

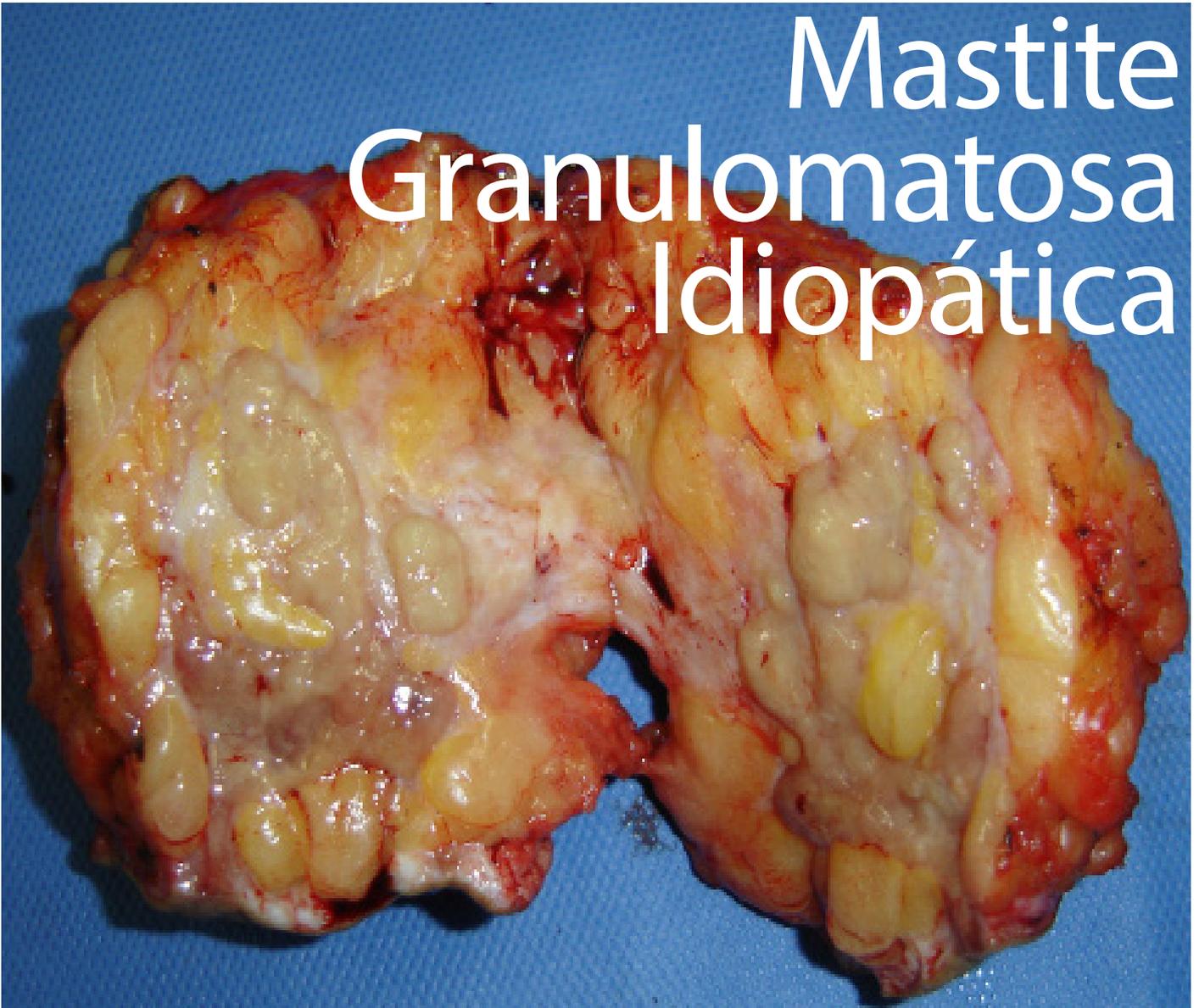
# NUCEM

REVISTA DA SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E MASTOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

JUNHO, 2019 • VOL. 1 • NO. 1 - Revista Trimestral

Rio de Janeiro, 2019

## Mastite Granulomatosa Idiopática

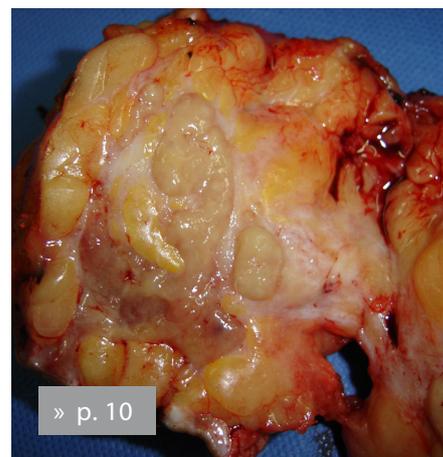
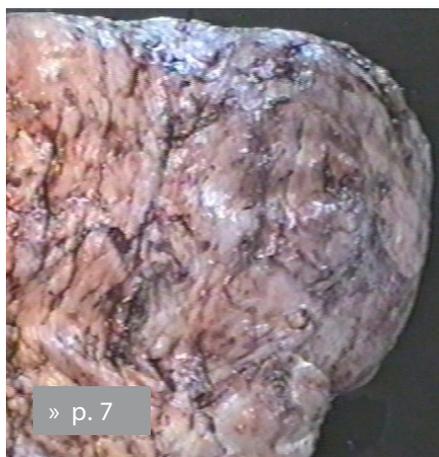


**CURSOS DE**

# **PÓS-GRADUAÇÃO**

**na área da Saúde da Mulher**

**GINECOLOGIA**  
**GINECOLOGIA**  
**ENDÓCRINA**  
**MASTOLOGIA**  
**OBSTETRÍCIA**



---

## 5 OPINIÃO

---

## 6 ANUNCIANTES

---

## 7 A PROPÓSITO

Tumor Filóide.

---

## 9 AGENDA DE EVENTOS

Confira a programação.

---

## 10 MONOGRAFIA

Mastite Granulomatosa Idiopática.

---

## 13 RELATO DE CASO

Macrocisto de mama.

---

## 14 NOTÍCIAS

---

## 15 PUBLICAÇÃO NUCEM

“Reflexões e críticas quanto as controvérsias sobre os conceitos de gravidez, abortamento, parto e / cesariana.”

---

## 22 NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Entenda as normas de publicação da revista NUCEM para que seu conteúdo possa ser publicado.

## EXPEDIENTE

Revista NUCEM (Núcleo de Estudos da  
Mulher)

Fundadores

Alessandro Queiroz Quintanilha

Catarina Merath Gonzaga

Luiz Antonio Vieira

Michelle de Souza Queiroz Silva

Comercial

Catarina Merath Gonzaga

Michelle de Souza Queiroz Silva

Conselho Editor

Bartolomeu da Câmara França

Júlio Cesar Ferreira da Rocha

Luiz Antonio Vieira

Neury Rollemberg Filho

Marketing

Marco Antonio Arantes Vieira

Diagramação e Projeto Gráfico

Alessandro Queiroz Quintanilha

Sociedade de Ginecologia e Mastologia do  
Estado do Rio de Janeiro / SOGIMA-RJ

Avenida Ernani do Amaral Peixoto, 55 sala  
409 - Niterói. (21) 3381-7965

Diretoria (gestão 2015-2019)

Presidente: Luiz Antonio Vieira

Secretário Geral: João Claudio de Souza  
Caetano

Secretário Adjunto: Júlio Cesar Ferreira da  
Rocha

Tesoureiro Geral: Neury Rollemberg Filho

Tesoureiro Adjunto: Bartolomeu da Câmara  
França

Comissões:

Diretor das Comissões Científicas: Bartolo-  
meu da Câmara França.

Consultor da Comissão de Ginecologia:

Sandra Maria Garcia de Almeida.

Consultor da Comissão de Mastologia: Luiz

Vieira e Marcos Porto de Oliveira.

Consultor da Comissão de Radiologia: Mi-  
guel Alexandre.

Consultor da Comissão de Oncologia: Clau-  
dio Calazan do Carmo.

A Revista NUCEM é distribuída para todos  
os membros associados, alunos e ex-alunos

dos Cursos de Pós-Graduação e Extensão  
da SOGIMA-RJ / Consultórios e Clínicas e

Hospitais da Cidade do Rio de Janeiro, Ma-  
caé (RJ), Mogi Guaçu (SP) e Niterói (RJ)

A Revista NUCEM é vinculada à Sociedade  
de Ginecologia e Mastologia do Estado do

Rio de Janeiro / SOGIMA-RJ

Os artigos científicos publicados são de inte-  
ra responsabilidade de seus autores, não

expressando, necessariamente, a opinião

desta revista.



EQUIPE REVISTA NUCEM

# OPINIÃO



Prezados,

Começamos em 2006 como um grupo de amigos, médicos, movidos pela vontade de promover atividades que resultassem em Educação Médica Continuada, com foco de atenção em saúde da mulher.

A criação da Sociedade de Ginecologia e Mastologia do Estado do Rio de Janeiro foi consequência.

Já constituídos como uma sociedade criamos, em um primeiro momento, o Núcleo de Estudos da Mulher / NUCEM com o intuito de promover a pesquisa médica, que tivesse como foco de interesse a saúde da mulher. O NUCEM oferece suporte pedagógico e científico na orientação e escolha de temas, bem como no acompanhamento e crítica durante o andamento do trabalho científico.

O Núcleo de Estudos da Mulher também promove, duas a três vezes ao ano, o que chamamos de "Encontro com o Especialista do NUCEM". Neste encontro convidamos um especialista em determinado assunto, dentro do nosso foco, para falar para um público interessado.

Realizamos agora, em 26 de janeiro de 2019, o "XXIX Encontro com o Especialista do NUCEM", na cidade de Mogi Guaçu - SP.

Criamos também o Programa de Cursos de Pós-Graduação e Extensão. Este programa foi iniciado em 2009 através de um convênio celebrado com uma universidade parceira. Já formamos pouco mais de 200 especialistas em nível de pós-graduação lato sensu nas áreas de ginecologia, ginecologia endócrina, mastologia e obstetrícia.

A SOGIMA-RJ já realizou três simpósios e dois congressos regionais de tocoginecologia e mastologia. Ficamos orgulhosos por termos feito estes congressos com recursos próprios e muito mais orgulhosos pelos novos amigos que fizemos.

Agora o que realmente importa neste pequeno resumo, que tem a intenção de mostrar a alma da SOGIMA-RJ, é que estamos dizendo isto nas páginas do primeiro número da nossa revista, que foi projetada para ser mais uma forma de distribuir informação médica confiável a todos que os colegas que atuam em Área da Saúde da Mulher (Nossa Missão).

Abraços,  
Luiz Antonio Vieira  
Presidente

Sociedade de Ginecologia e Mastologia do Estado do Rio de Janeiro / SOGIMA-RJ.

Uma Sociedade de Amigos.

Av. Amaral Peixoto nº 55 sala 407 - Niterói / RJ  
2485-4154  99172-4537 3674-4154



*Clínica Niterói*  
*Assistência em Saúde da Mulher*

# ANUNCIANTES

---

Clínica Niterói

*páginas: 5 e 8*

Sociedade de Ginecologia e Mastologia do Estado do Rio de Janeiro

*páginas: 2, 14 e 22*

Para ter seu anúncio publicado na Revista do NUCEM faça seu contato em:

**email:** [nucem@sogima-rj.com](mailto:nucem@sogima-rj.com) / **telefone:** (21) 3381-7965



# TUMOR FILÓIDE

Uma análise deste tumor que acomete cerca de 2% dos casos

Luiz Vieira (nucem@sogima-rj.com)



FIG. 01 - tumor filóide

## TUMOR FILÓIDE

Este tumor foi descrito pela primeira vez em 1838 pelo patologista alemão Johannes Muller, nascido em 14 de julho de 1801 em Coblenz, na Alemanha. Desde a sua descrição este tumor já foi chamado por mais de sessenta e duas denominações diferentes. A OMS nomeia este tumor como fibroadenoma pericanalicular hiperplásico de mama.

O fibroadenoma é a doença benigna mais frequente que acomete as mamas, com a incidência de 42%. A qualidade das transformações sofridas pelo estroma é que irão determinar se a neoplasia é um fibroadenoma ou um tumor filóide (fibroadenoma pericanalicular hiperplásico). Estas transformações ocorrem em cerca de 2% daqueles tumores. Consequentemente é um tumor raro, eventualmente maligno, que apresenta um crescimento rápido e podendo chegar a atingir diâmetros

maiores que 20cm.

Embora a sua maior incidência aconteça em mulheres na pré-menopausa existem relatos de tumor filóide de mama durante a gestação e em meninas ainda na pré-menarca. Já se descreveu também casos de tumor ocorrendo em polimastias axilares incompletas.

O tumor é indolor e não cursa com adenopatia axilar, a não ser naqueles casos em que ocorra ulceração na pele ou infecção.

Clinicamente a mama comprometida se apresenta muito aumentada de volume. Ao exame de palpação da mama encontramos tumor consistente e lobulado, deslocando-se sob a pele, sem aderir, mesmo quando ulcerado.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o fibroadenoma, hipertrofia

mamária, fibroma, lipoma, fibroadenoma juvenil gigante, carcinoma papilífero, carcinoma medular, sarcoma e doença fibrocística.

A mamografia e ultrassonografia apresentam baixo valor preditivo para caracterizar malignidade, contribuindo de forma limitada, já que os achados são semelhantes a outros tumores benignos. O diagnóstico definitivo é feito através do estudo histopatológico, no qual é descrito como um tumor de linhagem mista, epitélio ductal envolvido por tecido conjuntivo, com predomínio deste último de forma marcante.

O tratamento é cirúrgico e está condicionado à possibilidade de ressecção com margem livre de doença maior

que dois centímetros. Alguns autores indicam a ressecção do tumor, independente do volume, com ampla margem para qualquer das formas histológicas. Outros indicam a mastectomia total. O tumor parece ser encapsulado porque o limite da borda é nítido e são tumores facilmente enucleados. Mas, na verdade, não há uma cápsula.

Ao optar pelo tipo de tratamento cirúrgico que devemos adotar temos a considerar que as recidivas são frequentes (em torno de 30%) principalmente quando é realizado somente a tumorectomia, e normalmente ocorrem nos dois primeiros anos sendo a sua principal causa a permanência de margens cirúrgicas comprometidas.

No tratamento cirúrgico do tumor recidivado é importante que se faça, caso ainda não se tenha feito, a

resseccão da aponeurose do grande peitoral.

Na variante benigna não há indicação para tratamento complementar. Na variante maligna do tumor filóide não está ainda bem definido o papel da terapia sistêmica. Este tumor é radio-resistente e os resultados com a quimioterapia não tem sido bons.

O prognóstico é bom quando tratado na sua forma fibroadenomatosa, do contrário a transformação sarcomatosa deve ser considerada. A identificação do antígeno carcinoembrionário na célula epitelial parece indicar possibilidade de recidiva.



### A propósito...

- as pacientes relatam um tumor que passa de crescimento lento para rápido.
- a inspeção das mamas exhibe assimetria com deformidade da mama e, por vezes, a presença de ulceração da pele.
- a palpação define um tumor de grandes dimensões, multilobado, consistência firme, alternada com áreas de amolecimento.

**2485-4154**  **99172-4537** **3674-4154**



**Clínica Niterói**  
*Assistência em Saúde da Mulher*

**ULTRASSONOGRAFIAS**  
**MASTOLOGIA OBSTETRÍCIA**  
**PSICOLOGIA GINECOLOGIA**  
**NUTRIÇÃO CIRURGIA PLÁSTICA**  
**CARDIOLOGIA CLÍNICA MÉDICA**  
**GASTROENTEROLOGIA**



# AGENDA DE EVENTOS

---

## **VI Congresso Internacional de Diagnóstico por Imagem**

Apoio do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein.

Informações: <https://www.einstein.br/sobre-einstein>

## **X Simpósio de Ressonância Magnética**

Apoio do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein.

Informações: <https://www.einstein.br/sobre-einstein>

## **SBUS 2019 - 23º Congresso Brasileiro de Ultrassonografia**

Do dia 23 ao dia 26 de outubro de 2019

Centro de Convenções Frei Caneca, São Paulo, SP.

## **VII Congresso Internacional Oncologia D'OR**

Dias 22 e 23 de novembro de 2019. Barra da Tijuca, RJ.

Informações: [www.eventosoncologiador.com.br](http://www.eventosoncologiador.com.br)



# MASTITE GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA

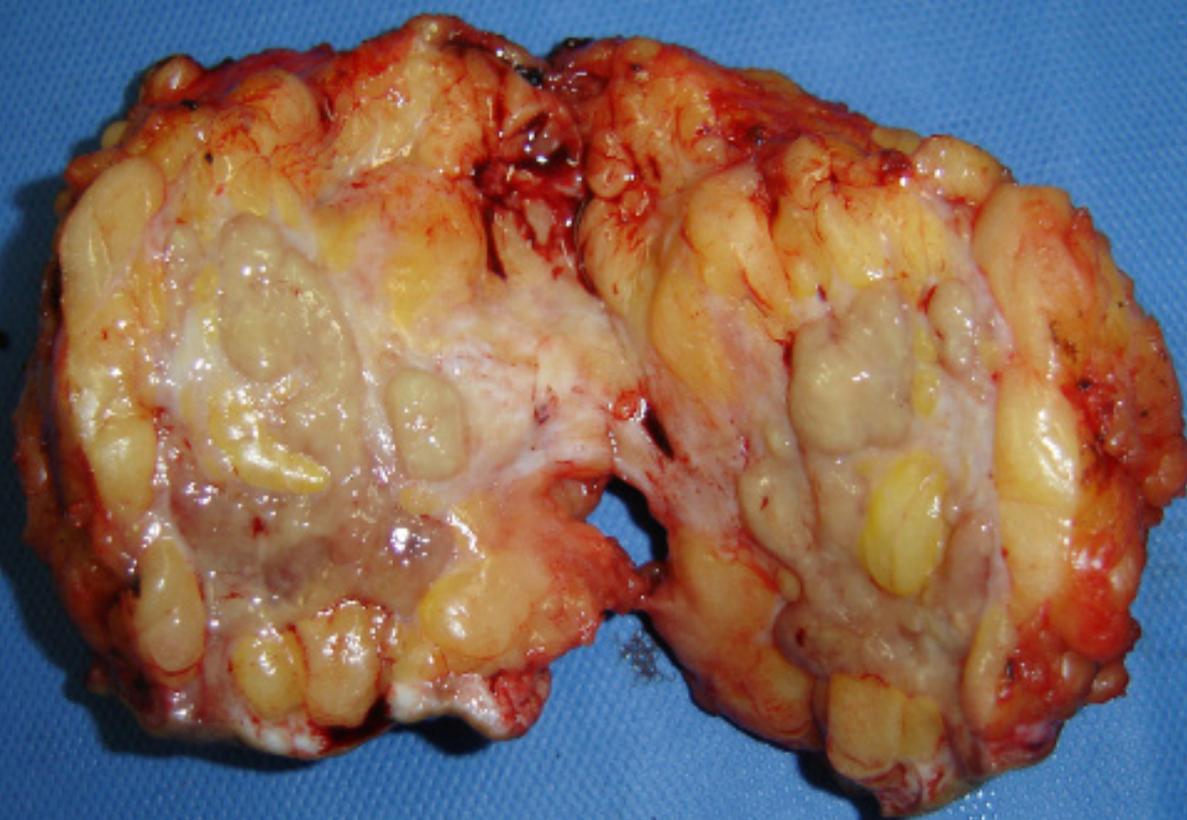
Luiz Vieira (nucem@sogima-rj.com)

A Mastite Granulomatosa Idiopática (MGI), também

“

denominada mastite lobular granulomatosa, é

uma doença benigna das mamas, pouco frequente, inflamatória crônica, não infecciosa e de etiologia desconhecida.



## Introdução:

O termo Mastite Granulomatosa Idiopática (MGI) foi citado pela primeira vez em 1972, quando Kessler e Wolloch relataram os achados patológicos da mastite granulomatosa que não tinham relação com trauma na mama, reação de corpo estranho ou qualquer infecção específica. Eles separaram a MGI da Mastite de Células Plasmáticas.

A MGI, também denominada mastite lobular granulomatosa, é uma doença benigna das mamas, pouco frequente, inflamatória crônica, não infecciosa e de etiologia desconhecida.

Tem sido atribuído a esta doença um mecanismo autoimune. Pelo fato de que a resposta ao tratamento com imunossuppressores e corticoides não ocorrer de forma constante considera-se a existência de outros prováveis mecanismos etiopatogênicos ainda não esclarecido.

Na grande maioria das vezes se apresenta como um tumor mamário que cursa com linfadenopatia associada, o que pode induzir ao erro de diagnóstico ao confundir o quadro com câncer das mamas.

Ocorre principalmente em mulheres jovens e com história de gestação e lactação recente. As características clínicas, radiológicas e ultrassonográficas são semelhantes aquelas observadas no carcinoma invasor das mamas. O estudo anatomopatológico da lesão identifica uma reação granulomatosa crônica de células epitelióides, com células gigantes multinucleadas; lembrando células reacionais do tipo corpo estranho. O diagnóstico diferencial se faz com o câncer das mamas, com a ectasia ductal, a necrose gordurosa, a tuberculose, a blastomicose, a criptococose, a histoplasmose, a actinomicose, a filariose e a doença da arranhadura do gato. Devemos pensar também em alguns processos autoimunes como a granulomatose de Wegener, arterite de células gigantes e reação tipo corpo estranho. E por vezes devemos descartar o diabetes mellitus e a sarcoidose.

## Objetivos:

Este estudo pretende como primeiro objetivo caracterizar os sinais clínicos e aqueles encontrados nos exames de imagem mais comumente solicitados na investigação das doenças das mamas como a mamografia e a ultrassonografia.

Como objetivo secundário pretendemos rever os casos relevantes publicados na literatura.

## Método:

Revimos vários artigos e trabalhos publicados nos últimos anos. Agregamos a nossa experiência no tratamento e acompanhamento de oito pacientes com MGI.

## Desenvolvimento:

Mastite Granulomatosa Idiopática - O que sabemos?

Clinicamente a MGI se manifesta frequentemente por nodulação pouco definida, sempre acompanhada por processo inflamatório, MGI - Pele espessada com múltiplas fistulas

e que por vezes está associada com infecção, acometendo mulheres jovens, gestantes ou lactantes recentes. Palpa-se uma área endurecida em correspondência ao processo inflamatório que possui característica nodular e coexiste com áreas de consistência cística. A expressão da papila não produz derrames e a palpação da axila não deixa perceber linfadenomegalias com características tumorais. A MGI em seu estado inicial parece respeitar a geografia lobular das mamas. Este processo nodular inflamatório acabará por comprometer toda a mama evoluindo com a formação de múltiplas fístulas e áreas de ulceração infectadas.

"A ausência de conduta terapêutica vai levar a evolução da patologia com a formação de fístulas com drenagem de material caseoso."



Fig. 02 - Pré Operatório

## MGI - Fase Ulcerada

### Etiopatogenia

A etiopatogenia da MGI tem sido atribuída a diversos mecanismos que produzem efeito somatório a saber: Deficiência no mecanismo de inibição das enzimas proteolíticas ;

A resposta exacerbada dos receptores no tecido mamário pode ser considerada e merece mais observações.

A prolactina foi aventada com participante do processo gênico pelo relacionamento da MGI e gestação recente mas, em nossos casos não observamos alterações nos níveis de prolactina sistêmica associada ao surgimento da MGI.

### Diagnóstico:

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o câncer das mamas e com outras doenças granulomatosas e autoimunes.

Pouco se diz do uso da mamografia no diagnóstico da MGI já que os achados não são conclusivos. São descritos como densidades assimétricas e nódulos de contornos não definidos e distorção de parênquima.

Na ultrassonografia observamos formações com características de cistos de conteúdo espesso e por vezes complexas, confluentes. Imagens tubulares hipoecóicas contíguas e confluentes já foram descritas com sugestivas de MGI.

A Ressonância Magnética das Mamas classifica as imagens nodulares císticas categoria 2, segundo BI-RADS. Não é conclusivo para fechar diagnóstico.

O estudo histopatológico da MGI é caracterizado por presença de infiltrado inflamatório misto (mononuclear e polimorfo nuclear). Observa-se na microscopia a presença de histiócitos dentro e fora dos lóbulos mamários, a formação de granulomas não caseosos e micro abscessos composto com aglomerado de neutrófilos. Não se identifica agentes etiológicos infecciosos.

O estudo histopatológico vai nos permitir concluir por exclusão pela Mastite Granulomatosa Idiopática.

### Tratamento:

O tratamento da MGI deve considerar dois aspectos. O primeiro deve cuidar da resolução do processo de mastite, que normalmente responde bem ao emprego de antibióticos e anti-inflamatórios.

O segundo aspecto tem sido a tentativa de controle e prevenção das recorrências através do emprego de corticoide (prednisona 20 a 60mg ao dia) que embora apresentando um bom resultado não oferece uma uniformidade de resposta, o que sugere o envolvimento de outros mecanismos etiopatogênicos.



Fig. 03 - Operatório



Fig. 04 - Operatório

### Conclusão:

O diagnóstico da MGI é feito por exclusão de outras doenças granulomatosas.

Sempre que possível deve-se considerar a retirada da área nodular como abordagem inicial.

A formação de abscessos, fístulas e ulcerações de pele representam a evolução da maioria dos casos não tratados.

“O emprego de corticóides associados aos imunossupressores é uma esperança.”

A terapia com corticoide (prednisona 20 a 60mg dia) é uma esperança

Considerar a adenomastectomia bilateral como proposta quando houver um claro comprometimento da qualidade de vida da paciente.

Devemos considerar que na maioria das vezes esta doença ocorre em mulheres com prole definida nas quais a amamentação deixa de ser uma possibilidade.



Fig. 05 - Pós-Operatório



Fig. 06 - Pós-Operatório Tardio

# MACROCISTO E CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE

Luiz Vieira (nucem@sogima-rj.com)

Caso apresentado em sessão clínica na Disciplina de Ginecologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Identificação: B.M.S. nascida em 11 de maio de 1961, brasileira, operadora de caixa, mestiça, casada, registro no HUGG: 578061.

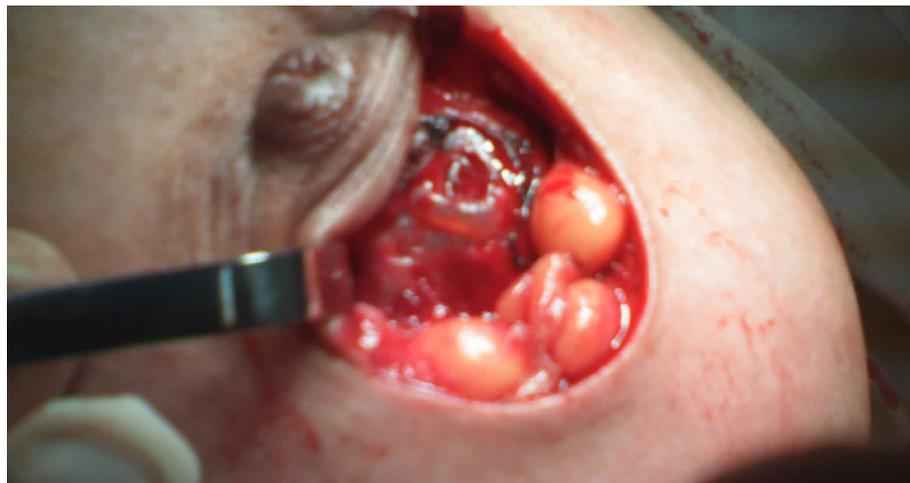
Queixa Principal: Atendida no ambulatório de mastologia com queixa de "caroço na mama esquerda há seis meses" (maio/2002).

História da Doença Atual: nódulo cístico diagnosticado em maio de 2002. A mamografia realizada em nove de maio de 2002 detectou nódulo em quadrante superior externo da mama esquerda medindo 2,5x2,1mm, cístico ao exame de ultrassonografia. Refere ter sido atendida anteriormente, por três vezes, em outros hospitais antes de procurar o nosso serviço. Informa que a cada atendimento foram realizadas punções com saída de líquido tipo "caldo de cana", tendo sido liberada posteriormente.

História Patológica Anterior: refere doenças comuns da infância.

História Fisiológica: menarca aos treze anos; sexarca aos quatorze anos; seis gestações, quatro partos vaginais, um parto por cesariana, um aborto. Amamentou por um total de vinte meses. Usou anticoncepção hormonal a partir dos dezoito anos de idade e por um período de cento e vinte meses.

História Familiar: tio



materno com diabetes.

Exame Físico Dirigido: paciente em bom estado geral, lúcida e orientada, hidratada, corada, acianótica, anictérica, eupneica, afebril. Cabeça e pescoço: sem alterações ou linfonodos palpáveis. Mamas: normais à inspeção estática e dinâmica. A palpação revela padrão nodular bilateral destacando-se no quadrante superior externo da mama esquerda um nódulo de contornos regulares, medindo 80mm no seu maior diâmetro. A palpação das axilas não revelou linfonodos aumentados.

Hipótese Diagnóstica: macrocisto da mama.

Tratamento Realizado: no primeiro atendimento, em 18 de novembro de 2002, realizamos uma punção com saída de 60ml de líquido turvo, com aspecto de "caldo de cana". Na palpação da mama após punção percebemos massa endurecida, com margens pouco definidas, palpável na

topografia do cisto aspirado.

Em 25/11/2002, após rotina de pré-operatório, realizamos biópsia excisional. O laudo histopatológico (nº 97291 - 16/01/2003) revelou à microscopia um carcinoma ductal infiltrante com áreas de necrose e extenso infiltrado inflamatório.

Em função do resultado do histopatológico foi solicitado rotina de pré-operatório para a realização de complementação cirúrgica e para, posteriormente, orientar a paciente à oncologia para avaliação e acompanhamento.



Fig. 02 - Macrocisto

## NOTÍCIAS

*Em janeiro último, o Núcleo de Estudos da Mulher / NUCEM, realizou o “XXIX Encontro com o Especialista” em Mogi Guaçu - SP. Evento excelente, que reuniu profissionais experientes em suas áreas de atuação. Foi um grande sucesso! Agradecemos aos professores participantes: Antônio Aiello Neto, Bartolomeu Câmara França, Carlos Cesar Montesino, Eduardo Fonseca, Júlio Cesar Rocha, Francisco Mauad Filho, Marcio Antônio Ferreira, Renato de Sá, Dr. Vitor Alves. Agradecemos aos apoios educacionais recebidos da Clínica Niterói de Assistência em Saúde da Mulher, Clínica Porto, Faculdade de Tecnologia em Saúde (FATESA-SP), Faculdade Municipal Professor Franco Montoro - Mogi Guaçu e a Universidade Brasil. Agradecemos aos colegas que estiveram conosco, permitindo que o evento fosse esse enorme sucesso! O encontro foi presidido pelo professor Luiz Vieira e coordenado pelo professor Marcos Porto de Oliveira.*

*Estão abertas as inscrições para os cursos presenciais de pós-graduação em Ginecologia, Ginecologia Endócrina, Mastologia e Obstetrícia da Sociedade de Ginecologia e Mastologia do Estado do Rio de Janeiro / SOGIMA-RJ. Estes cursos são realizados em parceria com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO e a Universidade Brasil em cooperação técnico científica. As aulas dos cursos são realizadas em um final de semana por mês durante 2 anos para cada especialidade. Para reserva de matrícula para as próximas turmas faça sua inscrição no Programa de Educação Médica da SOGIMA-RJ. As aulas das turmas novas começarão em 20 de setembro de 2019. Informe-se em <http://sogima-rj.com/perguntas-frequentes>.*

# PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU

CAMPUS

MOGI GUAÇU

CAMPUS

NITERÓI

CAMPUS

TIJUCA

GINECOLOGIA GERAL · MASTOLOGIA  
GINECOLOGIA ENDÓCRINA



PARCERIA



UNIRIO

UNIVERSIDADE  
BRASIL

[sogima-rj.com/](http://sogima-rj.com/)

3381-7965 · 98556-4286

[sogimarj@sogima-rj.com](mailto:sogimarj@sogima-rj.com)

[instagram.com/sogimarj2006](https://www.instagram.com/sogimarj2006)

[facebook.com/SOGIMARJ2006](https://www.facebook.com/SOGIMARJ2006)

# REFLEXÕES E CRÍTICAS QUANTO AS CONTROVÉRSIAS SOBRE OS CONCEITOS DE GRAVIDEZ, ABORTAMENTO, PARTO E CESARIANA.

Bartolomeu da Câmara França (nucem@sogima-rj.com)

Método



A obstetrícia no Brasil está dividida em três períodos a saber: o primeiro antes de Magalhães, o segundo entre Magalhães e Rezende e o terceiro após Rezende.

## Introdução

(A minha Cultura é a Minha Última Fronteira)

Os termos: abortamento, aborto, ameaça de abortamento, trabalho de abortamento, as vezes confundem-se ao sabor dos autores, e seus usos quotidianos já mostram consagrações comprometendo o discernimento. Não diferente é o uso dos vocábulos: parto e cesariana, as vezes causadores de querelas acrimoniosas.

Essas cismas objetivam precisar conceitos, e também exortar as suas aplicações adequadas. Assim poderemos conhecer sinonímias bem como pretensas definições sobre as mesmas dições, além de sabermos o que significa cada uma delas ou o que se quer precisar quando a cada qual se recorre. Só tecer considerações etimológicas não basta, os significados "sensu strictu" e "sensu lato" bem como os simbolismos de cada uma das palavras em baila nos ajudarão a

tomar posição diante dos fenômenos aqui propostos ao estudo e sobretudo a compreensão dos mecanismos fisiológicos e patológicos encerrados em cada um deles.

Apressamo-nos em aclarar que usaremos os termos embrião e feto como sinônimos, embora saibamos que se considera o período embrionário aquele que vai da formação do polo embrionário durante o sexto dia após a fecundação até a oitava semana, na acepção embriológica (9). Preferimos a proposição de Rezende (11), que considera a conclusão do período embrionário na 8ª semana obstétrica de gestação estabelecida a partir do 1º dia da última menstruação o que faz coincidir com a 6ª semana pós nidação na óptica da embriologia. É nosso propósito deixar firmado a diferença irreduzível entre ovo e feto. Sinalamos que "ameaça de abortamento", "trabalho de abortamento", "aborto", "parto" e "cesariana", são palavras e expressões com significados próprios e únicos não admitindo sinônimos ou alterações de seus significados mesmo se, lamentavelmente "consagradas" pelo uso torpe, mesmo que se fazendo entender.

Em primeira instância há de reconhecer-se que os termos: aborto, abortamento, trabalho de abortamento, abortamento evitável, abortamento inevitável, aborto tubário, abortamento tubário, aborto molar, abortamento molar, parto e cesariana constituem problemas de ordem léxica e de natureza conceitual.

Achamos relevante esta súmula por poder, através dela, exortar a quem for do interesse, estabelecer estudos e discussões em busca de linguagem harmônica entre juristas, enfermeiros, médicos e todos os profissionais que lidem com reprodução humana, nos seus sucessos e infortúnios, para melhor compreensão da problemática.

Esse epítome, como já admitida anteriormente, foi elaborada a partir de referências bibliográficas sobre os seguintes temas: gravidez, aborto, abortamento, ameaça de abortamento, trabalho de abortamento, parto e cesariana.

Os textos foram selecionados de forma a encerrar num determinado hiato de tempo, sem pretensões de efetuar eixo histórico, a construção dos significados e entendimento dos mecanismos fisiológicos e patológicos dos termos em estudo.

Os autores consultados foram escolhidos de forma que o período entre as suas publicações pertinentes, da mais antiga a mais recente, perfizesse espaço em derredor de uma centúria, sem contudo exagerar no volume de informações, que sem dúvida redundariam por demais e fatigariam o leitor. São em número de quatorze autores mas todos de nomeada. Foram colhidas informações entre 1898 e 2015 obtidos a partir do acervo do autor podendo também ser obtidos em pesquisa nas bases



O claudicar da placenta impinge sofrimento a todo o ovo, sofrimento ovular, ao passo que o sofrimento fetal diz respeito apenas ao sofrimento do feto, podendo até ser causado por um “nó de cordão”.

de dados MEDLINE, LILLACS, SCIELLO e PUBMED utilizando como palavras chaves os descritores: Gravidez, Abortamento, Aborto, Parto, Cesariana, Feto, Ovo e Puerpério.

De conotação também filosófica a presente sinopse versando sobre a constante no mutável, cuidou por não cometer sofismas, analisou e até incorreu em tautologias a fim de construir em liames, a partir de corolários, os pensamentos que pudessem propor reflexões.

Após análise de cada vocábulo em seus significados na erudição escolástica bem como no cotidiano dos corredores hospitalares, apontamentos universitários e chegando até as acepções leigas, fora discutido de maneira comentada os conceitos em epígrafe de forma que propiciasse sustentação às nossas alegações finais.

#### Fundamentos Bibliográficos

(Se Vamos Estudar e Discutir Antes Haveremos de Estabelecer os Termos)

Mulher em menacme, com ciclos menstruais normais, saudável, vida sexual regular, não fazendo uso de método contraceptivo e em amenorreia deverá ser considerada grávida até que se prove o contrário. Tal assertiva poderá ser aceita num entendimento meramente clínico e tornar-se-á completa e inquestionável se a ela for aduzida a existência demonstrável e inegável de ovo em desenvolvimento no útero ou fora dele.

Desde o seu início unicelular o ovo apresenta vários estádios de progressão e até a sua nidificação não estabelece, nesse entremeio, trocas metabólicas com o organismo da mãe (11). Ocorrida a nidação em derredor do 8º dia após a ovocitação tem-se início as trocas materno-ovulares,

instala-se então a gravidez (11). O período que vai até a 8º semana é considerado, como já mencionado, período embrionário e daí em diante o embrião é chamado de feto como se iniciasse uma segunda fase, a fase fetal.

O início da formação da placenta se dá com a proliferação do trofoblasto e diferenciação das vilosidades, de sorte que na 16º semana já podemos identificar todos os seus componentes (11).

Concluída a placentogênese por volta de 16º semana de gestação identifica-se no ovo cinco estruturas que o compõem a saber: placenta, funículo, líquido amniótico, membranas e feto. Assim sendo é o ovo o todo e o feto, primordialmente embrião, uma de suas partes. A morte do ovo impõe obrigatoriamente o decesso fetal ou do embrião obviamente, o inverso não é verdadeiro.

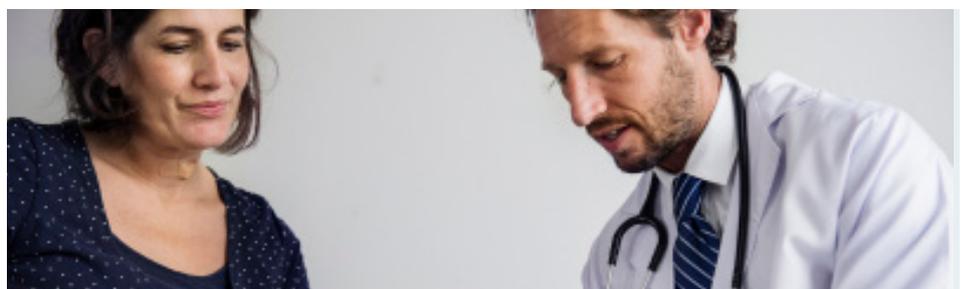
É a placenta responsável pela nutrição do feto, bem como a sua oxigenação e hidratação e, vai de caminho, direta ou indiretamente de todos os outros componentes ovulares. A manutenção da gravidez é propiciada pelo bom desempenho da placenta, vez que ao feto não se imputa tamanha importância (11). Se inexistente o feto por morte ou expulsão, a gravidez poderá seguir desde que persista o funcionamento placentário, embora que ainda tenha (1), (5).

O claudicar da placenta impinge sofrimento a todo o ovo, sofrimento

ovular, ao passo que o sofrimento fetal diz respeito apenas ao sofrimento do feto, podendo até ser causado por um “nó de cordão”. Desta sorte entendemos que estar grávida é albergar produto da concepção, ovo, e com ele estabelecer intercâmbio metabólico.

Contudo a gravidez não encontrou entre os estudiosos o consenso em torno de um conceito, bastando reparar em diferentes espécies nas quais o macho alberga o ovo ou ainda, até por curiosidade, na literatura leiga dentre os cancioneiros do nordeste do Brasil, destaca-se aquela que, referindo-se aos desencontros de opiniões aponta, quer por ignorância quer por inocência mas certamente pelo espírito poético, certas situações desconcertantes como a que se ver:

Com letra e música de João do Vale e publicada em 1981 (CBS Marcas Registradas Ind. Bras. C.G.C. 33.131.376/0002-75-“SCDP.PF 004/GB” (P). 1981), vimos então clara referência ao fenômeno tido como “fetus in fetus” de notada raridade na espécie humana. Lembremos também do litopédio ocorrência na qual após a morte ovular, o feto, permanecendo em útero ou alhures, sofre degeneração calcária, processo esse que levaria semanas para ocorrer e, mais ainda, permanecendo instalado no organismo por tempo indeterminado (11). Acrescente-se a ocorrência do ovo morto retido, estado que pode perdurar por mais de 20 dias (8).



“... existem coisas pequenas nesse mundo  
Que desafiam a ciência de verdade  
Está aí uma que causa confusão  
E a ciência não dá explicação  
Se morcego é ave ou animal  
E como é que é feita a geração  
Mate um e tem outro dentro dele  
Dentro deste tem outro menorzinho  
E procurando com jeito ainda encontra  
Dentro do outro um outro morceguinho.”



Morto o feto, comumente a placenta permanece funcionando durante algum tempo o que, do ponto de vista diagnóstico, obriga efetuar distinção entre morte fetal e morte ovular na asserção de Grelle (5).

Rezende (11), na 8<sup>o</sup> edição de sua obra, *Obstetrícia*, em boa lavra abre o 6<sup>o</sup> capítulo: (*Gravidez Conceito Duração*), admitindo que para realidade da prenhes é condição sine-qua non a existência de trocas metabólicas materno-ovulares que se iniciam com a nidação, ato contínuo, esta determina o início daquela. Desde Gilbert & Furnier in Fabre (4) em épocas pretéritas de 1924, passando por Grelle (5) em 1970 e Rezende (11) em 1998 há consenso em torno da gravidez iniciarse com a nidificação, quando então iniciam as trocas metabólicas entre mãe e ovo. Assim a prenhes se instala com o início desses intercâmbios e terminará com a cessação deles.

Malgrado o termo abortar ter no léxico vários significados como fracassar, falhar, frustrar e malograr, cá entre nós abortar é tão somente interromper a gravidez por morte do ovo ou sua eliminação ainda vivo antes da 20<sup>o</sup> semana de gestação (3), de sorte que fica para abortamento a ação de abortar e para aborto o ovo morto ou expulso, o produto do abortamento (11).

O abortamento por sua vez se inicia a partir de uma fase propática a qual denominamos ameaça de abortamento, período prenunciativo de sofrimento ovular que pode evoluir para sua morte ou expulsão, e que em ambas situações culminaria com a interrupção do intercâmbio metabólico materno-ovular e, há-de pôr-se sublinhe entretanto, que essa ocorrência

deva sempre acontecer antes de 20 semanas de gestação.

Rezende (11) assenta, citando a Organização Mundial de Saúde (OMS) com o acorde da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que abortamento é a expulsão ou extração do produto da concepção pesando este menos de 500g que, em se tratando de ovo, equivale estar entre 20 e 22 semanas de gestação em consonância com Belfort & Barcellos (2) e Pallottino (10) já nos idos de 1983.

Cunningham (3) afirma em seus apontamentos que abortamento é a interrupção da gestação, por qualquer forma, antes de estar o feto suficientemente desenvolvido para sobreviver.

Grelle (5) há 40 anos, e grafando o vocábulo “concepto”, chamou a atenção para os critérios ponderal e de comprimento que servem para admissão de aborto. Assim considerava o estabelecimento do peso inferior a 1000g e a dimensão longitudinal menor que 16cm.

Zempragno & Penna in Hermógenes (12) afirmam ser o abortamento a interrupção do ciclo gestacional antes da 20<sup>o</sup> semana, mas quando declinam sobre ameaça de abortamento fazem referências a sangramento vaginal pequeno com colo uterino fechado, ovo íntegro e viável, admitindo como equivalente a expressão “abortamento evitável”. Rezende (11) não refere o termo “evitável”, apenas exprime ameaça de abortamento, acrescentando além do sangramento vaginal e colo fechado, também cólicas uterinas, continuando ao considerar que o aumento do volume hemorrágico bem como da intensidade das cólicas

com ritmo semelhante as de um trabalho de parto, denuncia a irreversibilidade do processo que seria o trabalho de abortamento. Muita vez as causas de ameaça de abortamento são criptogenéticas, muito difícil ou até impossível de detecta-las. De súbito nos deparamos, antes da 20<sup>o</sup> semana de gravidez, com sinais preditivos de comprometimento da higidez ovular, tais como diminuição do crescimento do ovo percebido clinicamente ou denunciado pelo exame ultrassonográfico, a inversão do predomínio de células intermediárias da mucosa vaginal passando para células superficiais no Índice de Frost, declínio significativo dos valores plasmáticos de progesterona, lactogênio placentário, gonadotrofina coriônica e glicoproteína beta-1 da gestação, aí sem dúvidas estaríamos diante de um quadro de sofrimento ovular ou seja da ameaça de abortamento. A ameaça, como a palavra diz, contempla a possibilidade de remissão, com a emprenhido seguindo para o seu desenlace natural, ou se do contrário evoluirá para seu desfecho letal que se dará com a morte do ovo ou sua expulsão, o abortamento.

A partir da 20<sup>o</sup> semana de gestação não nos referimos mais a abortamento mas tão somente a morte ovular ou do feto dado a dificuldade de precisar se com a morte fetal o ovo ainda permaneceria com as trocas materno-ovulares já que a morte desse precipitaria a daquele. A palavra parto, na opinião de muitos é simplesmente expelir ou extrair o feto por via vaginal. A idade gestacional a partir da qual tal fenômeno passa assim ser considerado ainda divide alguns autores, ficando uns com 20 semanas e outros com 22 e até 24 semana, (11), (4) e (5). Gilbert & Furnier in Fabre (4), assentam que parto é o “conjunto de fenômenos fisiológicos e mecânicos que acompanham, no termo da gravidez, a expulsão do feto e seus anexos”. Grelle (5) e Rezende (11) dão conotação mais abrangente quando propõem considerar que o parto é o momento resolutivo do ciclo grávido puerperal.

Grelle (5), usando como sinônimo

de parto os vocábulos "maieuso" ou ainda "apólise", com este fazendo alusão ao epílogo da missa grega, afirma ser fenômeno que encerra com a expulsão ou a extração do feto e seus anexos do organismo materno.

Rezende (11) considera aceitável o termo "parto" para as laparotomias, quer sejam para os nascimentos por cesarianas, ou para os nascimentos a partir de gravidezes ectópicas abdominais avançadas, desta feita admitindo como legítima a expressão: "parto abdominal".

É de bom alvitre salientar que quando usamos, para o nascimento, os termos "prematureo", "a termo", e "posmaturo", estamos nos referindo ao feto com idade entre 20 a 37 semanas, 37 a 42 semanas e com mais de 42 semanas, respectivamente, e cada um deles com o seu correspondente: parto prematuro, parto a termo e parto serotino, ficando a palavra "parto" equivalente a nascimento.

O trabalho de parto é considerado síndrome composta por contrações uterinas com frequência de duas para cada dez minutos, com no mínimo trinta segundos de duração, dilatação cervical a partir de dois centímetros e formação do bolso das águas (5) e (11). A dilatação e apagamento do colo envolvem mecanismos deveras complexos que começaram a ser estudados em marco remoto de 1898 por Werth & Grusdem (14) e, como todo trabalho pioneiro, esteve por muito tempo legado ao isolamento mas, sem dúvida, foi a primeira grande contribuição para o entendimento dos mecanismos de dilatação e apagamento do colo durante o trabalho de parto, como também para a compreensão dos episódios de rigidez da cérvix como causa de distocia cervical, agenciadora da não dilatação, fator impeditivo do parto (7) e (11).

A cesariana no bem dizer de Rezende (11), "é ato cirúrgico consistente em incisar o abdome e a parede do útero para liberar o concepto aí desenvolvido". Desde Nuna Pompílio I (715 AC - 763 AC) quando cesariana destinava-se à grávidas defuntas, passando por William Shakespeare (1564 - 1616), em Macbeth entre

1603 e 1607, quando vir a luz sem ser por parto não seria considerado nascido, mas sim tirado de dentro de uma mulher, a cesariana vem sofrendo crivos conceituais e de interpretação.

#### Discussão e Comentários

(Ides Falar, Aprendeis a Ouvir)

Iniciaremos pela dição "concepto" que embora não a tenhamos encontrado na língua portuguesa, trata-se de anglicismo empregado na tradução de Moore (9) para o nosso idioma. Refere-se a ovo ou seja: todas as estruturas embrionárias e extraembrionárias. É o produto da concepção, incluindo não só o embrião ou feto bem como as membranas, a placenta, o cordão umbilical e o líquido amniótico. Vê-se também em Rezende (11) bem como em Grelle (5).

Se considerarmos as assertivas nas quais o abortamento é a morte ou expulsão do "concepto" antes de 20 semanas de gestação, somos inclinados a admitir que "concepto" diz respeito a ovo visto que Rezende (11) arrimado na OMS e na FIGO assenta como critério para estabelecimento do conceito de abortamento a idade gestacional aquém de 20 semanas e o peso do "concepto" menor que 500g. Assim referenciando-nos na 20ª semana de prenhes, que é o marco etário máximo para a ocorrência em epígrafe, embora podemos encontrar em publicações antigas este limite espichando-se para 22ª e até 24ª semanas, vemos na publicação de Streeter (12) em 1920 o peso fetal lindeiro a 300g, com o que concordam Moore (9) em 1984 e Rezende (11) em 1998. Se observarmos nos escritos de Javert (6) descobriremos que também para a mesma idade o peso da placenta encontra-se em derredor de 200g, desta feita o "concepto" pesaria por volta de 500g, ficando pois em harmonia com a OMS e a FIGO, assim sendo "concepto" quer dizer ovo.

Quanto aos critérios de peso e estatura propostos por Grelle (5) e já exposto anteriormente como 1000g e 16cm, para que aquém dos quais

o produto expelido seja considerado aborto, há-de suspeitar-se que estaria o mesmo escrevendo sobre o feto e tomando o termo "concepto" como o seu sinônimo. De maneira idêntica Zamprogno & Penna (13) em 2015 também reportando-se ao feto atribuem à OMS a consignação do limite de 500g como valor máximo para critério de admissibilidade sobre aborto quando deveria referir-se a ovo. Ou estariam referindo-se à feto com no mínimo 500g o que admitir-se-ia 300g para a placenta levando o peso do ovo para 800g consignando-se assim idade gestacional em 24 semanas.

Continuamos pela não concordância entre obstetras e embriologistas no que concerne a idade gestacional já exarada em proêmio. Sem dúvida a adotada pelos embriologistas seria a real, embora de pouca serventia para a clínica obstétrica, não minimizando erros de avaliação. A maneira de datar feita pelos obstetras conduz a uma idade virtual, justo por não ser possível precisar a data da nidação devido a certas variações tais como: a extensão desigual de cada ciclo menstrual, a data da ovulação ou quando deu-se o coito que incorreu em fecundação. A mal-dogro dessas imprecisões o método ainda assim reduziria as chances de possíveis erros clínicos referentes a maturidade fetal.

Se a gravidez inicia com o estabelecimento das trocas fisiológicas entre ovo e grávida ela também termina quando finda esse intercâmbio, e se o referido epílogo ocorre antes de 20 semanas de gestação firmado estará o abortamento.

Se o ovo é o todo e o feto é a parte, e se tudo que ofender o todo ofenderá a parte, tudo que ofender o ovo ofenderá o feto.

Morreu o ovo, deu-se o abortamento. Expulso o ovo vivo, deu-se o abortamento.

A ameaça de abortamento seria toda a situação que predissesse malefício ou infortúnio iminente ao ovo antes de 20 semanas completas de gestação, podendo então evoluir para a sua morte ou expulsão.

O sangramento vaginal de pequena monta, com colo uterino fechado e contrações uterinas mofinas ou ausentes, antes de completar a 20ª semana, não necessariamente seria ameaça de abortamento, como consideram alguns, bastando para tanto que o ovo jazesse sem vida, desta feita teríamos somente trabalho de expulsão de um ovo morto visto que o abortamento já ocorreria. Só seria ameaça de abortamento se o ovo estivesse com vida. Pensamento idêntico deve aplicar-se quando o sangramento uterino é volumoso a dilatação cervical já vai além de 2cm e as contrações uterinas acham-se vigorosas semelhantes as parturitivas. Pelo mesmo motivo pode não tratar-se de trabalho de abortamento, mas também eliminação de ovo morto.

A expressão "abortamento evitável" não encontra guarida no nosso entender já que sendo evitável haveríamos de evita-lo, e como proceder sem a certeza dos motivos determinantes do processo?

A asserção da OMS in Rezende (11), aludida anteriormente e que faz referência a gravidez arrimando-se no "concepto" com sinônimo de ovo, concorda com os apontamentos de Asdel (1) nos quais afirma poder a gravidez existir sem o feto como, por exemplo, nos casos de "ovo cego", termo usado para o ovo sem embrião em uma gravidez, por vezes, aparentemente normal, também as gravidezes molares nos casos de doença trofoblástica gestacional sem embrião (mola anembrionada) ou ainda o inverso, como já referido, o litopédio, o ovo morto retido e o "Fetus in Fetus" onde existe feto sem gravidez.

Ao nosso ver parece que o mal evolui de ameaça em ameaça. A ameaça de sofrimento ovular de

gênese oculta, já mencionado em linhas anteriores. O próprio sofrimento ovular instalado como causa de ameaça de abortamento tais como: malformações anatômicas do útero, incompetência istmo cervical, dispositivo intrauterino, miomas, endometrites, infecções e defeitos genéticos do ovo; todas são causas de ameaça de abortamento, por poder levar a expulsão do ovo vivo, o trabalho de abortamento, ou perpassa-lo direto para a morte ovular, o abortamento. A ameaça de abortamento pode evoluir para a remissão espontânea com a gravidez seguindo normalmente para o seu epílogo.

Ao aceitarmos, em acorde com Cunningham (3), que abortamento é a interrupção da gravidez antes de 20 semanas de gestação, estaremos automaticamente afirmando que abortamento se dá com a morte do ovo ou sua expulsão com vida, e de forma inversa com o alvitramento de Asdel (1) no qual a morte do feto não consistiria em abortamento, este só ocorreria com a morte ou expulsão do ovo vivo, conseqüentemente findando as trocas entre albergado e albergueiro, ato contínuo interrompendo a gestação.

Em liame apresentamos, como segue:

"O feto pode sofrer em decorrência de uma enfermidade própria que não acometa o ovo nem a mãe, sofrimento fetal, (Ex: anencefalia).

"O ovo pode sofrer de uma enfermidade própria que não acometa a mãe nem dela decorra, mas seguramente acometerá o feto, sofrimento ovular, (Ex: corioangiomas e cistos subcoriais, enfartes placentários, esclerose placentária e deposição de fibrina)".

"A mãe pode sofrer de uma

enfermidade própria que acometa o ovo e seguramente acometerá o feto, sofrimento ovular, (Ex: hipertensão arterial)".

"A mãe pode sofrer de uma enfermidade que não acometa o ovo, mas que acometa o feto, sofrimento fetal, (Ex: deficiência de folato)".

Lembremos sempre para esquecermos nunca que na medicina como no amor não existe sempre nem nunca.

O parto, no sentido popular da palavra, é tido como algo pejorativo, difícil, trabalhoso, lento e até sofrido, este então visto também até nas Sagradas Escrituras como em Genesis: II, 16. Na óptica singela da maiêutica é tão somente expelir, por via vaginal, feto vivo ou morto com mais de 20 semanas de idade gestacional, omitindo-se aí a eliminação das páreas. No nosso meio também é usado como algo propellido do útero vide exemplo: "mioma parido". Em uma acepção mais complexa e por não dizer completa é a forma fisiológica de expelir ou extrair o feto, vivo ou morto ao longo do desfiladeiro pélvico, com mais de 20 semanas de gestação e suas páreas em ato contínuo. Apenas a expulsão de um ou mais fetos com retenção de seus anexos, ou de um outro feto, não consigna a conclusão do desfecho parturitivo, a mal-do-grado sejam conhecidas as expressões: parto do primeiro gemelar, parto do segundo gemelar e por diante, além de parto da placenta referente a dequitação, delivramento ou secundamento. Para fetos gemelares justificar-se-ia a diferenciação dadas as formas diversas de resolução, bastando para tanto um deles nascer em apresentação cefálica, parto cefálico, e outro em apresentação pélvica, parto pélvico. Portanto alguns advogam, nos casos de gravidez gemelar, dever-se considerar uma gestação e dois partos, como a guisa de exemplo: Gesta 1 Para 2.

Do contrário, usando o exemplo anterior, aceitaríamos Gesta 1 Para 1, se eliminando dois fetos e um ovo. A querela tomaria proporções maiores e tornar-se-ia mais complexa se o parto de gemelares fosse a resolução



de uma gravidez com dois ovos. Para evitar rotas de colisões seria melhor, ao nosso ver, admitir que gravidez é fenômeno biológico que consiste em albergar produto ou produtos da concepção estabelecendo intercâmbios metabólicos, e parto como já referido, é a eliminação desse ou desses produtos por via vaginal com mais de 20 semanas de gestação. Assim redundando: "para gemelares teríamos um parto e dois nascimentos". Comentando, sem pretensões dogmáticas, parece-nos que há diferença entre parir e fazer nascer, onde parir assume conotação abrangente e nascer assume conotação específica. Parir é a dição que contém o nascer, ao passo que nascer pode estar contido no ato de parir ou não. Parir é fenômeno único, nascer não necessariamente; permitindo multiplicidade. Nascer é vir a luz, por parto, cesariana ou laparotomia, está em se tratando de gravidez abdominal. Nessa tautologia insistimos que somos inclinados a acatar que as expressões "parto cefálico" e "parto pélvico" devam dar lugar a "parto com nascimento em apresentação cefálica" e "parto com nascimento em apresentação pélvica" ou simplesmente "nascimento em apresentação cefálica" e "nascimento em apresentação pélvica". Quanto a eliminação da placenta teríamos os termos técnicos: dequitação, delivramento ou secundamento para uma só placenta ou conferido à ordem que as precede como exemplo: "delivramento da primeira placenta, da segunda placenta e sucessivamente. Então trabalho de parto para nascimento de gêmeos assim se configuraria: dilatação, expulsão do primeiro gemelar, expulsão do segundo gemelar e em continuidade até o delivramento e estaria expulso o ovo, concluído o parto, a resolução da gravidez.

Excluir-se-ia o período de Greenberg como o 4º período do parto, como a primeira hora pós dequitação vez que o parto já concluíra, passando, pois, para a 1º hora do puerpério.

O parto vem sendo definido, por autores e tratadistas, como fenômeno resolutivo do ciclo grávido puerperal (5) e (11), mas a guisa

de esclarecimentos admitimos como fenômeno resolutivo da gravidez com expulsão ou extração do ovo com mais de 20 semanas, a resolução do puerpério não se dá com o parto, pois se o produto não for expulso não há parto mas haverá puerpério mesmo em face de um abortamento já que a gravidez findara.

Para efeito de discussão é de bom alvitre sinalar que diagnóstico de trabalho de parto poderia passar a aludir apenas as contrações uterinas como explicitadas em linhas anteriores, data vênica a dilatação cervical não necessariamente está ligada a trabalho de parto, havendo trabalho de parto seguramente haverá um grau qualquer de dilatação mas o contrário não é verdadeiro, vejamos como exemplo as gravidezes em grandes múltiplas nas quais o colo pode encontrar-se dilatado antes do trabalho manual, ou do contrário mesmo iniciadas as contrações nos casos de rigidez cervical a dilatação poderá não ocorrer, assim impedindo a parturição. A proposição de Rezende (11), grafada em linhas anteriores, louva-se por singeleza e precisão. O vocábulo cesariana deveria ser usado só e exclusivamente para a extração fetal do claustro uterino, destarte teríamos abortamento por cesariana, se com menos de 20 semanas, e nascimento por cesariana se além disso. Desse modo evitar-se-ia neologismos torpes como: "micro cesárea", "parto cesáreo", "parto abdominal" e "cesariana tubária".

Não sendo considerada parto a cesariana não constaria do código "Gesta () Para ()" "ato contínuo uma mulher que tivesse a dois filhos, e sendo um deles por cesariana, teria sua história obstétrica então codificada: Gesta (2) Para (1) Cesariana (1) Seria considerado nascimento por laparotomia os casos de vir a luz aqueles com mais de 20 semanas provenientes de gravidezes ectópicas abdominais.

Acreditamos que desnecessário seria denominar parto operatório, que a outros tem acudido, aquele com auxílio do fórceps. Proporíamos: Parto com extração a fórceps.



Quanto ao puerpério entendemos como o período compreendido entre a conclusão do parto e o reestabelecimento das funções ovarianas com a primeira ovulação após o parto, seu limite real, ou a primeira menstruação em consequência, seu limite virtual, como se o puerpério tivesse dois fins.

A guisa de curiosidade e descontração haveremos de lembrar Jorge Amado, de saudosa memória, em "AMORTE E A MORTE DE QUINCAS BERRO D'ÁGUA".



### Considerações Finais

01. Consideramos demonstrados os desencontros conceituais quanto aos diagnósticos de abortamento, ameaça de abortamento, trabalho de abortamento e aborto.

02. Consideramos demonstrados os desencontros conceituais entre parto e cesariana.

03. Consideramos demonstrada a necessidade de revisão conceitual para avertar a possibilidade de propor que abortamento seja a interrupção

da gravidez por morte ovular ou a sua expulsão ainda vivo antes de 20 semanas de gestação, que aborto seja o produto do abortamento já expulso ou retido, que ameaça de abortamento seja quaisquer situações de fundo patológico que ponha em risco vida do ovo antes de 20 semanas de gestação, que trabalho de abortamento seja o mecanismo de eliminação do ovo vivo por via vaginal, que parto seja a expulsão do produto da concepção vivo ou morto por via vaginal com mais de 20 semanas de gestação, que cesariana seja cirurgia consistente em abrir a cavidade abdominal, seguida de histerotomia para a

retirada de ovo vivo ou morto, independente da idade gestacional, contemplando a subdivisão: abortamento por cesariana e nascimento por cesariana, ficando nascimento por laparotomia para a retirada de ovo vivo ou morto alhures ao útero em qualquer momento da gravidez.

04. Consideramos demonstrado que todo parto se conclui com um ou mais nascimentos, mas nem todo nascimento é a conclusão de um parto.

05. Consideramos demonstrado que abortamento é a forma nominal do verbo abortar no gerúndio.



### Referências Bibliográficas:

1. ASDEL, S- Patterns of mammalian Reproduction New York, Crumslock 194 BELFORT & BARCELLOS in BELFORT, P & ORLANDI, O - Medicina Perinatal, 1º ed. São Paulo, Manole, 1983.
2. CUNNINGHAM, F. et all In WILLIAN OBSTETRIS 20º ed. Connecticut, Apleton & Lange, 1997.
3. GILBERT, A. & FURNIER, L. in Fabre - Precis D'Obstetrique, 4º ed , Paris, 1924.
4. GRELLE, F.- Obstetrícia, 4º, Rio de Janeiro, Atheneu, 1970.
5. JAVIERT, C. Spontaneous

- and habitual abortion New York, Blankiston, 1957.
6. MONTENEGRO, C. in REZENDE, J.- Obstetrícia 8º Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984.
  7. MOORE, K.- Embriologia Clínica, 3º Ed Rio de Janeiro, Interamericana, 1984.
  8. PALLOTINO, R. in BELFORT, P. & ORLANDI, O.-Medicina Perinatal, 1º ed. S Paulo, Manole,1983.
  9. REZENDE, J.- Obstetrícia, 8º ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,1998.
  10. SOUZA, F. & TRAJANO, A.- in HERMÓGENES por SÁ, R. &

- OLIVEIRA, C. Obstetrícia Básica, 3ºed. São Paulo, Atheneu, 2015.
11. STREETER, G.- Weith, sitting height, nead size, foot lenght and menstrual age of the human embryoContrib Embryolo, 11: 143, 1920 .
  12. WERTH, R. & GRUSDEN, W.-Untersuchunger über die Entwicklung und Morfologie der mendchlincken Gebarmutter Ach Gynök , 55 : 325, 1898.
  13. ZAMPROGNO, K. & PENNA, I. in HERMOGENES por SÁ & OLIVEIRA C - Obstetrícia Básica, 3º ed. S Paulo, Atheneu, 2015.

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO

*Normas para Publicação de Trabalhos na Revista da SOGIMA-RJ.*

Cada trabalho deverá ter um máximo de seis autores e o autor principal deverá ser membro da SOGIMA-RJ. O texto original deverá estar de acordo com as normas da ABNT.

As referências bibliográficas deverão ser relacionadas no final do trabalho, colocadas em ordem alfabética, no máximo de cinco para relato de caso e um máximo de vinte e cinco para os trabalhos de revisão e artigos originais.

Na página de rosto do trabalho deve constar título, nome completo e titulação dos autores. O autor principal deve informar o seu endereço completo, email, telefone.

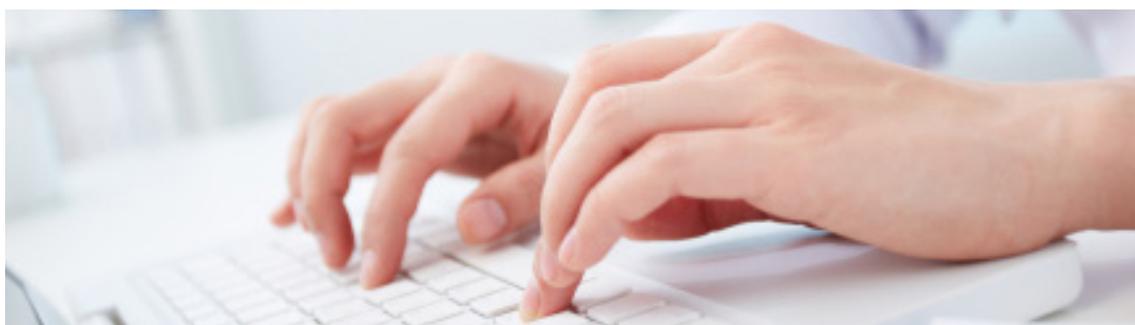
A segunda página deverá compreender um termo de autorização dos autores para efeito de publicação.

O trabalho deve conter resumo em português e inglês (máximo 150 palavras), palavras chave, introdução, material e método, resultado, discussão, conclusões.

As figuras, quadros e gráficos e tabelas gráficos devem estar em arquivos individuais e enviados juntamente com o arquivo de texto para revista@sogima-rj.com sob o assunto: artigo científico. Se for opção o envio de material em mídia física (CD, DVD ou Pendrive) poderá ser feito por correio/sedex para SOGIMA-RJ - Avenida Ernani do Amaral Peixoto, 55 sala 409 - Niterói, RJ. CEP 24020-070.

A escolha dos trabalhos a serem publicados é feita pela Comissão Científica da SOGIMA-RJ e submetida à aprovação pelo Conselho Editorial da Revista.

Os trabalhos enviados, aprovados pela Comissão Científica, publicados ou não, serão incluídos na BASE DE DADOS NUCEM / SOGIMA-RJ, e que permitirá consulta através do site.



# PÓS

## GRADUAÇÃO LATO SENSU

**GINECOLOGIA ENDÓCRINA  
OBSTETRÍCIA MASTOLOGIA  
GINECOLOGIA**



**TURMAS ABERTAS  
SETEMBRO**

  
**SOGIMA-RJ.COM**