

CADEIRA DE CLÍNICA OBSTÉTRICA E PUERICULTURA NÊO-NATAL
(Serviço do Prof. Raul Briquet)

MORTALIDADE MATERNA (*)

(Considerações sôbre 356 óbitos)

Drs. J. ONOFRE ARAUJO e B. NEME

Assistentes

Ao estudarmos o obtuário da Clinica Obstétrica no período de 931 a 944, temos em vista fazer um exame retrospectivo dos casos fatais como que num exame de consciência para, verificar a quem cabe e até quanto vai a responsabilidade da assistência naquele serviço, e objetivar as normas para reduzir ao mínimo o tributo pago pelas mães na sua função de maternidade. O óbito materno pôde depender da doente, do médico e do hospital, e é precisamente a análise dos casos maus que nos orientarão sobre a terapêutica em futuros casos semelhantes, ou nos darão as diretrizes a serem seguidas para sua adequada profilaxia. *Sylvio de Barros* estudando a mortalidade materna no Estado, baseado na estatística oficial demógrafo-sanitária encontrou o coeficiente de 5,30 para o quinquênio 33-37; 4,5 no quinquênio 38-42 e 3,37 para o ano de 943, distribuindo-se a "causa mortis", no ano de 943, da seguinte forma: infecção, 28,9%; gestoses 21%; hemorragias 21%; acidente do parto 15,2%; abortos, 7,1% prenhes ectópica 3,6%. *Arnaldo de Moraes* fez, há tempos, o mesmo estudo no Distrito Federal, tendo encontrado o coeficiente de 6,74 para a mortalidade materna no periodo que decorreu de 903 a 935, com as seguintes causas: infecção 45,95%; gestoses 24,37%; hemorragias, 13,62%; outras causas, 16,06%.

Na Clinica Obstétrica tivemos de 935 a 944 — 218 óbitos para 12.198 partos, que corresponde ao coeficiente de 17,8 que não é exagerado se atentarmos à incidência dos casos patológicos que recebeu

(*) Trabalho apresentado às I Jornadas Mineiro Paulistas de Ginecologia e Obstetricia, realizados em Agosto de 1945, em Belo Horizonte. Transcrito de "Maternidade e Infância."

indiscriminadamente, seja quanto à natureza da afeção e condições de assistência anterior.

Compreende-se o alto coeficiente de mortalidade materna nessa Clínica por se tratar de estabelecimento destinado ao ensino, para onde convergem, preferencialmente, todos os casos máus.

Se excluirmos os óbitos decorrentes da infeção em doentes que deram à luz fóra do serviço e o procuraram já com infeção grave (129) e os do 3.º grupo, adiante assinalado, em que o ciclo gravidés-peurperal pequena influência teve no êxito letal (13); para os 12.198 partos ocorridos no Serviço no período em estudo, o obituário ficará reduzido a 76 casos que representam o coeficiente 6,2.

* * *

Naturalmente que nem todos os óbitos dependeram de complicações do estado puerperal propriamente dito, alguns deles foram óbitos decorrentes de afeções concomitantes com a prenhes, alguns dos quais por esta agravados e que desse modo intervieram no êxito letal, outros no entanto sobrevieram em portadoras de afeções que o estado puerperal nada poderia influir *quod ad vitam*. Consideraremos, pois, 3 grupos; no primeiro os óbitos decorrentes do ciclo gravido puerperal, num total de 238 (66,8% do total dos óbitos), e assim discriminados:

Infeção puerperal	167	—	46,8%	do total dos óbitos			
Síndromes hemorrágicas	29		8,9%	”	”	”	”
Gestoses	21		5,9%	”	”	”	”
Choque obstétrico	6		1,7%	”	”	”	”
Prenhez abdominal	2		0,5%	”	”	”	”
Rotura uterina	13		3,6%	”	”	”	”

No 2.º grupo incluímos os óbitos em que a prenhes poderia ser responsabilizada como causa agravante da afeção, e que são os seguintes, em número de 104:

(29,2% do total dos óbitos)

Anestesia	4	—	1,1%	Anemia	9	—	2,5%
Cardiopatia	31	—	8,7%	Desenteria amibica	5	—	1,4%
Pneumonia	19	—	5,3%	Glomerulo nefrite dif.	4	—	1,1%
Tuberculose	13	—	3,6%	Necrose aguda do fig.	4	—	1,1%
Embolia	11	—	3,0%	Tireotoxicose	2	—	0,5%
				Infe. do trato urinário	2	—	0,5%

O 3.º grupo, em número de 12 (3,6%), teve a seguinte distribuição:

Intoxicação medicamentosa	4	Abesso pulmonar	..	1
Morte subita	1	Doença de Hodgkin	1	1
Cancer do estomago .	1	Coquexia (megaesôfago)	.	1
Coma diabetico	1	Doença de Parkinson .	1	1
		Malaria	.	1

Um de nós (J. O. A.) fará a análise do 1.º grupo, enquanto o outro (B. N.) encarregar-se-á dos óbitos que dependeram de afeções concomitantes com a puerperalidade; e como informação suplementar diremos que foram praticadas 80 necropsias (22,4%) para confirmação diagnostica ou verificação da responsabilidade do obstetra na prática de intervenções cirurgicas.

