

Educação

PREPARO DA GESTANTE PARA O PARTO*

** *Wanda Escobar da Silva Freddi*

INTRODUÇÃO

Uma das preocupações mais antigas do homem tem sido o alívio da dor no parto. Nas sociedades primitivas, então, recorria-se a práticas mágicas, amuletos, etc. Estas práticas mágicas, usadas naquele tipo de sociedade, também, são encontrados na Idade Média e nos Tempos Modernos. Ainda hoje é comum encontrarmos parturientes com amuletos, aos quais atribuem poderes que facilitarão o parto, diminuindo a dor.

A partir de Hipócrates, o homem começou a se preocupar mais com os meios para aliviar a dor no parto, evoluindo, lentamente, da era empírica para a era científica. Nesta evolução, utilizaram, inicialmente, a hipnose e, posteriormente, as drogas.

Em 1776, Antonio Mesmer descreveu "o magnetismo animal", onde afirmava que um indivíduo pode influir no outro. Para ele, o magnetismo animal manifestava-se por uma crise convulsiva, benéfica ao paciente. Em 1784, o Marquês de Puységur continuando os estudos de Mesmer, observou que a crise convulsiva era dispensável.

Esta fase inicial, em que se empregavam os fluidos magnéticos, terminou quando, em 1843, o médico inglês Braid introduziu o termo "hipnotismo", passando a utilizar a sugestão verbal.

A analgesia sonambúlica foi empregada com sucesso em 1866, por Liebaut, em quatro casos de parto.

A era científica da hipnose iniciou-se na Rússia, com os estudos de Pavlov, em 1920, sobre os reflexos absolutos (inatos) e os reflexos condicionados (aprendidos). A partir desta época, o neuropsicó-

* Este é o primeiro de uma série de artigos sobre o mesmo assunto.

** Professor Assistente Doutor da Escola de Enfermagem da USP.
Publicação simultânea com a Rev. de Esc. Enf. USA.

logo russo Platónov passou a aplicar a teoria de Pavlov, tanto na terapêutica em geral como para conseguir o parto sem dor. Outros adeptos da aplicação da hipnose no parto continuaram seu estudos. Entre eles, citaríamos Velovski (neuropsiquiatra), Nikolaiev (tocologo) e Zdravomislov, que publicou um livro, "O parto sob hipnose" (15), em 1938. Tudo isto levou esses estudiosos a valorizarem a analgesia verbal, sendo esta a precursora do Método Psicofilático.

O controle da dor no parto estimulou mais pesquisas. Em 1847, James Simpson demonstrou que o clorofórmio era uma anestesia poderosa, e logo aplicou esta descoberta na obstetria. Em 1848, o médico brasileiro Rodrigo de Bivar utilizava a anestesia com clorofórmio, com a finalidade de minorar a dor no parto. Em 1853, Snow empregou o clorofórmio ao assistir o parto da Rainha Vitória da Inglaterra, e, desde esta época, este tipo de anestesia passou a ser conhecido como "anesthésie à la reine".

O "Sono Crepúscular" provocado pela morfina e pela Escopolamina, foi citado, pela primeira vez, em 1902, por Von Steinbuechel. Em 1915, Helman, através da publicação de sua obra "Amnesia and analgesia in Parturition (Twilight Sleep)" (7), fez um histórico do uso da escopolamina e da morfina, em obstetria; descreve a farmacologia da escopolamina, e também as diferentes técnicas de aplicação destes medicamentos.

No início do século surgiram duas escolas básicas doutrinárias: a de Granthy Dick Read e a do método psicofilático, criada por Velovski, Piatonov, Plotitcher, Chougon, Bicov e Nicolaiev.

Estes dois métodos, utilizados em obstetria para minorar (ou abolir) a dor no parto, têm sido objetivo de discussões, relacionadas tanto com as suas bases teóricas como com sua aplicação prática. Embora existam controvérsias, há um ponto que é comum aos dois métodos: a importância do fator psicológico na gestação e no parto. Ao estudarmos estes métodos, portanto, deveremos nos preocupar com o bem estar da mulher no ciclo grávido-puerperal, propondo-nos a fazer as necessárias adaptações a fim de alcançarmos este objetivo.

