



**UNIVERSIDADE FRANCISCANA**

**ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE MEDICINA**

**ISADORA RUAS BARBIERI**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ORIENTAÇÕES AO PUERPÉRIO DE  
GESTANTES DE RISCO HABITUAL**

**ASSISTENTIAL PROTOCOL ON GUIDANCE TO THE PUERPERIUM OF  
HABITUAL RISK PREGNANTS**

**SANTA MARIA - RS**

**2019**

ISADORA RUAS BARBIERI

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO  
**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ORIENTAÇÕES AO PUERPÉRIO DE  
GESTANTES DE RISCO HABITUAL**

ASSISTENTIAL PROTOCOL ON GUIDANCE TO THE PUERPERIUM OF  
HABITUAL RISK PREGNANTS

Trabalho Final de Graduação (TFG)  
apresentado ao Curso de Medicina, na  
Área de Ciências da Saúde, da  
Universidade Franciscana- UFN,  
como requisito parcial para obtenção  
do grau em Medicina – Bacharel em  
Medicina.

**Orientadora:**

**Prof<sup>ª</sup>. Ma. Natiele Dutra Gomes Gularte**

SANTA MARIA – RS

2019

## **RESUMO**

O puerpério refere-se ao período do pós parto imediato até 6 a 8 semanas ou até o retorno da menstruação. É nesse período que as alterações fisiológicas da gravidez voltam ao seu estado não gravídico e que a mulher se depara com uma nova rotina, incluindo o bebê na sua dinâmica diária. Diversas questões são pertinentes à saúde da mulher e do bebê nesse momento, tais como condições clínicas do parto e atuais, aspectos emocionais do puerpério, suporte à amamentação, alterações na relação conjugal e o planejamento familiar. Tendo em vista a importância da orientação das puérperas quanto a esses aspectos para uma relação saudável entre mãe e bebê, buscou-se implementar um protocolo assistencial no Hospital Casa de Saúde, com o intuito de orientar e direcionar a conduta dos profissionais e acadêmicos de Medicina frente à alta das pacientes e ao seguimento do cuidado a nível ambulatorial. Para tanto, elaborou-se um modelo de nota de alta contendo informações relevantes ao período de internação na maternidade, bem como um modelo de consulta ambulatorial.

**Palavras chaves:** parto, puerpério, aspectos emocionais, amamentação, planejamento familiar, maternidade.

## **ABSTRACT**

The puerperium refers to the period of immediate postpartum up to 6 to 8 weeks or until menstruation returns. It is during this period that the physiological changes of pregnancy return to their non-pregnant state and the woman is faced with a new routine, including the baby in her daily dynamics. Several issues are relevant to the health of women and babies at this time, such as clinical and current health conditions, postpartum emotional aspects, breastfeeding support, changes in marital relationship and family planning. Considering the importance of the orientation of mothers regarding these aspects for a healthy relationship between mother and baby, we sought to implement a care protocol at the Casa de Saúde Hospital, with the aim of guiding and directing the conduct of medical professionals and students. patients' discharge and follow-up of outpatient care. To this end, a discharge note model was prepared containing information relevant to the period of hospitalization in the maternity ward, as well as an outpatient consultation model.

**Keywords:** childbirth, postpartum, emotional aspects, breastfeeding, family planning, motherhood

**Lista de abreviaturas:**

AB – Atenção Básica

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

APS – Atenção Primária de Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

DPP – Depressão Pós Parto

EPDS – Escala de Depressão Pós Parto de Edimburg

FO – Feridas Operatórias

GnRH – Hormônio liberador de gonadotrofinas

HCS – Hospital Casa de Saúde

HIV – Human Immunodeficiency Virus

LH – Hormônio Luteinizante

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDSS – Postpartum Depression Screening Scale

RN – Recém Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TP – Trabalho de Parto

UBS – Unidade Básica de Saúde

VO – Via Oral

## **Lista de Quadros**

Quadro I: Fatores de risco para desenvolvimento de transtornos psiquiátricos puerperais

Quadro II: Identificação dos principais transtornos psiquiátricos puerperais

Quadro III: Descrição dos itens pertencentes à cada dimensão avaliada pela PDSS

Quadro IV: Característica dos lóquios

Quadro V: Fatores de risco para Infecção Puerperal

Quadro VI: Fatores de risco para Infecção de Ferida Operatória

Quadro VII: Principais Infecções Puerperais

Quadro VIII: Principais achados no exame físico das mamas e intercorrências da amamentação

Quadro IX: Sinais de pega correta e incorreta da mama

Quadro X: Métodos contraceptivos puerperais disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

Quadro XI: Análise dos resultados da escala EPDS

Quadro XII: Suplementação de Ferro

## **Lista de Figuras**

Figura I: Lóquios

Figura II: Posicionamento na amamentação

Figura III: Pega adequada na amamentação

## **Lista de Anexos**

Anexo I: Escala de Depressão Pós Parto de Edimburg

Anexo II: Postpartum Depression Screening Scale

## **Lista de Apêndices**

Apêndice I: Modelo de nota de alta da maternidade

Apêndice II: Modelo de registro de consulta puerperal para uso ambulatorial

## **Lista de Tabelas**

Tabela I: Performance do PDSS para diferentes pontos de corte

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	11
<b>3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-10</b> .....	14
<b>4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b> .....	14
<b>5. PRIMEIRA CONSULTA E PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS DO PUERPÉRIO</b> .....	15
5.1 CARACTERÍSTICAS DO PARTO .....	15
5.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO .....	16
5.3 INVESTIGAÇÃO DA REDE DE APOIO .....	22
5.4 CARACTERÍSTICAS DOS LÓQUIOS .....	22
5.5 REVISÃO DE FERIDAS OPERATÓRIAS (FO).....	23
5.6 SUPORTE AO ALEITAMENTO MATERNO E EXAME DAS MAMAS... 27	
5.7 RELAÇÃO CONJUGAL E PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	30
<b>ANEXOS</b> .....	35
<b>ANEXO I:</b> ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS PARTO DE EDIMBURG (EPDS; cox et.al, 1987) .....	35
<b>ANEXO II:</b> POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE (PDSS; Beck & Gable, 2000).....	38
<b>APÊNDICES</b> .....	40
<b>APÊNDICE I:</b> MODELO DE ORIENTAÇÕES EM NOTA DE ALTA DA MATERNIDADE .....	40
<b>APÊNDICE II:</b> MODELO DE REGISTRO DE CONSULTA PUERPERAL PARA USO AMBULATORIAL .....	41
<b>FLUXOGRAMA</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45

## 1. INTRODUÇÃO

O puerpério é definido como o período pós-parto, que se estende desde a dequitação da placenta até cerca de seis a oito semanas pós parto ou até o retorno das menstruações (ZUGAIB, 2016). Após passar por diversas transformações fisiológicas, da gravidez até o parto, o corpo da mulher volta ao estado pré-gravídico, mas com uma nova rotina que demanda adaptação, podendo resultar em forte impacto na qualidade de vida. Além das mudanças fisiológicas que ocorrem no período, existem ainda diversos fatores sociais, psicológicos e culturais que exercem papel fundamental na relação mãe – bebê – família, e que devem ser levados em consideração por parte dos profissionais e acadêmicos da área da saúde, que atuam no cuidado do parto e puerpério, de forma a estabelecer vínculo e confiança com a mulher e sua família.

No município de Santa Maria/RS, as gestantes que fazem o pré-natal via Sistema Único de Saúde (SUS) realizam as consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, se configuradas como risco habitual, são encaminhadas para realização do parto no Hospital Casa de Saúde (HCS). Para que seja possível o monitoramento pré-natal e puerperal, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado de uso obrigatório nas unidades básicas de saúde, o SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. O sistema considera um pré-natal suficiente aquele que possui, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério, que deve ocorrer de dez a 40 dias após o nascimento do bebê. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A maternidade do HCS é referência para partos de risco habitual entre os 32 municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, realizando em média 61 partos por mês, referentes à toda região central do estado do Rio Grande do Sul. A conexão entre atenção secundária/terciária e atenção primária costuma ser feita pelos profissionais de saúde da maternidade. No HCS, fica a cargo da equipe de enfermagem fazer uma ligação telefônica para a UBS de referência da puérpera para comunicar o parto e marcar a consulta de puerpério.

Sob a ótica de um hospital-escola e para melhor atender as usuárias do serviço, em julho de 2019, foi criado um ambulatório de puerpério neste mesmo hospital, o qual realiza as duas primeiras consultas das puérperas procedentes da maternidade. O serviço

continuado reforça o estabelecimento de vínculo com a mulher, uma vez que o ideal é que ela tenha alta da maternidade já com a primeira consulta de puerpério marcada.

Tendo em vista o fluxo da paciente na rede de saúde, é importante que haja uma formalização da contrarreferência, por escrito, para o ambulatório de referência da paciente, contendo as informações pertinentes à assistência recebida no serviço de atenção secundária ou terciária. Isso pode ser feito, por exemplo, por meio de uma nota de alta contendo o resumo da internação, condições clínicas do parto, orientações dadas à paciente e data da primeira consulta pós-parto, agendada previamente pela equipe. Atualmente, após a alta da maternidade do HCS, as puérperas recebem apenas orientações verbais da equipe de enfermagem quanto ao autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, e nenhum registro referente à internação.

Com intuito de contribuir para que esse período, cheio de mudanças na vida da mulher, transcorra mais facilmente, é importante garantir que as puérperas recebam as orientações sobre as situações expostas anteriormente já na maternidade e que, os principais registros clínicos relacionados ao parto sejam entregues à paciente por escrito, para facilitar o seu seguimento na rede de atenção à saúde. Na mesma ocasião, deve ser reforçada a importância das consultas de puerpério.

Assim, surgiu a ideia de desenvolver, para o HCS, um Protocolo Assistencial de orientações ao puerpério de gestantes de risco habitual, para auxiliar e direcionar as condutas de médicos e acadêmicos de Medicina frente à alta hospitalar das puérperas. Durante o levantamento de dados *in loco* para elaboração do protocolo, foi verificado que a equipe de enfermagem do HCS já fornece algumas orientações pertinentes ao segmento do cuidado às puérperas, porém de forma verbal, sem qualquer documento escrito que formalize as orientações.

Para facilitar sua aplicação, construiu-se um modelo de nota de alta (apêndice I) contendo informações clínicas relevantes ao parto, bem como o registro da data marcada para a primeira consulta ambulatorial de puerpério. O protocolo dispõe também de um modelo de consulta ambulatorial (apêndice II), que contém itens direcionados a avaliar todos os temas citados nos parágrafos anteriores.

É recomendável que as primeiras orientações às puérperas, referentes às alterações fisiológicas do período, sinais de alerta, bem como os cuidados com o recém-nascido (RN), aconteçam já na instituição em que ocorreu o parto para evitar que esse cuidado

fique delegado apenas à Atenção Básica (AB). Considerando que algumas mulheres não possuem vínculo definido com a AB, as informações recebidas na maternidade, somadas ao vínculo com o ambulatório de puerpério do HCS, incentivam o não desligamento da mulher com o sistema de saúde após o parto, período no qual diversas dúvidas e situações novas podem surgir. A primeira consulta de puerpério é marcada ainda na maternidade, através do contato direto, por telefone, entre a ala Santa Isabel do HCS e o ambulatório de especialidades do mesmo hospital. Após, a data marcada para a consulta deverá ser registrada em nota de alta e informada à paciente, mesmo se esta não for residente em Santa Maria, mas procedente da região da Quarta Coordenadoria de Saúde.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Por definição, o puerpério compreende ao período pós-parto, que inicia com a dequitação da placenta e se estende até cerca de seis a oito semanas ou até o retorno das menstruações. O período é dividido em puerpério imediato (até duas horas após o parto), mediato (até o décimo dia pós parto) e tardio (a partir do décimo, até os 42 dias da data do parto) (ZUGAIB, 2016). Cada fase do puerpério compreende mudanças fisiológicas do corpo da mulher, que visam, por sua vez, retorná-lo ao seu estado pré-gravídico.

Nesse período ocorrem a involução do útero, a recomposição do colo uterino, a involução do sítio placentário, a adaptação do sistema endócrino à demanda por prolactina, além da adaptação mamária à produção de leite, entre outros (MARTINS-COSTA, 2017). Ademais, o puerpério é um período de mudanças significativas na vida da mulher e do núcleo familiar como um todo e, por isso, é natural que surjam dúvidas e ansiedades a respeito dos cuidados de saúde da mãe e do bebê (BRUGGEMANN, O. et al, 2011).

No Brasil, entende-se que a atenção à mulher e ao RN no período que compreende o pós-parto imediato e as semanas que o sucedem, é de suma importância para promoção de saúde materna e neonatal. Conforme consta no Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério, publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde, o ideal é que seja realizada uma visita domiciliar na primeira semana e uma consulta ambulatorial entre dez e 40 dias pós parto.

Essas orientações estão ratificadas no protocolo do estado do Rio Grande do Sul, publicado em 2018, que ressalta a importância da primeira consulta de puerpério ocorrer entre 7 e, no máximo, 10 dias após o parto. Segundo esse protocolo, a primeira consulta deve contemplar: avaliação de sinais e sintomas precoces de infecção puerperal e hemorragias, dificuldades com o aleitamento, cuidados com o RN, aspectos emocionais relacionados ao puerpério, planejamento familiar e relação conjugal, além do seguimento do cuidado de condições clínicas observadas durante o parto. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda que sejam feitas, pelo menos, 5 consultas no segmento pós-parto. Sendo a primeira ainda na maternidade (24h após o parto), a segunda, 3 dias pós-parto; a terceira, 7 dias pós-parto; a quarta em 14 dias pós-parto e a quinta em 6 semanas após o parto.

Trabalhos recentes mostram que uma atenção humanizada na maternidade, desde o acolhimento até a alta, faz grande diferença no processo de parto-puerpério. Usuárias do serviço público de saúde (SUS), que tiveram seus filhos em maternidades que adotam protocolos assistenciais de orientações de acolhimento, parto e puerpério, se sentem mais preparadas para lidar com a nova rotina de cuidados com o bebê e com elas mesmas (NAGAHAMA, 2008a). Das principais questões levantadas pelas pacientes aos profissionais de saúde, referentes ao período pós-parto, destacam-se: planejamento familiar, cuidados básicos com o recém-nascido e amamentação.

Outro estudo revelou a insatisfação das usuárias do SUS com a atenção dos profissionais de saúde focalizada apenas nos cuidados com o RN e/ou com os aspectos físicos da mãe (CORRÊA, 2017). A anulação da mulher, vista e designada apenas como mãe, pelos profissionais de saúde interfere de forma significativa nos cuidados com o bebê e com ela mesma, aumentando a morbimortalidade de ambos nesse período. Dessa forma, é importante que a puérpera estabeleça bons vínculos com o serviço de saúde, a fim de encontrar apoio profissional no puerpério.

Na avaliação da puérpera é importante questionar a respeito das condições clínicas do parto, avaliar o estado emocional atual da mulher, investigar rede de apoio, reforçar a importância e avaliar a técnica correta de amamentação, examinar e orientar o cuidado com as feridas operatórias e investigar/informar a respeito das características dos lóquios, uma vez que são temas relevantes para a nova mulher, agora mãe, que sai da maternidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No ambulatório de puerpério do HCS são atendidos, em conjunto, a mãe e o bebê, por profissionais especialistas nas áreas de ginecologia-obstetrícia e pediatria. Essa avaliação em conjunto assume grande importância, já que assiste dois pacientes em uma única consulta, de tal forma que a mulher consegue esclarecer as dúvidas referentes ao RN e, principalmente, a si mesma, de forma a reforçar e ampliar o segmento em saúde.

O Conselho Regional de Medicina do estado de Santa Catarina defende que o prontuário médico deve ser “[...] um conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde devem ser registrados todos os cuidados profissionais prestados aos pacientes [...]”. Para auxiliar os profissionais, é pertinente então que haja uma orientação em forma de modelo de consulta que organize e sistematize o atendimento durante as consultas de puerpério, com vistas à otimização do serviço e do registro em prontuário médico.

Para tornar o protocolo mais didático e de fácil aplicação, discorrer-se-á sobre as principais intercorrências que podem ser observadas no puerpério, e que devem despertar a atenção dos profissionais de saúde. O atendimento sistematizado e organizado facilita a identificação, a abordagem e o tratamento dessas condições contribuindo para diminuir a morbimortalidade materno-infantil nesse período.

### **3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-10**

Z39.2 – Seguimento pós parto de rotina

### **4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Serão incluídos neste protocolo assuntos referentes ao puerpério fisiológico com atenção para as possíveis intercorrências do período. Serão excluídos aspectos relacionados ao cuidado do RN, uma vez que é um tema extenso e que pode ser abordado nas consultas de puericultura e em protocolo específico.

## 5. PRIMEIRA CONSULTA E PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS DO PUERPÉRIO

A primeira consulta de puerpério deve conter um cabeçalho organizado, contendo informações referentes à mãe, como nome, idade, procedência, telefone para contato, paridade, dia atual do puerpério, registro de sorologias, patologias prévias e gestacionais. Informações referentes ao parto devem ser colhidas a partir da nota de alta, que a puérpera deve receber na maternidade, e orientada a levar consigo nas consultas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No prontuário, devem ficar registradas informações relacionadas ao cuidado prestado durante a internação, como, por exemplo, o tipo de parto, duração de cada período do trabalho de parto (dilatação, período expulsivo e secundamento), necessidade de medicação ou procedimento indutor de parto, necessidade de instrumentação, ocorrência de laceração ou necessidade de espisiotomia e complicações ocorridas durante o trabalho de parto. O sumário de alta hospitalar é um documento estratégico para continuidade e longitudinalidade do cuidado, uma vez que colabora para a construção da integração e independência entre os serviços hospitalares, especializados e a atenção básica (REIS et.al, 2015).

Durante a conversa, o profissional da saúde deve abordar assuntos relevantes à saúde da mulher, como os aspectos emocionais do puerpério, investigar rede de apoio, abordar relação conjugal, incentivar e dar suporte ao aleitamento materno, realizar exame das mamas, revisar as feridas operatórias, questionar aspecto dos lóquios, abordar planejamento familiar, orientar quanto a importância de manter o uso **Sulfato Ferroso, na dose de 40mg de ferro elementar/dia** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), e marcar a próxima consulta para 30 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A segunda consulta é necessária para avaliar a evolução dos aspectos discutidos anteriormente, revisar resposta a algum tratamento que tenha sido proposto e prescrever medicação anticoncepcional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DO PARTO

A elaboração de uma nota de alta ainda na maternidade contribui imensamente para a continuidade do cuidado e prevenção de complicações. As informações contidas nela, quando anexadas ao prontuário na consulta de puerpério, facilitam a compreensão,

pelo profissional de saúde, das condições em que ocorreu o parto. Informações como: tipo de parto, tempo de duração do trabalho de parto, necessidade de instrumentação e/ou medicação, ocorrência de laceração ou episiotomia, e complicações, são de extrema importância para a compreensão do cenário puerperal, previsão e prevenção de moléstias. Dessa forma, formaliza-se um documento com informações importantes e permite-se uma melhor continuidade e manejo do cuidado com a puérpera (REIS et. al, 2015)

## 5.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO

O puerpério é um período de intensa produção hormonal e considerável privação de sono que repercute no estado emocional da mãe. A irritabilidade e a ansiedade nesse período são extremamente comuns e podem se manifestar como uma situação transitória de alterações leves e rápidas no comportamento, conhecido como *blues puerperal*. Entretanto, sinais patológicos de depressão e psicose pós parto podem comprometer não só o cuidado, mas também por em risco a vida da mãe e do recém nascido (ARAÚJO et. al, 2019). Dessa forma, é importante que sejam identificados os fatores de risco (Quadro I) e os sinais e sintomas pertinentes aos principais transtornos psiquiátricos pós-parto (Quadro II) logo na primeira consulta de puerpério, uma vez que a terapêutica precoce é capaz de evitar danos maiores à mãe e ao recém nascido (ZUGAIB, 2016).

**Quadro I:** Fatores de risco para desenvolvimento de transtornos psiquiátricos puerperais

<b>Biológicos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ História de transtorno de humor ou ansiedade</li> <li>➤ História de depressão pós parto</li> <li>➤ História de transtorno disfórico pré-menstrual</li> <li>➤ Doença psíquica na família</li> </ul>
<b>Psicossociais:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Abuso sexual na infância</li> <li>➤ Gravidez precoce</li> <li>➤ Gravidez não planejada</li> <li>➤ Gravidez não desejada ou não aceita</li> <li>➤ Mãe solteira</li> <li>➤ Ter muitos filhos</li> <li>➤ Suporte social reduzido</li> <li>➤ Violência doméstica ou conflitos no lar</li> </ul>

- Baixa escolaridade
- Abuso de substâncias

cd(Adaptado de Ryan et. al, 2005)

O *blues puerperal* é caracterizado como uma situação transitória, de alterações leves e rápidas do comportamento, como tristeza, irritabilidade, ansiedade, diminuição da concentração, insônia, labilidade emocional e sentimento de culpa. No entanto, o *blues puerperal* que persistir por mais de 2 semanas ou que houver piora significativa, pode se tornar depressão (Kaplan & Sadock, 2017). Em média, 40 a 80% das puérperas desenvolvem essas alterações de humor, com início nos primeiros dias após parto. Aos profissionais de saúde é de grande valia que se preste o apoio à mulher, entendendo e ajudando-a a entender o seu processo de reorganização psíquica. (ZUGAIB, 2016).

A depressão pós-parto costuma ter início em até 12 semanas após o parto. Se caracteriza por humor deprimido, choro fácil, labilidade emocional, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades habituais, sentimentos de culpa, prejuízo na capacidade de concentração, insônia, perda de apetite, ansiedade e pensamentos recorrentes de causar danos ao bebê. Sabe-se que existe relação entre um episódio de depressão pós-parto e o risco aumentado de ocorrência de depressão maior durante a vida (Kaplan & Sadock, 2017).

A psicose pós-parto é uma condição grave e ameaçadora à vida da mãe e do bebê. Os sintomas costumam surgir de forma abrupta em até 2 semanas após o parto e vão desde delírios envolvendo os filhos, alucinações, comportamento desorganizado, sintomas depressivos/maníacos até pensamentos de provocar danos ao bebê. A psicose puerperal é considerada uma emergência psiquiátrica, que deve ser abordada com medicações antipsicóticas e carbonato de lítio, associados a antidepressivos (Kaplan & Sadock, 2017).

## **Quadro II:** Identificação dos principais transtornos psiquiátricos puerperais

<b>a) Blues puerperal</b>
<p><b>Sintomas:</b> labilidade emocional, choro fácil, irritabilidade, comportamento hostil com familiares e acompanhantes. Costumam surgir 1 a 4 dias pós parto e regredir em 2 semanas.</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suporte emocional</li> <li>➤ Auxílio nos cuidados com o RN</li> </ul>

### b) Depressão pós-parto

**Sintomas:** humor deprimido, choro fácil, labilidade emocional, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades habituais, sentimento de culpa, prejuízo na capacidade de concentração, insônia, perda de apetite, ansiedade, pensamentos recorrentes de causar dano ao bebê. Costumam surgir de 30 a 90 dias pós parto.

**Conduta:**

- Casos leves e moderados: encaminhar ao serviço de psicologia
- Casos graves: iniciar terapia medicamentosa com, por exemplo, **fluvoxamina 100mg/dia** (iniciar com 50mg/dia e aumentar gradualmente a dose) ou **venlafaxina 200mg/dia** (iniciar com 75mg/dia e aumentar gradualmente a dose) e encaminhar ao serviço de psiquiatria

### c) Psicose puerperal:

**Sintomas:** delírios e alucinações envolvendo o filho, estado confusional, sintomas depressivos, maníacos ou mistos, comportamento desorganizado, pensamentos de provocar danos ao bebê. Início abrupto em até 2 semanas pós parto.

**Conduta:**

- encaminhar ao serviço de emergência psiquiátrica

(adaptado de Camacho et. al, 2006)

Para melhor avaliação e documentação do estado emocional da mãe, duas escalas (anexos I e II) são utilizadas para avaliação da probabilidade e rastreamento de depressão pós parto a nível ambulatorial (FIGUEIRA, 2009). São elas:

- **Escala de Depressão Pós Parto de Edimburg (EPDS; Cox et.al, 1987):** a EPDS (anexo I) é um instrumento de autoavaliação, em forma de questionário, construído e validado especificamente para indicar probabilidade de depressão pós parto. A EPDS avalia os sintomas emocionais e cognitivos relacionados à depressão pós parto manifestados nos últimos 7 dias e exclui, de forma proposital, os sintomas somáticos da depressão, considerados pelos autores como fisiológicos ao puerpério (Cox, et al. 1987). O questionário demora de 5 a 10 minutos para ser preenchido e é composto de 10 perguntas, que descrevem os sintomas depressivos mais comuns: incapacidade de rir e de ver o futuro com esperança, sentimentos de culpa, ansiedade, preocupação, pânico, sobrecarga e tristeza, sensação de incapacidade em lidar com as tarefas impostas, choro frequente e vontade de fazer mal a si mesma. Para cada uma das perguntas, a mulher escolhe a resposta que melhor descreve o modo como se sentiu na última semana, assinalando uma das quatro opções de resposta,

que pontuam de 0 a 3 pontos. A pontuação total pode, portanto, variar de 0 a 30 pontos, sendo que o total de pontos é diretamente proporcional à probabilidade de depressão pós parto (Cox, et al. 1987)

- ***Postpartum Depression Screening Scale*** (PDSS; Beck & Gable, 2000): a PDSS (anexo II) é uma escala de rastreio de depressão pós parto (DPP), traduzida e validada no Brasil por Cantilino et. al (2007), cujo objetivo é ser um instrumento de auxílio ao médico na identificação precoce da DPP. A PDSS identifica e permite a intervenção mais rápida possível nos casos de depressão pós parto. É composta por um *checklist* de 35 itens autoavaliativos que descrevem como a mulher pode estar se sentindo nas últimas 2 semanas, abordando um total de sete dimensões psíquicas (Quadro III). Os autores da escala buscaram abordar itens relacionados diretamente com o âmbito da maternidade, associando boa parte das perguntas à mãe e ao bebê. Para cada uma das afirmações, a mulher escolhe o seu nível de concordância, de acordo com o que está sentindo nas últimas duas semanas. O nível de concordância varia entre “discordo muito” (um ponto) a “concordo muito” (cinco pontos); as respostas intermediárias – “discordo”, “não concordo nem discordo” e “concordo” – são cotadas respectivamente com dois, três e quatro pontos. A pontuação total pode variar de 35 (mínimo) a 175 pontos (máximo), sendo que quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de depressão pós parto.

**Quadro III:** Descrição dos itens pertencentes a cada dimensão a ser avaliada pela PDSS (adaptado de Beck & Gable, 2002)

Dimensão	Itens da escala	Descrição breve
<b>Distúrbios do apetite e do sono</b>	Tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebê dormia (1) Perdi o apetite (8)	Avalia a percepção de que há alguma alteração nos seus hábitos de sono e alimentação

	<p>Acordei a meio da noite, tive dificuldade em voltar a dormir (15)</p> <p>Dei voltas na cama durante muito tempo (22)</p> <p>Sabia que devia comer mas não consegui (29)</p>	
<b>Ansiedade e insegurança</b>	<p>Me senti completamente sozinha (2)</p> <p>Me senti verdadeiramente angustiada/oprimida (9)</p> <p>Senti que estava fora de mim (muito nervosa) (16)</p> <p>Me senti nervosa por algo mínimo em relação ao bebê (23)</p> <p>Me senti inquieta, tinha de andar de um lado para o outro (30)</p>	<p>Avalia os sentimentos de ansiedade, insegurança e de estar se sentindo sobrecarregada com a função de ser mãe</p>
<b>Labilidade emocional</b>	<p>Chorei muito sem motivo/razão (3)</p> <p>Tive medo de nunca mais voltar a ser feliz (10)</p> <p>Senti altos e baixos nas minhas emoções (17)</p> <p>Tenho andado muito irritável (24)</p> <p>Me senti com raiva, a ponto de explodir (31)</p>	<p>Avalia a percepção de instabilidade das emoções e que elas fogem do controle</p>
<b>Confusão mental</b>	<p>Não consegui me concentrar em nada (4)</p> <p>Senti que estava perdendo o juízo (11)</p>	<p>Avalia percepção da capacidade em se concentrar tomar decisões</p>

	<p>Pensei que estava enlouquecendo (18)</p> <p>Tenho tido dificuldades em tomar decisões simples (25) Tive dificuldades em me concentrar numa tarefa (32)</p>	<p>e regular seus próprios processos de pensamento</p>
<b>Perda do self</b>	<p>Já não sabia quem eu era (5) Senti que estava me tornando uma estranha para mim mesma (12)</p> <p>Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa (19)</p> <p>Senti que não era uma pessoa normal (26)</p> <p>Não me senti real (33)</p>	<p>Avalia a percepção de que alguns aspectos da sua identidade pessoal têm se alterado desde que o bebê nasceu</p>
<b>Culpa e vergonha</b>	<p>Senti que não era a mãe que desejava ser (6)</p> <p>Senti que as outras mães eram melhores do que eu (13)</p> <p>Me senti culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu bebê (20)</p> <p>Senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo meu bebê (27)</p> <p>Me senti um fracasso como mãe (34)</p>	<p>Avalia os sentimentos de culpa e vergonha, relacionados com a percepção de falta de capacidade para ser mãe e com pensamentos negativos em relação ao bebê</p>
<b>Pensamentos suicidas</b>	<p>Pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo (7)</p>	<p>Avalia o desejo de fazer mal a si mesma ou por fim à própria vida como forma de escape</p>

	<p>Comecei a pensar que estaria melhor morta (14)</p> <p>Quis fazer mal a mim mesma (21)</p> <p>Senti que o meu bebé estaria melhor sem mim (28)</p> <p>Só queria deixar este mundo (35)</p>	
--	--	--

É importante que os médicos de família, clínicos, obstetras e, inclusive, pediatras estejam aptos a identificar os sinais de alerta para depressão pós parto e psicose puerperal, condições clínicas que podem, de certa forma, colocar em risco a vida da gestante e do lactente e realizem encaminhamento para serviço de urgência, se necessário. Em virtude da proteção de ambos, a investigação da rede de apoio também serve como um fator importante na avaliação da paciente, desde as consultas pré-natais até o puerpério.

### 5.3 INVESTIGAÇÃO DA REDE DE APOIO

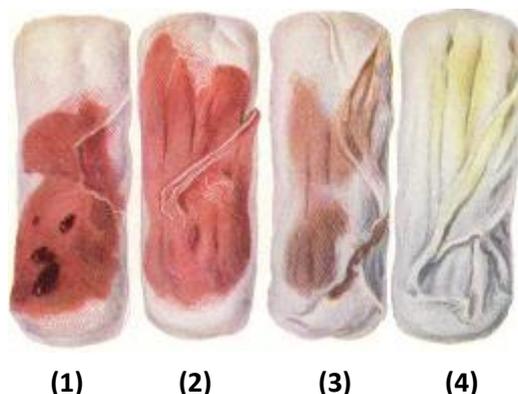
Muitos autores se referem ao puerpério como o período no qual a autoconfiança da mulher está em crise. Tornar-se mãe é um processo complexo, que envolve a reorganização de todos os papéis que compõem o autoconhecimento da mulher. Uma vez que a puérpera retoma a rotina da casa com o bebê, encontra-se vulnerável tanto física como psicologicamente (MERIGHI et al, 2006). Dessa forma, necessita da ajuda de familiares e profissionais da saúde para melhor lidar com a carga imposta. Por isso é importante que seja investigado, já na primeira consulta, a formação da Rede de Apoio já que o cuidado deve ser continuado e não acaba após o parto.

### 5.4 CARACTERÍSTICAS DOS LÓQUIOS

Os lóquios (**figura I**) correspondem à eliminação vaginal do conteúdo variável de transudato e exsudato que ocorre após o parto, provenientes da decídua externa remanescente que sofre necrose e é eliminada. Microscopicamente, o conteúdo é formado basicamente por eritrócitos, leucócitos, porções de decídua, células epiteliais e bactérias

(FREITAS, 2017). A precoce e correta avaliação dos lóquios (**quadro IV**) é extremamente importante, uma vez que podem significar sinais de infecção puerperal, principalmente quando abundantes ou fétidos.

**Figura I:** (1) Lóquios rubros, (2) e (3) Lóquios serosos/castanhos, (4) Lóquios serossanguinolentos.



WEIBEL, *Obstetrícia y Ginecología prácticas*, 1942

#### Quadro IV: Características dos Lóquios

<b>Lóquios Vermelhos:</b>	Sangue vivo. Volume moderado a intenso. Dias 1 a 4.
<b>Lóquios Serosos:</b>	Sangue castanho – róseo. Pequeno volume. Dias 4 a 10.
<b>Lóquios Claros:</b>	Eliminação esbranquiçada. Pequeno volume. A partir do 10º dia até a 3ª semana.

(adaptado de Rotinas em Obstetrícia, 2017)

O volume total e a duração da loquiação podem variar de 200 a 500 mL e aproximadamente 4 semanas. Esse período pode ser mais prolongado em cerca de 15% dos casos para até 6 a 8 semanas após o parto (ZUGAIB, 2016).

#### 5.5 REVISÃO DE FERIDAS OPERATÓRIAS (FO)

As Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde, correspondem a efeitos adversos relacionados ao próprio sistema de saúde. Sabe-se que a infecção de sítios operatórios leva ao considerável aumento na morbidade, mortalidade, no tempo de internação e nos custos ao sistema de saúde. Entende-se como Infecção Puerperal qualquer infecção do trato genital ocorrida durante o puerpério. Pode se apresentar, dentre outras manifestações, como febre puerperal, conceituada como temperatura axilar maior ou igual a 38°C manifestada até 24h após o parto, com duração mínima de 02 dias, aferida nas duas axilas.

É necessário, porém, diferenciar a febre puerperal da morbidade febril, caracterizada por temperatura corporal mínima de 38°C, durante dois dias quaisquer, dos

primeiros 10 dias de puerpério, desde que iniciada a partir das 24h pós parto (PEREIRA et al, 2017). No total, cerca de 6% dos partos evoluem com infecção de FO, sendo que 94% dos casos são diagnosticados após a alta hospitalar. O principal fator de risco isolado para infecção de FO é a realização de cesariana, ocorrendo em aproximadamente 7,3% dos partos cesáreos. Já nos partos vaginais, cerca de 5,5% evoluem com infecção de FO (YOKOE et. al, 2001).

A infecção puerperal, quando não diagnosticada precocemente, pode causar doença inflamatória pélvica, infertilidade, sepse e até morte. Cerca de 10% das mortes maternas no mundo estão associadas à sepse, considerada, portanto, causa direta de mortalidade nessa população, sendo superada apenas pelas complicações hemorrágicas e hipertensão (PEREIRA et al, 2017). Dessa forma, é de suma importância que sejam revisados os possíveis focos de infecção puerperal, sendo eles principalmente os locais de episiorrafia, laceração perineal e cicatriz de cesariana, além da investigação referente à característica dos lóquios e presença de dor abdominal.

O **Quadro V** traz os principais fatores de risco que devem ser observados para desenvolvimento de infecção puerperal, o **Quadro VI** traz os principais fatores de risco para Infecção de Feridas Operatórias, e o **Quadro VII** as principais infecções puerperais.

#### **Quadro V:** Fatores de risco para Infecção Puerperal

- Rotura prematura de membranas ovulares
- Infecção vaginal
- Anemia
- Cesária
- Uso de fórcepe
- Obesidade
- Laceração do canal de parto
- Ausência de antibioticoprofilaxia intraparto
- Trabalho de parto prolongado

(Adaptado de ZUGAIB, 2016)

**Quadro VI:** Fatores de risco para infecção de Ferida Operatória

- Cesariana
- Corioamnionite
- Infecção de FO anterior
- Pré-eclâmpsia
- TP prolongado
- Rotura prematura de membranas prolongada
- Toques vaginais repetidos
- Monitorização fetal invasiva
- Líquido meconial no parto
- Curetagem
- Nuliparidade
- Anemia severa (perda sanguínea > 800ml)
- Obesidade materna
- Diabetes melitus materno
- Trabalho de parto prematuro
- Pós datismo
- Parto vaginal instrumentado
- Lacerações no canal de parto
- Tempo cirúrgico > 60 minutos
- Técnica cirúrgica inadequada
- HIV positivo
- Vaginose bacteriana
- Colonização vaginal/retal por estreptococos grupo B

(Adaptado de Santos et. al, 2017)

**Quadro VII:** Principais Infecções Puerperais**a) Infecção de FO pós-cesárea**

**Germes comuns:** bactérias gram positivas (*Estafilococos aureus*), anaeróbios, enterococos, estreptococos do grupo B.

**Avaliação inicial:**

- Hiperemia da pele, calor local, com drenagem de secreção purulenta, mas sem abaulamento da pele que sugira coleção importante:

- limpeza, curativo, antibiótico e reavaliação com 7 dias
- Abaulamento ou palpação de massa que sugira coleção:
  - exploração e drenagem
- Caso tenha dúvida quanto à presença de coleção em parede abdominal: Solicitar ultrassonografia de parede abdominal

**Curativos diários** com equipe de enfermagem;

**Antibioticoterapia** quando sinais de celulite ou suspeita de colonização profunda (abaixo da aponeurose):

- **Cefalexina 500mg, VO, de 6/6h por 7 dias**

**Analgesia:** paracetamol ou ibuprofeno ou dipirona

**Reavaliação** da paciente em 7 dias. Em caso de: não melhora em até 3 dias ou piora, antecipar retorno.

Se infecção de planos profundos: internação + abordagem cirúrgica + antibiótico EV

#### **b) Infecção de FO pós parto vaginal (laceração/episiotomia)**

**Germes comuns:** *Staphylococcus*, *Streptococcus* e gram-negativos.

- **Limpar** com água e sabão, **drenar** se necessário, indicar **banho de assento** com soluções antissépticas. Cicatrização por segunda intenção.

- **Antibioticoterapia**, se sinais de repercussão sistêmica

- Febre e calafrios:

**Amoxicilina + Clavulanato (500 + 125mg) VO de 8/8h por 7 dias; ou Clindamicina 300mg, VO, 6/6h.**

- Queda no estado geral, mal estar, febre, calafrios, fraqueza:

**Clindamicina 600mg, IV, 6/6h + Gentamicina, IV, 240mg 1x dia.**

Alta hospitalar após 48h de remissão sintomática;

Manutenção da terapia VO: Clindamicina 600mg, VO, 6/6h até completar 10 dias de tratamento.

#### **c) Endometrite**

**Germes comuns:** Polimicrobiana – geralmente com 2 a 3 organismos: *Ureaplasma urealyticum*, *Peptostreptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides bivius* e Estreptococos do grupo B, Clamídia em infecções de início tardio

**Conceito:** febre, dor pélvica, dor à mobilização uterina, útero com sub-involução, consistência pastosa, doloroso, lóquios fétidos e/ou aumentados, calafrios, taquicardia e dor em baixo ventre.

**Exames complementares:**

- Hemograma completo
- Culturas
- Ultrassonografia pélvica (avaliar presença de restos placentários)

**Tratamento:**

- Se presença de restos placentários → curetagem e/ou aspiração manual intrauterina

- Antibioticoterapia por 10 a 14 dias

**Via Oral**

1ª opção: **Amoxicilina com Clavulanato 500mg + 125mg, VO, 12/12h**

2ª opção: **Amoxicilina 500mg, VO, 6/6h + Metronidazol 500 mg, VO a cada 8h.**

**Via endovenosa**

1ª opção: **Clindamicina 900 mg IV 8/8h + Gentamicina 240mg IV 1x ao dia**

2ª opção: **Ampicilina 1g IV 6/6h + Gentamicina 240mg IV 1xd + Metronidazol 500mg IV 8/8h**

No comprometimento renal, substituir aminoglicosídeo por cefalosporina (Ceftriaxona) ou por Aztreonam.

- Paciente em bom estado geral: picos febris esporádicos, colo uterino fechado, ultrassonografia mostrando ausência de restos ovulares ou espessura do conteúdo uterino menor que 15 mm, deambulando com facilidade e realizado suas atividades diárias → terapia via oral com reavaliação ambulatorial em 48h

(Adaptado de Santos et. al, 2017)

## 5.6 SUPORTE AO ALEITAMENTO MATERNO E EXAME DAS MAMAS

O aleitamento materno exclusivo (AME) é recomendado até os 6 meses de vida. Por ser considerado um alimento exclusivo, não requer suplementação sequer com água e chás. Após esse período, é recomendado que a amamentação seja mantida como alimentação complementar até, pelo menos, 12 meses de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A mudança anatômica das mamas se inicia ainda no primeiro trimestre da gestação, enquanto que a lactogênese se inicia a partir do segundo trimestre. Já a lactação propriamente dita, não se inicia antes da queda plasmática de estrogênio, progesterona e do hormônio lactogênico placentário, que ocorrem após o parto. A manutenção da secreção láctea depende da sucção regular do recém nascido e do esvaziamento dos ductos e alvéolos mamários. Os níveis de prolactina aumentam a cada sucção do bebê, contribuindo para a produção do leite. A ejeção láctea fica a cargo da secreção pulsátil de ocitocina, também estimulada pela sucção do bebê. (ZUGAIB, 2016).

O colostro é o precursor do leite materno. Consiste em uma secreção hialina e amarelada que já pode estar presente nos últimos meses da gestação. Possui maior teor de minerais, proteínas, vitamina A, imunoglobulinas e fatores de proteção imunológica (complemento, macrófagos, linfócitos, lactoferrina, lactoperoxidase e lisozimas), tendo importante função no sistema imunológico do recém nascido. A apojadura do leite maduro começa a acontecer cerca de 72 horas pós parto. É composto de carboidratos

(lactose), gorduras, proteínas e minerais. Além disso, possui uma variedade de enzimas de facilitam a digestão do próprio leite materno, além de possuir todas as vitaminas, com exceção da vitamina K (NEVILLE, MC. 2001).

As intercorrências da amamentação são bastante comuns e geralmente ocorrem nos primeiros dias de puerpério, por isso a importância de abordar e dar suporte ao aleitamento materno, além de realizar um exame minucioso das mamas já na primeira consulta de puerpério. O ingurgitamento mamário é uma consequência bastante comum da produção de leite nos primeiros 5 dias de amamentação, pois resulta da adaptação da mãe e do bebê às mamadas.

A amamentação costuma ser relatada como dolorosa nos primeiros dias pós-parto, principalmente quando há pega incorreta do bebê, ocorrendo desde rachaduras nos mamilos até infecção dos ductos mamários e abscessos (ZUGAIB, 2016). O **quadro VIII** descreve os principais achados no exame físico das mamas e as principais intercorrências da amamentação.

**Quadro VIII:** Principais achados no exame físico das mamas e intercorrências da amamentação

<b>a) Ingurgitamento mamário:</b>
<p><b>Conceito:</b> mamas brilhantes, endurecidas, dolorosas e aumentadas de tamanho. Causado pelo esvaziamento insuficiente das mamas, produção excessiva de leite. Surge 1 a 5 dias pós parto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manter aleitamento materno exclusivo (AME) sob livre demanda;</li> <li>➤ Corrigir falhas na técnica de amamentação.</li> <li>➤ Orientar iniciar mamada pela mama sadia, reduzir os intervalos entre as mamadas e massagear e ordenhar as mamas antes e após as mamadas.</li> </ul>
<b>b) Fissuras:</b>
<p><b>Conceito:</b> causada pela pega inadequada, geralmente causada por ingurgitamento ou quando o bebê tem a boca muito pequena</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Correção da pega</li> <li>➤ Interrupção da amamentação na mama afetada por 24 a 48h, mas manter ordenha manual até o esgotamento.</li> <li>➤ Ofertar ao RN o leite ordenhado por copinho ou colher</li> <li>➤ Alternar as posições de amamentação</li> </ul>

- Orientar que inicie a amamentação pela mama sadia, evite a lavagem excessiva e uso de medicamentos tópicos
- Recomendar a utilização do próprio leite como cicatrizante e incentivar que mantenha as mamas ao ar livre

#### c) Mastite:

**Conceito:** Condição inflamatória da mama, que acompanha ou não infecção. Causada pela remoção ineficiente do leite em razão de técnicas inadequadas de aleitamento

- Manter a lactação
- Antibioticoterapia se febre ou piora clínica: **Cefalexina 500mg VO 6/6h por 10 dias** ou Eritromicina 500mg, VO, 6/6h; ou Clindamicina 600mg, VO, 8/8h; ou Amoxicilina com Clavulanato 875mg, VO, 12/12h
- Repouso e hidratação oral
- Analgésicos simples
- Drenagem de abscesso, se houver (em centro cirúrgico)

#### d) Galactocele:

**Conceito:** Obstrução de um dos ductos lácteos, causado por acúmulo e estase do leite

- Massagem localizada
- Revisar técnica de amamentação
- Orientar esvaziamento completo das mamas após cada mamada

#### e) Hipogalactia ou agalactia:

**Conceito:** produção insuficiente ou deficiente de leite materno, causada por fatores emocionais ou anatômicos.

- Reforçar técnicas de amamentação
- Aumentar ingesta hídrica
- Considerar tratamento medicamentoso

(adaptado de Zugaib Obstetricia, 2016, Rotinas em Obstetrícia, 2017 e Santos et. al, 2017)

Levando em consideração a quantidade de intercorrências em virtude da má adaptação à amamentação, é de suma importância que desde a maternidade a mãe tenha orientações sobre pega e posição adequada do RN durante as mamadas. É reconhecido que a técnica correta de amamentação diminui, em grande parte, as intercorrências posteriores relacionadas à amamentação, além de prolongar o período de aleitamento materno. Os sinais de pega correta e incorreta estão relacionados no **quadro IX**.

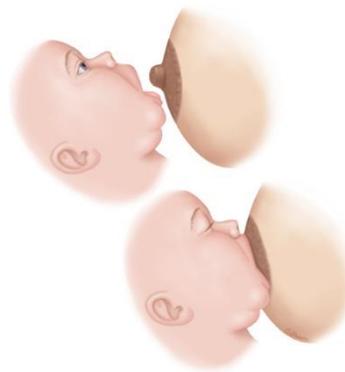
**Quadro IX:** Sinais de pega correta e incorreta

<b>Posicionamento</b>	<b>Latch-on</b>	<b>Pega adequada</b>	<b>Pega inadequada</b>
Mãe em posição confortável; RN posicionado de frente para o corpo da mãe, com ombros e quadris alinhados ( <b>figura II</b> );	É a formação de uma vedação firme dos lábios do bebê ao redor do mamilo; O bebê deve abrir a boca amplamente e agarrar o máximo de aréola possível;	Ângulo de abertura da boca de 120°; Lábio inferior virado para fora ( <b>figura III</b> ) Queixo e nariz próximos ao peito; Bochechas cheias;	Contato entre lábios superior e inferior nos cantos da boca; Bochechas afundadas; Mamilo amassado pós mamada;

(adaptado de KLEIMANN, 2009)

**Figura II:**

(American Academy of Pediatrics, 2009)

**Figura III:**

(American Academy of Pediatrics, 2009)

### 5.7 RELAÇÃO CONJUGAL E PLANEJAMENTO FAMILIAR

A adaptação à nova rotina somada as mudanças físicas, hormonais, psíquicas e sociais ocorridas nesse período, interferem diretamente na vida conjugal dos pais. As alterações inerentes ao período são mais comumente relatadas como dor ou desconforto abdominal, perineal e/ou mamária, além das dores musculares, privação de sono, fadiga e, principalmente, redução na libido (ENDERLE et. al, 2013).

É comum a ocorrência de alterações nos padrões de atividade sexual e diminuição do desejo e do prazer após o nascimento do bebê. O pós-parto costuma ser um período de reduzida ou ausente atividade sexual, principalmente quando se leva o coito em consideração. Para a maioria das mulheres, as razões vão desde o cansaço e a preocupação com as responsabilidades maternas até o tempo necessário para o aparelho genital voltar

ao estado pré-gravídico, principalmente quando na ocorrência de episiotomia ou laceração.

Além disso, os níveis de estrogênio se mantêm baixos nesse período, diminuindo a lubrificação vaginal e tornando o coito muitas vezes desconfortável. Porém, mesmo após superados os medos e receios e recuperada a vulnerabilidade física, vários obstáculos à sexualidade satisfatória podem permanecer, já que o bebê passa a ser o alvo das atenções, levando o casal a olhar menos um para o outro. As obrigações com o bebê podem fazer com que um dos pais se sinta mais sobrecarregado e/ou desvalorizado e, portanto, o impacto dessas alterações na vida do casal deve ser considerado, uma vez que uma relação não saudável entre os pais é capaz de resultar em conflitos, resultando em um ambiente hostil para o recém nascido (COSTA e LOCATELLI, 2008).

De acordo com um estudo realizado por Enderle et al em 2013, o medo de uma nova gravidez é uma das determinantes para as mulheres manterem o receio do retorno às atividades sexuais. O conceito de gravidez não planejada se refere à gestação que não foi programada pelo casal ou pela mulher. Quando isso acontece, há um impacto importante na vida do casal, mas principalmente na oferta dos cuidados ao recém nascido, em assuntos que tangem desde os cuidados com a higiene até os cuidados com a amamentação e nutrição eficaz. Além disso, uma gravidez não planejada aumenta o risco de ansiedade e depressão, sobretudo no período puerperal (PRIETSCH, S. et al, 2011).

O planejamento familiar é definido como um conjunto de ações de educação em saúde que visam, principalmente, a liberdade de escolha sobre o desejo de gestar (x). Nesse sentido, são oferecidos métodos de anticoncepção, informações e acompanhamento que possibilitam a escolha livre. O planejamento familiar está previsto no § 7º do art. 226 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e estabelece que:

[...] o planejamento familiar é fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, e ao Estado compete propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito. (BRASIL, 1988)

A partir disso, entende-se que o planejamento familiar é um conjunto de ações que têm como objetivo a regulação da fecundidade, seja ela a limitação ou o aumento da prole.

Ele é parte do atendimento integral a saúde da mulher, devendo, portanto, ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis de atenção.

Especialistas afirmam que 1,1 milhões de adolescentes puérperas de 15 a 19 anos no Brasil, 25% já têm um filho, sendo que a sucessiva gravidez não foi planejada (FERNANDES et al., 2011). Um dos motivos apontados como responsáveis pela recorrência da gravidez é a negligência quanto ao uso de contraceptivos. Com isso, nota-se a importância de investir na discussão e informação a respeito dos métodos anticoncepcionais adequados ao puerpério em todos os níveis de atenção em saúde. O momento da alta da maternidade é um momento oportuno para orientação e instrução das puérperas, uma vez que após a alta, há, idealmente, uma lacuna de 10 a 42 dias até a puérpera ter contato novamente com um profissional de saúde.

O puerpério é conhecidamente um período de mudanças e adequações fisiológicas, em que se deve ter cuidado mútuo com a saúde da mãe e do bebê, inclusive quando se trata da administração de medicamentos, incluindo anticoncepcionais. A própria amamentação induz, primariamente, a um estado anovulatório de duração variável (KENNEDY e VISNESS, 1992). Isso se deve ao aumento na produção de prolactina que, por sua vez, reduz a liberação do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e do hormônio luteinizante (LH) o que, em conjunto, não permite a atividade ovariana. Porém, esse método de anticoncepção depende de diversas variáveis, tais como amamentação em livre demanda, esvaziamento frequente e oportuno das mamas, pega correta e índice de massa corporal da mulher (VAN DER WIJDEN e MANION, 2015).

Ao final dos 6 meses de amamentação exclusiva preconizada pelo Ministério da Saúde, 40% das mulheres se mantêm em anovulação. Devido ao alto índice de falhas da amamentação como método contraceptivo, orienta-se que seja associado a amamentação outros métodos anticoncepcionais mais efetivos para as mulheres que desejam evitar uma gravidez recorrente (CECATTI, 2004).

O puerpério representa um estado extremamente trombogênico, sendo por isso motivo de contraindicação de anticoncepcionais combinados nesse período. Além disso, alguns métodos hormonais podem prejudicar a lactogênese, tanto a nível hormonal (bloqueando a produção de leite) quanto comportamental (diminuindo a frequência entre as mamadas). Por isso, são recomendados como métodos contraceptivos durante esse período, os anticoncepcionais com progestogênio isolado, sendo eles injetáveis

trimestrais (acetato de medroxiprogesterona), minipílula e o DIU de Levonorgestrel (CURTIS et al, 2016).

De qualquer modo, para lactantes, não são recomendados nenhum método anticoncepcional hormonal antes de 6 semanas pós parto. Para não lactantes, o uso de métodos hormonais isolados de contracepção podem ser empregados após 2 a 3 semanas após o parto. O DIU de cobre é um método contraceptivo não hormonal, de que se pode lançar mão logo após o parto ou 6 semanas após, pois nesses períodos há menor chance de expulsão do dispositivo (ZUGAIB, 2016).

O **quadro X** apresenta os métodos contraceptivos puerperais disponíveis pelo SUS atualmente. No município de Santa Maria não há protocolo para inclusão de DIU no pós parto imediato. A presença de um instrumento formal, que direcione e acelere o encaminhamento para o procedimento seria um importante avanço na política de planejamento familiar, uma vez que muitas mulheres desejam a colocação do dispositivo, mas o encaminhamento no período preconizado pós parto é prolongado. A laqueadura, da mesma forma que o DIU, necessita de encaminhamento a partir da atenção básica para a atenção secundária (Ambulatório de Saúde da Mulher) e terciária (Hospital Universitário de Santa Maria).

Já os métodos não invasivos, como a minipílula e a medroxiprogesterona, estão disponíveis na Unidade Básica de Saúde e costumam ser disponibilizadas mediante apresentação de receita médica. É de suma importância orientar a mulher quanto as opções de planejamento familiar e esclarecer quaisquer dúvidas que ela tenha quanto as opções contraceptivas próprias para o período de puerpério ainda na maternidade. Além disso, é interessante que seja disponibilizado, ainda na primeira consulta de puerpério, o encaminhamento necessário e pertinente ao método contraceptivo escolhido pela mulher, como uma forma oportuna de abreviar a lacuna de tempo que a separa da consulta na UBS.

**Quadro X:** Métodos contraceptivos puerperais disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

<b>Métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS:</b>
• Minipílula (Noretisterona 0,35mg) VO
• Medroxiprogesterona 150mg IM – 1 ampola de 90 em 90 dias

<ul style="list-style-type: none"><li>• DIU de cobre</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Laqueadura</li></ul>

Em Santa Maria, o processo para colocação do DIU inicia com o encaminhamento via referência - contrarreferência a partir da Atenção Primária de Saúde (APS) para o Centro de Atenção Secundária –Policlínica do Rosário (telefone: 55 – 3921-1094). O formulário de encaminhamento é entregue, ainda na APS, à paciente, que vai até a Policlínica do Rosário com os resultados dos exames citopatológico e ultrassonográfico mais recentes, e faz o agendamento para o procedimento. O processo para realização da laqueadura em Santa Maria segue os mesmos passos, com a diferença que o procedimento é permitido por lei, no Brasil, apenas para mulheres maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, dois filhos vivos (BRASIL, 1988).

## ANEXOS

### ANEXO I: ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS PARTO DE EDIMBURG (EPDS; cox et.al, 1987)

Nos últimos 7 dias, você:

1. Tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?
  - a. Sim, como sempre
  - b. Menos que antes
  - c. Muito menos que antes
  - d. Nunca
  
2. Tem tido esperança no futuro?
  - a. Sim, como sempre senti
  - b. Menos que antes
  - c. Muito menos que antes
  - d. Quase nenhuma
  
3. Tem se culpado sem necessidade quando as coisas correm mal?
  - a. Sim, na maioria das vezes
  - b. Sim, algumas vezes
  - c. Raramente
  - d. Não, nunca
  
4. Tem se sentido ansiosa ou preocupada sem motivo?
  - a. Não, nunca
  - b. Quase nunca
  - c. Sim, algumas vezes
  - d. Sim, muitas vezes
  
5. Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?
  - a. Sim, muitas vezes
  - b. Sim, algumas vezes
  - c. Raramente
  - d. Não, nenhuma vez
  
6. Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia?
  - a. Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
  - b. Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
  - c. Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
  - d. Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
  
7. Tem se sentido tão infeliz que eu tem tido dificuldade de dormir?
  - a. Sim, na maioria das vezes

- b. Sim, algumas vezes
  - c. Raramente
  - d. Não, nunca
8. Tem se sentido triste ou infeliz?
- a. Sim, quase sempre
  - b. Sim, na maioria das vezes
  - c. Raramente
  - d. Não, de jeito nenhum
9. Tem se sentido tão infeliz que chora frequentemente?
- a. Sim, quase todo o tempo
  - b. Sim, muitas vezes
  - c. De vez em quando
  - d. Não, nenhuma vez
10. A ideia de fazer mal a si mesma passou pela sua minha cabeça?
- a. Sim, muitas vezes ultimamente
  - b. Algumas vezes nos últimos dias
  - c. Pouquíssimas vezes ultimamente
  - d. Nenhuma vez

**Resultado:**

<b>1.</b>	<b>a-0</b>	<b>b-1</b>	<b>c-2</b>	<b>d-3</b>
<b>2.</b>	<b>a-0</b>	<b>b-1</b>	<b>c-2</b>	<b>d-3</b>
<b>3.</b>	<b>a-3</b>	<b>b-2</b>	<b>c-1</b>	<b>d-0</b>
<b>4.</b>	<b>a-0</b>	<b>b-1</b>	<b>c-2</b>	<b>d-3</b>
<b>5.</b>	<b>a-3</b>	<b>b-2</b>	<b>c-1</b>	<b>d-0</b>
<b>6.</b>	<b>a-3</b>	<b>b-2</b>	<b>c-1</b>	<b>d-0</b>
<b>7.</b>	<b>a-3</b>	<b>b-2</b>	<b>c-1</b>	<b>d-0</b>
<b>8.</b>	<b>a-3</b>	<b>b-2</b>	<b>c-1</b>	<b>d-0</b>
<b>9.</b>	<b>a-3</b>	<b>b-2</b>	<b>c-1</b>	<b>d-0</b>
<b>10.</b>	<b>a-3</b>	<b>b-2</b>	<b>c-1</b>	<b>d-0</b>

**Quadro XI:** análise dos resultados da escala EPDS (adaptado de Cox, et. al 1987)

**Depressão improvável:** até 10 pontos

**Há possibilidade de depressão:** 10 a 20 pontos

**Há forte probabilidade de depressão:** 20 a 30 pontos

**ANEXO II: POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE (PDSS; Beck & Gable, 2000)**

A lista de afirmações a seguir descreve sentimentos que as mães podem ter **após o nascimento do bebê**. Marque de acordo com o seu grau de concordância com as afirmações a seguir, sendo (1) discordo muito, (2) discordo, (3) não concordo nem discordo, (4) concordo, (5) concordo muito.

**Nas últimas duas semanas, eu:**

1 Tive dificuldades para dormir mesmo quando meu bebê dormia	1	2	3	4	5
2 Me senti completamente sozinha	1	2	3	4	5
3 Chorei muito sem motivo	1	2	3	4	5
4 Não consegui me concentrar em nada	1	2	3	4	5
5 Não sei mais quem eu sou	1	2	3	4	5
6 Me senti um fracasso como mãe	1	2	3	4	5
7 Comecei a pensar que estaria melhor morta	1	2	3	4	5
8 Perdi o apetite	1	2	3	4	5
9 Me senti angustiada e/ou oprimida	1	2	3	4	5
10 Tive medo de nunca mais voltar a ser feliz	1	2	3	4	5
11 Senti que estava perto de perder o juízo	1	2	3	4	5
12 Senti que estou me tornando uma estranha a mim mesma	1	2	3	4	5
13 Senti que as outras mães são melhores que eu	1	2	3	4	5
14 Pensei que a morte é a única solução para sair desse pesadelo	1	2	3	4	5
15 Acordei no meio da noite e tive dificuldade para voltar a dormir	1	2	3	4	5
16 Senti que estava à beira de sair fora de mim (muito nervosa)	1	2	3	4	5
17 Senti altos e baixos nas minhas emoções	1	2	3	4	5
18 Pensei que estava enlouquecendo	1	2	3	4	5
19 Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa	1	2	3	4	5
20 Me senti culpada por não sentir o amor que deveria pelo meu bebê	1	2	3	4	5
21 Quis fazer mal a mim mesma	1	2	3	4	5
22 Dei voltas na cama durante muito tempo enquanto tentava dormir	1	2	3	4	5
23 Me senti muito nervosa por algo pequeno em relação ao bebê	1	2	3	4	5
24 Tenho andado muito irritável	1	2	3	4	5
25 Tenho tido dificuldades de tomar decisões, mesmo as simples	1	2	3	4	5
26 Senti que não era uma pessoa normal	1	2	3	4	5
27 Senti que tinha que esconder o que sentia ou pensava sobre o meu bebê	1	2	3	4	5
28 Senti que o meu bebê estaria melhor sem mim	1	2	3	4	5
29 Sabia que devia comer mas não consegui	1	2	3	4	5
30 Me senti inquieta a ponto de ficar andando de um lado pro outro	1	2	3	4	5
31 Senti muita raiva a ponto de achar que ia explodir	1	2	3	4	5
32 Tive dificuldades em me concentrar em uma tarefa	1	2	3	4	5
33 Não me senti real	1	2	3	4	5
34 Senti que não era a mãe que desejava ser	1	2	3	4	5
35 Só queria deixar esse mundo	1	2	3	4	5

**Tabela I:** Performance do PDSS para diferentes pontos de corte (adaptado de Cantilino et. al, 2007)

<b>Ponto de corte</b>	<b>Sensibilidade (%)</b>	<b>Especificidade (%)</b>	<b>Valor preditivo positivo (%)</b>	<b>Valor preditivo negativo (%)</b>
<b>90</b>	100	89,4	59,2	100
<b>95</b>	93,8	93,3	68,2	99,0
<b>100</b>	93,8	94,2	71,4	99,0
<b>102</b>	93,8	95,2	75,0	99,0
<b>105</b>	75,0	96,1	75,0	96,1
<b>110</b>	62,5	98,1	83,3	94,4

## APÊNDICES

### APÊNDICE I: MODELO DE ORIENTAÇÕES EM NOTA DE ALTA DA MATERNIDADE

#### Apresentar na consulta pós-parto: NOTA DE ALTA

Primeira consulta de Puerpério agendada para o dia \_\_\_\_\_ no ambulatório de Puerpério do Hospital Casa de Saúde. Telefone para contato: (55) 3028-9169

<b>Cabeçalho:</b>			
Nome:		Telefone:	
Idade:	Paridade:	Grupo ABO/Rh:	Alta em: __/__/__
Unidade Básica de Saúde de referência:			
<b>Sorologias (incluindo testes rápidos):</b>			
Sífilis:		Toxoplasmose:	
HIV:		Hepatites B e C:	
<b>História do Parto:</b>			
<b>Tipo de parto:</b> <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> cesáreo <input type="checkbox"/> instrumentado			
<b>Rotura de Membranas Oculares:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Tempo:			
<b>Duração do Trabalho de Parto (TP):</b>			
1º período:	2º período:	3º período:	Total:
<b>Uso de medicação e/ou suporte:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Qual:			
<b>Uso de anestesia:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>Laceração:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Raquimedular <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Geral		Grau:	
<input type="checkbox"/> Local		<b>Episiotomia:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Complicações:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Parada de Progressão do TP <input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica <input type="checkbox"/> Febre			
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Síndrome HELLP			
<b>Observações e Orientações:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientada quanto a importância das consultas puerperais</li> <li>- Manter sulfato ferroso por até 90 dias pós parto</li> <li>- Retirar pontos na UBS em 7 a 10 dias (se cesárea)</li> <li>- Manter aleitamento materno exclusivo (sem chás e águas)</li> <li>- Comparecer à UBS em até 5 dias após o parto para realização do teste do pezinho</li> <li>- Abstinência sexual por 30 dias</li> <li>- Em caso de febre (temperatura maior ou igual a 38°C) procurar unidade de saúde</li> </ul>			
<p>Santa Maria, ____ de _____ de _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
Profissional responsável pelo atendimento		Acadêmico que realizou o atendimento	

**Quadro XII:** Suplementação de Ferro na Puérpera**PROFILAXIA → 40mg/dia de Ferro elementar por até 3 meses pós parto****TRATAMENTO → 120mg/dia de Ferro elementar por 3 meses**

\* O Sulfato Ferroso possui aproximadamente 20% de Ferro Elementar na sua composição. Portanto, deve-se ajustar a dose do comprimido de sulfato ferroso visando uma dose satisfatória de ferro elementar.

(adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

## APÊNDICE II: MODELO DE REGISTRO DE CONSULTA PUERPERAL PARA USO AMBULATORIAL

---

### ANAMNESE

**Nome:**

**Telefone:**

**Idade:**

**Paridade:**

**Grupo ABO/Rh:**

**Dia de Puerpério:**

**Sorologias por Teste Rápido realizado na maternidade:**

**História Patológica Pgressa:**

**Medicamentos em Uso:** revisar Sulfato Ferroso (olhar quadro XII)

**História do Parto:**

- Tipo de parto:
- Duração do TP:
- Tempo de rotura de membranas ovulares até o parto:
- Uso de medicação e/ou suporte:
- Necessidade de anestesia:
- Laceração/Episiotomia:
- Complicações:

**Características dos Lóquios:**

**# Cor**

- ( ) Vermelho ( ) Róseo/Castanho ( ) Serossanguinolento ( ) Esbranquiçado  
 ( ) Branco-amarelado ( ) Amarelo ( ) Esverdeado

**# Volume**

- ( ) Intenso ( ) Moderado ( ) Diminuído

**Avaliação da Saúde Mental:**

# Fatores de Risco

# Pontuação na escala EPDS

# Pontuação na escala PDSS

**Rede de apoio e Relação Conjugal:**

---

### EXAME FÍSICO

**Revisão de Feridas Operatórias:**

- Febre puerperal:

- Dor:
- Drenagem de secreção:
- Sinais flogísticos:

Em caso de suspeita de Infecção Puerperal, olhar **quadro VII**

#### **Exame das mamas:**

- Mamilos:
- Ingurgitamento mamário:
- Fissuras:
- Mastite:
- Galactocele:
- Hipogalactia/Agalactia:

Em caso de alteração no exame das mamas, olhar **quadro VIII**

#### **Avaliação da Amamentação:**

- Ganho de peso do RN:
- Pega: **vide página 30**
- Intervalo entre as mamadas:
- Esvaziamento das mamas:
- Revezamento das mamas:

#### **PLANO:**

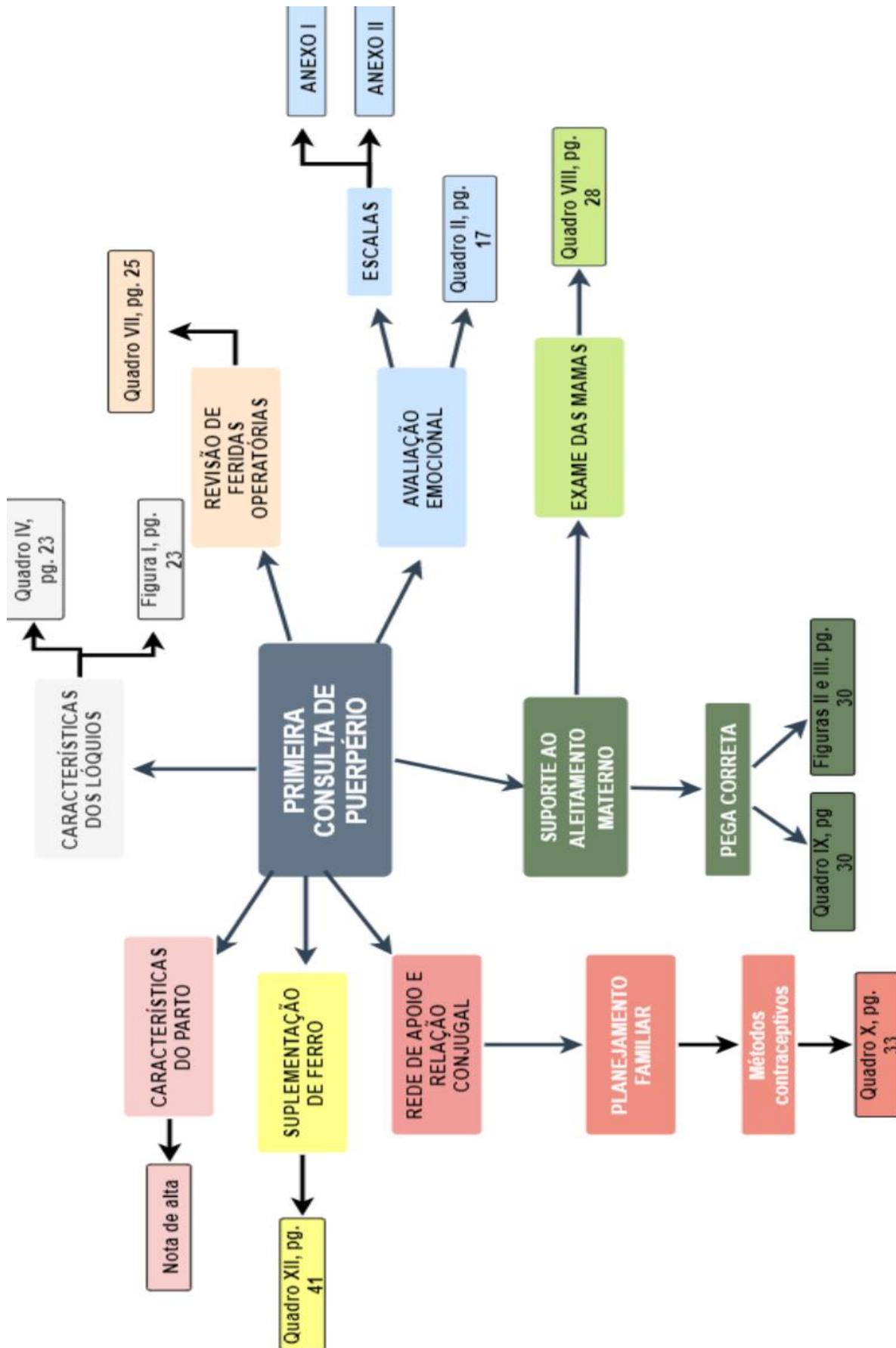
- Reavaliação dos lóquios, da FO, amamentação exclusiva, saúde mental, rede de apoio e relação conjugal na próxima consulta.
- Discutir sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos na próxima consulta
- Retorno em 30 dias

#### **CONDUTA:**

- Orientações gerais.
- Oriente sinais de alarme e a procurar serviço de pronto-atendimento se for o caso.
- Reforço a importância do retorno em 30 dias.

**- Em caso de menção ao desejo da paciente de colocar DIU ou realizar laqueadura, olhar página 34.**

FLUXOGRAMA



## REFERÊNCIAS

American Academy of Pediatrics. **Breastfeeding**. In: Nutrition Handbook, 6a ed, Kleinman RE (Ed), Academia Americana de Pediatria, Elk Grove 2009. p.29.

ARAÚJO, I. et al. **Depressão pós-parto: perfil clínico epidemiológico dos pacientes atendidos em uma maternidade pública de referência em Salvador-BA**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.41 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2019 Epub 16 de maio de 2019

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém nascido: guia para os profissionais de saúde – cuidados gerais**. 2ª ed. Brasília, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. 3ª ed. Brasília, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. 1ª ed. Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, 2016.

BRUGGEMANN, O. et al. **Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias**. Texto contexto - enferm. vol.20 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2011

CAMACHO, R. et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Rev. psiquiatr. clín. vol.33 no.2 São Paulo 2006

CANTILINO, A. et al. **Translation, Validation and Cultural Aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese**. CAMBRIDGE UNIV LIBRARY. October, 2014

CANTILINO, A. et al. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. Rev Psiq Clín. 2010; 37(6):278-84

CECATTI, JG. et al. **Introdução da lactação e amenorreia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto:**

**repercussão sobre a saúde das crianças.** Rev. Bras. Saúde Marten. Infant., Recife (2): 159-169, abr./jun., 2004.

CONCEICAO, S; FERNANDES, R. **Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 600-605, Dec. 2015 . Available from . access on 06 Mar. 2017.

CORREA M.S. et al. **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério.** Cad. Saúde Pública 33 (3) 03 Abr 2017

CORREA, M., FELICIANO, K., PEDROSA, E., SOUZA, A. **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério.** Cad. Saúde Pública 2017; 33(3):e00136215

CORREA, M.S. et al. **Women's Perception Concerning Health Care in the Post-Partum Period: A Meta-Synthesis.** Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2014, 4, 416-426 Published Online May 2014 in SciRes. Disponível em . <<http://www.scirp.org/journal/ojog> <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.47062>>. Acesso em junho/2019.

COX, J., HOLDEN, J., SAGOVSKY, R. **Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.** British Journal of Psychiatry (1987), 150, 782-786

CURTIS, K.M. et al. **U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use.** MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1. Epub 2016 Jul 29.

ENDERLE, C. el al. **Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Artigo Original 21(3):[07 telas] maio-jun. 2013

FIGUEIRA, P., CORREA, H., MOLLOY-DINIZ, L., ROMANO-SILVA, M. **Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde.** Rev Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):79-84

KENNEDY KI; VISNESS CM. **Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea.** Lancet 1992; 339: 227-30.

MARTINS-COSTA, S.H. et al. **Rotinas em Obstetrícia.** 7ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

MOZZAQUATRO, C.; ARPINI, D. **Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o Tradicional, a Mudança e os Novos Desafios.** Psicol. cienc. prof. vol.37 no.4 Brasília Oct./Dec. 2017

NAGAHAMA, E.; SANTIAGO, S. **Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil.** Acta paul. enferm. vol.21 no.4 São Paulo 2008a

NAGAHAMA, E.; SANTIAGO, S. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.24 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2008

NEVILLE, M.C. **Anatomy and physiology of lactation.** Pediatric Clinic North American. 2001;48(1):13

PRIETSCH, S. et al . **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, 2011

REIS et. al. **Análise do conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência. Uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno e neonatal.** Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 476-483

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. - **Depression during pregnancy.** Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien 51: 1087-1093, 2005.

SADOCK, B.; SADOCK, V.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017

SANTOS, K. et al. **Protocolo de Infecção Puerperal.** Maternidade Climério de Oliveira. Universidade Federal da Bahia. Capítulo 14. Jan/2017.

SHARMAN, A. **Post-partum regeneration of the human endometrium.** Department of Obstetrics and Gynaecology and Department of Anatomy, University of Glasgow, 1953.

SHUMMERS, L. et al. **Association of Short Interpregnancy Interval With Pregnancy Outcomes According to Maternal Age.** JAMA Intern Med. 2018;178(12):1661-1670.doi:10.1001/jamainternmed.2018.4696. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals>>. Acesso em junho/2019.

VAN DER WIJDEN C.; MANION C. **Lactational amenorrhoea method for family planning.** Cochrane Database Syst Rev. 2015

World Health Organization. **Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice.** 3<sup>a</sup> ed. Suíça, 2015.

YOKOE, D. et. al. **Epidemiology of and Surveillance for Postpartum Infections.** Emerging Infectious Diseases. Vol. 7, No. 5, September-October 2001

ZUGAIB, M. et al. **Zugaib Obstetrícia.** 3<sup>a</sup> edição. Barueri, SP: Manole, 2016.