

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA**

**HEMORRAGIAS DO TERCEIRO TRIMESTRE  
DA GESTAÇÃO**

**SIMONE MARTINS ALEXANDRE**

**Florianópolis, 20 de junho de 1994**

610  
Jes  
197

## SUMÁRIO

	Pag.
RESUMO .....	2
INTRODUÇÃO .....	3
MATERIAIS E MÉTODOS .....	7
RESULTADOS .....	9
DISCUSSÃO .....	12
CONCLUSÕES .....	16
ABSTRACT .....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	18

## RESUMO

**Analisaram-se,** retrospectivamente, 58 casos de hemorragia do 3º trimestre da gestação, ocorridos no Hospital Homero de Miranda Gomes (Regional de São José), no período de janeiro de 1992 a janeiro de 1994. **Descreveu-se** a sua distribuição de acordo com a causa da hemorragia, idade materna, idade gestacional, paridade, história de hipertensão, tipo de parto, sexo e condições de vitalidade fetal e mortalidade materno-fetal.

A causa mais freqüente foi o descolamento prematuro da placenta (DPP) com uma incidência de 43,1% dos casos de hemorragia do 3º trimestre. A placenta prévia (PP) foi encontrada em 20,7% dos casos. A hipertensão arterial sistêmica foi associada ao DPP em 40% dos casos e não foi encontrada nos casos de PP. Não houve registro de mortalidade materna e o óbito fetal foi encontrado em 32,8% dos casos.

A via de parto empregada foi a cesárea em 84% dos casos de DPP e 58,3% dos casos de PP.

## INTRODUÇÃO

O tema hemorragias do terceiro trimestre sugere, por si só, caráter de gravidade e emergência médica, já que, nesta etapa da gestação, tanto a gestante como o feto têm maior risco de morbimortalidade, justificando-se desta maneira a importância de qualquer trabalho ou pesquisa que se pretenda desenvolver sobre o tema.

As patologias hemorrágicas do 3º trimestre incidem em 2 a 3% das gestantes. Sua origem abrange desde causas menores, tais como pólipos, erosões cervicais ou dilatação do colo no início de trabalho de parto, até causas mais graves como, por exemplo, o carcinoma de colo ou a ruptura uterina. No entanto, as causas mais freqüentes se relacionam com a placenta: o descolamento prematuro da placenta (DPP) e a placenta prévia (PP). Extremamente raras são as hemorragias provocadas pela vasa prévia e pela ruptura do seio marginal da placenta (Cunningham, 1989).

A PP assume posição de destaque, não tanto pela freqüência, que orça em torno de 1:1500 partos nas primigrávidas e 1:20 na grande multiparidade (Hibbard, 1980), mas, e sobretudo, pela morbiletalidade materna e perinatal, que apesar de reduzida através dos tempos é motivo de alerta e preocupação.

Em visão panorâmica, e apoiado na experiência de Hibbard e Jeffcoat (1966), Green (1989) diz que os sangramentos do 3º trimestre complicam, aproximadamente, 38% de todas as prenhez; a PP está neles representada por 22% dos casos, documentada a inserção anômala pelo exame vaginal ou durante a cesárea.

Na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e na Maternidade-Escola da UFRJ, a incidência de PP tem oscilado de 1 a 1,75% do partos havidos (Rezende, 1992).

Em um estudo realizado no Hospital-Maternidade Royal, Belfast (Irlanda) em 1986 procurou-se estabelecer o valor prognóstico na identificação precoce da PP, através de exames ultrassonográficos às 18 semanas de gestação. Os resultados mostraram que a posição da placenta nesta época não apresentava relevância prognóstica para PP no último trimestre, já que à termo a placenta encontrava-se em posição normal em muitos casos; estando, desta maneira de acordo com Newton (1984) e Ruparelia e Chapman (1985).

A etiologia da PP é desconhecida e várias teorias têm tentado explicá-la. Entre os fatores predisponentes mais comuns temos a idade avançada e a multiparidade. Segundo Cunningham (1989), a freqüência de PP é 11 vezes maior nas pacientes acima de 40 anos e 7 vezes maior naquelas com 5 partos ou mais.

A principal complicação da PP é a hemorragia grave com choque e morte materna, que pode ser nula em algumas estatísticas ou exceder os 15% nos países em desenvolvimento (Rezende, 1992). A mortalidade perinatal estaria compreendida entre 4 e 24% sendo mais onerada a neonatal precoce e devendo-se fundamentalmente à prematuridade e à anemia aguda (Mauad e cols., 1983; Silver e cols., 1984).

No manejo da paciente com PP deve ser adotada a conduta expectante em gestações com menos de 36 semanas, observadas, é claro, as condições clínicas da paciente. Se a paciente encontra-se com 36 semanas ou mais de gestação deve-se interromper a gravidez (Freitas e cols., 1993).

Com referência ao DPP, temos que pode ser encontrado desde o 2º trimestre até o termo. Ocorre em 0,4 a 3,5% de todas as gestações (Sher e Statland, 1985; Karegard e Gannser, 1986). Segundo Rezende (1992), a incidência de DPP nos últimos 2 decênios tem oscilado entre 0,51 e 0,62% dos partos havidos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é sem dúvida a patologia mais comumente associada ao DPP (De Valera, 1968; Pritchard, 1970). Em DPP suficientemente graves para causar a morte fetal, Pritchard e colaboradores relatam uma incidência de 47% de hipertensão sistólica. Há também uma incidência maior em mulheres que fumam pelo menos um cigarro por dia quando comparadas com grávidas não-fumantes (Goodman, 1990).

De acordo com Lynda Voigt e colaboradores, em um estudo realizado na Universidade de Washington, em 1990, observou-se que as mulheres fumantes apresentavam maior risco de desenvolver DPP. Este estudo demonstrou também que mulheres que apresentavam esta patologia eram 2,6 vezes mais propensas a terem crianças pequenas para a idade gestacional, independente de serem fumantes.

Conquanto pouco freqüente, o DPP pode decorrer de traumatismos diretos sobre o abdome, especialmente se está a placenta inserida na parede ventral do útero (Rezende, 1992). Kettel e cols. (1988) e Stafford (1988) salientam que DPP determinados por

traumatismos maternos relativamente pequenos, podem ocasionar óbito fetal.

O prognóstico fetal é mais desalentador que o materno. A mortalidade perinatal no DPP varia de 40 a 80% dos casos, enquanto a mortalidade materna oscila entre 1 a 2% (Hagashi, 1986). No Hospital das Clínicas de São Paulo a mortalidade perinatal foi de 90,3% (casos graves: 100%; moderados: 66,6%; leves: 23,8%), de acordo com Rezende (1992).

Em estudo realizado no serviço de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina, no período de 1979 a 1988, observou-se mortalidade perinatal maior nos partos vaginais, devido a natimortalidade, e em 78% dos casos de DPP foi realizado o parto cesáreo.

A rotura do seio marginal está frequentemente associada à placenta prévia (Ferguson e Hattor, 1959), à circunvalada (Pavoni, 1954) e ao descolamento prematuro da placenta normalmente inserida. Na opinião de Eastman, dois terços das hemorragias anteparto não podem ser positivamente atribuídos à PP ou ao DPP, *mas* mais são motivados por pequenos descolamentos marginais. Para Fish (1960) a incidência desta patologia atinge 40% das hemorragias anteparto.

Compondo o elenco das hemorragias do 3º trimestre temos a rotura uterina, um dos mais dramáticos acidentes obstétricos e de grave prognóstico materno como fetal. Sua ocorrência vem se tornando cada vez mais rara; com Astedt (1967) encontrando 1:4908 e Eastman (1956) 1:2000. Para R. Benson (1976) ocorre a rotura uterina em 1% das pacientes anteriormente cesariotomizadas.

A multiparidade como causa predisponente de rotura uterina avulta em todas as estatísticas. Parece que gestações, abortamentos e partos sucessivos, mesmo fisiológicos, condicionam na fibra uterina modificações que a tornam predisposta à rotura; assim como as infecções, os miomas, as cicatrizes, circunstâncias freqüentes nas múltiparas.

O prognóstico fetal na rotura uterina é muito grave; há mortalidade de 50 a 70%. Com relação ao prognóstico materno as estatísticas referem mortalidade entre 10 e 25%.

O presente trabalho de revisão visa avaliar a prevalência das principais causas de hemorragia no 3º trimestre, analisar os fatores predisponentes a esta entidade e as conseqüências sobre as condições vitais do feto.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo retrospectivo foi realizado no Hospital Homero de Miranda Gomes, Regional de São José (HRSJ), no período de janeiro de 1992 a janeiro de 1994, em 58 gestantes que apresentavam dados clínicos de hemorragia no 3º trimestre gestacional.

A pesquisa foi elaborada revendo-se catalogação dos livros de registro da sala de admissão e, posteriormente, obtidos os respectivos prontuários, efetuamos o preenchimento de um protocolo para a coleta de dados.

Foram analisados dados sobre a causa da hemorragia, idade da paciente, paridade, idade gestacional, história de HAS ou trauma, recidiva de DPP, tabagismo, tipo de parto, mortalidade materno-fetal; sexo, apgar e peso do recém-nascido.

Em muitos casos, o diagnóstico clínico foi acrescido do ultrassonográfico, ou através da comprovação pós-parto. No entanto em alguns prontuários nos baseamos apenas em dados clínicos, ocorrendo muitas vezes casos de gestantes que permaneceram com o diagnóstico de sangramento vaginal à esclarecer (SVE), na qual não se encontrava referência à uma causa definida para tal.

A idade gestacional foi analisada de acordo com a data da última menstruação e, em alguns casos, pelo exame ultrassonográfico. Naqueles casos em que ambos os dados encontravam-se nos prontuários, descrevemos o valor da idade gestacional através da ultrassonografia.

A via de parto foi dividida em vaginal e cesárea.

A HAS foi analisada com dados da história da paciente ou através dos níveis tensionais apresentados durante a internação, sendo considerados aqueles valores iguais ou maiores a 140/90 mmHg.

O óbito fetal abrange os casos de natimortalidade e mortalidade neonatal.

Devemos ressaltar que, em termos genéricos, placenta prévia abrange hoje todas as inserções da placenta no segmento inferior do útero e, neste sentido, foi empregado em nosso trabalho. (Rezende, 1992)

## RESULTADOS

Os resultados, com o objetivo de proporcionar idéia de conjunto de nossos casos, estão expressos numericamente nas tabelas abaixo.

**Tabela 1: Causas de sangramento no 3º trimestre da gestação.**

Causas	nº	%
PP	12	20,7
DPP	25	43,1
SVE	21	36,2
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

**Tabela 2: Idade materna.**

Idade (anos)	PP		DPP		SVE	
	nº	%	nº	%	nº	%
16 -- 20	1	8,3	5	20,0	3	14,3
20 -- 25	1	8,3	3	12,0	4	19,0
25 -- 30	5	41,7	9	36,0	7	33,3
30 -- 35	1	8,3	5	20,0	3	14,3
35 -- 40	3	25,0	3	12,0	4	19,0
40 -- 45	1	8,3	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

Inclui a  
idade limite  
em 2 casos

Tabela 3: Paridade das pacientes.

Paridade	PP		DPP		SVE	
	nº	%	nº	%	nº	%
Gesta 1	2	16,7	8	32,0	5	23,8
Gesta 2	2	16,7	5	20,0	8	38,1
Gesta 3	2	16,7	3	12,0	4	19,0
Gesta 4	2	16,7	3	12,0	2	9,5
Gesta $\geq$ 5	4	33,3	6	24,0	2	9,5
Total	12	100,0	25	100,0	21	100,0

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

Tabela 4: Idade gestacional das pacientes.

Idade gestacional (semanas)	PP		DPP		SVE	
	nº	%	nº	%	nº	%
até 28	3	25,0	4	19,0	1	5,3
29 -- 32	2	16,7	5	23,8	5	26,3
33 -- 36	6	50,0	6	28,6	8	42,1
37 ou mais	1	8,3	6	28,6	5	26,3
Total	12	100,0	21	100,0	19	100,0

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

Tabela 5: Hemorragias do 3º trimestre associadas à HAS.

HAS	PP		DPP		SVE	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	0	0,0	10	40,0	2	9,5
Não	12	100,0	15	60,0	19	90,5
Total	12	100,0	25	100,0	21	100,0

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

Tabela 6: Peso dos recém-nascidos.

Peso (g)	PP		DPP*		SVE*	
	nº	%	nº	%	nº	%
1000 -- 2000	2	16,7	2	10,5	3	15,0
2000 -- 2500	0	0,0	5	26,3	2	10,0
2500 -- 3000	6	50,0	7	36,8	3	15,0
3000 -- 3500	1	8,3	3	15,8	6	30,0
3500 -- 4000	3	25,0	2	10,5	4	20,0
≥4000	0	0,0	0	0,0	2	10,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

\* Faltam dados em 6 prontuários de DPP e em 1 prontuário de SVE

Tabela 7: Apgar dos recém-nascidos no 1º minuto.

Apgar	PP		DPP		SVE	
	nº	%	nº	%	nº	%
0	0	0,0	6	24,0	1	4,8
1 -- 3	0	0,0	2	8,0	0	0,0
4 -- 6	3	25,0	1	4,0	1	4,8
≥ 7	9	75,0	16	64,0	19	90,5
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

Tabela 8: Apgar dos recém-nascidos no 5º minuto.

Apgar	PP		DPP		SVE	
	n	%	n	%	n	%
0	0	0,0	6	24,0	1	4,8
1 -- 3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4 -- 6	0	0,0	1	4,0	0	0,0
7 ou mais	12	100,0	18	72,0	20	95,2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

Tabela 9: Sexo dos recém-nascidos.

Sexo	PP		DPP*		SVE*	
	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	8	66,7	17	70,8	11	55,0
Feminino	4	33,3	7	29,2	9	45,0
Total	12	100,0	24	100,0	20	100,0

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

\* Não constam dados em 1 prontuário de DPP e em 1 prontuário de SVE

Tabela 10: Tipo de parto.

Via de parto	PP		DPP		SVE	
	nº	%	nº	%	nº	%
Vaginal	5	41,7	4	16,0	13	61,9
Cesárea	7	58,3	21	84,0	8	38,1
Total	12	100,0	25	100,0	21	100,0

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

Tabela 11: Óbito fetal.

Óbito fetal	PP		DPP		SVE	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	0	0,0	7	28,0	1	4,8
Não	12	100,0	18	72,0	20	95,2
Total	12	100,0	25	100,0	21	100,0

SAME HRSJ, Jan. 92 - Jan. 94

## DISCUSSÃO

Entre as principais causas de hemorragias do 3º trimestre observadas em nosso trabalho, encontramos maior prevalência do DPP (43,1%). A PP foi observada em 20,7% dos casos, e 36,2% permaneceram sem causa definida para a hemorragia. Em análise comparativa, nossos resultados estão concordes com Mauad (1983), que observou o DPP em 0,8% dos casos, enquanto a PP foi encontrada numa incidência de 0,6% e, contrários aos dados de Rezende (1992), onde a incidência de PP é superior a de DPP.

Quanto a idade materna, foi observado um predomínio de acidentes hemorrágicos do 3º trimestre nas pacientes com idade entre 25 e 30 anos. Na PP a ocorrência dos casos foi nitidamente maior após os 25 anos de idade, estando desta maneira, de acordo com Costa e cols. (1987) que observou uma incidência de 0,35% de PP abaixo dos 21 anos de idade, enquanto na faixa etária acima dos 34 anos, tal cifra ascendeu 3,58%. Tem tanta representação a idade que nas estatísticas divulgadas por Eastman e Hellmann (1966) sobrepuja a paridade. As mulheres acima de 35 anos surgem 3,5 vezes mais propensas à PP que as abaixo de 25 anos, independente do número de partos havidos.

De acordo com a literatura, é conhecida a influência da multiparidade em grande parte dos casos de PP e DPP. Nosso estudo, entretanto, demonstrou esta influência apenas nos casos de PP: em

pacientes que tinham dois filhos ou mais. Segundo Costa e cols. (1987), 41,8% dos casos de PP são observados em grandes multiparas. Hibbard (1972, 1980) escreve que na PP a paridade grande é fator óbvio e o processamento da nidificação fica afetado pelo endométrio doente; se o segmento superior está lesado, infectado ou pobremente vascularizado, o ovo se implanta próximo ao istmo e ao procurar zonas saudias, a placenta se desenvolve no rumo das porções inferiores.

A nossa incidência de PP após a 33ª semana de gestação foi de 58,3%, enquanto a encontrada por Maciel e Viggiano (1983) foi de 60,4%. Para Foote e Fraser (1969), 79% dos casos de PP ocorreram após 32 semanas de gestação.

Em relação ao DPP, nosso estudo demonstrou que 57% dos casos ocorreram após a 33ª semana. Naye e cols. (1977) mostraram maior ocorrência desta patologia entre 20 e 28 semanas e após a 37ª semana.

Notamos maior número de recém-nascidos do sexo masculino em todas as <sup>na casuística</sup> causas de hemorragia do 3º trimestre observadas em nosso trabalho. Hibbard (1962, 1980) e Rhodes (1965) chamaram a atenção para o predomínio insólito do sexo masculino (120:100) nos recém-nascidos de mulheres com PP; apresentando concordância com a nossa casuística que revelou 66,6% de recém-nascidos do sexo masculino em PP.

Um dos fatores que contribuem para encorpar as casuísticas de mortalidade perinatal é o peso do neonato. De acordo com estudos sobre PP realizados por Mauad e cols. (1983) e Costa e cols. (1987) foram encontrados 40,5% e 40%, respectivamente, de recém-nascidos com peso inferior a 2500 g (baixo peso); divergindo de nossa casuística que foi de 16,7% neste caso. As pacientes com PP têm aumento significativo de conceptos de baixo peso, a conta das

inadequadas condições para o desenvolvimento da placenta e da perfusão sangüínea insuficiente (Chapman e cols., 1979).

Segundo Nardoza e cols. (1991) em estudo realizado na Escola Paulista de Medicina num período de 10 anos, há maior incidência de pequenos para a idade gestacional (26,5%) em infantes oriundos de DPP. Nossos resultados apontam 36,7% de recém-nascidos com baixo peso em DPP.

Em relação ao índice de apgar no 1º e 5º minutos, chamou-nos a atenção o elevado número de recém-nascidos com apgar maior ou igual a 7 nos casos de DPP; demonstrando, que apesar da gravidade desta patologia, houve predomínio do recém-nascido vigoroso.

Com referência ao modo de resolução dos casos apreciados, foram submetidos à cesárea segmentar 58,3% dos casos de PP; contrariando os dados relatados em trabalho de conclusão de curso realizado na Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 1980, em que a cesárea foi adotada em 100% dos casos de PP. Segundo Costa e cols. (1987) a incidência de cesárea em PP foi de 72%.

A via alta também foi a mais empregada nos casos de DPP estudados por Mauad e cols. (1983) e Nardoza e cols. (1991) com incidências de 60,5% e 78%, respectivamente; estando de acordo com nossos resultados, que demonstram uma incidência de 84% de cesáreas em DPP.

A mortalidade perinatal é <sup>foi</sup> de 15 a 20% (10 vezes maior do que em gestações normais) nos casos de PP, segundo Burrow (1982); enquanto em nossos resultados a incidência foi de 0% de óbitos fetais. As principais causas de mortalidade perinatal na PP estão na

asfixia intra-uterina, na prematuridade, nas anomalias congênitas e nos tocotraumatismos (Rezende, 1992).

No DPP, a mortalidade materna varia de 0% a 3% dos casos (Kotsala, 1958; Cavanagh e cols., 1978) e a mortalidade perinatal é de 15 a 25% (Karegard e Gannser, 1986). Nossos resultados apontam 28% de óbitos fetais nos casos de DPP. Quase todos os fatores que agravam o prognóstico materno, como os antecedentes toxêmicos, os distúrbios de hemocoagulação e o estado de choque, agem no mesmo sentido em relação à mortalidade perinatal no DPP. Soma-se aqui, porém, fator muito importante, a prematuridade.

Não houve casos de mortalidade materna nos 58 casos abordados neste estudo.

Devemos salientar que os dados de tabagismo, história de trauma ou esforço físico e recidiva de DPP que possam interessar ao tema por nós enfocado, não foram encontrados anotados em grande parte dos prontuários revisados, impossibilitando-nos de tirar conclusões ou efetuar comparações estatísticas.

## **CONCLUSÕES**

- 1. O DPP foi a causa mais freqüente entre as hemorragias do 3º trimestre.**
- 2. Os casos de PP ocorreram principalmente em pacientes com idade superior aos 25 anos.**
- 3. A HAS esteve associada ao DPP em 40% dos casos e não foi observada nos casos de PP.**
- 4. O número de óbitos fetais foi mais freqüente no DPP.**
- 5. A operação cesariana foi a via de eleição na maioria dos casos.**

## **ABSTRACT**

A retrospective study was carried on 58 cases of third trimester hemorrhage that occurred at the Hospital Homero de Miranda Gomes (Regional de São José), during the period from January, 1992 to January, 1994. Distribution was described according to maternal age, gestacional age, number of gestations, hipertensive history, method of delivery, sex and conditions of fetal vitality, maternal and fetal mortality index.

The most frequent cause was abruptio placentae with an incidence of 43,1%. The placenta previa was found in 20,7% of cases. The hipertansive states were associated to abruptio placentae in 40% of cases and were not present in cases of placenta previa. No maternal death occurred and the rate of fetal martality reached 32,8%.

The main method of delivery was cesarean section in 84% of abruptio placentae and 58,3% of placenta previa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REZENDE, Jorge. Descolamento prematuro da placenta. In: *Obstetrícia*. 6. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992, p. 601-608. C
2. REZENDE, Jorge. Placenta prévia. In: *Obstetrícia*. 6. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992, p. 584-600. C
3. NARDOZZA, L. M. M. et alii. Via de parto no descolamento prematuro da placenta. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, s.l., **13(2)**:63-65, mar./abr. 1991. C
4. NARDOZZA, L. M. M. et alii. Prognóstico perinatal em relação à adequação peso/idade gestacional no descolamento prematuro da placenta. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, s.l., **13(2)**:56-58, mar./abr. 1991. C
5. MAUAD, F. F. et alii. Placenta prévia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, s.l., **5(4)**:157-160, jul./ago. 1983.
6. MAUAD, F. F. et alii. Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, s.l., **5(3)**:99-102, maio/jun. 1983.
7. FREITAS, F. et alii. Hemorragia anteparto. In: *Rotinas em obstetrícia*. 2. ed.: Porto Alegre: Artes Médicas: 1993, p. 258-269.

8. SKRIPNIK, César F. P. et alli. Hemorragias da segunda metade da gestação. Florianópolis, 25p., 1980. (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina.)
9. COSTA, Cícero F. F. et alli. Placenta prévia: estudo de 64 casos na Maternidade da Encruzilhada em 1987. J. Bras. Ginecol., s.l., Cidade, **99(5)**:183-186, maio 1989.
10. MACIEL, C. J. & VIGGIANO, M. G. C. Placenta prévia - um estudo de 43 casos. J. Bras. Ginecol., s.l., Cidade, **93(5)**:273-277, set./out. 1983.
11. VOIGT, Lynda F. et alii. The relationship of abruptio placentae with maternal smoking and small for gestacional age infants. Obstet. Ginecol., s.l., s.ed., **75(5)**:959-961, may 1990.
12. McCLURE, N. Early identification of placenta previa. Br. J. Obstet. Ginecol., s.l., s.ed., **97**:959-961, oct. 1990.

Cunningham, 1989

Hubbard, 1980

Hubbard e Jeffcoat - pg 3

green - 1989 - pg 4

Newton - 1984

Papoulis e Chapman - 1985

Mageshi - 1986

Ferguson e Matton, 1959

Eastman e Hellmann - pg. 14

TCC  
UFSC  
TO  
0015

N.Cham. TCC UFSC TO 0015  
Autor: Alexandre, Simone  
Titulo: Hemorragias do terceiro trimestr



972813049

Ac. 254161

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM