

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

"HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO"

AUTORES:

1. Cesar Francisco Pazello Skripnik
2. Antônio Olimpio Pacheco
3. Ivan N. Ribeiro

Florianópolis, 3 de junho de 1980

I - INTRODUÇÃO

A importância e o caráter de emergência do tema **Hemorragias no terceiro trimestre**, justificam de per si, qualquer trabalho ou pesquisa que sobre ele se pretenda desenvolver.

A hemorragia obstétrica é a maior causa de mortalidade e morbidade materna, e constitui também um fator significativo para a mortalidade e morbidade perinatal. Cinco a dez por cento das mulheres queixam-se de sangramento vaginal no último período de gravidez.

Constitui emergência médica absoluta a ocorrência de Hemorragias no terceiro trimestre de gestação seja qual for a modalidade: Descolamento Prematuro de Placenta, Implantação Baixa de Placenta (Placenta Prévia), Rotura do Seio Marginal, Placenta Circunvalada, Rotura de "Vasa Praevia".

Para retratar o que foi o ano de 1979 em termos de Acidentes Hemorrágicos próprios do fim da gestação e trabalho de parto, foi que nos propusemos a realizar a presente pesquisa retrospectiva no âmbito da Maternidade Carmela Dutra, haja visto a necessidade de se conhecer os números das entidades acima relacionadas, bem como fatores que a elas ligados, podem interromper prematuramente a gestação.

Numa análise bibliográfica individualizada, temos que a Placenta Prévia está vinculada à gravidade. Aproximadamente 1:1.500 partos nas primíparas e 1:20 nas grandes múltíparas (Hibbard, 1972), ocorrendo cerca de cinco vezes mais em múltíparas (Grelle, 1970)

A proporção média alcança 1:5 entre nulíparas e múltíparas, e três de quatro mulheres com Placenta Prévia são múltíparas (Greenhil e Friedman, 1976).

Considerável é o nº de Placentas Prévias anatómicas sem que se delatem por sangramento, fornecendo índices de 1:750 (Jeannin) a 1:134 (Demelin) em análises antigas; 1:200 (Eastman e Hellmann, 1966); 1:126 entre 40.961 partos da Maternidade de Chicago (Greenhill, 1966). Num análise de 444 múltíparas com Placenta Prévia, 10% tinham tido cesárea segmentar anterior (Bender). Houve sangramento por Placenta Prévia em 1% das pacientes que ultrapassaram a 20.^a semana de gestação (Reide - 1972), com números provavelmente maiores, se consideradas as gravidezes com Placenta Prévia que se interrompem pelo abortamento (em 5% dos óvulos expelidos espontaneamente há implantação placentária baixa).

Segundo Rezende (1974) tem-se verificado a incidência de Placenta Prévia de 1% a 1,75% dos partos havidos e conforme Grelle de 0,1 a 1% dos partos e 0,79% (Davis e Campbell). Apoiado em estudos radiológicos, Stenvenson encontrou inserções baixas de placenta em 3,4% dos casos, com 0,6% de Placentas Prévias. Segundo Crenshaw et. al. (1973) em 28.837 pacientes estudados no espaço de 20 anos (1950-1969) a incidência de Placenta Prévia foi de 1:271 ou 0,37% (29% prévias). A Placenta Prévia verifica-se uma vez em cada 200 a 225 gestações que se prolongam além da 28.^a semana (Ralph C. Benson, 1976).

Somente em 12% das mulheres com sangramento vaginal foi detectada radiologicamente Placenta Prévia verdadeira. (Greenhil e Friedman, 1976).

Com o avançar dos anos se observa um aumento do número de Placentas Prévias, atribuindo a exatidão nos procedimentos semióticos e um crescimento real das inserções baixas nas mulheres que habitam as grandes cidades, onde realçou Granzow (1953), são mais frequentes as doenças venéreas e abortamentos provocados (Rezende, 1974).

Devemos ressaltar que em nosso meio, os casos de implantação baixa de placenta, ou seja, com rotura das membranas a menos de 10 cm da bordo plaçentário, não são anotados em prontuário, restando a denominação de Placenta Prévia àquelas de inserção baixa que se exteriorizam por síndrome hemorrágica, excetuando a rotura do seio marginal. Índices de morte materna até 1,5% foram relatados como consequência de Placenta Prévia (Paalman e Hunt).