PARTO NATURAL OU PARTO SEM MEDO

I — Teoria.

Grantly Dick Read foi um obstetra inglês, muito hábil, introvertido, e profundo observador de fenômenos da natureza.

Em 1914, ao assistir uma parturiente que residia em Whitechapel, bairro pobre de Londres, ficou profundamente impressionado quando esta recusou a anestesia com clorofórmio, alegando não sentir dor e acreditar que não deveria doer. Este incidente e observações que

fez na Inglaterra, França e Bélgica, levaram-no a concluir que a atitude da mulher em relação ao parto influe consideravelmente na evolução do mesmo. Read concluiu que nenhuma lei natural pode justificar o sofrimento no parto e passou a divulgar suas idéias, para conseguir diminuir ou eliminar a dor no parto. Para ele, confiança, compreensão e ausência de medo, são os fatores essenciais do parto sem dor.

Em 1933, Read publicou seu primeiro livro, intitulado "Natural Childbirth" (11), em que procurou condensar suas idéias sobre a nefasta influência dos fatores emocionais na evolução do parto. Apontou a tríade "Medo — Tensão — Dor" como sendo a responsável pelo desconforto e pela dor no parto. Afirmou que a superstição, a civilização e a cultura influem na mulher, contribuindo grandemente para o medo e a angústia relacionados ao parto.

O medo dá lugar a uma tensão protetora, que não somente é mental, como também influe na tensão muscular quando a gestante entra em trabalho de parto, afetando o colo do útero e dificultando-lhe a dilatação. Read explica este mecanismo da dor segundo a falta de coordenação das fibras uterinas. A distribuição das fibras uterinas é a seguinte:

— camada externa: fibras longitudinais, que têm a função de fazer o útero encurtar-se;

— camada mediana: fibras em espiral (em forma de 8), cuja função é hemostática;

— camada interna: fibras circulares, com função constrictora.

Do útero, parte um estímulo, que vai até a medula e desta até o tálamo (cadeia de neurônios). Quando a mulher engravida, influências atávicas desfavoráveis, juntamente com o medo criam uma situação que ela interpreta como sendo de perigo, e da qual quer fugir. Não podendo fazê-lo, origina-se a tensão protetora, que impede a coordenação da contração muscular, predominando as fibras circulares às longitudinais, havendo uma dilatação brusca do colo, que determina a dor. A dor aumenta a tensão e assim se instala um círculo vicioso: Medo, — Tensão — Dor.

Por este motivo, Read argumentava que, além da gestante ser anatomicamente perfeita e quimicamente equilibrada, deveria apresentar-se emocionalmente bem, mantendo-se dentro de um limite de normalidade, evitando o início de reflexos produtores de tensão. Ao explicar o mecanismo nervoso pelo qual o medo causa a dor da contração uterina, Read não deixou de relacioná-lo aos reflexos condicionados de Pavlov.

Assim Read sintetizou seu conceito:

Mulher tensa = colo tenso.

Mulher em relaxamento = colo dilatável.

Ao identificar as causas do medo, Read divulgou alguns recursos para combatê-lo. Procurou, através da sua teoria, demonstrar que o relaxamento físico e psíquico é o meio para eliminar-se o medo e vencer a tensão. Recomenda a educação da gestante, o ensino do relaxamento, da respiração e da ginástica. Helen Heardman(6) colaborou com Read no aprimoramento das técnicas empregadas e na sua divulgação; em seu livro "A way to natural childbirth"(6) descreveu os exercícios utilizados no preparo da gestante para o parto, e também os que deveriam ser feitos no pós-parto.

II — Prática.

prática do parto sem medo ou parto natural de Read comporta três princípios essenciais.

1. Princípios didáticos.

Read preconiza cursos que deverão ser iniciados no 5.º ou 6.º mês de gestação, com a finalidade de educar e instruir a gestante, criando um conceito exato e realista da parturição. Devem constar de aulas teóricas sobre anatomia e fisiologia, relacionadas à gestação e ao parto. As aulas devem ser informais e amistosas, dando oportunidade para que as gestantes perguntem e esclareçam dúvidas. É importante que, na primeira aula, as gestantes recebam explicações e informações sobre o curso e sobre os fatores que interferem no parto, esclarecendo-se a tríade "Medo — Tensão — Dor".

2. Princípios fisioterápicos: relaxamento, respiração e ginástica.

O relaxamento é empregado na técnica de Read como meio fisioterápico. Consiste em comprimir-se grupos musculares, sentindo-se a sua tensão, e depois descontraíndo-se, para sentir o relaxamento.

parturiente deve utilizar o relaxamento durante as contrações, a partir de 4 cm de dilatação até atingir a fase de transição (8 10 cm). Durante a fase de transição é difícil para a parturiente utilizar o relaxamento. No período expulsivo, a parturiente deverá utilizar o relaxamento nos intervalos das contrações.

Helen Heardman(6) classifica o relaxamento em mental e físico. Considera relaxamento mental aquele que a parturiente utiliza no intervalo das contrações (corresponde a um simples estado de repouso). O físico é considerado o relaxamento muscular; portanto, para ela, este é o relaxamento propriamente dito.

Em 1944, Read(12) recomendava ginástica como prevenção da flacidez da musculatura abdominal, de posições nocivas ou da di-

minuição do tonus de certos músculos cuja integridade é essencial no parto natural.

Para Read(14), respiração correta é a base da boa saúde. Assim, preconiza os exercícios respiratórios, durante a gravidez, para manterem a gestante em boas condições físicas e, concomitantemente, facilitarem o crescimento fetal, garantindo condições vitais para o feto. Por outro lado, a respiração correta e a boa postura da gestante diminuem os desconfortos que poderão existir, causados pela distensão uterina.

Em 1957, Read(14) recomendou quatro tipos de exercícios respiratórios. Durante o pré-natal, a gestante deve praticar a respiração profunda, inspirando lenta e profundamente e expirando lentamente, com a boca aberta, forçando o final, a fim de expelir a maior quantidade de ar possível. Durante o primeiro período de trabalho de parto quando as contrações são mais intensas, Read recomenda a respiração profunda mais rápida, atingindo de 25 a 28 movimentos por minuto. No segundo período do trabalho de parto, recomenda, durante a contração, a apnéia voluntária e a respiração ofegante, com o ritmo de 35 a 40 movimentos por minuto. Neste último caso o objetivo é facilitar o desprendimento final do polo cefálico, sem fazer força, prevenindo-se as lacerações periniais.

3. Princípios psicoterápico.

Este princípio está englobado nos princípios didático e fisioterápico, que contribuem para abolir o medo, familiarizando a gestante com o parto e criando um clima de confiança.

A gestante, que está desempenhando o maior papel da sua vida, deve ser apoiada pelo marido, pais, amigos, médicos, enfermeiras e técnicos, mantendo com eles excelente relacionamento. Se estas pessoas contribuírem para sua paz de espírito e realização, florescerá emocionalmente. Teremos, então, uma mulher amada por seu marido e amigos, contente com a vinda do bebê, segura com o conhecimento que adquiriu, bem relacionada com o médico e enfermeira; portanto, uma mulher no auge da sua saúde, tranquila e feliz.

Em 1949, Read(13) relata que o parto não é unicamente uma atividade mecânica, mas que está intimamente associado a fase emocionais distintas. Neste estudo, procura mostrar com estas fases emocionais devem ser reconhecidas. É importante que se compreenda a mentalidade e o corpo da mulher, para que ela possa ter seu filho, com o menor dano possível, tanto físico como emocional. Read descreveu quatro fases emocionais durante o parto:

a — o primeiro estágio de parto, quando o colo está com 5 a 6 cm de dilatação e as contrações tornam-se mais intensas;

b — o período de transição que é o grande período do teste emocional, pois o colo já atingiu 8 cm. Este deve ser reconhecido como o período doloroso do parto, pois, na média dos partos normais, nos quais a parturiente se queixa de qualquer dor, estas são sentidas neste período. Observa-se nas parturientes, durante a transição, frustração, desânimo e excitação;

c — a terceira fase ocorre quando o polo fetal atinge o assoalho pélvico. As parturientes mostram-se impacientes chamando por ajuda e querendo fugir desta situação. O que elas dizem é sentirem não um desconforto físico, mas um terror antecipado do que sofrerão;

d — a quarta fase emocional é real, e varia de mulher para mulher, coincidindo com a distensão da vulva e despreendimento do polo fetal. Esta capacidade de distender-se varia de uma para outra parturiente. Não há sensibilidade, nem mesmo quando há laceração; não há dor. Elas descrevem esta sensação como “queimando ou ferrendo embaixo”.

Estas fases, geralmente, são bastante definidas e similares em todas as primíparas. O seu reconhecimento é importante, para que a parturiente sinta o apoio do profissional, tenha a assistência adequada e reforça o seu aprendizado do parto sem medo. É necessário que ela colabore adequadamente para o nascimento do bebê.

MÉTODO PSICOPROFILÁTICO (M.P.P.)

I — Teoria.

O método psicoprofilático foi estruturado em 1959, por Velovski, em colaboração com Platonov, Ploticher e Chougom, Velovski e Platonov eram neuro-psiquiatras e Plotitcher e Chougom, obstétricas. Para que possamos entender os fundamentos deste método precisamos fazer uma leve recapitulação da sua história.

Como citamos anteriormente, o método hipno-sugestivo foi a primeira etapa para diminuir-se a dor no parto, utilizando-se o condicionamento verbal; este método, então, evoluiu para o método psicoprofilático. Para Nicolaiev, as raízes do método psicoprofilático encontram-se nos princípios do antigo método hipno-sugestivo, tendo, como base, a teoria, sobre os reflexos condicionados de Pavlov(10).

Já em 1936, Nicolaiev, citado por Gavensky(5) insistia na aplicação, em grande escala, da assistência pré-natal, dando ênfase à técnica de preparação psicológica como fator de modificação do psiquismo da gestante, em relação à dor no parto.

Segundo Chertok(2), Velovski e sua equipe, em 1947, estabeleceram as bases do “Método Psicoprofilático de analgesia do parto” e, em 1949, este foi discutido em uma conferência em Karkov, sendo muito apreciado e recebendo o nome de “Sistema de Psico-

profilaxia da dor do parto”, por sugestão de Nicolaiev. Em 1951 passou a ser oficialmente adotado em todas as maternidades da Rússia, por decreto governamental. Antes, havia sido aplicado apenas nas maternidades de Karkov, Moscou e Leningrado. Em Kiev (1956), passou a chamar-se “Método de Preparação Psicoprofilática das gestantes para o parto” (M.P.P.) (2) (3) (4) (9).

Desde esta época, o M.P.P. vem evoluindo dia a dia, mas seus princípios básicos são os mesmos. Fundamenta-se na preparação da gestante, com a finalidade de descondicionar o reflexo contração e dor. A gestante, ao ser preparada, aprende a participar ativamente no parto, por uma adaptação neuro-muscular e respiratória especial.

Ao preparar a gestante para o parto, suprimi-se o reflexo contração = dor, substituindo-o pelo reflexo contração = respiração. No parto psicoprofilático, deve existir uma atividade bem equilibrada da córtex cerebral.

Todos os autores, adeptos do M.P.P. tomam como base a teoria de Pavlov, porém, divergem quanto a interpretação fisiológica da dor do parto e ao mecanismo da analgesia psicológica.

Para Anguelergues(1), “a dor no parto é consequência de qualidades particulares que tomam ao nível da córtex as interocepções ligadas aos diversos fenômenos da contração uterina; estes caracteres particulares são originários da formação de reflexos condicionados dolorosos na mulher (assinalados pela contração uterina), da difusão e da persistência exagerada das intercepções uterinas na cortex cerebral, devido a inexistência de sedes fortes bem concentradas de atividade positiva, suscetíveis de frear essas interocepções uterinas ou de ligá-las às atividades reflexas positivas condicionadas não dolorosas”.

Inicialmente, Velvovski também considerava, em seus trabalhos, à dor do parto como um reflexo condicionado. Depois, passou a considerá-la como proveniente de duas causas:

— somáticas, causadas por um distócia; haveria soma de impulsos que bombardeariam a córtex e que se transformariam em percepções dolorosas, aumentando as dificuldades do parto;

— psicológicas, também denominadas cerebróginas ou funcionais, que são dores corticais num parto fisiológico; há um enfraquecimento e um desequilíbrio da córtex cerebral, graças à ação de emoções penosas como temor, a angústia, etc.

Nicolaiev, segundo Chertok(2), considera que existem um substrato material fisiológico na dor do parto. São modificações mecânicas dos órgãos genitais, de vasos sanguíneos e de hormônios da mulher que agem sobre os receptores da dor. Mas isto a mulher sente como tensão, e não, necessariamente, como dor.

II — Prática.

Na aplicação prática do M.P.P., distinguimos duas partes:

1. a preparação da gestante;
2. a conduta correta do parto.

1. A preparação da gestante.

Plotitcher, um dos autores do M.P.P., recomenda na preparação da gestante:

a — anamnese obstétrica detalhada e profunda, tanto somática como psicológica; estabelece-se contacto com a gestante, seleccionando-a em grupo homogêneos. Estudar-se-á reações emocionais da mulher, frente à gestação e ao parto;

b — ação persuasiva sobre a gestante, quando se insiste no aspecto fisiológico do parto e no fato de que as dores não são inevitáveis;

c — supressão do medo: a maioria das gestantes têm medo do parto; dentre as causas, destacamos: medo da dor, de anormalidades no parto, de intervenções cirúrgicas, de dilacerações, da morte, de perigos para o bebê, de infecções puerperais, etc.

Segundo Chertok(2), “existem três meios de agir sobre o estado emocional da gestante”:

- informação e persuasão;
- criação de emoções positivas, ligadas à maternidade;
- ensino de anatomia e de fisiologia, e familiarização com as sensações subjetivas das diversas fases do parto. Assim, suprimem-se os elementos “surpresa” e “desconhecido”.

— no M.P.P. ensinam-se esses meios, com a finalidade de:

1.º: manter o tônus cortical: respiração rítmica, massagem abdominal e manobras de pressão sobre alguns pontos, como, por exemplo, nas espinhas ilíacas ântero-superiores;

2.º: manter a boa postura, a fim de auxiliar o bom evoluer do parto: relaxamento da musculatura lisa a colaboração ativa durante o período expulsivo.

2. A conduta correta do parto.

Após ter feito um preparo cuidadoso durante a gestação, a mulher vai aplicar os seus conhecimentos durante o parto. Para que

haja êxito decisivo do M.P.P., é necessário que tenhamos alguns cuidados:

a — assistência obstétrica adequada: a recepção da parturiente, na maternidade, é muito importante; os gestos, as palavras, as maneiras de quem a recebe devem estabelecer um bom contacto. Ela deve ser informada da evolução do trabalho de parto, e da assistência que ira receber. A parturiente nunca deve ser deixada só; deve-se orientá-la, corrigir-lhe as possíveis falhas e apoiá-la psicologicamente, visando à supressão do medo, para garantir pleno êxito, ajudando-a na manutenção de um bom tônus cortical;

b — ambiente silencioso, amplo, próprio para as mulheres que fizeram o preparo com M.P.P.;

c — preparo do pessoal: todo o pessoal que entra em contacto com a parturiente deve conhecer o método, a fim de poder tomar participação ativa em cada caso. Os médicos, obstetizes e enfermeiras, devem ter um conhecimento profundo do método; os outros profissionais, que acidentalmente podem ter contacto com a parturiente, devem saber como proceder com ela. Mascarenhas(8), cita 4 qualidades recomendadas por Lamaze, que são oportunas:

- gentileza no comportamento e na linguagem;
- suavidade nos gestos;
- compreensão, que permite se esteja sempre pronto a atender a parturiente;
- calma, que suprime toda a impaciência.

ALGUMAS COMPARAÇÕES ENTRE OS DOIS MÉTODOS

Na introdução deste trabalho, comentamos que os adeptos dos dois métodos de preparo da gestante para o parto (parto natural e método psicoprafilático) discordam quanto às suas bases teóricas e à aplicação prática. Contudo, fazendo um estudo comparativo entre estes métodos, vamos constatar que, embora assinalem diferenças na gênese, há muita similitude no aspecto prático.

Em 1959, Chertok(3) fez um estudo comparativo entre os métodos de Read, Velvovski e de Lamaze. Inclui, no seu trabalho, o método de Lamaze, obstetra francês, que, a partir de 1952, passou a aplicar o método soviético, com algumas alterações, na "Maternidade do Metalúrgico Pierre Roqué", em Paris, onde tal método se propagou para o Ocidente. De todos os estudos comparativos que tivemos oportunidade de consultar, este nos pareceu o mais simples e, ao mesmo tempo, o mais completo. Este é o motivo pelo qual vamos transcrevê-lo na íntegra.

“Tabela comparativa das diferentes técnicas”

Técnica de	Informações	Psicoterapia (Supervisão do medo e bom contacto)	R E L A X A M E N T O				
			Ginástica	Respiração	durante a preparação	Entre as contrações	durante as contrações
READ	+	+	+	+(2)	+(5)	-(8)	+(11)
VELVOVSKI	+	+	-(1)	+(3)	-(6)	-(9)	-
LAMAZE	+	+	-	+(4)	+(7)	±(10)	+(12)

1. A ginástica foi recomendada por Nicolaiew depois de 1956.
2. Respiração profunda durante a gestação visando à boa oxigenação. Respiração rápida (25 movimentos por minuto) durante as contrações na fase de dilatação adiantada (esse tipo de respiração foi mencionado pela primeira vez em 1955 em "Antenatal Illustrated") (14). Respiração ofegante (ou arquejante) durante o expulsivo.
3. Respiração profunda rítmica durante as contrações — processo para diminuir a dor — diversão da atenção — ativação cortical. Dois outros processos da mesma natureza: massagem abdominal, manobras de pressão.
4. Respiração profunda como na técnica de Velvovski. Respiração rápida e superficial a partir da dilatação adiantada (técnica recomendada pela Escola de Lamaze). Explicação dada: oxigenação e ativação cortical.
5. Relaxamento progressivo (técnico de Jacobson). Relaxamento "físico e mental"; a parturiente concentra-se no relaxamento sem adormecer.
6. Relaxamento sob ação central, sobre a forma de repouso — tranquilidade, estado propício (hipnose) ao "fortalecimento dos processos para abolir ou diminuir a dor "por repetição reiterada" (sugestionabilidade aumentada). Este exercício não é mais praticado na preparação corrente. Ele é reservado aos casos difíceis.
7. Técnica semelhante a de Read.
8. Relaxamento mental — tranquilidade.
9. Plotitcher recomendou, em 1954: relaxamento muscular com ação unicamente local.
10. Facultativo entre 0 e 5 cm; praticado a partir de 5 cm.
11. Relaxamento ativo (físico, consciente), compreendendo concentração + respiração controlada.
12. Relaxamento ativo, combinado com exercícios respiratórios".

Neste estudo comparativo feito por Chertok, podemos deduzir que estes métodos de preparação para o parto concordam em educar a gestante, aproveitando-se os benefícios do relaxamento neuromuscular e da respiração controlada e dando maior ou menor importância à ginástica.

As diferenças que os autores e seus seguidores apontam são, na realidade, mínimas. Algumas variações são necessárias, para adaptação do método ao ambiente onde será aplicado. Podemos notar isto, claramente, nas adaptações da técnica de Velovski feitas por Lamaze; notamos que, nestas modificações, há aproveitamento da técnica de Read; por exemplo: a respiração, quando a dilatação está mais adiantada.

Os dois métodos aceitam a influência nefasta do medo nas reações emocionais das parturientes, e a possibilidade, da sua supressão, pelas informações, pela psicoterapia, e pelo bom relacionamento que se dispensa à gestante.

Quanto à assistência da parturiente, os autores dão ênfase ao apoio emocional, durante os diferentes estágios do parto, visando, principalmente, a ajudar a mãe a sentir-se satisfeita em participar ativa e eficientemente nos nascimento do filho.

O que os autores concluem é que existe muita polêmica na explicação teórica, mas todos estão de acordo quanto à eficiência prática dos métodos. Estas discussões teóricas são proveitosas e necessárias, porque constituem um constante estímulo a novas pesquisas. As divergências, contudo, não devem interferir no progresso científico (que beneficiará a mulher e sua prole), ou dificultar a sua aplicação prática, que, indubitavelmente, representa uma aquisição incontestável na assistência obstétrica.

CONCLUSÃO

Com as informações compiladas neste trabalho, vamos procurar formular algumas conclusões:

1. Dor e contração uterina sempre existiram, impregnando a mente da gestante, e influenciando no evoluir do parto.
2. Desde as sociedades primitivas, até nossos dias, há a preocupação do homem em descobrir meios para minorar ou abolir a dor no parto.
3. Os dois grandes métodos de diminuição ou de abolição da dor, em obstetrícia (parto natural e parto psicoprofilático estruturam e apresentam técnicas para a preparação a gestante para o parto. Destes métodos originaram-se todos os outros, introduzindo adaptações necessárias ao benefício das gestantes.
4. As controvérsias existentes entre os adeptos destes métodos, são relacionadas às bases teóricas, sendo que a causa da dor no parto é a mais discutida.

5. Os dois métodos dão ênfase ao preparo psicológico da gestante, livrando-a da influência nefasta do medo.

6. O apoio emocional, durante o trabalho de parto, é indispensável ao sucesso do método empregado. Neste particular, todos os autores recomendam que as parturientes nunca fiquem sozinhas. Read destaca quatro fases emocionais críticas do trabalho de parto, nas quais a parturiente deve ser especialmente assistida.

7. Não há discordância entre os autores quanto à eficiência prática dos dois métodos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGUELERGUS, R. — O conceito pavloviano da dor no parto. In: — LAMAZE, F. et al. — *Parto sem dor*. S.L.P., Ed. Vitória, 1956.
2. CHERTOK, L. — *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur*. 2ème ed. Paris, L'Expansion Scientifique, 1958.
3. — On the relationships between natural labor and psychoprophilactic labor. *Praxis*, 48: 1002 — 4, 1959.
4. — Declin de l'accouchement sans douleur. *Concours Med.*, 88: 4621 — 28, 1966.
5. GAVENSKY, R. V. — *Psicoprofilaxis obstetrica*. Buenos Aires, El Ate-neo, 1971.
6. HEARDMAN, H. — *A way to natural childbirth*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1950.
7. HELMAN, A. M. — *Amnesia and analgesia in parturition: Twilight Sleep*. London, H. K. Lewis, 1915.
8. MASCARENHAS, G. B. — *O parto sem dor*. Salvador, Progresso, 1958.
9. NICOLAIEV, A. — *El parto sin dolor*. Buenos Aires, Cartago, 1957.
10. PAVLOV, I. P. — Os reflexos condicionados. In: — LAMAZE, F. et al. — *Parto sem dor*. S.L.P., Ed. Vitoria, 1956.
11. READ, G. D. — *Natural childbirth*. London, Heinemann, 1933.
12. — *Childbirth without fear*. New York, Harper and Brothers, 1944.
13. — The discomforts of childbirth. *Brit. med. J.*, 1: 651-54, 1949.
14. — *Antenatal illustrated: the natural approach to happy motherhood*. London, Heinemann, 1957.
15. ZDRAVOMYSLOV, V. I. — *Hypnose et suggestion en obstétrique et en gynécologie*. Thèse, Moscou, 1938.