

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (considerações sobre 106 casos)

DR. PAULO SCHMIDT GOFFI

Da 1.^a C. M. da Santa Casa e da Maternidade
de São Paulo.

Trataremos aqui, do problema do descolamento prematuro da placenta e apresentaremos a estatística referente aos casos ocorridos nos últimos seis anos, na Maternidade de São Paulo.

GENERALIDADES

A bibliografia referente a esse problema não é pequena e mesmo ultimamente se tem enriquecido com varios trabalhos, porem, ainda perdura, apesar disto, certa confusão de conceitos e condutas. Assim, a denominação do acidente, a etio-patogenia, certos sintomas e até o tratamento e outras questões, constituem temas para discussão. Em parte esse fato decorre da propria diversidade com que pode se apresentar o caso, no que diz respeito à sua extensão. Com efeito, uma hemorragia retro placentaria, muitas vezes, evolue em um silencio clínico quasi que completo e somente no momento da inspeção dos anexos, ao se examinar a placenta, descobrem-se uma ou mais areas de hemorragia, algumas suficientemente grandes para ocasionar apreciaveis desprendimentos. O fato evolue dentro duma aparente normalidade e passa desapercibido. Existe assim, uma extensa gama de variações, em que temos casos como o que acabamos de referir, até aqueles em que vamos encontrar aspectos cataclísmicos, chegando até à apoplexia utero placentaria grave.

SINONIMIA

A apoplexia uterina aparece muitas vezes conjuntamente com o desprendimento prematuro da placenta, e clinicamente, é difícil ou senão mesmo impossível estabelecer o diagnostico diferencial entre o acidente puro e a sua coincidência com o estado apopletico. Ao consultar a bibliografia encontramos variados nomes intitulado os trabalhos sobre o assunto: — “descolamento prematuro da placenta normalmente inserida”, “desprendimento preternatural da placenta”, “acidente de Baudelocque”, “hematoma retro placentario da gestação”, e referindo-se mais propriamente à complicação com a apoplexia, “acidente de Couvelaire”, “apoplexia utero placentaria” “apoplexia placentario genital de Nubiola”, etc.. E’ mesmo recente a polemica entre A. Turenne, de Montevidéo e D. Caravias Véra, de Buenos Ayres. Aquele considerava improprio o termo tão usado de

“descolamento prematuro normo placentario” apresentando entre outras argumentações, o fato de que o ponto de inserção na zona corporal do utero é um ponto encontrado casualmente pelo ovo em sua migração e que tem sede “habitual” mas não propriamente “normal” Este ao critica-lo, por sua vez, acha que a denominação de “normo-placentario” deve ser mantida, entre outros motivos, porque já é de há muito, de uso universal.

DEFINIÇÃO

Pelo que vimos, não podemos tratar do assunto do descolamento prematuro sem paralelamente falarmos da apoplexia. Quando a placenta, aderida à zona corporal do utero, se desprende antes de se dar o parto, diz-se que sucedeu um descolamento prematuro de placenta normalmente inserida ou uma hemorragia inter-utero placentaria, posto que a saída de sangue dos vasos uterinos e seu acumulo aí o precede ou o segue. E, quando ao lado disso, ha uma infiltração de sangue na parede do utero, fala-se mais propriamente, que existe uma apoplexia utero placentar.

ETIOPATOGENIA

Relativamente à hemorragia retro placentaria, Clovis Correa da Costa, distingue o descolamento de origem traumática, do de origem toxica, dizendo: — “nos accidentes traumaticos é o descolamento que provoca a hemorragia e na intoxicação é a hemorragia que provoca o descolamento; a hemorragia é ali secundaria e aqui primitiva” Hoje em dia a origem mecanica do acidente, seja por traumatismos externos, seja por estiramento do cordão, etc., vem sendo considerada como de menor importância. Ha quem lembre como causa do descolamento prematuro, a falta de paralelismo entre a superficie da placenta e a do utero, quando, depois de ser expulso um feto na gravidez multipla ou o liquido amniotico no hidramnios, o órgão re-trae-se para se adaptar a um conteudo menor. Também a endometrite foi lembrada como causa do desprendimento da placenta, explicando o fato da caduca aí, dilacerar-se por qualquer motivo, iniciando-se porisso a hemorragia, que aumenta o descolamento dos cotiledones. Enfim, atualmente atribue-se grande importância na etiologia do descolamento à gravido-toxemia. Couvelaire, que foi um dos que mais se ocuparam do problema do descolamento prematuro e da apoplexia utero placentaria, em uma de suas ultimas lições afirmava categoricamente haver uma relação destas afecções com a eclampsia, tendo elas uma mesma etiologia — a toxicose. Segundo ele, teriamos duas formas: — a eclampsia convulsiva e a eclampsia hemorragica. Na primeira, que poderíamos chamar também, eclampsia branca, as manifestações toxicas alteram principalmente o sistema nervoso e dão lugar às convulsões. Na segunda, ou eclampsia

vermelha, as manifestações tóxicas são de caráter vascular e repercutem especialmente sobre suas paredes, provocando extravasamentos sanguíneos uteroplacentários (hematoma retro placentário), ou tissulares (estados apopléticos). De fato, experiências feitas em animais confirmam a origem tóxica e mostram mesmo que no que diz respeito à apoplexia não é esta enquadrada só na patologia uterina, mas sim o é na patologia geral; ela, a apoplexia uterina, aproxima-se das demais apoplexias viscerais. Portes em 27 autopsias encontrou focos hemorrágicos no fígado, diafragma, pericárdio, endocárdio, meninges, mucosa gástrica, supra renais e rins.

Couvelaire diz que o próprio feto pode apresentar fenômenos hemorrágicos. Os achados em operações mostram muitas vezes infiltrações sanguíneas e serosas não só na caduca inter-útero placentária, como também na própria parede uterina, no tecido parametrial e até em órgãos situados a distância. Basta para comprovar a relação do descolamento prematuro com a gravido-toxemia, o fato de que são frequentíssimas as doentes apresentarem alterações renais (albuminúria, cilindrúria, etc.), edemas e outras alterações semelhantes, que lembram as gestoses. Também, a sífilis foi lembrada na etiologia do acidente. Para T. J. Gonzalez e D. E. Caravias esta enfermidade deve ser tomada em grande conta na etiopatogenia do descolamento prematuro da placenta. E também, alguns (Vignes e outros), acham que pode existir como sua causa uma avitaminose E.

DIAGNOSTICO

Quanto ao diagnóstico não há dúvida que os sintomas clínicos nos levarão a sua determinação, porém é sempre interessante a confirmação obtida pelo exame dos anexos fetais, o aspecto da placenta, e especialmente da face materna, onde se encontrarão áreas de hemorragia, coágulos e enfim, os sinais de desprendimento prematuro. Em caso de intervenção ou de morte, esta confirmação será obtida no ato cirúrgico ou na mesa de necropsia.

Como sinais prodromicos desta afecção, comumente encontram-se, assim como na eclâmpsia convulsiva, as pequenas hipertensões de alarme, cefaléa, albuminúria, etc. ., o que nos faz considerar como possibilidade futura, também o aparecimento de hemorragia útero placentária.

O acidente quasi sempre se inicia por uma dor violenta localizada no local que corresponde à placenta e que depois se irradia para todo o ventre e às vezes também para a região lombar. A instalação do quadro por essa maneira se faz comumente de modo brusco, pelo aparecimento dessa dor súbita e intensa, sendo acompanhada geralmente de pequena perda de sangue escuro. Essa hemorragia externa é uma consequência da hemorragia interna que se

processou, e costuma ser representada por pequena quantidade de sangue, de cor enegrecida com coágulos e de aparecimento mais ou menos intermitente, mostrando-se ao abrir passagem entre as membranas e a parede do útero. A perda sanguínea é variável, dependendo da extensão do descolamento e da exteriorização ou não do sangue. A hemorragia pode ser só interna. Às vezes, encontra-se a hipertensão de início. O estado geral quasi sempre, logo se altera rapidamente, aparecendo além destes, outros sintomas, tais como palidez, dispnéa, síncope, hipotensão, taquicardia, etc. ., o que traduz o estado de choque ou de anemia aguda. O pulso tem valor relativo, posto que se às vezes corresponde ao estado de choque e anemia, outras porém, apresenta-se aparentemente normal apesar do pessimo estado geral da paciente, donde a sua denominação de “pulso paradoxal de Boero”

O útero, mostra-se de consistência aumentada, duro e lenhoso (tetanizado), com sua sensibilidade exagerada de modo a se tornar doloroso à palpação; o seu volume costuma ser maior que o correspondente à idade da gravidez. Não se consegue palpar as partes fetais e o foco é quasi sempre inaudível. Ao toque sente-se o segmento inferior sem elasticidade e a bolsa das águas muito tensa.

O. de Menezes Pova cita a “tendência permanente para o decubito lateral — sinal divulgado por C. Hastings de Melo e Ivan Figueiredo. Com a distensão exagerada do útero, este comprime o diafragma que por sua vez constringe o coração, causando a sensação de pressão e de falta de ar. O decubito lateral atenua a sensação, mas o interessante é que a paciente se vira sempre para o lado da implantação placentar”

Enfim, insistimos novamente sobre o interesse que ha na confirmação do diagnostico pelo exame posterior da placenta ou da parede do útero quando se tem esse sob as nossas vistas. A placenta apresenta comumente um coágulo que comprimindo os cotilodones fica aderente à face uterina; em outras areas existem infartos hemorragicos, como na placenta ecláptica. Dum modo geral ela apresenta aspecto de bife batido (placenta truffè, na denominação de Pinard). E, quanto à parede do útero, nota-se muitas vezes infiltração hemática de variada intensidade: ora são pequenas areas equimosadas, percebidas atravez da serosa peritoneal; ora, são grandes placas de cor violácea que se estendem até os ligamentos largos e visinhanças. As fibras musculares podem ter conservado sua vitalidade, porém, outras vezes apresentam-se a caminho da necrose.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

O quadro do descolamento prematuro da placenta deve ser diferenciado de outras entidades seja do dominio obstetrico ou não.

Entre os últimos estão todos os quadros de abdome agudo (apendicite aguda, pancreatite hemorrágica, cisto do ovario torcido, úlcera perfurada, etc...), que algumas vezes podem causar embaraço ao diagnóstico diferencial com o descolamento prematuro. Em Obstetria, a prenhez ectópica, o hidrâmnios agudo, a rutura de varizes e a rutura do seio circular, etc., às vezes, por alguns dos seus sintomas podem nos fazer pensar em descolamento de placenta, mas, mais do que quaisquer outras, duas síndromes existem, que nos obrigam ao diagnóstico diferencial: — a placenta previa e a rutura uterina. Esse diagnóstico diferencial, segundo o esquema de De Lee modificado, pode assim ser feito:

HEMATOMA RETRO- -PLACENTARIO

dor.
hemorragia externa discreta.
geralmente uma só hemorragia.
pode-se encontrar causa (gestose, traumatismo, etc.).
sintomas de hemorragia mais intensos do que a que se observa externamente.
em geral, ausência de sinais de vida fetal.
a hemorragia continua depois da rutura das membranas.
abdome distendido, duro e doloroso à palpação.
utero duro, não percebe-se o feto.
ao toque não sente-se a placenta.

HEMATOMA RETRO- -PLACENTARIO

geralmente durante a gravidez.
utero aumentado de tamanho,
duro e simétrico.
aprecia-se a apresentação através do orifício externo.
não se palpa solução de continuidade.

PLACENTA PREVIA

não ha dor.
hemorragia externa abundante.
historia de varias hemorragias.
não ha causa aparente.
sintomas proporcionais à quantidade de sangue perdida.
o feto pode estar vivo.
a hemorragia, em geral, cessa após a rutura das membranas.
abdome suave e não doloroso, podendo observar-se as contrações uterinas.
utero mole, percebe-se o feto à palpação.
ao toque percebe-se a placenta.

RUTURA UTERINA

geralmente durante o parto a não ser quando de causa externa.
utero pequeno, desviado para o lado com um tumor na visinhança (feto).
geralmente, não se aprecia a apresentação.
pode-se apreciar solução de continuidade.

PROGNOSTICO

O prognostico é aqui função da gravidade do acidente e da evolução do mesmo. Quando o descolamento da placenta não é grande, a gravidez pode continuar até o termo, mas se diz respeito a uma superfície maior, ao inicio do parto segue-se geralmente a morte do feto. Para a mãe, se o parto não se inicia, ou se não se trata conforme as necessidades, ou si se trata em má hora e em más condições a morte pode sobrevir, seja por anemia aguda, por choque, ou por infecção.

TRATAMENTO

Eis aqui uma das questões mais discutidas. Não ha duvida que houve uma evolução acerca do metodo de tratamento preferencial e assim considerando, Tabarez y Boyez, em sua tese, falando do historico desse problema, considera tres periodos:

1.º) Desde Baudelocque, o primeiro que descreveu este acidente como entidade nosologica, até Couvelaire (1911 e 1912), periodo em que, empenhados em evacuar rapidamente a cavidade uterina, realizavam por via vaginal, uma serie de intervenções agressivas.

2.º) A partir de 1911, periodo em que, em consecuencia dos trabalhos de Couvelaire e outros, os metodos cirurgicos abdominaes começaram a ser muito usados deante do conceito creado sobre a hemorragia incoercivel por infiltração sanguinea da parede uterina. Mas, já por essa epoca Solomons de Dublin, Snoo de Utrech, e Hauch de Copenhague começaram a estabelecer o tratamento conservador.

3.º) Depois do Congresso de Obstetras e Ginecologistas de 1937. em Paris, em que ficou manifesta uma franca tendencia medica e conservadora. O mesmo Couvelaire que, 25 anos antes, havia mantido no Congresso de Berlim uma tendencia francamente cirurgica, sustenta nesta altura “que estes accidentes não necessitam de uma hemostasia rapida e segura por intervenção cirurgica”, assim como, que “o papel toxico secundario das infiltrações sanguineas em particular nas paredes uterinas, não parece suficientemente demonstrado, para justificar a histerectomia sistematica” Conforme cita Mahon, diz Ginglinger que não ha paralelismo entre a extensão das lesões apopleticas e sua profundidade, porque uteros completamente apopleticos em superficie e retirados, se mostram ao exame histologico indenes mais profundamente. Interessante é a estatística apresentada por Tabares y Boyez, em janeiro de 1943, referente aos casos ocorridos na Maternidade Municipal de Havana. Cita 62 casos de descolamento prematuro de placenta, dos quais 53

foram resolvidos por via vaginal e somente 9 por via abdominal (cezareas). Mas, o que é mais interessante é que dos casos resolvidos por via vaginal, em 41 fez apenas rutura artificial das membranas e usou antiespasmodicos, em 5 fez a rutura das membranas e esperou a evolução espontanea, e só em 6 usou processos obstetricos ativos. Teve 17 hemorragias post-partum, sendo que em 6 fez tamponamento intra uterino e em 12, fez transfusões de sangue. Desde 1938 começou a usar sistematicamente o Ergotrate Lilly, endovenosamente, e desde então não mais teve que realizar o tamponamento uterino.

Enfim, na questão do descolamento prematuro da placenta devemos ter em conta o tratamento profilatico e o tratamento do acidente já constituído. Aquele consiste na vigilancia e na observancia das mesmas normas higienico dieteticas da profilaxia da eclampsia. E este, varia conforme duas correntes: — a dos intervencionistas e a dos contemporizadores. Os intervencionistas têm grande preferencia pelo seu metodo, alegando em seu favor o fato de que assim agindo resolvem mais rapidamente o caso e alem disso, tem mais facilidade em aquilatar sobre o estado apopletico do utero e de poder em seguida fazer a exereze desse orgão quando as condições assim o exigirem. Por outro lado os contemporizadores, alegam as vantagens da sua conduta e aconselham o tratamento deste acidente, mantendo-se a doente sob observação constante em ambiente adequado, com recursos ao alcance (transfusão de sangue, sala de operações, etc.). A isto chamam de “contemporização armada” Nessas condições, procuram fazer o parto medico (rutura artificial das membranas e antiespasmodicos). Evitam o tratamento obstetrico agressivo. Lançam mão da medicação adequada ao momento (analepticos, cardiotonicos, vitamina K, vitamina E, sulfato de magnésio, e, os varios antiespasmodicos). Acompanham com cuidado o parto, a dequitação e continuam mantendo a doente em observação atenta, controlando a pressão arterial, as perdas de sangue, e o estado geral da paciente. Por certo, quando o estado da doente seja grave de modo que nos dê a impressão de que ela não pode esperar a evolução do parto por via baixa, dizem eles, deve-se adotar, não ha duvida, a conduta intervencionista. E aqui então, depois de esvaziada a cavidade uterina, só se pensará na exereze do orgão se o seu estado assim o exigir, lembrando-se que nem sempre o aspecto das lesões apresentadas guardam relação direta com a incapacidade contratil da sua musculatura. Geralmente apesar do pessimo aspecto apresentado, o utero ainda é capaz de reagir com os oxitoxicos ou soro quente, e aí a razão pela qual devemos sempre procurar poupa-lo a uma intervenção mutiladora.

CASOS OCORRIDOS NA MATERNIDADE DE SÃO PAULO

Estes dados conseguimos graças à gentileza e ao espírito científico do digníssimo Diretor da Maternidade, Dr. Antonio Vieira Marcondes, que nos permitiu consultar o arquivo da mesma e que nos animou a fazer este trabalho. A ele muito agradecemos, bem como, ao nosso colega Dr. Fernando Mendes Pereira, medico-interno desta Maternidade, que muito nos auxiliou.

No periodo de seis anos, ou seja, de 1 de setembro de 1939 a 1 de setembro de 1945, foram registrados 106 casos de descolamento prematuro de placenta (70 em indigentes e 36 em pensionistas), tendo havido nesse espaço de tempo um total de 43.738 doentes entradas (23.739 indigentes e 19.999 pensionistas), e portanto a frequência deste acidente foi de 2,4 por mil. Esta porcentagem aproxima-se das que são apontadas pelas ultimas estatísticas dos varios autores e que oscilam entre 1 por mil e 4 por mil (Perez).

A distribuição destes casos foi a seguinte:

a) quanto à cor: — 31 casos em pretas e mestiças, 73 em brancas e 2 em amarelas.

b) quanto à nacionalidade: — 88 brasileiras, e, 18 estrangeiras.

c) quanto à idade da paciente: — com menos de 25 anos, 5 casos; de 20 a 25, 18 casos; de 25 a 30, 35 casos; com mais de 35, 30 casos.

d) quanto à paridade: — 18 casos em primiparas, 21 em secundiparas, 16 em IIIas., 4 em IVas., 5 em Vas., e 42 em mulheres gravidas pela sexta vez e mais.

e) quanto à idade da prenhez: — de 6 mezes, 7 casos; de 7, 28 casos; de 8, 18 casos; e, de 9, 53 casos.

f) quanto à operação: — 58 cezareas, 6 cezareas com histerec-tomia, 8 forceps, 18 versões, 4 grandes extrações, e 1 caso em que não está especificada a operação. Além destes, 10 casos terminaram em partos normais e 1 caso teve exito letal antes de ser resolvido.

g) quanto ao feto: — 46 nasceram vivos, 59 mortos e 1 não está especificado.

h) quanto às condições de alta da doente: — 91 tiveram alta em boas condições e 15 faleceram.

Das que vieram a falecer, em 6 fizeram cezarea; em 3, cezarea e histerec-tomia; em 3, aplicaram forceps; em 3, fizeram versão; e, em 1 não chegaram a intervir porque faleceu logo após ter entrado na enfermaria. A sobrevivida de 12 delás foi de poucas horas, variando entre 0 e 24 horas após a intervenção; 1, sobreviveu 3 dias; e, 1, 10 dias. A mortalidade materna, portanto, foi de 14,15 por

cento. Esta porcentagem é um pouco elevada comparando-se com as estatísticas mais recentes (3,1 % — Pankow; 6,25 % — Lieven; 11,1 % — Barchet), mas explica-se isto, em parte, pelo fato de que as doentes muitas vezes dão entrada na Maternidade, já em estado grave.

Quanto à mortalidade fetal, notamos que esta se deu em 56,19 por cento, sendo esta porcentagem muito próxima das que são citadas nas estatísticas mais recentes (56 % — Lieven; 62 % — Frankl; 76 % — Pankow; 77,8 % — Barchet). Porém, acontece que muitos destes fetos nascidos vivos vêm a morrer poucos dias depois, fato este por nós observado com relativa frequência.

CONCLUSÕES

1.^a) A frequência com que se apresentou o descolamento prematuro da placenta, entre as 43.738 doentes que passaram pela Maternidade de S. Paulo, nos últimos 6 anos, foi de 2,4 por mil.

2.^a) A mortalidade materna por este acidente, nesta Maternidade e neste período, foi de 14,15 por cento, sendo ligeiramente elevada comparativamente com as estatísticas mais recentes dos vários autores.

3.^a) A mortalidade fetal, nestas condições foi de 56,19 por cento, no que muito se aproxima das demais estatísticas.

4.^a) O número de intervenções foi relativamente grande, tendo sido feitas 58 cesareas, 6 cesareas com histerectomia, 8 aplicações de forceps, 18 versões e 4 grandes extrações. Somente 10 casos foram resolvidos por partos normais.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ballin, R. — Premature separation of the placenta. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 1942, 44:735.
- 2) Bittencourt, J. de M. — Um caso de apoplexia utero placentar estudado à luz da patologia e terapeutica atuais. *Rev. de Gin. e Obst. (Rio)*, 1939, 2 (1):9.
- 3) Caravias Vera, D. — En torno a una exegesis de la expression "normo-placentario" *Obst. y Gin. Lat. Amer.*, 1944, 2:801.
- 4) Cohen, R. — Desprendimiento prematuro de la placenta. "Cuestiones Obstetricas", 1.^a ser., p. 159. Montalvo ed., C. Trujillo, Rep. Dominicana, 1943.
- 5) Cosgrove, S. e Conway, D. — Premature separation of normally implanted placenta. *Year Book Obst. Gyn.*, 1942, p. 255.
- 6) Fleming, J. G. — Premature separation of normally implanted placenta. A study of 72 cases. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 1942, 44:739.
- 7) Mahon, R. — Les limites de la conservation dans l'apoplexie placentaire. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1935, 9:567.
- 8) Perez, M. L. — Tratado de Obstetricia. Ed. Guanabara (Rio), 1942, vol. 2, p. 319.
- 9) Povia, O. M. — Descolamento prematuro de placenta. *Rev. Gin. e Obst. (Rio)*, 1945, 6:285.
- 10) Ramirez Olivella, J. — Hematoma retroplacentario del embarazo: estudio estadístico de la Maternidad A. Arias de La Habana. *Rev. Cub. Obst. Gin.*, 1942, 4:186.
- 11) Rauramo, N. e Kahanpaa, V. — The principal methods of treating cases of uteroplacental apoplexy. *Year Book Obst. Gyn.*, 1941, p. 229.
- 12) Raglan Miller, J. — The role of cesarean section in the treatment of premature separation of the normally implanted placenta. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 1941, 42:745.
- 13) Shute, E. — A vitamina E na profilaxia do desprendimento prematuro da placenta. *An. Bras. Gin.*, 1943, 15:317.
- 14) Tabares y Boyez, C. — Contribución al estudio de la hemorragia retroplacentaria. *Rev. Cub. Obst. Gin.*, 1943, 25:1.
- 15) Turenne, A. — Breves anotaciones al tema de las hemorragias retroplacentarias y de las apoplejias utero-placentarias. *Rev. Cub. Obst. Gin.*, 1942, 4:149.
- 16) Turenne, A. — Un detalle de terminologia ginecologica. Exegesis de la expression "normo-placentario" *Obst. y Gin. Lat. Amer.*, 1944, 2:525.
- 17) Valenzuela, R. — O desprendimiento prematuro da placenta. *An. Bras. Gin.*, 1943, 16:248.

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).