Com referência ao Descolamento Prematuro de Placenta, temos que pode ser encontrada desde o 2º trimestre de gestação até o termo. Para fins de diagnósticos admite-se 22 semanas como limite entre abortamento e Descolamento Prematuro da Placenta.

Esta entidade, que foi pela primeira vez referida por Mauriceau, mantém relação entre a área descolada e a sintomatologia própria.

Para Fish (1960) 40% das hemorragias ante-parto são consequentes à rotura do seio marginal da placenta. Cerca de 80% das pacientes são múltíparas e, mais de dois terços apresentam também toxemia gravídica com um caso em cada 175 a 200 gestações (Ralph C. Benson, 1976).

Para Rezende (1974) a incidência média é de 0,3 a 1% dos partos. Em mais de um milhão de partos ocorridos em clínicas norte-americanas, Hodgkinson e Nenfeld (1960) encontraram 0,84%; Rezende encontrou 0,43% em 17.248 partos (1957-1965) e para Greenhil (1976) os casos mais graves são encontrados com frequências que variam de 1:139 a 1:85.

Na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e na Maternidade-Escola da UFRJ, a incidência do último decênio (1963-1972) tem oscilado entre 0,51 e 0,62% dos partos havidos (Rezende, 1974). Nesta entidade não se verificam influências raciais (Benson, 1976).

Nilsen (1958) credita ao trauma a etiologia do Descolamento Prematuro de Placenta em 4,5% dos casos. Rezende (1974) o assinala em 4%. Nerbitt & cols., admitem como causa do descolamento, o aumento da pressão venosa que leva à rotura dos seios deciduais, enquanto Alvarez e Caldeyro-Barcia admitem a hipertonia uterina como sua causa primária.

Os autores franceses defendem a teoria anafilática, constituindo 10 - 20% dos casos o chamado "Útero de Couvelaire" que representa a forma "tóxica" do Descolamento Prematuro de Placenta.

Admite-se que o Descolamento Prematuro de Placenta incida com maior frequência nas pacientes toxêmicas (69 % dos casos, segundo Dieckmann). Eastman encontrou 47% e Cunha 48%. Rezende (1974) 33,2%. Sexton et. al. verificaram que em 42% havia um estado hipertensivo, e que 3.654 pacientes com algum grau de albuminúria e/ou hipertensão ocorreu Descolamento Prematuro de Placenta com a frequência de 1:18,3.

No Descolamento Prematuro de Placenta há 80% de casos com exteriorização de hemorragia e 20% de hemorragia inaparente.

A mortalidade materna varia de 0 a 3% (Rezende, 1974). Pode atingir 6% (Kellogg); Townsend (1957) encontrou 0% em 588 casos; Daro e cols., (1956) 2% em 306; Nilsen (1958) 2,5% em 357.

Na clínica obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o índice é de 1,07% em 415 casos, e na Maternidade do SESC de São Paulo, registraram-se 0% em 74 casos (Rezende, 1974).

O prognóstico fetal é mais desalentador que o materno. Adams e cols., e Schreier (1959) consignaram 100% de mortalidade perinatal nos casos graves e 25 - 50% nos moderados.

Nos 82 casos graves de Posner (1956), o índice foi de 75%. Townsend (1959) consignou apenas 24%, Nilsen (1958), 65%.

A mortalidade perinatal no Hospital das Clínicas (São Paulo) foi de 90,3% (casos graves 100%; moderados 66,6%; leves 23,8%) e na Maternidade do SESC (São Paulo), 41,9%.

É importante registrar que, em alta porcentagem de casos de Descolamento Prematuro de Placenta, o óbito fetal é comprovado já por ocasião de internação da paciente: Douglas (21%), Rouchy (25%), Rezende (29,7%) e Neme (81,8%).

Os fatores que agravam o prognóstico maternoagem no mesmo sentido em relação à mortalidade perinatal. Soma-se aqui um fator muito importante - a prematuridade. Daro (1956) verificou que em 16% dos seus casos a gestação era de 24 - 27 semanas e em 42% de 28 - 37 semanas.

O mesmo autor observou que, dos 177 fetos não prematuros, chegados vivos ao hospital, salvaram-se 78,5%.

Compondo o elenco de hemorragias do terceiro trimestre, temos ainda a rotura uterina, um dos mais dramáticos acidentes obstétricos, e de grave prognóstico materno como fetal. Sua frequência é inversamente proporcional à qualidade da assistência pré-natal e sobretudo da dispensada durante o trabalho de parto.

Sua ocorrência vem se tornando cada vez mais rara. Com Astedt (1967) encontrando 1:4908%; Eastman (1956)

1:2.000; Nahoum (1953) roturas completas, 1:1.500, Nahoum (completas e incompletas) 1:750; Fernandes e Vieira (1958) 1:413; Palerme e Friedman; Back e Hayden, 1:1.300. Para R. Benson (1976) ocorre a rotura uterina em 1% das pacientes anteriormente cesariotomizadas.

Felmus e cols., analisando 116 casos de roturas espontâneas do útero na gestação, salientaram entre as causas favorecedoras, os antecedentes de curetagens ou de delivramentos complicados, as infecções ou necroses do miométrio e a invasão de parede uterina pelo trofoblasto adenomioso. Manning e Pavey acrescentaram como fatores predisponentes, a placenta percreta.

A multiparidade como causa predisponente da rotura uterina avulta em todas as estatísticas.

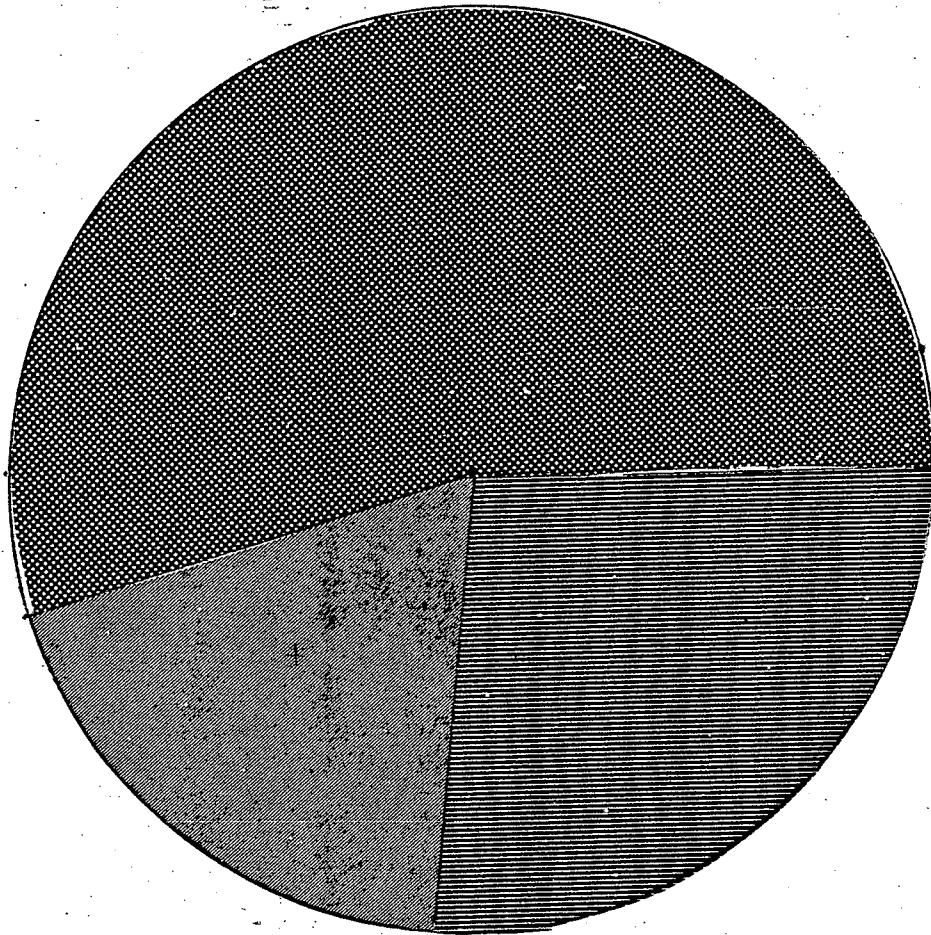
Parece que gestações, abortamentos e partos sucessivos, mesmo fisiológicos, condicionaram na fibra uterina modificações que a tornam predisposta à rotura; com mais forte razão lesam o miométrio as infecções, os miomas, as cicatrizes, circunstâncias frequentes nas multíparas.

Como fatores associados às roturas, anote-se os vícios pélvicos, os tumores prévios, as anomalias do colo uterino, a anteversão exagerada do útero, as más formações congênicas do útero, o gigantismo fetal, a hidrocefalia, os gêmeos acolados, as apresentações distócicas. Em todas essas oportunidades com grande risco de acidente há, em comum, o parto bloqueado.

O prognóstico fetal é muito grave; há mortalidade de 50 a 70%.

O prognóstico materno é bem melhor, as estatísticas mais recentes referem mortalidade entre 10 e 25%.

RELAÇÃO ENTRE DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EFETUADO NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA DURANTE O ANO DE 1979



Com Pré-Natal (16 casos)

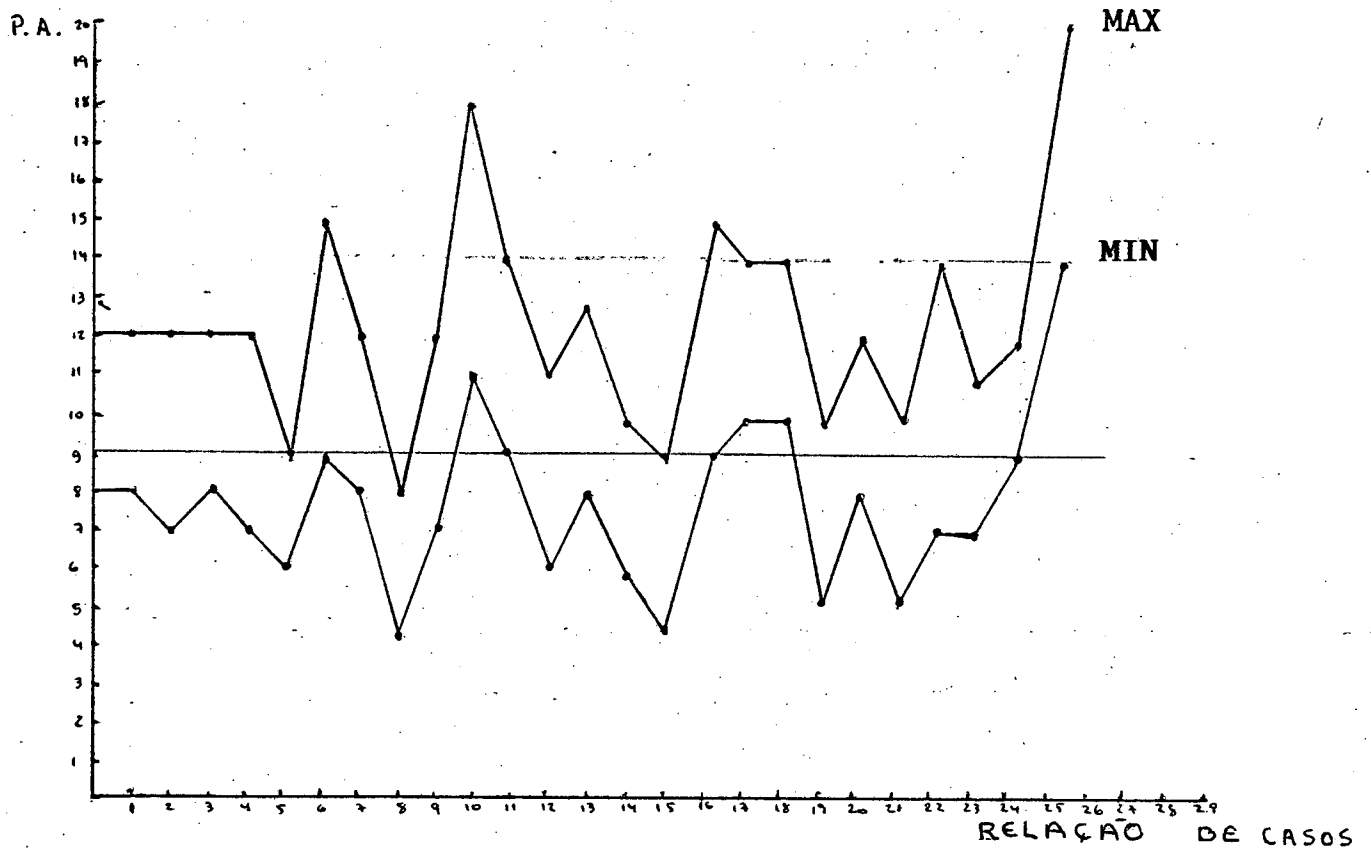


Sem Pré-Natal (5 casos)



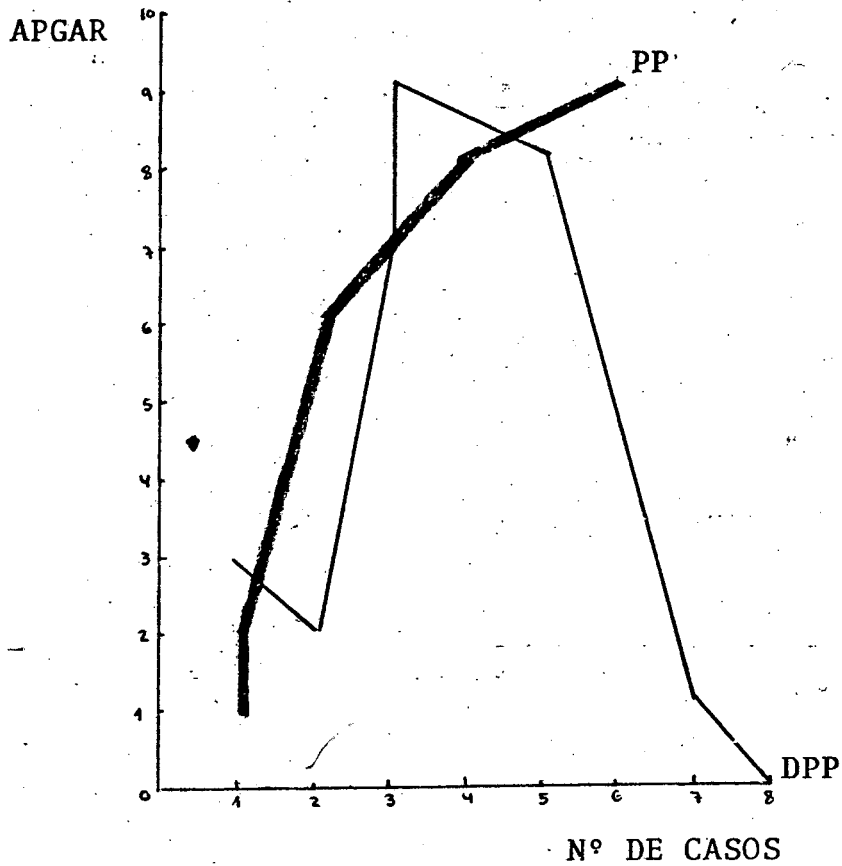
Não consta em prontuário (8 casos)

RELAÇÃO ENTRE DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA E TENSÃO ARTERIAL MATERNA NO ANO DE 1979 NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA*



* - Em 4 prontuários não constava a Pressão Arterial das parturientes..

RELAÇÃO ENTRE DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA E PLACENTA PRÉVIA, QUANTO AO ÍNDICE DE APGAR NO PRIMEIRO MINUTO DO RE- CÉM-NASCIDO NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA NO ANO DE 1979*



* - Não constam dados de índices de Apgar em 1 caso de Descolamento Prematuro de Placenta.

RELAÇÃO ENTRE IDADE MATERNA E OCORRÊNCIAS DE DESCOLAMENTO
PREMATURO DE PLACENTA E PLACENTA PRÉVIA NA MATERNIDADE
CARMELA DUTRA NO ANO DE 1979

I D A D E (ANOS)	PLACENTA PRÉVIA		DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	
	%	Nº DE CASOS	%	Nº DE CASOS
15 ————— 20	11,7	2	13,7	4
20 ————— 25	5,8	1	31,4	9
25 ————— 30	47,0	8	17,2	5
30 ————— 35	17,6	3	13,7	4
35 ————— 40	5,8	1	6,8	2
40 ————— 45	11,7	2	17,2	5

RELAÇÃO ENTRE DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA E PLACENTA PRÉVIA COM RELAÇÃO À PESO DO RECÉM-NASCIDO NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA NO ANO DE 1979

PESO EM GRAMAS	Nº DE CASOS	
	PLACENTA PRÉVIA	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA
1.000 ————— 2.000	1	5
2.000 ————— 2.500	2	5
2.500 ————— 3.000	7	5
3.000 ————— 3.500	6	3
3.500 ————— 4.000	1	2
+ 4.000	-	3

- Faltam dados em 6 prontuários de Descolamento Prematuro de Placenta.

RELAÇÃO ENTRE PARIDADE DAS PARTURIENTES QUE TIVERAM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NO ANO DE 1979 NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA EM COMPARAÇÃO COM AS QUE DESENVOLVERAM PLACENTA PRÉVIA.

PARIDADE	PLACENTA PRÉVIA		DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	
	%	Nº CASOS	%	Nº CASOS
PRIMÍPARAS	13,3	2	22,2	6
DE 2 a 5 GESTAÇÕES	60,0	9	55,5	15
MAIS DE 5	26,6	4	22,2	6

PP - faltam dados em 2 prontuários

DPP - faltam dados em 2 prontuários

II - PROPOSIÇÃO

O presente trabalho de revisão de 4.386 prontuários de parturientes atendidas na Maternidade Carmela Dutra no ano de 1979, visa avaliar as hemorragias no terceiro trimestre no que se refere a:

- 1) incidência das entidades determinantes de fenômenos hemorrágicos no concluir de gestação.
- 2) Análise comparativa das ocorrências no âmbito da Maternidade Carmela Dutra, em termos de acidentes hemorrágicos do último período gestatório, com a casuística referida na literatura médica.
- 3) Fatores predisponentes, correlatos e coadjuvantes no aparecimento das entidades hemorrágicas.
- 4) Consequências e repercussões sobre as condições vitais do feto e recém-nascido.

III - MATERIAIS E MÉTODOS

Foram revistos 4.386 prontuários colhidos do arquivo da Maternidade Carmela Dutra, no período compreendido entre 1º de janeiro a 31 de dezembro do ano de 1979.

Foram colhidos dados sobre idade da parturiente, paridade, idade gestacional, recidivas, dados vitais da paciente, mortalidade materna, apresentação fetal, antecedentes obstétricos, condições da parturiente na admissão, resolução dos casos, condições do recém-nascido.

Utilizando os dados colhidos por ocasião do atendimento médico-obstétrico e disponíveis nos prontuários da Maternidade-Escola, foi elaborado uma análise comparativa que nos fornecesse um retrato fiel de como são conduzidos os casos hemorrágicos, sua incidência, condições materna e do recém-nascido e outros concernentes a cada modalidade. Outrossim, omitimos a procedência das parturientes, haja visto não ser a epidemiologia local, fator preponderante para o desencadeamento de fenômeno hemorrágico próprio do último período de gestação.

Também não foi analisado o fator racial das parturientes já que, como refere a literatura, este não mantém qualquer relação com o aparecimento das entidades obstétricas por nós enfocadas.

Vimo-nos impossibilitados de desenvolver uma análise mais profunda e abrangente, por termos que nos restringir às poucas e muitas vezes ausentes informações contidas nos prontuários pesquisados, onde dados importantes foram omitidos, ou que não se coadunam com o diagnóstico firmado, podendo nos levar a falsas conclusões.

IV - COMENTÁRIOS

Em análise retrospectiva de 4.386 prontuários, encontramos 1,1% de pacientes que culminaram por desenvolver síndromes hemorrágicas, das quais 0,66% por Descolamento Prematuro de Placenta (29 casos), 0,49% por Placenta-Prévia (17 casos) e 0,04% por rotura uterina (2 casos).

Com referência às outras modalidades de hemorragias próprias da segunda metade da gestação (rotura do seio marginal, rotura de "vasa praevia", placenta circunvalada), nada se encontrou nos prontuários da Maternidade Carmela Dutra.

Devemos ressaltar que o termo Placenta Prévia abrange hoje todas as inserções de placenta no segmento inferior do útero.

Notamos que os dados por nós encontrados, no geral, não se afastam em muito dos sugeridos na literatura à respeito.

Quanto aos antecedentes obstétricos, temos que, nos casos de Descolamento Prematuro de Placenta 8,3% (2 casos) havia cesárea anterior, 41,6% (10 casos) havia abortamento anterior. Nos casos de Placenta Prévia 28,5% foram anteriormente cesariotomizadas (10% segundo Bender), faltando aí dados de abortamentos anteriores. Finalmente em casos de rotura uterina não houve cesáreas anteriores nos 2 casos arrolados.

A despeito de não termos encontrado dados em 8 prontuários com referência aos antecedentes obstétricos das parturientes, nossos dados estão relativamente concordes com a maioria dos autores pesquisados.

Analisando as condições das parturientes na admissão, encontramos que nos casos de Placenta Prévia, 50% estavam em trabalho de parto e nos casos de Descolamento Prematuro de Placenta 40,7% tinham desencadeado trabalho de parto com 3 prontuários incompletos quanto a este detalhe.

Nas parturientes internadas com Placenta Prévia, 100% apresentavam batimentos cardio-fetais dentro dos limites compreendidos entre 100 e 160 batimentos por minutos.

Outro dado por nós arrolado foi a apresentação fetal encontrada, tendo que, em casos de Placenta Prévia houve 100% de apresentação cefálica. (Segundo Rezende há 15% de situações oblíquas e transversas; e 16% de apresentação pélvica). Nos casos (2) de rotura uterina, também houve 100% de apresentação cefálica. Nas parturientes com Descolamento Prematuro de Placenta, em 93,3% (14 casos) havia apresentação cefálica e 7,7% de apresentação pélvica. Encontramos 17 prontuários incompletos quanto a este detalhe.

Notamos que a multiparidade foi encontrada em grande parte dos casos de Descolamento Prematuro de Placenta e Placenta Prévia e em 100% dos casos (2) de rotura uterina.

Nas parturientes internadas com Placenta Prévia 100% apresentavam batimentos cardio-fetais dentro dos limites (100 a 160 batimentos por minuto), com 5 prontuários sem dados de batimento cardio-fetal.

Nos casos de Descolamento Prematuro de Placenta tivemos 94,4% das parturientes com batimento cardio-fetais dentro dos limites referidos acima, com 5,2% (1 caso) chegando à admissão sem batimento cardio-fetal, denotando pois óbito fetal.

Encontramos (20,7%) 6 casos de fetos que chegaram à Maternidade com batimento cardio-fetal dentro dos limites 100 a 160 por minuto, vindo a óbito após a internação por Descolamento Prematuro de Placenta, causando-nos espécie este número elevado de fetos com focos de ausculta audíveis, que vieram a culminar com óbito.

Na admissão, ainda foi observado sangramento em 45% dos pacientes que desenvolveram Descolamento Prematuro de Placenta com 2 prontuários estando incompletos, no tocante à hemorragia exteriorizada. Não constam dados de sangramento na admissão em 9 prontuários.

Quanto à idade materna, encontramos de acordo com a literatura pesquisada, um predomínio de acidentes hemorrágicos próprios da segunda metade da gestação, nas pacientes com idade superior a 25 anos em casos de Placenta Prévia e nas pacientes com idade entre 20 e 25 anos nos casos de Descolamento Prematuro de Placenta. Nos casos de rotura uterina, as duas parturientes contavam 27 e 35 anos de idade. Podemos inferir pois, de acordo com a literatura que nos casos de Placenta Prévia e rotura uterina a idade acima dos 25 anos é fator importante a ser considerado.

É importante salientar que entre os casos de Descolamento Prematuro de Placenta, em 7 casos com o feto chegando à admissão com batimento cardio-fetal audíveis e acima de 120, culminaram por ir a óbito posterior à internação.

Não encontramos Placenta Prévia recidivada nos casos que desenvolveram esta modalidade de hemorragia obstétrica no ano de 1979, estando esta nossa observação concorde com a literatura consultada, que diz ser rara a recidiva deste fenômeno.

Com referência a modo de resolução dos casos apreciados temos que, nos casos de Placenta Prévia, 100% das parturientes (17 casos) foram submetidas à cesárea segmentar, ao passo que nos casos de Descolamento Prematuro de Placenta houve 81,2% (13 casos) de cesáreas segmentares e 18,7% (3 casos) de parto normal. Devemos ressaltar que não encontramos dados neste particular em 13 prontuários.

Encontramos uma porcentagem de prematuridade de 21,5% em parturientes que apresentaram Placenta Prévia e 35,7% em casos de Descolamento Prematuro de Placenta. Com a ressalva de nada constar em 4 prontuários, o mesmo acontecendo com os 2 prontuários de casos de rotura uterina.

Com relação ao índice de Apgar atribuído aos recém-nascidos, chamou-nos a atenção a disparidade entre os índices dados àqueles que tiveram Descolamento Prematuro de Placenta.

A mortalidade materna em casos de Placenta Prévia foi de 0%, de 0% em Descolamento Prematuro de Placenta e de 50% nos casos de rotura uterina, ao passo que a mortalidade fetal foi de 0% em casos de Placenta Prévia, contra 27,6% (8 casos) em Descolamento Prematuro de Placenta e 100% (2 casos) de rotura uterina, não havendo casos de gestação múltipla em todos os prontuários com casos de hemorragia obstétricas por nós abordadas.

Outrossim, não nos foi possível relacionar a presença de toxemia gravídica às entidades hemorrágicas da segunda fase de gestação por inexistência de dados a ela relacionados nos prontuários analisados.

Devemos salientar que a falta de outros dados que possam interessar ao tema por nós enfocado, deveu-se ao não preenchimento integral dos prontuários disponíveis no arquivo da Maternidade Carmela Dutra. Lamentavelmente o presente

trabalho não atingiu a plenitude esperada e frustrou-nos o objetivo de obtermos uma real imagem das ocorrências hemorrágicas próprias do último período gestatório, na Maternidade-Escola, por negligência quanto ao preenchimento dos prontuários que nos deixam quando analisados, sem dados importantes que nos possibilitem tirar conclusões, efetuar comparações estatísticas, e como corolário natural deste descaso quanto a documentação dos casos, não nos foi possível saber a quantas andamos em termos obstétricos prestado na Maternidade Carmela Dutra, que tem de resto a incumbência de nos preparar no que tange a tocoginecologia.

V - CONCLUSÕES

Podemos concluir que houve influência da idade materna na determinação de acidentes hemorrágicos do último período gestatório, com exceção feita ao Descolamento Prematuro de Placenta.

A paridade foi fator importante na determinação de Descolamento Prematuro de Placenta, Placenta Prévia e rotura uterina com predomínio de múltíparas e grandes múltíparas (mais de cinco) sobre as nulíparas.

Observamos que nos casos de Descolamento Prematuro de Placenta os casos (3) resolvidos com parto normal culminaram com óbito fetal, não obstante terem as mães sido admitidas com foco audível e com frequência acima de 120 batimentos por minuto.

VI - RESUMO

Procedemos a um estudo retrospectivo de 4.386 prontuários de parturientes internadas na Maternidade Carmela Dutra da Fundação Hospitalar de Santa Catarina no ano de 1979, interessando-nos aquelas com síndrome hemorrágica próprias da segunda metade da gestação, fazendo correlação entre o acompanhamento pré-natal, idade gestacional, paridade, condições da parturiente na admissão (trabalho de parto, pressão arterial), condições de vitalidade fetal, Apgar de peso do recém-nascido e mortalidade materno-fetal.

VII - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- 1 - Grelle, F.C. Obstetrícia - Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 1970.
- 2 - Martins, V. P. & De Lucca, C. S. Sobrevida fetal no descolamento prematuro de placenta. Mat. Inf. 1966, 25:369.
- 3 - Aguiar, P. B., Barcellos, J. M. & Amaral, L. B. D. Placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.
- 4 - Benson, C. Ralph - Manual de Obstetrícia e Ginecologia, 5.^a edição, Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 1976.
- 5 - Greenhill, J. P. & Friedman, E. A. - Obstetrícia, 1.^a edição, Rio de Janeiro. Editors Interamericana, 1976
- 6 - Rezende, J. & Montenegro, C.A.B., Obstetrícia Fundamental, 2.^a edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1977.
- 7 - Rezende, J. Obstetrícia, 3.^a edição. Editora Guanabara Koogan - Rio de Janeiro, 1976.
- 8 - Schwarz, R. H. Manual de Emergências Obstétricas. São Paulo. Editora Edgard Blucher Ltda. , 1975.

TCC
UFSC
TO
0151

N.Cham. TCC UFSC 10 0151
Autor: Skripnik, Cesar Fr
Título: Hemorragias da segunda metade da



972804783

Ac. 254286

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM