

TOCOANALGESIA

MARIVALDO DE ASSIS
SETEMBRINO DE LIMA E SILVA HOERHAN
WALDIR ANTONIO ZUCCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO BIO-MÉDICO
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

4a 5

TOCOANALGESIA

Curso de Medicina

MARIVALDO DE ASSIS
SETEMBRINO DE LIMA E SILVA HOERHAN
WALDIR ANTONIO ZUCCO

Florianópolis, novembro de 1977

SUMÁRIO

Resumo	2
Introdução	3
Conceito	4
Material e Métodos	4
A dor no trabalho de parto	4
Princípios gerais de tocoanalgesia	6
Tipos de Tocoanalgesia	6
Substâncias que modificam a percepção da dor	7
Substâncias que interrompem a condução da dor	9
Métodos psíquicos	10
Preparação psicofísica	10
Hipnose	12
Técnicas neurofisiológicas	14
Comentários	16
Conclusão	18
Bibliografia	19

*
* * *

RESUMO

Com base em pesquisa bibliográfica, buscaram-se dados acerca dos métodos atualmente disponíveis em tocoanalgesia, examinando-se as vantagens e desvantagens de cada um deles

1 - INTRODUÇÃO

O parto é referido pela maioria das mães como um acontecimento acompanhado de intensa dor.

A angústia das parturientes levou os tocologistas a um estudo mais detalhado dos fenômenos que ocorrem durante esse transe, na tentativa de reduzir ou mesmo abolir a dor da parturição.

Como consequência surgiram diversos métodos de tocoanalgesia, cada qual com suas vantagens e limitações.

Visamos, numa revisão bibliográfica, analisar os diversos meios analgéticos, considerando as vantagens maternas sob o ponto de vista analgésico e, os efeitos sobre o feto.

*

* *

2 - CONCEITO

Tocoanalgesia é a supressão ou diminuição da dor do parto, através de meios farmacológicos ou não e, que em geral não afetam a consciência da parturiente.

*
* *

3 - MATERIAL E MÉTODOS

3.1 - Pesquisa bibliográfica constante de livros e revistas de

- obstetrícia
- ginecologia
- anestesiologia
- acupuntura
- hipnose.

3.2 - Seleção das informações, resumo e discussão do material compulsado.

*
* *

4 - A DOR NO TRABALHO DE PARTO

4.1 - VIAS NERVOSAS DE CONDUÇÃO DA DOR

A inervação motora do corpo uterino é oriunda principalmente dos gânglios simpáticos e dos segmentos 5 a 10 da medula espinhal.

As fibras pré-ganglionares ultrapassam o plexo aórtico até o hipogástrico, o qual encontra-se a frente da vértebra L-5. É de onde saem as fibras pós-ganglionares.

que vão ^{1/2} corpo do útero e que acompanham os plexos pélvicos que irão formar a rede nervosa na vagina e reto.

Os estímulos sensitivos do corpo do útero se transmitem pelos plexos pélvicos, hipogástrico e aórtico, aos segmentos 11 e 12 dorsais.

Já a inervação motora do colo do útero, é oriunda dos gânglios parassimpáticos das raízes sacras 2,3 e 4. Os estímulos sensitivos vêm dos segmentos sacrais 2,3 e 4.

A vagina não tem inervação motora. Sua inervação sensitiva é parte dos nervos somáticos parassimpáticos e parte de simpáticos.

Os estímulos da parte alta da vagina relaciona-se com os plexos pélvicos e os da parte inferior com o pudendo.

O períneo e a vulva recebem inervação motora e sensitiva das raízes sacras 2,3 e 4 por intermédio do nervo pudendo e ramo sensitivo do ciático menor.

Na prática, não mais encontrar-se-á a dor inicial do trabalho de parto, quando são seccionados os nervos hipogástricos, que conduzem a sensação dolorosa do útero. Nem tão pouco, quando são bloqueados os nervos somáticos que determinam o estímulo doloroso na ultimação do período expulsivo.

4.2 - MECANISMO DA DOR

O útero é insensível à secção e à compressão. Apenas produz dor, na fração dos ligamentos que o sustentam.

As dores do parto iniciam-se quando as contrações dos músculos do segmento superior distendem as fibras longitudinais do segmento inferior. Simultaneamente se relaxam as fibras circulares do colo. Provavelmente a dor é causada pela anóxia da musculatura uterina, resultante da compressão dos vasos sanguíneos do útero.

As dores fazem-se sentir principalmente na parte inferior do abdômen (zona correspondente ao segmento inferior do útero e do colo).

A dor no períneo surge na 2a. fase da parturição, devido à compressão dos músculos do assoalho pélvico pela cabeça do feto.

Porém, a dor mais intensa do parto ocorre ao nascimento da criança, quando então se distende a pele da vulva e do períneo.

Apesar de a dor relacionar-se com as contrações uterinas, não guarda relação com a força de contração (força motora). A dor inicia-se em média 12, 15, 20 segundos após a contração, terminando momentos antes que a mesma se finde. Entretanto, nem sempre há correlação entre a contração uterina e a sensação dolorosa.

*
* *

5 - PRINCÍPIOS GERAIS DE TOCOANALGESIA

Com o uso de fármacos deseja-se obter inibição da contração, sem no entanto, suprimi-la, quando seu tônus, intensidade e frequência estão anormalmente elevados.

Pretende-se, ainda, com essa prática agir sobre o colo do útero facilitando sua dilatação, diminuindo sua espasticidade, reduzindo a sensibilidade dolorosa sem contudo, promover inércia uterina.

Devem-se usar drogas inócuas para o binômio feto-mãe.

Em qualquer outro método usado, deve-se sempre levar em consideração os efeitos tóxicos sobre o feto e a mãe.

*
* *

6 - TIPOS DE TOCOANALGESIA

- I - Emprego de substâncias que modificam a percepção da dor.
- II - Emprego de substâncias que interrompem a condução da dor
- III - Emprego de métodos psíquicos
- IV - Emprego de técnicas neurofisiológicas.

I - EMPREGO DE SUBSTANCIAS QUE MODIFICAM A PERCEPÇÃO DA DOR

A escolha da substância analgésica relaciona-se com a evolução do parto em questão.

Na fase inicial da dilatação do colo, conseguiu-se suprimir a dor com os analgésicos comuns que não interferem nos centros vitais do feto. Entretanto, a dor se torna mais intensa à medida que a dilatação se aproxima do auge.

Nessa fase mais avançada, os analgésicos comuns não mais resolvem, sendo necessários agentes mais potentes. Foi lançado mão dos agentes inalatórios que em geral são depressores, principalmente do aparelho respiratório.

Drogas mais usadas:

Postulou-se usar no período compreendido entre o início do trabalho de parto até $3/4$ da dilatação cervical (8 cm para primíparas e 6 cm para múltiparas), os agentes não inalatórios. Deste estágio até o delivramento, considera-se mais adequado o uso de substâncias inalatórias, uma vez que, desse momento em diante, somos obrigados a suprimir a analgesia por narcóticos, sob pena de causar depressão respiratória grave ao feto.

1 - Agentes não inalatórios

Assim, foi usado no 1º período o CLORAL, por via oral, na dose de 1-2 g, o qual tem considerável efeito hipnótico e fraco poder analgésico.

Outros produtos apenas com efeito sedativo podem e são com frequência usados, tais como os barbituratos de ação curta como o pentobarbital e o secobarbital em dose de 100-200 mg, ou não barbitúrico como a glutetimida na dose de 1 g.

Drogas hipnóticas podem, entretanto, determinar delírios à parturiente, prejudicando assim, as ações da parturição.

Dessa forma, preferem-se as substâncias narcóticas tais como a meperidina (Demerol), na dose de 100 mg, com aplicação I.M., que além de aliviar a dor, seda a parturiente. Aliás, a meperidina é o fármaco mais indicado neste período.

Porém, a meperidina tem efeitos colaterais indesejáveis, especialmente como depressor respiratório. Na tentativa de suprir essa deficiência, foram tentadas várias associações de drogas.

Associou-se a meperidina aos derivados alil da morfina: a nalorfina e o levolorfan, com o intuito de se eliminar a depressão respiratória. Entretanto, observou-se que para se conseguir analgesia, a dose teria que ser aumentada e as aplicações mais frequentes.

Foi ainda associada a meperidina às fenotiazinas, tais como: promazina, clorpromazina e prometazina, com a diferença que aqui desejou-se acentuar o efeito analgésico. Essas associações também não foram satisfatórias.

Houve ainda, sem resultados positivos, a associação com os benzodiazepínicos.

Novos narcóticos foram introduzidos, tal como a alfaprodina, fenazocina. Como nenhum deles desse resultados satisfatórios, foram abandonados.

Outras associações surgiram e foram lançadas no comércio, porém, não preencheram os requisitos da tocoanalgesia. Como exemplo citamos: Sedalene^R - Dipiróna-papaverina-adinefina e metilbrometo de homatropina; Dorscopena^R - clorofenotiazinilscopina-levopromazina-metilbutifênio-dipiróna.

Todas as associações com a meperidina ou independentes dela, não a superaram em efeito, ficando, portanto, a mesma, como droga de escolha para a primeira fase. Lembramos aqui, mais uma vez, que seus efeitos colaterais contrariam os princípios da tocoanalgesia.

2 - Agentes inalatórios:

Podem-se usar misturas como: óxido nitroso e ar; óxido nitroso e oxigênio; metoxifluorano (Pentane^R) e oxigênio; éter etílico e oxigênio; ciclopropano e tricloroetileno (Trilene^R).

Entretanto, essas substâncias têm como inconvenientes, o fato de não serem totalmente inócuas para o feto e de requererem a presença de anestesista.

II - EMPREGO DE SUBSTANCIAS QUE INTERROMPEM A CONDUÇÃO DA DOR

Esses métodos visam abolir toda a sensibilidade dolorosa do canal do parto, sem no entanto, tirar a consciência da mãe.

Permanecendo lúcida, a parturiente terá condições de perceber as contrações uterinas, participar mais ativamente do parto, auxiliando assim, a expulsão do concepto.

Sendo esses métodos anestésicos, levam a um relaxamento da musculatura do colo uterino, vagina, períneo e vulva, facilitando sobremaneira o parto.

Como procedimentos que interrompem a condução da dor, podem-se utilizar:

- anestesia raquiana baixa ou bloqueio intradural em sela
- anestesia peridural lombar
- anestesia peridural caudal
- bloqueio para-cervical contínuo
- anestesia locorreional
- anestesia pré-sacra
- anestesia trans-sacra.

Destas, a anestesia peridural lombar é a ideal, sobrepujando a raquianestesia, por ser desprovida dos efeitos colaterais daquela (cefaléia e risco de meningite); a peridural caudal porque sua aplicação é mais fácil e a anestesia mais ampla, a anestesia locorreional, a pré e trans sacra, o bloqueio para-cervical contínuo, porque sua aplicação é menos dolorosa que estas.

Porém, na prática observa-se que a mais comumente utilizada é a locorreional. Talvez isso se deva ao fato de que seu uso dispensa a presença de anestesista, pela facilidade de aplicação.

Os anestésicos disponíveis para as intervenções supra são:

- Procaína (Xilocaína^R 2 e 5%)
- Intracaína
- Tetracaína
- Dibucaína
- Meticaína.

III - MÉTODOS PSIQUICOS

Preparação psicossomática para o parto

Não há setor na Medicina em que não se reconheça a interdependência íntima entre fatores anímicos e funções estritamente orgânicos.

Destarte, nos últimos anos a atuação dos obstetras modificou-se e a assistência à parturição passou a ser prestada de forma mais compreensiva. Criaram-se técnicas de preparação do parto que, por terem bases psicológicas, foram enquadradas entre os métodos psicossomáticos. São a preparação psicofísica e a Hipnose.

A - PREPARAÇÃO PSICOFÍSICA

A Preparação Psicofísica é método de educação psíquica e física que visa manter ou reconduzir a gestante a normal equilíbrio emocional e atenuando, ou por vezes suprimindo as dores, disciplina o comportamento da parturiente, com manifestas vantagens sobre a parturição.

a - MÉTODO DE READ

Foi Read, em 1933, o primeiro a chamar a atenção para a interferência dos fatores emocionais no trabalho de parto, através de seu livro "Parto Natural".

Segundo Read o parto é acompanhado de sensação dolorosa perfeitamente suportável. As dores cruciantes de que muitas mulheres civilizadas se queixam seria consequência do medo que lhes foi incutido desde a infância, exacerbado durante a gestação, por informações pessimistas e inexatas. O medo leva à tensão de espírito e facilmente dá a impressão da dor. Esta por sua vez, gera mais medo, fechando assim um ciclo vicioso.

O medo seria consequência de três fatores:

- 1 - sugestão
- 2 - desconhecimento da conformação, da função dos órgãos genitais e dos fenômenos da parturição
- 3 - falta de amparo psicológico durante o parto.

1 - A mulher é sugestionada desde criança, pois ouve falar do parto como evento terrificante.

O ambiente hospitalar, com ruídos, gritos, instrumentos, preparativos, a atitude da recepcionista, da parteira e por vezes, do próprio médico, tudo pode causar receios e apreensões.

2 - A ignorância quanto a sua constituição física e as modificações que ocorrem, leva a parturiente a ter idéias falsas e fantasiosas com respeito à parturição, proporcionando assim medo que leva à dor.

3 - A falta de amparo psicológico desencadeia o medo que leva à dor.

1 e 2 podem ser resolvidos no pré-natal através de esclarecimentos à gestante.

3 é resolvido na sala de parto, não deixando a parturiente abandonada. É necessário ter a seu lado, pessoa de sua confiança que, com simplicidade, calma e otimismo a informe do que estiver acontecendo.

Ao obstetra compete fornecer à parturiente explicações, instruí-la e encorajá-la.

Relaxamento: A maioria das gestantes não tem consciência do estado de tensão dos seus músculos, que é traduzida por leve taquipnéia e taquicardia, pequenos movimentos musculares (enrugamento da fronte, movimentos dos globos oculares, atividade mental contínua, etc.).

Praticando-se o relaxamento, pode-se desfazer essa tensão. A gestante deve exercitar um a dois grupos musculares por dia, criando aos poucos o hábito de concentrar-se para reconhecer os músculos que estão contraídos, a fim de descontraí-los.

Música: Baseados na influência da música sobre o estado emocional e nas pesquisas de Capuso da "Music Research Foundation" de Nova Iorque, alguns autores a utilizam como auxílio na preparação para o parto.

Corti, escolhendo peças musicais suaves, obteve, em gestantes, redução do tono muscular e maior concentração mental.

Respiração: Durante o trabalho de parto agrava-se a contradição entre a respiração desordenada e o consumo de oxigênio aumentado. Daí a importância da ginástica respiratória no preparo psicofísico.

A gestante deve ainda praticar o exercício de apnéia voluntária, tão necessária no período expulsivo.

Read obteve, em 78% dos partos, bons resultados.

b - MÉTODO SOVIÉTICO

Criado na União Soviética, desenvolvido na França, espalhou-se por todo o mundo civilizado, a partir de 1951.

Não obstante os russos considerarem seu processo inteiramente diferente do de Read, ambos têm muito em comum e, na prática e nos resultados, se assemelham.

Observa-se que no sistema de Read existe um complemento que é a ginástica.

B - HIPNOSE

A aplicação da hipnose para um parto sem dor vem dos tempos do mesmerismo. Referimo-nos à hipnose induzida por médico, através de uma técnica específica. "Cada vez mais empregada, embora em quantidade ínfima comparada às suas vantagens, a hipnose em obstetrícia tem que lutar ainda com o desconhecimento geral, as superstições, a luta cega daqueles que, geralmente, nada sabem do processo" (A. Carneiro).

Começa-se convenientemente a preparação duas até três semanas, antes do parto esperado e trata-se de conduzir a paciente ao estado de sono profundo e, desse modo, à amnésia e à analgesia.

Uma vez conseguido o estado desejado de analgesia, pode considerar-se a preparação em si, como terminada e só restará convencer à gestante, no máximo uma vez por semana até o dia do parto, por meio de breves hipnose, em estado de vigília, para que a eficiência da sugestão se mantenha sem diminuir (segundo G.v. Wolff, apud J.H. Shultz in Técnica da Hipnose, pág 62).

As vantagens oferecidas pela hipnose, quando bem conduzida por profissional competente, seriam:

- a - diminuição da tensão e da angústia
- b - facilitação do relaxamento e aumento da confiança própria
- c - supressão ou atenuação da sensação dolorosa, propiciando comportamento calmo e mesmo amnésia
- d - influência benéfica sobre a contratilidade do útero corrigindo discinesias
- e - supressão ou grande diminuição da estafa física, pois as próprias sugestões hipnóticas corrigem essa sensação
- f - obtenção de relaxamento mais profundo que o decorrente dos métodos psicossomáticos
- g - possibilidade, em caso de intervenção tocúrgica, de potencializar ou mesmo dispensar a anestesia. Segundo De Lee "em obstetrícia o único anestésico absolutamente sem perigo algum é a hipnose".
- h - possibilita perdas mínimas por sangramento, no parto
- i - facilita ou mesmo promove integralmente, a hemostasia, se necessário
- j - ausência de retardo ou complicações na dequitação
- k - evita-se o uso de drogas hormonais ou não, no pré, trans e pós-parto
- l - Pode-se promover a lactopoesse, quando deficiente
- m - não deprime o recém-nascido, podendo inclusive, beneficiá-lo, pelas boas condições psicológicas da mãe.

As desvantagens assinaladas pela maioria dos autores são:

- a - o tempo dispendido pelo obstetra. Segundo Shultz, deve-se praticar o mínimo de sessões necessárias (no máximo 4-5). Recomenda-se em muitos casos, a hipnose intra-parto. Outros autores como Schneck, Newbold, Mosconi e Kroger tornam o método mais rápido, recorrendo ou à auto-hipnose e à hipnose em grupo ou à transferência do "rapport" a outra pessoa.

b - Exige cuidadoso preparo técnico e razoável experiência.

c - Há certa percentagem de pacientes resistentes

d - os resultados são de certo modo imprevisíveis, uma vez que gestantes nas quais se conseguiu induzir profundo estado hipnótico, podem, no momento do parto, não apresentar o comportamento calmo que seria de esperar.

e - é totalmente ineficaz em parturientes psicóticas ou portadoras de graves distúrbios emocionais.

IV - EMPREGO DE TÉCNICAS NEUROFISIOLÓGICAS

A Acupuntura é um ramo da Medicina Tradicional chinesa, que já se praticava em épocas muito remotas, cerca de 5.000 anos. O termo (do latim acus, agulha e punctura, punção), dado pelos missionários jesuítas que visitaram a China no século XVII e descreveram o método, expressa somente uma parte do mesmo, que deveria chamar-se Acupuntura e Moxibustão, ou simplesmente "Agulha e Moxa" (Tchen-Ziú), de acordo com seu nome original.

A Acupuntura consiste, conforme indica a origem da palavra na inserção, na profundidade de alguns milímetros, de agulhas muito finas, em pontos da pele especificamente determinados. As agulhas são deixadas no local por alguns minutos e depois removidas. Pode parecer que o fato não teve importância mas, dependendo da particularidade do caso, o resultado pode ser tal que se terá a impressão de um passe de mágica (Felix Mann, in Acupuntura).

Diretamente sob a epiderme existe uma rede de nervos, disposta em toda a sua extensão (parte do sistema nervoso autônomo) que recebe e transmite todos os impulsos oriundos de partes mais profundas do corpo - os órgãos, cérebro, ossos, músculos, etc. Quando uma percepção é recebida de um órgão doente, soa um alarma nos terminais do nervo sob a pele. Este fato pode ser sentido como distúrbio, que vem a se tornar doloroso quando o local afetado da pele é pressionado. O mesmo alarma pode ser sentido pelas mudanças elétricas na pele. Os mais importantes filetes dessa rede ner-

vosa correm ao longo do que chamam "meridianos" e é sobre eles que a maioria dos pontos de acupuntura se situam (de la Fuye).

Nos últimos anos, se tem pesquisado o método chinês de sedação da dor, através da punção de pontos particulares situados na epiderme. Mecanismos ainda não esclarecidos perfeitamente, fazem com que a introdução de uma agulha nesses locais diminua ou suprima a sensação dolorosa, aumentando o limiar de dor, ao mesmo tempo que facilita o trabalho de parto. Os resultados iniciais das pesquisas levadas a efeito (Chu Lien, na China; Wogralik na Rússia; Felix Mann, na Inglaterra; David J. Sussmann, na Argentina e outros em diversos países ocidentais), estão demonstrando que essa técnica, além de abreviar o trabalho de parto, proporciona conforto, calma, elimina a angústia e a ansiedade, dispersa o medo das parturientes. Estatisticamente, as técnicas de Acupuntura revelam efetiva ação tocoanalgésica, além das demais vantagens já apontadas (Journal of Obstetric, N.Y, 1976).

Embora seja desejável uma preparação anterior da gestante, no pré-natal, este procedimento não é imprescindível.

*
* *

7 - TOCOANALGESIA E O CONCEITO - COMENTÁRIOS

A hipóxia neonatal é causa de considerável número de mortes de recém-nascidos, sobretudo na primeira semana.

Neste período, mais de 50% das crianças que vão a óbito, apresentam ventilação pulmonar deficiente. É, portanto, fato de extrema importância, a depressão respiratória durante a expulsão fetal. Nesta fase, condições anormais determinarão ao RN relativa insuficiência respiratória, ocasionando a hipóxia neonatal e que, fatalmente, terá sua repercussão imediata.

Para que se tenha uma respiração satisfatória, é necessário, além de outras condições que:

- a - os centros respiratórios estejam ativos
- b - as vias nervosas estejam íntegras
- c - os músculos estejam em condições de efetuar os movimentos respiratórios.

Múltiplas são as causas de hipóxia, porém, o efeito depressivo de drogas analgóticas, em especial os opiáceos e barbitúricos, afetam prejudicialmente os movimentos respiratórios do feto, reduzindo-os ou até inibindo-os por completo.

A asfixia neonatal é, em geral, continuação daquela ocorrida durante o trabalho de parto.

Entretanto, a prática de partos dirigidos, no que tange à diminuição da dor, é frequentemente considerada como sendo procedimento inócua ao feto.

A evidenciação de um índice de Apgar relativamente baixo no 1º minuto, mas com elevação a partir do 5º minuto, é tida como prova concreta da inocuidade da ação farmacológica por analgésicos, sedativos e anestésicos sobre os recém-nascidos.

Estudando-se alguns dos vários compostos usados podemos observar, por exemplo, que:

A - Compostos de morfina agem principalmente no aparelho respiratório do recém-nascido. Determina apnéia central e início tardio dos movimentos respiratórios.

B - Meperidina (analgésico sintético) - reduz o volume minuto respiratório dos recém-nascidos, em suas primeiras horas de vida.

C - Outros compostos como os tranquilizantes, os barbitúricos e os inalatórios (protóxido de azoto, tricloroetileno, éter etílico, ciclopropano, etc.) são todos fortes depressores dos centros vitais do feto.

D - Destacam-se, porém, os compostos derivados de fenotiazina (clorpromazina, prometazina, prometazina) como de pouca ação depressora sobre o recém-nascido.

Considerando, entretanto, os métodos de bloqueio da condução da dor, como frisamos, pouco ou nenhum efeito nocivo exercem sobre o feto.

A administração recente e às vezes repetida de substâncias analgóticas, determinam recém-nascidos com dificuldades relativas para realizar seus movimentos respiratórios, apresentando-se constantemente cianosados, ofegantes e flácidos.

O emprego de métodos não farmacológicos tais como a Hipnose e outros métodos psicológicos de preparação para o parto sem dor, acompanhados ou não de exercícios selecionados e instrução da gestante acerca da constituição anatômica e fisiologia dos seus órgãos, sistemas e aparelhos, tem demonstrado que, em considerável número de casos, proporciona solução eutócica, desprovida de efeitos depressores sobre o recém-nascido.

A Acupuntura como método de sedação da dor e facilitação da parturição, parece estar em franca evolução experimental na Medicina ocidental. A semelhança dos métodos psico-fisiológicos, não determina efeitos colaterais danosos ao feto. Parece, pelos conhecimentos atuais, ligeiramente inferior àqueles, sendo, entretanto, superior aos métodos farmacológicos.

*

**

8 - CONCLUSÃO

1 - A associação de fármacos quaisquer que sejam, não se mostrou superior ao do uso isolado da meperidina, em tocoanalgesia.

2 - Dentre os métodos farmacológicos, o da supressão da dor, em particular a anestesia subdural, seria o método de escolha, devido à sua eficiência e à baixa incidência de efeitos colaterais.

3 - O método ideal seria o da Hipnose. Tem, entretanto, como limitação a exigência de uma preparação prévia, relativamente prolongada da gestante, por obstetra hipnólogo ou por clínico que exerça essa técnica.

4 - A Acupuntura, pela sua inocuidade e eficiência, seria também, um método de eleição. Dispensa preparação anterior da gestante, mas, é imprescindível a presença de profissional que domine a técnica.

*

* *

10 - BIBLIOGRAFIA

- 1 - AKSTEIN, David - Hipnologia, Vol.I, Hypnos, Rio de Janeiro, 1973. 429 p.
- 2 - AMIN, Nazareno - Parto sem Dor, 3a.Ed., Florianópolis, 1975.
- 3 - CARNEIRO, André - Manual de Hipnose, Resenha Universitária, S.Paulo, 1976. 158 p.
- 4 - CAVALCANTI, Abner J. & BANONE, Mário - Jornal Brasileiro de Ginecologia, 80(1):33-8, julho, 1975
- 5 - CERRUTI, Francisco - in Obstetrícia de Jorge Rezende - Cap. 10-B, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1969.
- 6 - DOUGNTY, Andrew - in Anestesiologia de DAVISON, Cap.52, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1969.
- 7 - MANN, Felix - Acupuntura, Hemus, S.Paulo, 1971. 208 p.
- 8 - MARCONDES, Eduardo - Pediatria Básica, III vol., Cap. VIII, Sarvier, S.Paulo, 1975.
- 9 - NEME, Bussâmara et alii - Maternidade e Infância, 29 (4):419-23, Outubro-Dezembro, 1970
- 10 - NEME, Bussâmara et alii - Maternidade e Infância, 32 (4):425-29, Outubro-dezembro, 1970
- 11 - NEME, Bussâmara et alii - Maternidade e Infância, 32 (1):79-82, janeiro-março, 1973
- 12 - NEME, Bussâmara et alii - Maternidade e Infância, 28 (3):145-50, julho-setembro, 1969.
- 13 - REZENDE, Jorge de et alii - Jornal Brasileiro de Ginecologia, 81(1):15-21, janeiro, 1976.
- 14 - REZENDE, Jorge de et alii - Obstetrícia, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1969
- 15 - RIBEIRO, Renato - in Obstetrícia de Jorge Rezende, Cap. 16, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1969
- 16 - SHULTZ, J.H. - Técnica da Hipnose, Mestre Jou, S.Paulo, 1966. 86 p.
- 17 - SOUZA, Norton M.S. - in Parto Sem Dor de Nazareno Amin- Analgesia Obstétrica, Florianópolis, 1975.
- 18 - SUSSMANN, David J. - Acupuntura, Teoría y Practica, Kier, Buenos Aires, 1974. 407 p.
- 19 - SUSSMANN, David J. - O Que É A Acupuntura?, Record, Rio de Janeiro, 1974. 264 p.

TCC
UFSC
TO
0068

N.Cham. TCC UFSC TO 0058

Autor: Assis, Marivaldo d

Titulo: Tocoanalgesia. ..



972800168

Ac. 254211

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM