

ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE SUBMETIDA À INFUSÃO ENDOVENOSA CONTÍNUA DE OCITOCINA

*Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler **

SOLER, Z. A. S. G. Assistência à parturiente submetida à infusão endovenosa contínua de ocitocina. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 18(1):43-50, 1984.

No presente trabalho destaca-se a importância da assistência criteriosa à parturiente submetida à estimulação do parto com infusão endovenosa contínua de ocitocina. Para isso, descreve-se os procedimentos recomendados por diversos autores para a administração correta da infusão de ocitocina, assim como para a avaliação das condições materna e fetal, no evolver do primeiro período do parto.

Nas Unidades Obstétricas é comum a utilização de certos medicamentos que provocam ou reforçam a motilidade da musculatura uterina, principalmente durante o primeiro período do parto.

Os diversos autores citados neste artigo são unânimes em afirmar que uma série de procedimentos é necessária para a administração correta da infusão de ocitocina, bem como para a avaliação das condições da mãe e do feto. ALVAREZ & CALDEYRO-BARCIA ¹ alertam para o fato de que, se não são atendidas as indicações clínicas, as limitações da dosagem e a assistência criteriosa à parturiente, podem ocorrer complicações para a mulher (entre outras, atividade uterina exagerada, parto precipitado, rotura do colo uterino e do útero, além de hipotonia miometrial secundária, no puerpério) e para o feto (sofrimento agudo, anoxemia por isquemia placentária e traumatismo encefálico por compressão).

Contudo, na nossa experiência diária, muitas vezes pudemos constatar que durante a aplicação da ocitocina em infusão endovenosa contínua, as parturientes não recebem a assistência preconizada pelos diversos autores, principalmente quanto aos seguintes procedimentos:

- orientação à parturiente sobre a indicação e os cuidados necessários durante a aplicação da ocitocina;
- dose inicial de ocitocina a ser administrada;
- alterações no gotejamento da solução ocitócica no evolver do tratamento;

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP — disciplina **Enfermagem Obstétrica e Neonatal e Enfermagem Ginecológica**.

— controles adequados da frequência cardíaca fetal (FCF) e da dinâmica uterina (DU) no transcorrer do trabalho de parto;

— dose máxima de ocitocina a ser infundida.

Segundo nossa observação, em muitas ocasiões, a administração da ocitocina parece aumentar a ansiedade da parturiente, sobretudo quando os profissionais da equipe médica e de enfermagem, mesmo que demonstrem habilidade e técnica na execução dos procedimentos para acelerar o parto, se esquecem de orientá-la, ignorando os seus sentimentos e a importância de sua participação no processo do seu parto.

Nessas condições propusemo-nos a descrever os procedimentos recomendados por diversos autores, necessários à administração correta da infusão de ocitocina, para melhorar a assistência prestada à parturiente submetida a esse tratamento. Ei-los.

1 — Verificação da prescrição médica da solução de ocitocina e preparo do material a ser usado no tratamento. Proceder à montagem do equipo no frasco de soro, reservando a ocitocina em uma seringa; só após a instalação do soro na parturiente e a regulação do seu gotejamento, é nele adicionada a ocitocina, para se infundir inadvertidamente doses maiores do que as prescritas. O frasco é devidamente rotulado, anotando-se, além do nome comercial da ocitocina sintética, a concentração, a data e a hora da adição da droga.

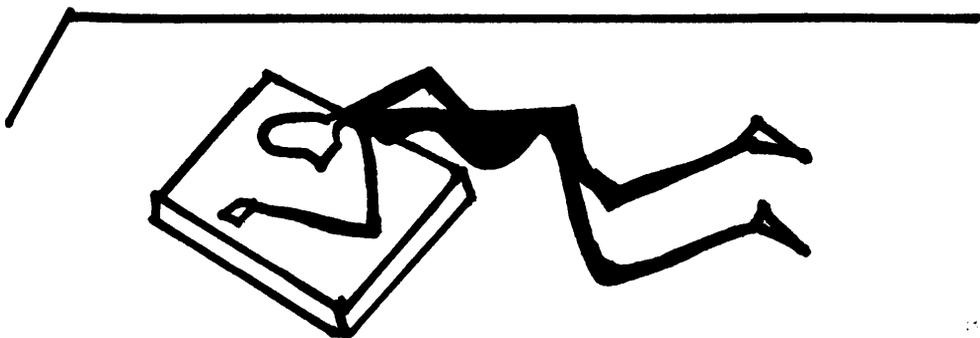
2 — Verificação da dinâmica uterina (DU) e da frequência cardíaca fetal (FCF), antes da instalação da solução ocitócica prescrita. BEHLE³, FARIS & KAHLELENBERG¹⁵, FERRAZ¹⁷ e GARUD & SIMMONS²¹ declaram ser importante o conhecimento da atividade uterina antes de indicar-se a aplicação da ocitocina, para que seja padronizado o gotejamento da solução ocitócica de acordo com o trabalho uterino requerido em cada caso, e para evitar-se o aumento exagerado das contrações miométriais pela administração inoportuna e inadequada do ocitócico. Enfatizam também a importância da adequada avaliação da vitalidade do feto, antes de indicar-se a aplicação da ocitocina.

3 — Orientação à parturiente sobre o tratamento com ocitocina. Durante a administração da droga, em infusão endovenosa contínua, é de grande valia a colaboração da parturiente, para que esta não se oponha à realização dos procedimentos necessários ao controle da administração da ocitocina e aos da avaliação das condições materna e fetal.

Segundo as informações de DELL VALLE¹⁴, LOUZÃ²⁷ e READ³², o parto acarreta para a mulher tensão física e emocional, principalmente quando é necessário intervir no curso fisiológico do processo. READ³² acrescenta, ainda, que muitos fatores psicológicos aumentam o desconforto da mulher durante o trabalho de parto: ignorância do que lhe acontece, fadiga física e mental, solidão, comportamento inadequado dos profissionais e ambiente desfavorável na maternidade. Este autor, assim como BEUTNER⁴, MASCARENHAS²⁹, PELLANDA³¹ e VELLAY³⁶, considera dever dos profissionais fornecer à parturiente informa-

ções verdadeiras sobre a evolução do seu parto e sobre os procedimentos realizados. Baseando-nos nessas ponderações, além da técnica demonstrada pelos profissionais da equipe obstétrica durante a administração da ocitocina, é necessário que estes sejam compreensivos e tenham paciência, informando a parturiente sobre o que lhe acontece, fato que deve contribuir para que a mulher sinta segurança e participe ativamente do parto. Visando a diminuir a tensão emocional da parturiente e a obter maior cooperação dela durante a administração da ocitocina, deve ela, receber informações quanto à indicação da estimulação do parto, em cada caso, e explicações sucintas sobre o tratamento e os controles necessários nesse procedimento terapêutico.

4 — Acomodação da parturiente em decúbito lateral, segundo as recomendações de CALDEYRO-BARCIA et alii ¹¹. Estes utilizando-se do registro tocográfico de pressão intra-amniótica, tanto no parto espontâneo como no induzido com ocitocina, concluíram que trabalho de parto progride melhor com a parturiente em decúbito lateral. Como tais autores explicam, com a parturiente em decúbito lateral, direito ou esquerdo, as contrações uterinas são mais coordenadas e intensas, o que diminui a sua frequência. Em estudos posteriores, CALDEYRO-BARCIA et alii ¹¹ esclarecem que a posição de litotomia incomoda a mãe e tem os seguintes efeitos nocivos para a oxigenação adequada do feto: o útero grávido comprime os lóbulos inferiores dos pulmões, diminuindo a expansão pulmonar; o útero pode comprimir a veia cava inferior, a aorta e as artérias ilíacas da mãe contra a sua coluna vertebral e tal compressão é capaz de ocluir esses vasos, diminuindo a circulação materna para a placenta e, portanto, o abastecimento de oxigênio para o feto. As parturientes devem ser colocadas em decúbito lateral, como no desenho abaixo, segundo as informações contidas no método de Read, descrito por GAVENSKY ²², segundo o qual aquela postura lateral permite que a parturiente consiga melhor relaxamento dos membros e da parede abdominal, principalmente durante a contração uterina.



5 — Punção de uma veia periférica, em local que possibilite a movimentação da parturiente no leito, sem interferir na continuidade do fluxo da solução de ocitocina infundida, no transcórre do trabalho de parto.

6 — Adaptação manual do gotejamento inicial de ocitocina para uma miliumidade (1 mU) por minuto. Segundo BARBOSA², o número de gotas por mililitro de solução varia com diversos fatores físicos (densidade do soluto, tensão superficial, diâmetro do tubo do equipo e altura do recipiente, entre outros). Para solucionar o problema, adota-se como 20 o número médio de gotas por mililitro de uma solução. Assim, se a prescrição médica for de 2 U de ocitocina sintética adicionada a 500 mililitros de solução glicosada a 5%, o gotejamento inicial será de 5 gotas por minuto. Para regular o gotejamento de ocitocina, é preferível usar-se uma bomba de infusão, pois esta assegura a administração de uma taxa constante da droga por minuto; no entanto, na impossibilidade de se conseguir tal equipamento, pode-se utilizar o gota a gota: ele satisfaz, na prática, desde que o número de gotas tenha cuidadoso e freqüente controle, evitando-se que o fluxo da solução seja alterado em consequência da movimentação da parturiente no leito ou do afrouxamento da pinça do equipo (FRANCIS et alii¹⁸, HAMLETT²⁴, MARTINEZ²⁸, REZENDE³³, THOMAS & BLACKWELL³⁵).

Muitos autores recomendam iniciar o gotejamento da ocitocina com dosagem mínima (0,5 a 1 mU por minuto), para que seja possível avaliar-se a sensibilidade do miométrio à droga e individualizar-se a dose ótima necessária para cada parturiente, no decorrer da estimulação do parto com ocitocina; justificam que, enquanto uma certa concentração de ocitocina não altera a cinética em uma parturiente, em outra pode provocar contrações tetânicas (BARBOSA², BEHLE³, BRAZEAU⁷, CALDEYRO-BARCIA⁸, CAMANO¹³, FRANCIS et alii¹⁸, GRELE²³, KELLY²⁵, SILVA³⁴, ZIEGEL & CRANLEY³⁷, entre outros).

7 — Orientação à parturiente sobre os exercícios respiratórios a serem executados durante o primeiro período do parto. Podem ser adotados dois tipos de respiração recomendados por Read, cuja técnica é descrita por GAVENSKY²², até cerca de 8 cm de dilatação, a parturiente é orientada a praticar, durante a contração uterina, a respiração profunda e pausada, com expansão diafragmática e da parede abdominal, visando, principalmente, à melhora da oxigenação fetal; trata-se de movimentos respiratórios lentos (cerca de 15 por minuto), que coincidem com a contração do miométrio, e são realizados pela inspiração com a boca entreaberta, devagar, para ampliação máxima do tórax. Simultaneamente, é aconselhado à parturiente que se mantenha relaxada no leito, para que o tono muscular em todo o corpo seja reduzido ao mínimo possível.

No final da cérvico-dilatação, a parturiente é instruída a respirar mais rápida e superficialmente durante a contração uterina, no ritmo de 35 a 40 movimentos respiratórios por minuto; nessa fase do parto as contrações uterinas são mais intensas e freqüentes e a finalidade desse tipo de respiração é manter o fundo do útero mais afastado do diafragma, diminuindo o desconforto da mulher (GAVENSKY²²).

No intervalo das contrações uterinas do período de dilatação do parto, orienta-se a parturiente a relaxar e respirar natural e calmamente.

8 — Verificação da dinâmica uterina (DU) e da frequência cardíaca fetal (FCF), após 15 minutos de infusão da ocitocina. Consoante BRADFORD & GORDON⁶, CALDEYRO-BARCIA⁸, FRIESNER & RAFF²⁰ e GARUD & SIMMONS²¹ e muitos outros pesquisadores, uma vez que a ação da ocitocina é rápida, convém que inicialmente se controlem com maior frequência a atividade uterina e a vitalidade fetal, pois isso possibilitará melhor adequação do fluxo da infusão às condições materna e fetal observadas.

A alteração ou não do gotejamento da solução de ocitocina é feita, tendo-se em vista as contrações uterinas havidas e relacionadas à cérvico-dilatação da fase do parto e às condições do feto.

Com base nas informações de CALDEYRO-BARCIA⁸, CALDEYRO-BARCIA & POSEIRO⁹ e CALDEYRO-BARCIA et alii¹¹, que fizeram o registro das contrações uterinas quanto à sua intensidade, frequência, duração e tono, durante o período de dilatação do parto espontâneo e durante o estimulado com ocitocina, considera-se que a resposta satisfatória do miométrio à administração deste ocitócico se caracteriza pelo aparecimento de contrações uterinas fisiológicas semelhantes às do trabalho de parto espontâneo. Avalia-se a dinâmica do útero pela palpação abdominal e a eficiência das contrações uterinas é medida de acordo com a descrição da fase da dilatação cervical feita por aqueles autores, ou seja:

— até 5 cm de cérvico-dilatação, a dinâmica uterina pretendida é de 1 a 3 contrações em 10 minutos, com duração de 25 a 40 segundos e relaxamento uterino no intervalo;

— após 5 cm de dilatação, a dinâmica uterina é maior: apresenta de 3 a 5 contrações em 10 minutos, com duração de 45 a 70 segundos e relaxamento uterino no intervalo.

Quando as contrações uterinas são consideradas deficientes (segundo os critérios descritos anteriormente) e na ausência de alterações da vitalidade fetal, procede-se ao aumento do fluxo da ocitocina infundida de 1 para 2 mU por minuto, seguindo o que prescrevem CALDEYRO-BARCIA & POSEIRO⁹.

9 — Manutenção da solução de ocitocina por mais 30 minutos, até nova avaliação da frequência cardíaca fetal e da dinâmica uterina, não se constatando sinais de comprometimento do feto e sendo a dinâmica uterina julgada deficiente, aumenta-se em 1 mU a velocidade de infusão da ocitocina.

Convém aduzir que, quando são observadas alterações nos batimentos cardíacos do feto (bradicardia, taquicardia ou arritmia) ou percebidos sinais de hiperestimulação do útero (taquissístolia, hipersístolia ou hipertonia), deve-se providenciar imediata avaliação médica, ao mesmo tempo que se diminui ou suscita-se a infusão da ocitocina; é o que BISHOP⁵, BRAZEAU⁷, GARUD & SIMMONS²¹, ZYNGIER & MARTINS³⁸ e ZYNGIER & PEREIRA³⁹, entre outros, aconselham.

10 — Os controles subseqüentes das condições materna e fetal, durante a administração da ocitocina, são feitos a cada 45 a 60 minutos (DU) e a cada 20 a 30 minutos (FCF); a freqüência de controle dos batimentos cardíacos do feto é maior, porque assim é possível detectarem-se precocemente os sinais de comprometimento fetal ocasionados pela aplicação da ocitocina.

Quando necessário, o fluxo da ocitocina é aumentado, em cada avaliação, em 1 mU por minuto, até conseguir-se padrão contratural uterino semelhante ao fisiológico da fase do parto em que a parturiente se encontra; isto é baseado nas recomendações de CALDEYRO-BARCIA & POSEIRO⁹, providências com as quais concordam BISHOP⁵, BRADFORD & GORDON⁶ e FAVIER & HELFFERICH¹⁶, de que o gotejamento da ocitocina deve ser aumentado gradativamente, em doses mínimas, até obter-se dinâmica uterina eficiente, semelhante à do trabalho de parto espontâneo. Do mesmo modo, quando a cinética uterina é tida por exagerada para a fase de cérvico-dilatação, o gotejamento da ocitocina é diminuído em 1 mU em cada controle. Tal procedimento obedece às recomendações de REZENDE³³, o qual explica que em cerca de 80% das vezes em que se utiliza a ocitocina para estímulo das contrações uterinas da fase de dilatação do parto, é necessário diminuir-se a velocidade de perfusão do medicamento, pois o acréscimo espontâneo da atividade uterina provocado pela ocitocina pode tornar doses, antes fisiológicas, em excessivas.

11 — Adaptação da taxa de infusão de ocitocina até o máximo de 10 mU por minuto, respeitados os ensinamentos de BRADFORD & GORDON⁶ e ZIEGEL & CRANLEY³⁷. Outros obstetras preferem, no primeiro período do parto, doses superiores à citada (até 20 mU por minuto) e revelam não ter sido verificado comprometimento das condições materna e fetal com esse procedimento (FERRAZ¹⁷, GRELE²³, KELLY²⁵, LITTER²⁶); já GARUD & SIMMONS²¹ aumentam o gotejamento da ocitocina até 3 mU por minuto, enquanto CALDEYRO-BARCIA & THEOBALD¹⁰ e MILLER³⁰ admitem que a dose de 8 mU por minuto é suficiente para estimular-se o trabalho de parto.

Pelo exposto percebe-se que o tratamento com ocitocina em infusão endovenosa contínua, para aumentar a atividade uterina durante o primeiro período do parto, requer controles freqüentes e cuidadosos da cinética uterina e da freqüência cardíaca fetal, para que a administração da droga seja feita corretamente, assim como a avaliação das condições materna e fetal. Ainda levando em consideração a participação da parturiente no seu parto, alguns cuidados devem ser ressaltados durante a administração da ocitocina, no período de dilatação do parto, como segue.

Desde a instalação da infusão ocitócica até o final do primeiro período do parto observamos, vigiamos e controlamos freqüentemente a parturiente e a administração da droga, avaliando acuradamente as condições materna e fetal e estimulando constantemente a mulher a praticar os exercícios respiratórios e de relaxamento; dessa maneira, enquanto

controlamos adequadamente a aplicação da ocitocina, estamos grande parte do tempo, deste período do parto, ao lado da parturiente, pois como FREDDI¹⁹ acredita, a permanência do profissional ao lado da mulher, no parto, é de valor inestimável, pois contribui para que ela sinta segurança e participe ativa e eficientemente do nascimento do seu filho. Outros autores acham que, ao lado do apoio físico, a orientação, as instruções e o estímulo oferecidos pelas pessoas que assistem a mulher durante o trabalho de parto propiciam condições para que a mesma ponha em prática, com mais afinco, a conduta que lhe foi aconselhada (BEUTNER⁴, LOUZÁ²⁷, MASCARENHAS²⁹, PELLANDA³¹ e VELLAY³⁶).

SOLER, Z. A. S. G. The use of intravenous oxytocin in deliveries nursing assistance. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 18(1):43-50, 1984.

This paper emphasizes the importance of specialized nursing assistance to the woman in labor when contractions are stimulated by infusion containing oxytocin. The author describes the procedures recommended in the literature for the treatment and for control of mother and child conditions during the first phase of delivery.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAREZ, H. & CALDEYRO-BARCIA, R. Fisiopatología de la contracción uterina y sus aplicaciones en la clínica. *Mat. e Inf.*, São Paulo, 13(1):11-132, fev. 1954.
2. BARBOSA, L. A. H. **Obstetrícia prática**. 6. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1981. p. 788-97.
3. BEHLE, I. Fármacos estimulantes e inibidores da contratilidade uterina. In: NEME, B. & MARTINS, J. A. P. **Atualização obstétrica**. São Paulo, Manole, 1975. cap. 15 p. 179-86.
4. BEUTNER, G. W. **Parto natural sem dor**. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1962. 160 p.
5. BISHOP, E. H. Pelvic scoring for elective induction. *Obst. Gynec.*, New York, 24(2):266-8, Aug. 1964.
6. BRADFORD, W. B. & GORDON, G. Induction of labour by amniotomy and simultaneous syntocinon infusion. *J. Obstet. Gynec. Brit. Cwllth.*, London, 75(7):698-701, July 1968.
7. BRAZEAU, P. Substâncias que afetam a motilidade uterina. In: GOODMAN, L. S. & GILLMAN, A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1973. cap. 42, p. 828-38.
8. CALDEYRO-BARCIA, R. A contratilidade uterina. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1969. cap. 13, p. 249-7.
9. ——— & POSEIRO, J. J. Oxytocin and contractility of the pregnant human uterus *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, New York, 75 (art. 2):813-30, Jan. 1959.
10. ——— & THEOBALD, G. W. Sensivity of the pregnant human myometrium to oxytocin. *Amer. J. Obst. Gynec.*, Saint Louis, 102(8):1181, Dec. 1968.
11. ——— et alii. Assistência clínica ao parto. **FEMINA.**, Rio de Janeiro, 10(6):440-68, jun. 1982.
12. ——— Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Amer. J. Obst. Gynec.*, Saint Louis, 80(2):284-90, Aug. 1960.
13. CAMANO, L. O terceiro período do parto — assistência clínica ao parto. **FEMINA.**, Rio de Janeiro, 10(3):179-87, mar. 1982.
14. DELL VALLE, N. C. Parto natural. **Psicologia atual.**, São Paulo, 4(21):21-4, 1981.
15. PARIS, I. B. & KAHLBERG, B. Intravenous pitocin by the drip method in the induction of labour. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, London, 61(1):96-102, Feb. 1954.
16. FAVIER, J. & HELFFERICH, M. The effects of the fetus of an abnormal contraction pattern in the induction of labor with oxytocin. *Amer. J. Obst. Gynec.*, Saint Louis, 112(8):1107-11, Apr. 1972.

17. FERRAZ, P. T. Parto dirigido — aceleração do parto. *Rev. Ginec. Obstet.*, Rio de Janeiro, 101(6):101-10, Jul. 1957.
18. FRANCIS, J. G. et alii. Automatic oxytocin infusion equipment for induction of labour. *J. Obst. Gynaec. Brit. Cwllth.*, London, 77(7):594-602, July 1970.
19. FREDDI, W. E. S. Preparo da gestante para o parto. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 26(3):108-20, abr./jun. 1973.
20. FRIESNER, A. & RAFF, B. *Enfermagem obstétrica*. ———. São Paulo, Andrei, 1978. cap. 2,4. p. 41; 160-72.
21. GARUD, M. A. & SIMMONS, S. C. Induction of labour by routine use of intravenous syntocinon infusion at amniotomy. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwllth.*, London, 75(7): 702-4, July 1968.
22. GAVENSKY, R. V. *Psicoprofilaxis obstetrica*. Buenos Aires, El Ateneo, 1971. 282 p.
23. GRELLE, F. C. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro, Atheneo, 1970. p. 426-31.
24. HAMLETT, J. D. Mechanised infusion of oxytocics. *Nurs. Mirror.*, Sussex, 136:10-2, Feb. 1973.
25. KELLY, J. V. Post partum hemorrhage. *Clin. Obstet. Gynecol.*, New York, 19(3):595-606, Sept. 1976.
26. LITTER, M. Drogas ocitócicas. In: ——— *Farmacologia experimental e clínica*. 5. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1975. cap. 40, p. 1283-99.
27. LOUZÁ, J. R. O hospital e o «parto sem dor». *Rev. Paul. Hosp.*, São Paulo, 5(4):21-2, abr. 1957.
28. MARTINEZ, A. R. Indução do parto. In: PRADO, C. et alii. *Atualização terapêutica — manual prático de diagnóstico e tratamento*. 12. ed. São Paulo, Artes Médicas, 1981 p. 759-61.
29. MASCARENHAS, G. B. *O parto sem dor*. Bahia, Progresso, 1958. 154 p.
30. MILLER, O. Medicamentos que atuam sobre o aparelho gênito-urinário. In: ——— *Farmacologia clínica e terapêutica*. 13. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1982. p. 165-8.
31. PELLANDA, E. B. Parto natural sem dor. *Rev. Ass. Med. R. G. Sul. Porto Alegre*, 1(3): 158-62, 1957.
32. READ, E. D. *The birth of a child*. New York, Vanguard Press, 1950. 114 p.
33. REZENDE, J. O parto: estudo clínico e assistência. In: ——— *Obstetrícia*. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1974. cap. 15, p. 284-94.
34. SILVA, M. R. Farmacologia do útero. In: ——— *Fundamentos de farmacologia*. 3. ed. São Paulo, EDART, 1973. cap. 26, p. 327-41.
35. THOMAS, G. & BLACKWELL, R. J. A controlled trial of the cardiff automatic infusion system in the management of induced labours. *Brit. J. Clin. Pract.*, London, 28(6): June 1974.
36. VELLAY, P. *Parto sem dor*. 2. ed. São Paulo, Ibrasa, 1967. 272 p.
37. ZIEGEL, E. & CRANLEY, M. Complicações do puerpério. In: ——— *Enfermagem obstétrica*. 7. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. Cap. 21, cap. 24, p. 489-92, 548-51.
38. ZYNGIER, S. B. & MARTINS, J. A. P. — Ocitócicos — relaxantes uterinos. In: CORBETT, C. E. et alii. *Farmacodinâmica*. 6. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1982. Cap. 41, p. 673-7.
39. ——— & PEREIRA, S. A. Ocitócicos — relaxantes uterinos. In: CORBETT, C. E. et alii. *Farmacodinâmica*. 3. ed. São Paulo, Artes Médicas, 1973. cap. 37, p. 548-53.