outras maternidades? ( ) Sim ( ) Não

Em caso de ambas as respostas serem negativas:

12 - Há outra prática não farmacológica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual (is)? _____

13 - Você utiliza essa prática na assistência à parturiente? ( ) Sim ( ) Não

Se não, por quê? _____

14- Existe protocolo para utilização desta prática neste serviço? ( ) Sim ( ) Não

15- Há quanto tempo existe esse instrumento na instituição? _____

- **Critérios** para a utilização:

16 - Que **posição e movimento** você orienta a paciente?

( ) sentada sem apoio ( ) sentada com apoio ( ) movimento de propulsão

( ) movimentos rotatórios com o quadril

( ) apoio para braços e tórax quando ajoelhadas ( ) todas ( ) outras

Qual? _____

17- Por quanto **tempo** você orienta a parturiente a permanecer na bola? _____

18- Qual a **dilatação cervical** da mulher que você indica o início do uso da bola? _____

19- Em que **condição ou diagnóstico obstétrico** você **indica** a bola suíça?

_____

20- Em que **condição ou diagnóstico obstétrico** você **contra - indica** o uso da bola?

_____

21- Você orienta outra **prática não farmacológica associada** ao uso da bola?

( ) Não ( ) Sim Se sim, qual (is)? _____

22 - Como é realizada a **higienização** da bola suíça entre uma paciente e outra e a **proteção** durante o uso?_____

- **Percepção** quanto a utilização:

23 - Você observa **edema** de períneo e/ou de vulva após a utilização da bola?

( ) Sim ( ) Não

24 - Quais os **efeitos** que você observa no uso da bola suíça para a parturiente?

_____

25 - **Aceitação** por parte das parturientes:

( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

26 - Você encontra **barreiras ou dificuldade** no emprego da bola ? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual (is)? _____

27 - As parturientes **verbalizam** os efeitos causados após a utilização da bola?

( ) Não ( ) Sim

28 - Se sim, qual (is)?

( ) alívio da lombossacralgia ( ) alívio da dor nas contrações ( ) relaxamento

( ) outros Qual (is) _____

APÊNDICE 2

Solicitação de autorização para realização da pesquisa

Responsável Técnico

Meu nome é Lia Mota e Silva (RG 27530464-4 / COREN 0115484), sou enfermeira e aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da USP. Estou realizando a pesquisa **"Utilização da bola suíça na assistência ao parto"** sob orientação da Profª Drª Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira e venho solicitar a sua colaboração. A pesquisa tem como objetivo *caracterizar como é utilizada a Bola Suíça na assistência à mulher durante o trabalho de parto nas maternidades que atendem o SUS e em Centros de Parto Normal do Município de São Paulo.*

Os dados serão coletados por entrevistas com um profissional de saúde da instituição, através da aplicação de um formulário. Informo que o anonimato do entrevistado será garantido na divulgação dos dados, sendo que os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e encaminhados para publicação em periódicos da área. O entrevistado tem o direito de solicitar sua exclusão da pesquisa a qualquer momento. Nesse sentido, venho solicitar sua autorização para realizar a coleta de dados com a participação voluntária do profissional de saúde que presta assistência à parturiente.

Para tanto, forneço o telefone do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica: (11) 3061 7602. Em caso de necessidade de algum esclarecimento, meu telefone é: (11) 3798 7770. Forneço, também, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de São Paulo: (11) 3397 2464.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra comigo, garantindo as condições referidas acima.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

Lia Mota e Silva _____

Responsável Técnico: _____

Registro Profissional: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2009.

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Profissional de saúde prestador de assistência.

Meu nome é Lia Mota e Silva (RG 27530464-4 / COREN 0115484), sou enfermeira e aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da USP. Estou realizando a pesquisa **"Utilização da bola suíça na assistência ao parto"** sob orientação da Profª Drª Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira e solicito a sua colaboração. O estudo tem como objetivo *caracterizar como é utilizada a Bola Suíça na assistência à mulher durante o trabalho de parto nas maternidades que atendem o SUS e em Centros de Parto Normal do Município de São Paulo.*

Os dados serão coletados através de entrevistas, através da aplicação de um formulário. Informo que seu anonimato será garantido na divulgação dos dados, sendo que os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e encaminhados para publicação em periódicos da área. Sua participação é inteiramente voluntária estando assegurado o direito de não fornecer informações e também de solicitar sua exclusão da pesquisa em qualquer momento.

Dessa forma, forneço o telefone do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica: (11) 3061 7602. Em caso de necessidade de algum esclarecimento, meu telefone é: (11) 3798 7770. Forneço, também, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de São Paulo: (11) 3397 2464.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra comigo, garantindo as condições referidas acima.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

Lia Mota e Silva _____

Eu, _____ (nome por extenso), compreendi as orientações informadas acima e concordo em participar voluntariamente do estudo.

Assinatura: _____

Registro Profissional: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2009.

Anexos

ANEXOS
ANEXO 1

Referência dos locais de pesquisa

Segue abaixo relacionado os serviços obstétricos públicos do Município de São Paulo, sendo eles as maternidades que atendem ao Sistema Único de Saúde e os Centros de Parto Normal (CPN).

Nome da Instituição	Número de profissionais a serem entrevistados
1. Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	**01**
2. Hospital e Maternidade Santa Marcelina	**01**
3. Amparo Maternal	**01**
4. Hospital Universitário F.M.U.S.P.	**01**
5. Hospital São Paulo	**01**
6. Hospital das Clinicas F.M.U.S.P.	**01**
7. Hospital Geral de Taipas	**01**
8. Hospital Regional Sul	**01**
9. Hospital Ipiranga	**01**
10. Hospital Geral de Vila Penteado	**01**
11. Hospital Geral Jesus Teixeira da Costa (Guaianazes)	**01**
12. Hospital E Maternidade Leonor Mendes de Barros	**01**
13. Hospital Geral de São Mateus	**01**
14. Hospital do Servidor Publico Estadual	**01**
15. Hospital Geral do Grajaú	**01**
16. Hospital E Maternidade Interlagos	**01**
17. Hospital Estadual Vila Alpina	**01**
18. Hospital de Sapopemba	**01**
19. Hospital Geral de Pedreira	**01**
20. Casa de Maria - Centro De Parto Normal	**01**
21. Casa de Parto de Sapopemba	**01**
22. Hospital Municipal Dr. Alípio Correia Neto	**01**
23. Hospital do Servidor Publico Municipal	**01**
24. Hospital Municipal Dr.Fernando Mauro Pires Rocha (Campo Limpo)	**01**
25. Hospital Municipal Dr.Ignácio Proença de Gouveia (Mooca)	**01**
26. Hospital Municipal Tide Setúbal	**01**
27. Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula	**01**
28. Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya	**01**
29. Hospital Municipal Prof. Mario Degni	**01**
30. Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouvêa	**01**
31. Hospital Municipal Vereador José Storopoli (V Maria)	**01**
32. Hospital Municipal Cidade Tiradentes	**01**
33. Hospital Municipal do M'boi Mirim	**01**
34. Hospital do Mandaqui	**01**
35. Hospital e Maternidade Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva (Vila Nova Cachoeirinha)	**01**
36. Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro	**01**
37. Hospital Geral do Itaim Paulista	**01**
TOTAL	**37**

ANEXO 2

1

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 24 de junho de 2009.
PARECER Nº 226/09 – CEP/SMS
CAAE: 0102.0.162.196-09

Para
Lia Mota e Silva
Sr(a) Pesquisadora

I - Identificação.
Título do projeto. Utilização da bola suíça na assistência ao parto
Pesquisador responsável: Lia Mota e Silva
Instituição onde se realizará: Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde.

II – Objetivos

Geral: *Caracterizar como é utilizada a bola suíça na assistência à mulher durante o trabalho de parto nos serviços obstétricos que atendam o Sistema Único de Saúde (SUS) e nos centros de parto normal (CPN) do Município de São Paulo.*

Objetivos Específicos:
- Caracterizar as instituições que fazem uso da bola suíça;
- Identificar o percentual de utilização da bola suíça na assistência à parturiente;
- Descrever os aspectos do emprego da bola suíça por enfermeiras obstétricas na assistência à parturiente.

III Sumário do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo sobre a utilização da bola suíça por enfermeiras obstétricas na assistência à mulher durante o trabalho de parto.

O estudo será realizado em serviços obstétrico públicos do Município de São Paulo, ou seja, nas maternidades que atendem ao Sistema Único de Saúde e nos Centros de Parto Normal.

O universo será constituído por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes que trabalham nos CPN e nas maternidades públicas de São Paulo. A entrevista será feita com uma única profissional de cada instituição, que deve prestar assistência à parturiente.

Após identificar os serviços públicos de atendimento à parturiente do município de São Paulo, será feito um contato telefônico inicial com o responsável técnico da unidade, no sentido de obter a indicação da enfermeira ou obstetriz e a permissão necessária para a realização do estudo.

Depois, a pesquisadora entrará em contato com a enfermeira indicada, para agendar a entrevista. Nas datas e horários combinados, a pesquisadora estará presente para explicar às enfermeiras obstétricas o objetivo e a metodologia do estudo e realizar a entrevista com base no instrumento de coleta de dados.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96.

A folha de rosto de rosto encontra-se preenchida corretamente. Amostra será composta de 52 sujeitos de pesquisa, um profissional de cada maternidade que faz atendimento ao SUS no município de São Paulo.

Projeto bem elaborado, assim como os TCLEs também bem elaborados, atendendo à Resolução 196/96.

O cronograma encontra-se desatualizado, no entanto a pesquisadora informa que só iniciará a coleta de dados após aprovação do Comitê de ética.

Rua General Jardim, 36 / 8º -São Paulo - CEP 01223-010 Telefone: (11) 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com
homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsms

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

CAAE: 0102.0.162.196-09

O orçamento encontra-se de forma detalhada totalizando R$ 2.755,00 que será de responsabilidade da própria pesquisadora.

O currículo anexado capacita para realização da pesquisa.

O questionário anexado é coerente com a proposta do projeto apresentado.

As referências bibliográficas estão adequadas para a realização da pesquisa.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

Rua General Jardim, 36 / 8º -São Paulo - CEP 01223-010 Telefone: (11) 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com
homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsms

ANEXO 3

Comitê de Ética em Pesquisa - CSSM
Rua Santa Marcelina, 177- CEP: 08270-070 - São Paulo - SP
Fone(011) 2070-6433 www.santamarcelina.org - comissoes@santamarcelina.org

CEP/CSSM Nº – 92/09
Folha de Rosto nº 302183
CAAE nº 0086.0.270.196-09

São Paulo, 06 de Outubro de 2009

Ilmo. (a). Sr. (a).

Investigador (a) Principal: Lia Mota e Silva

Ref.: Projeto de Pesquisa

Vimos por meio desta informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina – CSSM analisou e aprovou sem restrições em reunião realizada em 05/10/2009 o projeto de pesquisa intitulado: **"Utilização da bola suíça na assistência ao parto".**

Atenciosamente,

Dr. Adnan Neser
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CSSM

Solicitamos que encaminhe os relatórios parciais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança/ toxicidade da medição para que possamos fazer o devido acompanhamento deste estudo.

ANEXO 4

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
ARMÊNIO CRESTANA
IEPAC
SECONCI
são paulo

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Protocolo CEP nº 12/2009.

- Nome do projeto: Utilização da Bola Suíça na Assistência ao Parto.
- Pesquisador Responsável: Lia Mota e Silva.
- Nome do Orientador (ou não se aplica): Sonia Maria Junqueira V. de Oliveira.
- Instituição Responsável: Universidade de São Paulo (USP).
- Área do Conhecimento e Código (Consultar checklist de documentos): Enfermagem / 4.04.
- Justificativa do projeto: Esclarecida.
- Objetivos do projeto: Esclarecido.
- Desenho do estudo: Esclarecido.
- Obtenção da amostra: Esclarecida.
- Critérios de inclusão e exclusão dos participantes: Esclarecidos.
- Instrumentos de coleta de dados: Apresentados.
- Cronograma do estudo: Apresentado.
- Execução e financiamento: Apresentados.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Apresentado.

Conclusão:
Com base nos aspectos acima relatados, este projeto foi considerado **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Ernesto Carlos de Oliveira Saraiva
Nome Completo e Assinatura
Vice-Presidente do CEP

Data: 11/11/2009.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA ARMÊNIO CRESTANA – IEPAC | SECONCI-SP
Avenida Francisco Matarazzo, nº 74 7º andar – São Paulo – SP – CEP 05001-000 – Tel.: (11) 3664-5900
Fax: (11) 4081-8678 – e-mail: iepac@seconci-sp.org.br

MIC 642 v.0