1.º GRUPO

a) *Infeção puerperal* (167)

A infeção puerperal contribuiu com 46% no obituário geral e as razões desse elevado coeficiente serão expostas nas considerações adiante analisadas. De início queremos afirmar a tendência para diminuição do coeficiente de mortalidade materna decorrente da infeção, à vista da medicação anti-infeciosa especifica em uso de 1940 para cá. Conquanto não acentuada já se evidencia uma diminuição, pois se separarmos os óbitos do periodo de 935 a 939 encontraremos 57 óbitos para 6.412 partos (8,8%) enquanto que de 940 a 944 houve 45 óbitos para 6.167 partos (7,2%). Não foi maior a redução coeficitaria pelo fato dos doentes iniciarem tardiamente o tratamento sulfamídico em doses adequadas, e o resultado dêsse é paralelo à precocidade do início terapêutico.

Na procura das causa determinantes do surto infecioso no puerperio, são de importância principal as condições da assistência que a parturiente recebeu durante a evolução do parto, e como, via de regra, o médico recebe o caso clinico depois de certo número de horas de trabalho que a parturiente esteve sob os cuidados de profissionais não especializados, separamos as que não tiveram assistência fóra do serviço e o procuraram logo no início do trabalho, das que deram entrada já em fase mais adiantada, depois de assistidas por pessoas estranhas. No quadro abaixo é evidente a porcentagem de obituário (cerca de 90%) das que foram inicialmente assistidas fóra.

Com assistência fóra do Serviço ..	(151)
a) Por curiosas	22
b) Por parteiras	19
c) Não especificadas	110
Sem assistência do Serviço ...	(16)

Dos 167 óbitos por infecção, 108 sobrevieram post parto e 59 post abortamento, 46 dos quais confessadamente intencionados.

Nos casos em estudo, o parto se processou no domicílio em 71,2% das vês, enquanto que só em 20,3% foi o trabalho acompanhado na Clínica Obstétrica, tendo os demais 8,5% dado à luz noutro hospital, e razões de ordem não clínica motivaram sua remoção para o Serviço, onde vieram a falecer.

A alta incidência de óbitos das que foram inicialmente assistidas fóra indica que a assistência domiciliar necessita ser melhorada pela organização de adequado serviço que evite as infecções heterógenas que são as responsáveis pela maioria dos óbitos por infecção puerperal.

O serviço de assistência domiciliar é necessário à vista da insuficiência de leitos nas maternidades; mesmo com a construção da Maternidade Universitária, já iniciada, e que com seus 150 leitos vai permitir a assistência hospitalar a maior número de partos anualmente, outras condições particulares farão com que as parturientes deixem de se socorrer dos hospitais por ocasião do parto. Um desses fatores é que a internação deixa ao abandono o lar, por vês com outras crianças que ainda necessitam dos cuidados maternos. Inaugurada a Maternidade Universitária contará São Paulo com 512 leitos destinados à assistência obstétrica para indigentes.

Dos 167 óbitos por infecção puerperal, 31 tiveram intervenção obstétrica para solução do caso clínico e tais intervenções se distribuem da seguinte fórmula:

Cesareas	4	Sinfisiotomia de Zarate . . .	1
Forcipe	8	Curage	2
Versão	1	Curetage	1
Craneoclasia	7	Descolamento manual da pla-	
Histerectomia	2	centa	4
		Extração pelvica	1

Pelo maior número de óbitos após determinada intervenção não se pôde concluir seja ela em si causa determinante do agravamento das condições do caso clínico; mais importante é sabermos das condi-

ções da parturiente à sua entrada, e com êsse intuito dividimos em 4 classes: péssimas, más, regulares e boas, verificando que 83 deram entrada em condições precárias (exaustas após horas seguidas de trabalho sem assistência (14), com infecção intraparto (16), com síndromes de hemorragia abundante (8); 66 em condições más, 9 regulares e 9 em boas condições. Interessava-nos saber a causa do óbito dessas 18 que deram entrada em condições regulares ou boas, pois aqui talvez tivesse sido possível assistência mais adequada, já que as restantes 149 tiveram uma assistência que visou não só tratar do caso clínico, como corrigir erro de inadequada assistência anterior e portanto de solução muito mais difícil e prognóstico mais reservado. A análise desses 18 casos revelou o seguinte:

Caso		Assist. fóra	Rot. bolsa	Ex. vaginal	Intervenção	Causa mortis
1	Parto prematuro	Não	precoce	Não	Não	Septicemia
2	Prenhez de 5 meses com varizes infectadas e abscessos múltiplos	Não	—	Não	Não	Septicemia Intragravitare
3	Abortamento 2 meses espontâneo (?) Inevitável	Não (?)	—	Sim	Não	Peritonite
4	Abortamento 3 meses espontâneo	Não	—	Não	Não	Choque toxica peritoneal por rotura de piosalpinge
5	Gestante de 5,8 meses Placenta previa central H. 30 %	Não	Não	Não	Cesarea	Peritonite
6	Parturiente solteira	Não	oportuna		Forcipe	Parametrite
7	Infecção infra abortamento de 4 meses	Sim	—	Sim	Não	Peritonite
8	Parto normal feto macerado	Não	oportuna		Não	Endometrite necrotica e miometrite
9	Parturiente de termo	Sim	oportuna	Sim, sem luvas	Cesarea	Peritonite

Caso		Assist. fóra	Rot. bolsa	Ex. vaginal	Intervenção	Causa mortis
1	Parto normal	Não	oportuna	Não (1)	Não	Septicemia
2	Forcipe	Não	oportuna	Sim (1)	Forcipe	Septicemia estrep. hemolítico
3	Parto normal	Não	oportuna		Não	Peritonite no 12.º dia
4	Parto normal	Não	oportuna		Não	Septicemia no 5.º dia
5	Parto normal	Não	oportuna		Não	Peritonite
6	Parto normal	Não				Septicemia
7	Forcipe 70 hs. trabalho	Não	oportuna		Forcipe	Septicemia
8	Parto normal	Não	oportuna			Peritonite
9	Cesarea (atresia vaginal)	Não	oportuna		Cesarea	Peritonite no 5.º dia

Os casos 3, 7 e 9 que deram entrada em condições regulares, talvez tivesse sido evitado o êxito letal se a assistência prévia, provavelmente criminosa como nos dois primeiros, ou assistência domiciliar inadequada tivessem sido evitadas. Nos casos 6 e 7 que deram entrada em boas condições, um deles seria melhorado com assistência pré-natal que elevasse o teor de hemoglobina e o último talvez uma espera de menor duração suprimisse o trauma dos tecidos do canal do parto.

Caso		Assist. fóra	Rot. bolsa	Anest.	Exame vaginal	Interven-ção	Est. geral entrada
1	Parto normal	Não	Precoce	—	Não	—	Regular
2	Parto normal	Não	oportuna	Não			Bom
3	Parto operatorio	Não	oportuna	Bal-so-formio	Não	Forcipe	Bom
4	Parto normal	Não	oportuna	—	Não	Forcipe	Bom
5	Parto normal	Sim	oportuna	—	?		Regular Trabalho de parto moroso
6	Parto normal	Não	oportuna	—			Bom
7	Parto normal	Não	oportuna	—			Bom
8	Parto normal	Não	oportuna	—			Anemia. 30% Hb
9	Parto operatorio	Não	oportuna	Bal-so-formio	Não	Forcipe	Bom
10	Parto normal	Não	oportuna	—	Não		Bom
11	Parto operatorio	Não	oportuna	peri-dural		Cesarea	Bom
12	Parto normal	Não	oportuna				Regular
13	Parto normal	Sim	oportuna	Ciclo-eter	Sim, sem luvas por curiosa	Cesarea	Regular

Nas suas aulas anatômico clínicas, *W Bünzler* chama a atenção para êsses casos de choque toxi-infeccioso da puerperalidade em que a causa direta devia ser buscada na grande absorção tóxica dos tecidos do canal, macerados pela demora do trabalho, que lesando os tecidos por necrose isquêmica explicaria a facilidade e extensão da porta de entrada do germe.

Os restantes 13 casos são os inevitáveis ou imprevisíveis que representam o sacrifício da mulher na função de reprodução e que escapam à argúcia prognóstica do obstetra.

Nêstes casos não foi possível verificar a data do último congresso sexual, o que, excluindo uma fonte de infecção heterógena, poderia então responsabilizar diretamente a assistência.

Outro fato a assinalar no obituário por infecção puerperal que vimos analisando, é o motivo determinante do internamento, pois dos 167 casos em estudo, 129 eram de puérperas que se recolheram diretamente ao pavilhão de isolamento com infecção grave já declarada (76 post parto normal, 7 post abortamento catalogados como espontâneos e 46 post abortamento intencionado).

Assinalamos êsse fato porque a Clínica Obstétrica é o único hospital de São Paulo que recebia puérperas infectadas, para ali convergindo todos os casos que encontravam recusa em outros centros. Dos restantes 38 casos, 17 deram entrada já com infecção intraparto, e 8 em estado precário, conseqüente a síndrome hemorrágica de volume apreciável, apenas 13 tendo procurado o Serviço em trabalho de parto sem complicações.

Destes 13 casos, incluídos no quadro discriminativo abaixo citado, 4 poderiam ter suas condições melhoradas pela assistência pré-natal (melhora da anemia), ou exclusão da assistência externa que facilitou o desencadeamento da infecção (toque sem luvas, parto moroso com ou sem toques repetidos), dos demais 9 nada se podendo afirmar de sua possível prevenção.

Vejam agora os óbitos por infecção puerperal em doentes que não tiveram assistência fóra do Serviço e o procuraram logo no início do trabalho. São em número de 16 e a causa mortis foi a seguinte:

Septicemia	4
Peritonite	8
Parametrite	1
Endometrite putrida	2
Causa não apurada	1

LIPOCAICO

L a b o r

APRESENTAÇÃO : Injetável — Caixa de 6 ampolas de 2 cm³

Drágeas — frasco de 20 drágeas de 0,60 g

LIPOCAICO — o princípio lipotrópico do pancreas — previne e corrige as infiltrações gordurosas do fígado. Encontra aplicação nas hepatomegalias diabéticas, nas cirroses e pré-cirroses hepática, e nos transtornos do metabolismo do colesterol.



A atividade do LIPOCAICO LABOR é testada
em ratos portadores de esteatose hepática

LABORTERAPICA S. A.

Estes 16 casos são os mesmos cujas condições clínicas estão analisadas no quadro atrás referido, excetuando o de n. 2, no qual a porta de entrada do germe não ficou bem apurada, e os de n. 3 e 7 de abortamentos cujos dados anamnesticos não merecem fé, à vista da evolução clínica.

Resumindo e finalizando vemos que adequada assistência pré-natal, e proporcionando-se às doentes os meios de serem atendidas com regras acertadas da arte obstétrica, seja com a remoção precoce para o hospital ou adequada assistência domiciliar, e a educação sanitária da população; em que se chame a atenção para fontes de contágio, muitas vezes ignorada, como seja o congresso sexual no mês que precede ao parto, tudo isso fará com que se melhore a mortalidade materna por infecção, causa que encabeça a lista das causas-mortis na puerperalidade. Dedução digna de apreço nos casos que vimos analisando é que hospitais como a Clínica Obstétrica que recebeu casos máus, já infectados, efetiva ou potencialmente, têm alta mortalidade materna independente da escolha do ato cirúrgico ou da técnica empregada; mesmo bem tratados os casos podem se tornar de resultados precários se houver infecção prévia ao internamento.

b) Síndromes hemorrágicas (29)

Os 29 óbitos decorrentes de síndromes hemorrágicas se discriminam a seguir:

Placenta prévia	12
Descolamento prematuro	6
Inercia uterina	4
Retenção de placenta	4
Abortamento ..	2
Prolong. incisão operat.	1

que representaram 8,9% do total de óbitos.

Também em relação às síndromes hemorrágicas podemos dividir as doentes em 4 grupos conforme suas condições gerais por ocasião do internamento: em condições péssimas (sem pulso e sem pressão); em condições más (choque grave mas ainda com pulso e pressão); em condições regulares, em boas condições. Evidentemente, as que se internaram em condições péssimas ou más apresentavam choque hemorrágico grave, já em fase de irreversibilidade em que a terapêutica empregada seria de resultados pouco favoráveis, como o êxito final demonstrou.

Os três casos que deram entrada em condições regulares foram de placenta prévia, dois dos quais tratados pela manobra de Braxton-Hicks, e uma em que se aplicou o forcipe seguido de descolamento manual de placenta.

Dos casos entrados em boas condições, 3 tiveram como causa da hemorragia a atonia muscular que não respondeu ao emprego do ocitócico, sendo digno de nota um deles em que se aplicou forcipe sob anestesia raquidea, indicado por período expulsivo que já durava 6 horas. Houve um óbito consequente a abundante hemorragia no decorso de operação cesárea, em que a incisão transversal do segmento inferior se prolongou atingindo ramos importantes da artéria uterina. A análise individual desses casos revela que eles não receberam adequada quantidade de sangue total, e isso responsabilisa, em parte, o hospital por não estar dotado de tão precioso e unico meio de combater aos acidentes das síndromes hemorrágicas.

A transfusão sanguínea, precoce e abundante, talvez tivesse evitado o êxito letal nesses casos. A ausência do banco de sangue com abundante quantidade deste elemento não dependia, no entanto, de nenhum dos profissionais que exerciam atividades no serviço.

Merece reparos a indicação de Braxton-Hicks praticada em dois casos, demorada aplicação do forcipe em período expulsivo muito longo e o prolongamento da incisão segmentária na operação cesárea, em que a oportunidade da escolha da intervenção e a técnica empregada poderiam ficar sujeitas a críticas.

c) *Rotura uterina* (13)

Foi causa direta do óbito em 13 oportunidades, ou seja, em 3,6% do total. A análise desses casos deixa claro que a assistência obstétrica defeituosa ainda é o principal fator desse acidente. Verificamos que em 11 vêses ela esteve inicialmente a cargo de "curiosas", as quais, via de regra indicaram tardiamente a assistência médica.

O choque hemorrágico grave (em 9 vêses) e a peritonite puerperal após 5 dias de estadia na residência (em 2 oportunidades) foram a causa do internamento e do óbito destas 11 pacientes assistidas em condições precárias.

Apenas em 2 eventualidades o acidente ocorreu intra Clinica e, apesar da assistência imediata o óbito veio a ocorrer durante a intervenção.

Justifica-se esse fato, apesar de contrário à regra, porque em ambos os casos as arterias foram interessadas na rotura determinando hemorragia cataclismica. Em um deles a rotura ocorreu, de modo si-

lencioso, durante o trabalho de parto e noutro, de natureza traumática, durante a versão interna sob anestesia geral profunda.

Do que se conclue que, nesse acidente obstétrico são fatores prognósticos decisivos, a assistência precoce, a séde e a propagação da rotura do órgão parturiente. Não se deve esquecer ainda a função profilática indiscutível da assistência obstétrica convenientemente conduzida.

d) *Eclâmpsia* (15)

A síndrome convulsiva da puerperalidade foi responsável por 15 óbitos (6 intragraviditatem, 3 intraparto e 6 no puerpério), o que dá a percentagem de quase 0,5% da totalidade dos casos fatais.

A maioria deles (13), deu entrada em condições péssimas ou más (estado de coma após repetidos ataques fóra do Serviço), e não tiveram assistência pré-natal, apenas 2 entraram em condições regulares: foram doentes que se internaram com toxemia hipertensiva, deram à luz normalmente e apresentaram convulsões no puerpério, vindo a falecer depois.

E' evidente, neste grupo, que foi a falta de exames periódicos durante a prenhez que impediu a verificação da fase hipertensiva que, precedendo a convulsão, permite adequada terapêutica de resultados sempre bons.

e) *Vômitos incoercíveis* (6)

Tivemos 6 óbitos pela síndrome hiperemética da gestação, quatro dos quais deram entradas em condições péssimas, já com evidentes manifestações nervosas da fase final, e dois com grave intoxicação que mesmo o esvaziamento cavitário praticado não conseguiu o êxito terapêutico desejado.

f) *Prenhês abdominal* (2)

Houve 2 óbitos por prenhez abdominal, um em prenhez de termo e um em prenhez de três meses, ambos por peritonite. No primeiro não foi feito o diagnóstico prévio, tendo-se iniciado uma intervenção por via vaginal e a laparotomia posterior não conseguiu salvar o doente devido ao seu estado de acentuada intoxicação.

g) *Choque Obstétrico* (6)

Incluimos nesta rúbrica só os casos de choque obstétrico puro; o choque hemorrágico foi incluído nos óbitos por síndrome hemorrágica. Dos 6 casos, um deu à luz normalmente fóra do serviço, tendo dado

entrada com pulso e pressão ausentes e falecendo duas horas após o internamento: dois apresentavam temperatura elevada de 39° durante a evolução do parto, um decorrente de infecção intraparto e outro de disenteria amebiana datando de quinze dias, apenas num deles o óbito se verificou em paciente que nada apresentava que viesse a agravar suas condições. Dos óbitos por choque post parto operatorio, um se deu post aplicação de forcipe e outro post versão seguida de craniotomia em cabeça última. A análise desses óbitos revelou que as doentes não receberam quantidade suficiente de sangue, cabendo aqui as mesmas considerações feitas a propósito do obituário por síndrome hemorrágica.

2.º GRUPO

Ao lado das causas de óbito dependentes diretamente do ciclo gravido puerperal, devemos considerar outras, em que a puerperalidade representa elemento predisponente à sua instalação ou fator agravante à sua evolução clínica. Dêse modo, sem ser o agente direto, ela influenciou indiretamente, no êxito letal. Assim, consideraremos os 118 óbitos, já enumerados linhas atrás, e que, a seguir, estudaremos separadamente.

CARDIOPATIAS

Nos 356 óbitos que vimos analisando, em 36 vêses estava presente uma cardiopatia, ou seja 10,1% do total de óbitos. Distribuem-se, a seguir, as causas diretas dos óbitos:

Insuficiência cardíaca	.	18
Edema agudo do pulmão	..	13
Processos embólicos	.	4
Endocardite maligna	1

Sendo ponto pacífico que a gravidês representa sobrecarga ao coração, é verdade, outrossim, que a atuação conjugada do obstetra e cardiologista reduzido de muito os perigos da associação cardiopatia-gravidês, como se vem observando no nosso meio, graças às lições de *Raul Briquet* e do saudoso *Lemos Torres*, permitindo que o aforisma de Peters mereça, hoje, até certo ponto, valor exclusivamente histórico.

Os melhores resultados hoje consignados neste assunto decorrem não só da assistência técnica mais completa, como, e principalmente, de exames solícitos e frequentes que proporcionam aos médicos assistentes a oportunidade de reconhecerem precocemente os primeiros sinais do déficit cardíaco.

Se assim é, vejamos até que ponto poderíamos responsabilizar nossa assistência nesses casos de óbito, analisando as condições das pacientes no momento da intervenção:

Em condições péssimas ..	15
Em condições más . . .	16
Em condições regulares	3
Em condições boas	2

Como se vê, em 31 destes 36 óbitos nenhuma assistência poderia, praticamente, ser empregada com êxito. Entre tais casos incluímos as pacientes que deram entrada em franco edema pulmonar ou em fase final de insuficiência cardíaca. Os óbitos de pacientes que se internaram em condições regulares ou boas se relacionam a processos embólicos em cardiopatia mitral de etiologia reumatismal.

Especificando-se a fase da puerperalidade em que ocorreu o óbito, constatamos:

Óbitos durante a gestação	14
Óbitos durante o parto	4
Óbitos durante o puerpério imediato (24 hs.)	7

Vê-se que o puerpério é fase crítica que merece os maiores cuidados. Analisando a causa do óbito em cada fase do ciclo gravido puerperal verificamos que o edema agudo do pulmão é mais frequente no parto e puerpério imediato, ao passo que a insuficiência cardíaca predomina no último trimestre da gestação e no puerpério tardio. As embolias ocorrem, frequentemente, no puerpério tardio. Compreende-se que assim seja, pois analisando-se a curva da sobrecarga cardíaca durante a gravidez (THOMSON e HAMILTON), verifica-se que ela se eleva progressivamente até o 9.º mês, reduzindo um pouco nos dias que precedem ao parto, para elevar-se, de novo, após, êste, descendo progressivamente para se normalizar no 10.º e 15.º dia do puerpério. Um de nós (B. N.) estudando o parto nas cardíacas supere que o acme desta curva deve estar na fase expulsiva do trabalho, quando é máximo o esforço muscular da cardíaca.

Assim, e dentro desta correlação (curva da sobrecarga e condições de óbito nas cardíacas grávidas), estariam patenteadas as normas que

regem a assistência obstétrica de tais pacientes, isto é: a) — assistência conjugada do obstetra e cardiólogo; b) — assistência pré-natal com exames cuidadosos e frequentes; c) — repouso no último trimestre, afim de aumentar a força da reserva do miocárdio; d) — proporcionar, dentro do possível, um parto pouco laborioso, particularmente no período expulsivo, e, finalmente, e) — repouso e terapêutica digitalica no puerpério.

PNEUMONIA

Foi responsável por 5,32% do total dos óbitos, chamando atenção sua maior incidência no puerpério, pois dos 19 casos de óbito por pneumonia, 16 ocorreram post parto. A hipertemia durante a gestação e a anoxemia decorrentes do processo morbido desencadearam o trabalho do parto, verificando-se o óbito no puerpério imediato ou tardio. É explicável esse fato, pois o puerpério se acompanha de redução da capacidade vital agravada pela molestia e acrescida dos fenômenos decorrentes da involução puerperal e da possível localização do germe em zona de menor resistência, qual seja o endométrio no puerpério.

Entre nós *Lemos Torres e Briquet* chamam a atenção para a maior gravidade desta afecção no estado puerperal, baseados na epidemia de gripe de 1918, salientando não só a maior frequência da complicação pulmonar na gripe, como também sua ação interruptora da gestação e maior letalidade. As armas terapêuticas que atualmente dispomos (quinino, oxigênio e penicilinoterapia), reduziram de muito os riscos destas entidades quando associadas à gravidez, não só quanto à interrupção desta como ao êxito letal, reduzindo o óbito, praticamente, aos casos em que a assistência hospitalar foi tardia. Assim é que de 1940 para cá o obituário se reduziu, atingindo apenas 2,4% do total de óbitos.

TUBERCULOSE

A tuberculose foi causa de óbitos em 3,6% das vêsas. Dos 13 casos, 8 ocorreram no puerpério, verificando-se, em relação a esta entidade morbida, o mesmo que já assinalamos para a pneumonia. Também aqui é digno de anotar-se as péssimas condições das pacientes ao procurarem internamento no Serviço.

Ação agravante da expulsão fetal é a descompressão brusca das lesões pulmonares anulando, dessarte, o relativo colapso do parênquima, facilitando não só a disseminação hematogênica e broncogênica co-

mo a reativação de focos de infecção latente que justificam a grande incidência do óbito nesta fase da puerperalidade.

ANEMIA

A gestação é fator de anemia, não só pelas solicitações fetais como pelas modificações gerais que imprime ao organismo materno. Desse modo, ao lado da anemia gravídica fisiológica, outras de maior gravidade devem ser consideradas e que adquirem caráter de maior intensidade no estado puerperal. Em 2,5% dos casos ela foi a causa direta do óbito, e em todos, sua verificação foi constante, seja como fator agravante seja como consequência da afecção que determinou o óbito. Em recente trabalho autores argentinos demonstraram que a maior morbidade puerperal era proporcional ao baixo teor da hemoglobina sanguínea. A anemia perniciosa incidiu em 50% dentre todos os tipos de anemia determinante do óbito. Em todas elas o óbito se deu no puerpério, o que patenteia a ação agravante desta fase e a importância que representa a assistência completa e apurada nessa ocasião. Ao lado da maior morbidade infecciosa deve ser considerada a perda sanguínea da dequitação como elemento ponderável nesses casos de déficit hemoglobínico. As condições da parturiente no momento da internação foram sempre más e péssimas. Entre nós *Macedo Ribeiro* chamou a atenção para a importância do déficit alimentar na etiologia das anemias e um de nós (J. O. A.) para o menor teor do ferro sérico no sexo feminino, maximé durante a gestação. Assim, a alimentação mais racional do ponto de vista qualitativo e a administração em dose adequada dos sais ferrosos estariam indicadas no último trimestre. A transfusão de sangue total, isento do aglutinogeno Rh, é elemento decisivo na melhoria das condições das gestantes anemiadas.

SÍNDROME DISENTERIFORMES

A disenteria amébrica foi causa determinante dos óbitos em 1,3% da mortalidade materna no Serviço. A hipocloridria do estado puerperal, como demonstrou *Andreucci* nestas jornadas, é fator de agravamento nas síndromes disentéricas; Ao lado do agente específico, entram em jogo os desvios da flóra intestinal com as consequentes formas de enterocolite fermentativa e putrefativa resultante, respectivamente, da má digestão dos glicídios e protídeos. Alterado dessa forma o ambiente intestinal, a infecção específica toma campo com formas clínicas graves, até então latentes ou crônicas, observando-se grave desidratação e depauperamento orgânico.

Nos óbitos por disenteria amébrica estava presente, como causa conjugada, grave anemia hipocromica, com taxa hemoglobínica que girou entre 40 e 20%.

Não fôra a especificidade da síndrome e seu carater grave, teriamos relacionado o óbito ao quadro anêmico.

Tambem nesta entidade clinica os óbitos se verificaram no puerpério, quando o réto e sigmoide sofreram o trauma do trabalho do parto reativador da síndrome disenterica. Todos os óbitos desta rubrica deram entrada em precárias condições e em franco estado de caquexia.

NECROSE AGUDA DO FIGADO

A n. a. f. foi causa de óbito em 1,1% da totalidade. Embora em condições normais não se possa falar de insuficiência hepatica gravídica, deve-se reconhecer que a gestação, particularmente na segunda metade, representa sobrecarga e exige maior sollicitação hepatica.

Sem que pudessemos estabelecer ou reconhecer correlação etiológica contamos com 4 óbitos por necrose aguda do figado em pacientes que deram entrada em más condições, com fase icterica já manifesta, sendo a sua presença e o máu estado geral os motivos do internamento, e nos quais qualquer terapêutica não teria êxito.

PROCESSOS EMBÓLICOS

Incidindo frequentemente no puerpério (6 vês num total de 7), a embolia concorreu com 1,9% dos óbitos em estudo. A gestação é elemento predisponente ao acidente embólico, apesar de ocorrer em idade, até certo ponto, pouco avançada e determinar menor viscosidade sanguínea. A mobilização brusca da massa sanguínea circulante após o desprendimento fetal e dequitação, as possíveis infecções do trato genital no puerpério, e a maior labilidade vascular e tencional assim como a incidência operatória que da gestação deriva, representam, como os nossos casos atestam, condição importante para a maior frequência dos processos embólicos em idade em que não é comum sua verificação. Assim, no sentido de apuramos, tanto quanto possível, a causa do acidente encontramos intervenções obstetricas em três vês, uma das quais condicionou processo infeccioso com trombose dos plexos vesicais; em duas doentes havia hipertensão e em outro o óbito foi consequente a tromboflebite dos vasos pelvicos.

A localização mais frequente do êmbolo foi o pulmão (cinco, num total de sete), tendo os restantes se localizado no seio cavernoso e longitudinal.

INFESÇÕES DO TRATO URINARIO

Embora sejam frequentes no estado puerperal as infecções do trato urinario, à vista das alterações mecânicas e funcionais que o caracterizam, o que justifica a maior incidência da pieloureterite na gestação, apenas em 0,5% do total dos óbitos foram estas infecções suas causas responsáveis: 1 pielonefrite ascendente (gestante de 7 meses) e 1 pielonefrose (puerpera recente post parto prematuro de 8 meses). Ambos os casos deram entrada em condições precárias tendo o óbito ocorrido na éra présulfamidica.

TIREOTOXICOSE

A tireotoxicose incidiu em 0,5% das vêses como causa responsável do total de óbitos. Os dois casos, gestantes no último trimestre, deram entrada em condições precárias, em franca insuficiência cardíaca de que vieram a falecer. Após parto prematuro em um deles a intercorrência de uma pielite puerperal fez com que se agravassem os fenomenos tóxicos e cardíacos vindo a paciente a falecer nos primeiros dias do puerpério. Adequada assistência pré-natal com terapêutica clinica ou cirurgica como aconselha *Means* poderiam, possivelmente, reduzir a gravidade da associação hipertiroidismo e gravidês. Nos casos em estudo, no entanto, a insuficiência cardíaca irreductivel e agravada pela sobrecarga do parto e a infecção pielica não deu margem a outro êxito senão o letal.

GLOMERULO NEFRITE AGUDA DIFUSA

A glomerulo nefrite aguda difusa tem na gravidês fator de agravamento pela sobrecarga que representa ao emunctorio renal e ao aparelho circulatório. Incidiu em 1,3% do total dos óbitos, sendo a uremia três vêses em cinco e o edema agudo do pulmão as responsáveis pelo óbito.

ANESTESIA

No total de 356 óbitos, em 4 vêses (1,1%) a anestesia foi sua causa determinante; 3 vêses a raquianestesia e 1 vês a anestesia geral.

pelo balsoformio-eter, todos tendo se verificado por síncope respiratória. As condições peculiares da mulher gestante, como afirma *Sebrechts*, talvez justifiquem a maior incidência da raquianestesia como agente responsável pelo óbito. Pela análise de 886 anestésias praticadas na Clínica Obstétrica um de nós (J. O. A.) verificou ser a anestesia geral a mais empregada na solução dos casos operatórios por via vaginal, tendo também sido empregada para a via alta em condições clínicas delicadas (toxemia hipertensiva e convulsiva, cardiopatias, anemias graves, etc.) quando contraíndicado o bloqueio sub-aracnoide. Assim este último, apesar de reservado para casos melhores e ter sido empregada menos, em 4 casos foi 3 vês causa do óbito. Anota-se neste passo que estes acidentes com a raquianestesia ocorreram entre 931 e 934, quando ainda não se conhecia sua fisiopatologia, para que se pudesse realizar com êxito o combate às causas do acidente (respiração artificial eficiente até desaparecimento dos efeitos da solução anestésica sobre os musculos respiratórios, oxigenio sob pressão, escolha adequada das drogas anestésiantes). Hoje os acidentes fatais são mais raros e pretendemos estudá-los melhor, para que se possa usar de método anestésico tão util na prática da césaria, como é a raquianestesia.

3.º GRUPO

O terceiro grupo a ser analisado nada apresenta de particular, pois foram óbitos que ocorreram por afecções que a prenhes ou parto pequena influência tiveram na evolução do mal.

O medicamento responsável pelos quatro óbitos por intoxicação foi o quinino, empregado em doses anormais, para fins de abortamento intencionado.

Terminando a análise dos 356 óbitos, podemos tirar as seguintes:

CONCLUSÕES

1) A infecção puerperal foi a maior responsável pelo obituário materno, contribuindo com 46,8% do total dos óbitos, seguindo-se afecções que poderiam ser agravadas pela prenhes, com 29,2%, as hemorragias que contribuíram com 8,9% as gestoses com 5,9% e outras causas, com 6,2%.

2) Sendo as condições que a paciente apresenta na ocasião do internamento um índice da eficácia da assistência pré-natal e da educação sanitária da população, a análise da nossa mortalidade demonstrou a necessidade de se trabalhar pela melhoria desses fatores.

3) Temos necessidade de maior número de leitos nas maternidades para onde possam ser encaminhados os casos examinados nos vários centros de assistência pré-natal, e adequada assistência domiciliar, organizada e orientada por especialista conhecedor de seu mecanismo de funcionamento.

4) Intensificação do ensino de clinica obstétrica aos estudantes do curso de medicina. Cursos de aperfeiçoamento e de atualização de conhecimentos para médicos. Ensino da enfermagem obstétrica nos moldes apresentados ao 1.º Congresso Nacional de Proteção à Infância, isto é:

a) formação de enfermeiras obstétricas;

b) organização, por parte da Saúde Pública, de organismo que se incumba do ensino das noções de higiene pessoal e de assistência ao parto às que atualmente assistem partos sem serem diplomadas e, ao mesmo tempo, exerça sobre elas a necessária fiscalização;

c) extinção gradual destas últimas à medida que se dispuser de maior número de enfermeiras obstétricas diplomadas.

SUMMARY

The AA. have studied 356 deaths occurred during period from 931 to 944, and reviewed individually their records. The unreduced rate of mortality was 17,8 and the AA. think it not to be high, if due consideration is given to the incidence of pathologic cases who were admitted indiscriminately referring not only to the nature of the affection as to the conditions of assistance before admission. Excluding the latter cases, the rate reduces to 6,2. The deaths were divided into three groups: a) those imputable directly to pregnancy, labor and puerperium, in number of 238 (66,8%), b) those derived from affections aggravated by pregnancy, in number of 104 (20,2%) and; c) deaths (that occurred) from causes only concomitant with pregnancy, in number of 12 (3,6%).

Puerperal infection (29,2%) heads the list of the first group, followed by the hemorrhages (8,5%), toxemias (5,9%) rupture of uterus (3,6%), obstetric shock, (1,7%), and abdominal pregnancy (0,5%). The analysis of the cases of puerperal infections shows the decreasing number of deaths from 940 to to-day, by the use of the (specific) sulfas.

The conditions at admission were important, so the AA. demonstrated that about 90% of the patients had received inadequate assistance outside the hospital, and 129 cases in 167 were already admitted with infection. *

After considering the hemorrhages, the toxemias and the second group, where are included the cardiopathies (10,1%), pneumonia (5,3%), tuberculose (3,6%), anemias (2,5%), dysenteries (1,3%), acute necrosis of liver (1,1%), embolic process (1,9%), and after analysis of every case, the A. A. concluded that all the deaths cannot be charged to the attending doctor and they will be — classified as preventable if the following items were observed: 1) best sanitary education of people through more intense prenatal care; 2) greater number of beds for obstetric in hospitals, or adequate home assistance; 3) intensification of teaching of obstetrics to medical students including post-graduated courses and, finally the better instruction of midwives or obstetric nurses.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREUCCI, D.: Pirose na gestação. Com. 1.^a Jr. Min. Paul. de Gin. e Obst. 1945.
- ANDRADE, MARIANO A.: Hipertiroidismo e gravidês Med. Cir. Farm. n. 75:397, 1942.
- ARAUJO, J. O.: Siderofunção placentária. Tese Fac. Mem. São Paulo, 1941.
- ARAUJO, J. O.: Particularidades da anestesia em Clínica Obstétrica. An. Bras. Gin. 16:428, 1943.
- ARAUJO, J. O.: O ensino da enfermagem obstétrica e a Proteção à Infância. Ped. Prat. 5:149, 1935.
- ARAUJO, J. O. e NÓBREGA, M.: Estado atual da anestesia em Clínica Obstétrica, An. Bras. Gin. 19:345, 1945.
- BARROS, S. O.: Mortalidade materna em S. Paulo, Rev. Gin. Obst. 39 (1): 75, 1945.
- BARROS, S. O.: Mortalidade materna em São Paulo, Rev. Gin. Obst. 39 (1): 75 Gin. Obst. 37 (2): 213, 1943.
- BRIQUET, R.: Infecções agudas gerais na gestação. Arq. Cir. Clin. Exp. 6:903, 1942.
- HAMILTON, B. E. e THOMSON, A. J.: The death in pregnancy and the childbearing Of 1941. Boston. Little, Brown and Co.
- LEMONS TORRES: Notas sobre a gripe de 1919 (cit. R. Briquet).

MACEDO RIBEIRO, C. NOVAIS A. e GODOY, C. P. — Frequência das anemias secundárias etc. An. Paul. Med. Cir. 4:653, 1939.

MEANS, J. H.: Thyroid and its diseases, 1937.

MORAIS, A.: Acêrca da mortalidade materna no Rio de Janeiro. An. Bras. Gin. 8:424, 1939.

NEME, B.: O parto nas cardíacas, An. Bras. Gin. 19:286, 1945.

NEME, B.: Importância do fator social em obstetrícia. Com. Secção de Gin. e Obst. da A. P. M., maio de 1945.

SEBRECHTS, D.: L'anesthesie en gynecologie et en obstétrique. Brux. Med. 20:567, 1940.

TRANCHESI, B.: Molestias do coração e gravidês, Tese. Fac. Med. S. Paulo 1944.



ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).