

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na Atenção Primária: revisão sistemática

Recommendations for postpartum women care in the Primary Care: systematic review

Tatiane Baratieri¹, Larissa Gramázio Soares², Elisa Prieto Kappel³, Sonia Natal⁴, Josimari Telino Lacerda⁵

RESUMO

Objetivo: Comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na Atenção Primária à Saúde. **Desenvolvimento:** Revisão sistemática de *guidelines* com busca nas bases de dados Lilacs e PubMed, e páginas da internet do National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence e Google®, considerando como critérios de inclusão: tratar de recomendações sobre cuidados pós-parto de rotina e/ou complicações decorrentes do pós-parto; contemplar responsabilidades da Atenção Primária à Saúde; ser publicado de 2008 a 2017; estar disponível em texto completo; nos idiomas inglês, espanhol ou português. Foram analisados 9 *guidelines*, em que apenas três trataram de cuidados gerais no pós-parto, sendo os demais sobre temas específicos, como depressão pós-parto e contracepção. Apenas um *guideline* era direcionado para países de baixa renda. As recomendações trataram sobre organização do cuidado, saúde mental, saúde física, aleitamento materno, atividade educativa/grupo de apoio, sinais e sintomas de violência doméstica e métodos contraceptivos. O escopo de recomendações foi baseado, de modo geral, em baixo nível de evidência, com maior foco em saúde física e mental, e incipiente abordagem sobre violência doméstica. **Conclusão:** Os

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste/Paraná. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO.

³ Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁵ Doutora em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo, Brasil. Representante titular Conselho Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

guidelines apresentaram recomendações amplas que abrangem a atenção às mulheres no pós-parto. Há necessidade de maior investimento em pesquisas sobre o tema para aumentar o nível das evidências, e incentivo para elaboração de *guidelines* em países de baixa renda.

PALAVRAS-CHAVE: Período pós-parto. Atenção Primária à Saúde. Guia de Prática Clínica.

ABSTRACT

Objective: To compare the recommendations of guidelines on postpartum women care in Primary Health Care. **Development:** Systematic review of guidelines in the Lilacs and Pub Med databases, the websites National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence e and Google®, with the following inclusion criteria: to address recommendations for routine postpartum care and/or postpartum complications; to contemplate Primary Health Care responsibilities; to be published from 2008 to 2017; to be available in full text; in English, Spanish or Portuguese. A total of 9 guidelines were analyzed, in which only three treated general care in the postpartum period, with the others on specific topics, such as postpartum depression and contraception. Only one guideline was aimed at low-income countries. The recommendations addressed the care organization, mental health, physical health, breastfeeding, educational activity or support group, signs and symptoms of domestic violence, and contraceptive methods. The scope of recommendations was generally based on a low level of evidence, with a greater focus on physical and mental health, and an incipient approach to domestic violence. **Conclusion:** The guidelines presented broad recommendations covering care for postpartum women. There is a need for greater investment in research on the subject to increase the level of evidence, and encouragement for developing guidelines in low-income countries.

KEYWORDS: Postpartum Period. Primary Health Care. Practice Guideline.

INTRODUÇÃO

O pós-parto é entendido como uma fase do período gravídico-puerperal no qual as mulheres vivenciam mudanças biológica, psicológica, sociocultural, transição para a maternidade e transformações na dinâmica familiar, podendo levar a morbimortalidade de mulheres¹⁻³.

Dessa forma, a atenção ao pós-parto torna-se um elemento essencial para efetivação de ações com vistas a fornecer aconselhamento e apoio às mulheres para a recuperação da gravidez e do parto, identificação precoce de alterações fisiológica e emocional e gestão adequada das necessidades de saúde. O objetivo é instrumentalizar as mulheres para cuidado ao bebê e a si mesma, promovendo o seu bem-estar a longo prazo.^{4,5}

O cuidado pós-parto se constitui em uma importante estratégia para reduzir a morbimortalidade materna. Apesar disso, esse é o período mais negligenciado para a prestação de cuidados de saúde com qualidade.⁶

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal responsável pela atenção às mulheres no pós-parto, considerando sua proximidade, por meio da avaliação, tratamento e cuidados às mulheres, além de encaminhamento para outros serviços quando necessário.⁷

É imprescindível que os profissionais inseridos na APS estejam instrumentalizados com diretrizes clínicas de qualidade e acessíveis, a fim de prestar o melhor cuidado às mulheres nesse período, contribuindo para redução das situações de morbidade e mortalidade materna.

Para garantir a gestão adequada da atenção às mulheres no pós-parto, foram desenvolvidos e publicados *guidelines* (diretrizes clínicas) em diferentes países, institutos e organizações sobre essa temática, os quais abordam recomendações de ações da APS nesse contexto assistencial.

Os *guidelines* são um conjunto de recomendações baseadas em uma revisão sistemática da evidência e em avaliação dos riscos e benefícios das diferentes alternativas, com o objetivo de otimizar e qualificar a atenção à população.^{8,9}

Tais recomendações devem basear-se nas melhores evidências científicas disponíveis, considerar as preferências dos usuários e a experiência clínica de especialistas^{10,11}. Para conferir o melhor cuidado ao usuário, o *guideline* deve apresentar boa qualidade, ou seja, ser cientificamente válido, utilizável e confiável.^{10,11}

Entende-se que o cuidado no período pós-parto deve atender às necessidades das mulheres, com aconselhamento e apoio para recuperação da gestação e parto, identificação precoce e gestão adequada às mudanças biológicas, psicológicas e sociais ocorridas após o parto.^{3,4}

Considerando a criticidade desse período, a comum negligência de cuidados às mulheres, especialmente pela atenção voltada ao materno-infantilismo, e a importância da atuação dos profissionais da APS para atenção às mulheres,^{6,12} faz-se necessário conhecer as melhores evidências científicas direcionadas aos cuidados pós-parto às mulheres, viabilizando a implantação de uma atenção qualificada.

Em 2014 foi publicada uma revisão sistemática sobre o tema, porém pode se considerar que a publicação apresenta algumas lacunas, como enfoque para aos cuidados maternos e infantil, não aprofundando a discussão sobre outras necessidades das mulheres para além das relacionadas à maternidade¹³ e de a busca ser limitada ao idioma inglês.

O presente estudo avança ao direcionar a revisão para os aspectos da atenção às mulheres, por entender este como um importante momento de cuidado dessa população, para além do seu papel na maternidade; além de atualizar a revisão dos *guidelines* no idioma inglês, amplia o escopo da busca pois incluiu os idiomas português e espanhol.

A maioria das mortes maternas ocorrem nesse período, especialmente na

primeira semana após o parto, além disso, há diversas morbidades que podem perdurar por semanas, meses ou anos,^{6,14} o que reforça a importância do papel da atenção qualificada no âmbito da APS e da priorização de pesquisas sobre cuidados de saúde nessa fase.¹⁵

Mediante as lacunas apresentadas, pergunta-se: para atender às mulheres no período pós-parto, quais são as ações recomendadas por diferentes *guidelines* aos profissionais de saúde da APS? Assim, o objetivo deste estudo foi comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que identificou *guidelines* por meio de busca na base de dados *PubMed* (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), por ser uma importante fonte de referências de artigos científicos no meio biomédico, com os termos *puerperium* OR *postnatal* OR *postpartum* OR *perinatal*, limitado pelo termo *clinical guidelines*; e na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), por ser mais abrangente na América Latina, com os descritores *postpartum period* OR período pós-parto OR período pós-parto AND *clinical guideline* OR *guía de práctica clínica* OR guia de prática clínica.

Considerando os poucos registros encontrados, já que *guidelines* raramente são publicados em periódicos, foi realizada uma pesquisa mais ampla junto ao site do *National Guideline Clearinghouse* (NGC), do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) utilizando-se os mesmos termos de busca da *PubMed*. Para incluir um maior número de evidências, optou-se por realizar busca na página do Google®, utilizando-se os mesmos termos da Lilacs. A pesquisa ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2018.

Foram elegíveis para o estudo os *guidelines* que atenderam aos seguintes critérios: tratar de recomendações sobre cuidados pós-parto de rotina e/ou complicações decorrentes do pós-parto; contemplar em seu escopo responsabilidades da APS; ser publicado de 2008 a 2017, a fim de identificar recomendações com evidências atuais e *guidelines* em vigência, já que, em geral, esses são atualizados a cada cinco anos; estar disponível em texto completo; e ser publicado nos idiomas inglês, espanhol ou português. Foram excluídos *guidelines* quando encontrado o mesmo título publicado em edições/anos diferentes, eliminando o mais antigo; versões resumidas e guias rápidos, analisando-se somente a versão completa; *guidelines* de baixa qualidade, ou seja, os que obtiveram pontuação < 50%¹⁶⁻¹⁸ de acordo com o *Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation II*¹⁰, versão em português.

A busca e seleção dos estudos, a análise e comparação das recomendações foram realizadas por duas revisoras de forma independente e as divergências foram revisadas

e redefinidas a partir de consenso, com alto nível de concordância entre as revisoras. A etapa de avaliação dos *guidelines* também se deu por duas revisoras de acordo com as orientações do AGREE II.¹⁰

Para a caracterização dos *guidelines*, foi elaborado um formulário para extração dos dados, que foram digitados em uma planilha no *Microsoft Excel*® constando: ano, título, autor, instituição, país e objetivo. Posterior a isso, os *guidelines* foram submetidos à avaliação da qualidade.¹⁰

A etapa final do estudo foi a compilação e comparação das recomendações constantes nos *guidelines* classificados como de boa qualidade (pontuação > 50% de acordo com AGREE II).¹⁰

As recomendações foram agrupadas por temas e classificadas, pelas pesquisadoras, utilizando-se os seguintes códigos: ED, quando especifica e detalha de forma clara como deve ser seguida a recomendação; IR, quando o *guideline* indica a recomendação, mas referencia outro material para aprofundar o cumprimento da mesma; e SI, quando o *guideline* recomenda sem detalhar como essa deve ser cumprida. Os *guidelines* selecionados foram identificados pela letra G, seguido de numeral arábico, para facilitar a citação dos mesmos no decorrer do estudo.

Na descrição dos resultados, as recomendações foram confrontadas conforme o nível de evidência científica segundo o *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*.¹⁹

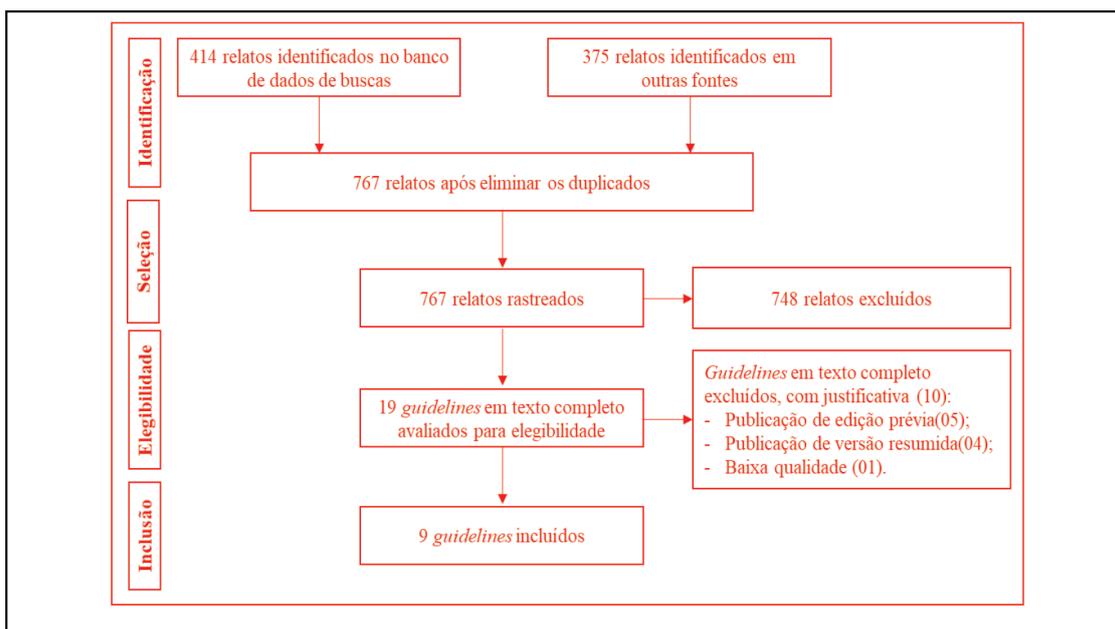
Estudo conduzido e relatado de acordo com as diretrizes PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises).

RESULTADOS

Seleção e caracterização dos *guidelines*

Um total de nove *guidelines* foram identificados para inclusão nesta revisão. A busca nas bases de dados forneceu um total de 789 estudos. Após os ajustes por duplicatas, 767 permaneceram. Destes, 19 textos completos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram examinados com mais detalhes. Cinco estudos foram excluídos por se tratar de versões prévias, sendo mantidos os atuais; quatro foram descartados por se constituírem em versões resumidas e guias rápidos; e um por baixa qualidade segundo instrumento AGREE II¹⁰ conforme observado na Figura 1:

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos *guidelines*



Fonte: elaborada pelos autores

Quanto à caracterização do material selecionado, de acordo com a Tabela 1, identificou-se que o ano de publicação variou de 2011 a 2017, sendo em sua maioria publicados na Europa, com predomínio do Reino Unido. Quanto aos temas, apenas três *guidelines*^{6,8,20} abordam o cuidado geral às mulheres no puerpério, os demais tratam de temas específicos, como saúde mental^{7,21,22} e contracepção.²³

Tabela 1 – Caracterização dos *guidelines* selecionados. Florianópolis/SC. 2018

Id.*	Título/Instituição	País/Ano	Objetivo
G1 ¹⁸	Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period / Beyondblue	Austrália 2011	Fornecer recomendações que apoiem a identificação precoce e o gerenciamento efetivo de problemas de saúde mental no período perinatal, além de objetivar melhores resultados de saúde mental para as mulheres e suas famílias.
G2 ¹⁹	Management of perinatal mood disorders: A national clinical guideline / ScottishIntercollegiateGuidelines Network	Reino Unido 2012	Fornecer recomendações sobre depressão pós-parto (DPP), abrangendo a previsão, detecção e prevenção, bem como o gerenciamento em ambos os cuidados primários e secundários.
G3 ¹	WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn / World Health Organization (WHO)	Suíça 2013	Fornecer recomendações para cuidados pós-natal de mães e recém-nascidos para melhorar a qualidade dos cuidados pós-parto e resultados de saúde para mães e recém-nascidos.

(Conclusão)

Id.*	Título/Instituição	País/Ano	Objetivo
G4 ¹⁷	Postnatal care up to 8 weeks after birth / National Institute for Health and Care Excellence	Reino Unido 2015	Identificar o cuidado de rotina que toda mulher e seu bebê devem receber nas primeiras 6-8 semanas após o nascimento, com base nas melhores evidências disponíveis, além de abordar as recomendações sobre o <i>co-sleeping</i> síndrome e morte súbita do lactente até o primeiro ano da vida da criança.
G5 ²⁰	Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance / National Institute for Health and Care Excellence	Reino Unido 2015	Recomendar o reconhecimento, avaliação, cuidados e tratamento de problemas de saúde mental em mulheres durante a gravidez e o período pós-natal (até um ano após o parto) e em mulheres que estão planejando engravidar.
G6 ²¹	Adult depression in primary care / Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	Estados Unidos 2016	Apresentar as recomendações de cuidado na atenção primária para diagnóstico e tratamento da depressão em adultos com idade igual ou superior a 18 anos.
G7 ²³	FSRH Guideline: Contraception after pregnancy / Faculty of Sexual and Reproductive Health (FSRH)	Inglaterra 2017	Fornecer recomendações para o uso seguro de contracepção, incluindo categorias para mulheres após o parto (pós-parto), aborto (incluindo aborto espontâneo), mulheres com história de gravidez ectópica ou com doença trombotológica gestacional.
G8 ⁷	Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio	Espanha 2014	Estabelecer um conjunto de recomendações baseadas na evidência científica de mais alta qualidade disponível para melhorar a saúde das mulheres grávidas e puerperais, bem como a saúde dos recém-nascidos.
G9 ²²	Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria	Espanha 2011	Ajudar na tomada de decisões para o tratamento de pacientes adultos com depressão no ambiente de cuidados primários.

*Identificação

Fonte: elaborada pelos autores

Ressalta-se que apenas o *guideline* da Organização Mundial da Saúde⁶ aborda especificamente ações para países de baixa renda, os demais são *guidelines* voltados para países desenvolvidos.

Recomendações

A Tabela 2 apresenta a síntese das recomendações contidas nos *guidelines* cuja análise considerou os seguintes temas: organização do cuidado, saúde mental das mulheres, saúde física das mulheres, aleitamento materno, atividade educativa/grupo de apoio, sinais e sintomas de violência doméstica e métodos contraceptivos.

Tabela 2 – Ações para atenção às mulheres no pós-parto recomendadas pelos guidelines selecionados. Florianópolis/SC. 2018

O guideline recomenda sobre:	G1 ²¹	G2 ²²	G3 ⁶	G4 ²⁰	G5 ⁷	G6 ²⁴	G7 ²³	G8 ⁸	G9 ²⁵
Organização do cuidado									
Coordenação do cuidado	-	ED	-	ED	ED	-	ED	ED	-
Qualificação profissional	ED	ED	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado centrado na mulher	ED	-	-	ED	ED	ED	ED	-	-
Número de contatos pós-parto	-	-	ED	ED	-	-	-	ED	-
Visita domiciliar	SI	-	ED	-	-	-	-	ED	-
Saúde Mental das Mulheres									
Investigar suporte familiar e social	ED	-	-	ED	-	-	-	SI	-
Investigar estado emocional	ED	ED	IR	ED	ED	-	-	ED	ED
Investigar história de doença mental	-	ED	-	-	-	-	-	-	ED
Rastreamento de DPP	ED	ED	IR	IR	ED	ED	-	ED	ED
Tratamento de DPP	ED	ED	-	-	ED	-	-	-	-
Saúde física das mulheres									
Aconselhamento sobre sinais e sintomas de complicações pós-parto	-	-	ED	ED	-	-	-	ED	-
Identificar e aconselhar sobre sinais e sintomas de problemas comuns no pós-parto	-	-	ED	ED	-	-	-	ED	-
Avaliação da involução uterina e lóquios	-	-	IR	-	-	-	-	-	-
Aconselhamento sobre nutrição	SI	-	IR	IR	-	-	-	-	-
Aconselhamento sobre higiene	-	-	IR	SI	-	-	-	-	-
Investigar função sexual	-	-	IR	ED	-	-	-	-	-
Atividade física/exercícios	SI	ED	IR	IR	-	-	-	-	-
Imunização	-	-		ED	-	-	-	-	-
Suplementação de ferro e ácido fólico	-	-	ED	-	-	-	-	-	-
Profilaxia com antibiótico	-	-	SI	-	-	-	-	-	-
Aleitamento materno (AM)									
AM exclusivo até 6 meses	-	-	ED	ED	-	-	-	ED	-
Recomendações de promoção do aleitamento materno	-	-	SI	ED	-	-	-	ED	-
Prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação	-	-	-	ED	-	-	-	ED	-
Uso de medicamentos durante AM	ED	ED	-	-	ED	-	ED	-	-

(Conclusão)

O guideline recomenda sobre:	G1 ²¹	G2 ²²	G3 ⁶	G4 ²⁰	G5 ⁷	G6 ²⁴	G7 ²³	G8 ⁸	G9 ²⁵
Outros temas									
Atividade educativa/grupo de apoio	-	-	-	-	-	-	-	ED	-
Sinais e sintomas de violência doméstica	-	-	IR	SI	-	-	IR	-	-
Métodos contraceptivos	-	-	IR	ED	-	-	ED	ED	-

Traço (-): Não há recomendação sobre o tema; ED: Especifica Detalhadamente; IR: Indica e Referencia outro material; SI: Somente Indica

Fonte: elaborada pelos autores

Organização do cuidado

Em relação à coordenação do cuidado, recomenda-se garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar⁸, desenvolver plano individualizado e integrado com as mulheres^{7,20} e documentar ações e serviços.^{20,23} Quanto ao nível de evidência, a recomendação de G8⁸ foi baseada em nível B e os demais *guidelines* em nível D.

A qualificação profissional foi abordada por dois *guidelines*^{21,22} sobre saúde mental, os quais entendem que todos os profissionais de saúde que prestam cuidados no período perinatal devem receber treinamento em avaliação psicossocial (nível D).

Quatro *guidelines*^{7,20,21,23} recomendam que a atenção deva ser centrada nas mulheres e baseada em suas necessidades de saúde (nível D) e pacientes com depressão precisam receber uma abordagem de cuidados de forma colaborativa na APS (nível A).²⁴

Quanto a rotina de contatos pós-parto, os *guidelines*^{6,8,20} trazem evidências distintas e de baixo nível, ou como boa prática clínica. São recomendados três contatos pós-parto (no terceiro dia, entre 7 e 14 dias, e 6 semanas após o parto)⁶, ou dois contatos (um na primeira semana e outro ao final de 40 dias).^{8,20}

A visita domiciliar é recomendada na primeira semana (nível C)⁶ ou conforme necessidade das mulheres (boa prática clínica)⁸, sendo uma das estratégias para o manejo de depressão leve a moderada ao realizar aconselhamento não diretivo (nível C).²¹

Saúde mental das mulheres

Em cada contato pós-parto, investigar-se sobre o apoio familiar/social (evidência nível D)^{8,20,21} e estado emocional das mulheres.^{6,8,20,25} A investigação do estado emocional deve se dar de 6 a 12 semanas pós-parto²¹ ou, no mínimo, entre quatro e seis semanas,

aos três a quatro meses pós-parto, e mulheres com alto risco de depressão pós-parto (DPP) devem ser inquiridas em cada contato.²²

As recomendações basearam-se em nível D de evidência²², em outros *guidelines*,^{6,25} ou não apontaram o nível de evidência e classificam essa recomendação como boa prática clínica.^{8,20,21}

Quanto ao histórico de doença mental, todas as mulheres devem ser questionadas sobre antecedentes familiares e pessoais (de nível D).^{22,25}

O rastreamento e monitoramento clínico de DPP esteve presente na maioria dos *guidelines*, exceto G7²³, e basearam-se, em geral, em baixos e muito baixos níveis de evidência.

Dois *guidelines* recomendaram o rastreamento de rotina para prevenção de DPP (nível B)^{21,24}. Os demais afirmam que não há evidências suficientes para recomendar rotina formal de rastreamento. O uso de questionários, principalmente da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), pode ser feito como avaliação complementar e/ou confirmação do diagnóstico de DPP e monitoramento clínico.

Antes de iniciar qualquer tratamento para depressão na gravidez e no período pós-parto, deve-se discutir com as mulheres os riscos de não tratar e os efeitos das intervenções farmacológicas.^{7,25} Um dos *guidelines* não trouxe nível de evidência⁷ e outro baseou-se em outro *guideline*.²⁵

A terapia comportamental cognitiva (nível de evidência B),^{21,22} aconselhamento não direto, psicoterapia interpessoal e terapia psicodinâmica (níveis de evidência C e D)²¹ devem ser consideradas para tratar depressão leve a moderada. Os tratamentos farmacológicos são indicados para mulheres com depressão maior,^{20,21,25} sendo que os níveis de evidências são específicos para cada tipo de medicamento.

Saúde física das mulheres

A saúde física das mulheres foi abordada em cinco *guidelines*^{6,8,20-22}, três dos quais^{6,8,20} trataram de uma ampla gama de tópicos, e dois^{8,20} apresentaram as recomendações de forma mais detalhada. Questões físicas relacionadas à saúde mental foram abordadas em dois *guidelines* específicos do tema.^{21,22}

É importante o aconselhamento e assistência sobre sinais e sintomas de complicações pós-parto, especificamente em relação a hemorragia pós-parto, infecção, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e trombose venosa.^{6,8,20} O G3⁶ fez a recomendação por consenso do comitê organizador baseada em outro *guideline*.²⁶ G4 apresenta nível de evidência D para a maioria das recomendações, sendo nível A apenas para ação de emergência junto a mulheres com dor de cabeça grave ou persistente e pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg.²⁰ No G8 a recomendação é indicada apenas como boa prática.⁸

Recomenda-se identificar e aconselhar sobre sinais e sintomas de dor perineal, dor de cabeça, dor lombar, constipação, hemorroida, incontinência fecal, retenção ou incontinência urinária, fadiga, frequentemente apresentadas no pós-parto,^{6,8,20} sendo que G3 baseou-se em outro *guideline*²⁶ para fazer a recomendação; G4 e G8 apresentaram nível C e D para a maioria das recomendações^{8,20} e G4 trouxe nível A apenas para uso de medicamentos quando requerido para analgesia e constipação, e exercícios para assoalho pélvico para mulheres com incontinência urinária.²⁰

O uso de compressas frias e tratamento com ultrassom para dor perineal, administração de laxante e aconselhamento nutricional para mulheres com constipação e exercícios para assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária e/ou fecal no pós-parto foram a recomendação de nível B apresentada por G8.⁸

O aconselhamento sobre higiene geral, especialmente lavagem de mãos, é realizado pelo G3 (evidência baseada outro *guideline*),⁶ e higiene perineal é indicada por G4 (nível de evidencia D).²⁰

Quanto à investigação da função sexual, as mulheres devem ser questionadas sobre a retomada da relação sexual e possível dispareunia de 2 a 6 semanas após o nascimento, com nível de evidência baseado outro *guideline*⁶ e nível C.²⁰ É importante investigar razões de ansiedade quanto à relação sexual, avaliar períneo quando houver trauma e oferecer lubrificante a base de água (nível D).⁶

A avaliação de lóquios e da involução uterina (nível D) deve ser realizada somente quando houver perda excessiva de sangue, dor abdominal e/ou febre,^{6,20} de modo que em todas as consultas pós-parto as mulheres devem ser questionadas sobre esses aspectos.

Todas as mulheres devem ser encorajadas a se movimentar após o parto (nível D). Há indicação de material específico sobre regimes de exercícios pós-parto no G4.²⁰ Um suporte de exercícios estruturado deve ser oferecido como opção de tratamento para mulheres com DPP (nível B) (G2).²²

Recomenda-se atividade física e dieta para as mulheres que fazem uso de antipsicóticos, no intuito de minimizar o aumento de peso associado ao medicamento (não informa nível de evidência).²¹

As mulheres devem ser aconselhadas sobre a nutrição, de modo que os *guidelines* indicam material específico sobre o tema (nível D).^{6,20}

O G3 recomenda suplementação de ferro e ácido fólico 3 meses pós-parto (baseada em *guideline* existente)⁶ e profilaxia com antibiótico para mulheres com parto vaginal e corte perineal de 3 a 4 graus (nível D). A imunização com imunoglobulina anti-D (mulheres Rh negativas) e a vacina MMR (sarampo, caxumba e rubéola) para mulheres não sensibilizadas deve ocorrer após o parto, e é recomendada somente pelo G4 (nível D).²⁰

Aleitamento materno (AM)

O aleitamento materno exclusivo até seis meses é recomendado,^{6,8,20} sendo que essa prática deve ser incentivada e oferecido suporte às mulheres em todo o contato pós-parto (nível B). Todos os prestadores de cuidados, seja hospital ou atenção primária, devem implementar um programa estruturado avaliado externamente que encoraja a amamentação, amparados pela iniciativa “Amigo da Criança” como padrão mínimo (nível A).²⁰

A prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação é recomendada e aborda sobre dor no mamilo, ingurgitamento mamário,^{6,8,20} mastite, mamilo invertido.²⁰ O nível de evidência das recomendações é predominantemente D, com nível maior para tratamento de ingurgitamento com medicamentos analgésicos (nível A), mulheres com mastite devem ser incentivadas a continuar a amamentar e/ou fazer expressão manual (nível A), avaliar necessidade de tratamento para mastite com antibiótico frente a persistência dos sintomas (nível B).²⁰

O uso de medicamentos durante a amamentação é abordado em *guidelines* que tratam sobre tratamento em saúde mental²⁰⁻²² e contraceptivos,²³ em geral com baixo nível de evidência. Todos trazem as especificidades de determinados medicamentos e sua relação com aleitamento.

O tratamento farmacológico no período pós-parto precisa ser ponderado contra o mínimo possível de exposição ao lactente durante a amamentação.²¹ Devem ser explicados às mulheres os benefícios da amamentação, riscos potenciais associados ao uso de psicotrópicos, além de discutir opções de tratamento que permitiriam a uma mulher amamentar se desejar e apoiar as mulheres que optam por não amamentar.²⁰

Quanto à amamentação e uso de contraceptivos, recomenda-se que as mulheres sejam informadas sobre medicamentos que não apresentam efeitos adversos na lactação, crescimento ou desenvolvimento infantil (nível A).²³

Atividade educativa/grupos de apoio

A participação em atividades educativas e grupos de apoio no pós-parto é recomendada apenas pelo G8,⁸ com nível de evidência D para grupos na atenção primária que ofereçam apoio psicológico e fortaleçam aquisição dos conhecimentos e habilidades já trabalhadas no pré-natal; nível C para atividades de formação de mães e pais sobre aspectos relacionados à saúde, desenvolvimento e relacionamento com os bebês; e nível B para ações educativas que estimulam o aleitamento materno.

Sinais e sintomas de violência doméstica

Quanto à temática sinais e sintomas de violência doméstica, os *guidelines*^{6,20,23} recomendam que os profissionais devem estar aptos a observar riscos, sinais e sintomas, prestar apoio clínico e encaminhar para suporte especializado (nível D).

Métodos contraceptivos

As mulheres devem ser aconselhadas sobre o intervalo entre duas gestações, planejamento reprodutivo, com discussão sobre as opções de anticoncepcionais e fornecimento dos métodos contraceptivos, se solicitados (consenso baseado em *guideline* existente).⁶ Não há especificação de como deve ser o aconselhamento, mas referencia outro material.²⁶

Os métodos e o momento da retomada da contracepção devem ser discutidos na primeira semana do nascimento (nível D).²⁰ Recomendações para o uso seguro da contracepção após o parto, aborto (incluindo aborto espontâneo), mulheres com história de gravidez ectópica ou com doença trombooblástica gestacional são fornecidas em um dos *guidelines*.²³ As recomendações tratam sobre discussão, efetividade e provisão da contracepção, suporte contínuo às mulheres, período de discussão e de início da contracepção, intervalo entre gestações, profissional responsável pela indicação do método, métodos seguros para uso nas diferentes situações, problemas decorrentes do uso de contraceptivos, contracepção de emergência, aleitamento e contracepção. O nível de evidência varia de A a D, de acordo com cada recomendação.

Apenas um *guideline*⁸ recomenda que os profissionais devem promover espaços de diálogo com mulheres e seus parceiros sobre aspectos relacionados a métodos contraceptivos e vivência da sexualidade nessa etapa (recomendação baseada em outro *guideline*). Sobre a escolha do método,⁸ sugere-se consultar material específico da OMS.²⁷

Para as mulheres que desejam planejar suas futuras gravidezes e não mantêm a amamentação exclusiva, é necessário informar sobre contracepção e a introdução do método que melhor se adequa a cada situação, a partir de 21 dias após o parto (evidência nível B).⁸

Os *guidelines*^{8,20,23} apresentam as diferentes opções de contracepção e o período de início do uso de cada método.

DISCUSSÃO

O escopo dos *guidelines* foi variado, sendo que três apresentaram recomendações gerais para o cuidado de rotina às mulheres no puerpério, e a maioria (cinco) insere-se

na temática de saúde mental no pós-parto. A escassez de *guidelines* abrangentes para mulheres no pós-parto é uma preocupação, devido ao estresse que muitas mulheres vivenciam nesse período, atrelado ao alto fardo da morbidade materna pós-parto.^{1,3,13}

O desenvolvimento de *guidelines* abrangentes e de alta qualidade é uma atividade dispendiosa em tempo e recursos, e isso pode ser uma das razões para escassez de *guidelines* nessa área,^{9,13} especialmente em países em desenvolvimento, os quais, em geral, possuem poucos recursos disponibilizados para ciência e tecnologia e acabam recorrendo a *guidelines* internacionais para basear sua prática.⁹

Apenas um *guideline* trouxe como recomendação atividades educativas e grupos de apoio pós-parto,⁸ fortalecendo o uso de tecnologias de baixa densidade na APS. O mesmo material estabelece que a atenção às mulheres na gestação e puerpério deve ser coerente com o processo natural e fisiológico, baseando-se em cuidados orientados pelo desenvolvimento normal, no uso de tecnologias apropriadas e no reconhecimento da autonomia e protagonismo das mulheres. As intervenções devem ser minimizadas e aplicadas somente quando demonstrados benefícios e em acordo com os desejos de cada mulher.⁸ Essa lógica adotada pelo G8⁸ está em conformidade com o proposto pela prevenção quaternária, minimizando o uso de intervenções desnecessárias.

Essa recomendação vai ao encontro das evidências obtidas em uma revisão metaetnográfica atual, que aponta o desejo das mulheres em evitar intervenções desnecessárias no ciclo gravídico, a fim de ter mais controle sobre a gestação e nascimento com apoio de um profissional de saúde disposto a fornecer cuidados obstétricos que rompam com o paradigma do modelo biomédico.²⁸

Quanto aos *guidelines* para países em desenvolvimento, somente G3⁶ é recomendado especificamente para essa realidade, e em todas as recomendações faz uma discussão sobre os custos para sua aplicabilidade, com destaque para ações de baixo custo, coerente para locais em que os recursos financeiros são escassos. Portanto, as intervenções essenciais, baseadas em evidências, são de baixo custo e de alto impacto, relacionadas ações desenvolvidas na saúde comunitária, pois estas são capazes de reduzir em até 54% das mortes maternas.²⁹

É imperativa a necessidade de ampliar o número de *guidelines* para tais realidades, focando especialmente em ações de baixo custo e com boa aplicabilidade, a fim de impactar na melhoria da saúde materna, tendo em vista que a mortalidade materna se constitui em um importante problema de saúde pública em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento.⁶

Sobre o nível de evidências das recomendações, a maioria destas foi baseada em evidências de nível baixo (C) ou muito baixo (D), indicadas como boas práticas e definidas por consenso da comissão de elaboração do *guideline*, considerando a falta de evidências. Foram encontradas melhores evidências (A e B) principalmente nas recomendações sobre cuidados colaborativos para pacientes com depressão, considerar

terapia comportamental cognitiva para tratar depressão leve a moderada, controle de sinais vitais, uso de medicamentos, aleitamento materno exclusivo até seis meses e incentivo à iniciativa “Amigo da Criança”.

Vale destacar o *guideline* da Organização Mundial da Saúde,⁶ que baseou a maioria das recomendações em instrumentos existente por consenso da comissão organizadora,²⁶ que também não indica o nível de evidência em cada uma das recomendações, dificultando a tomada de decisão por parte dos profissionais e gestores que venham a adotar o referido material. Esse *guideline* apresentou recomendações com pouco detalhamento, o que também pode desfavorecer seu uso.

Os *guidelines* apresentaram distintas recomendações para temas semelhantes, a exemplo da definição do número de contatos necessários após o parto, necessidade de visita domiciliar e rastreamento de DPP. Além disso, houve ampla gama de recomendações diferentes entre os *guidelines*, sendo que algumas delas foram abordadas em apenas um material, como indicação de ácido fólico, sulfato ferroso, profilaxia com antibióticos⁶ e grupos de apoio.⁸

Em geral, as recomendações distintas sobre mesmo tema se dão devido à falta de evidências científicas, ou quando as mesmas são fracas e inconsistentes entre os diferentes estudos utilizados para suportar a recomendação.³⁰ Outro aspecto que influencia na decisão de fazer a recomendação são as especificidades locais, considerando aspectos culturais, socioeconômicos, características do sistema de saúde, diferentes interpretações das evidências, preferências dos pacientes, influência dos profissionais e do comitê organizador do *guideline*.^{9,30}

É importante destacar temas de extrema relevância, com evidências com baixos níveis e recomendações sem detalhamento, como o tema da violência doméstica, abordado por três *guidelines*. É compreensível a limitação dos *guidelines* em detalhar todos os temas, considerando especialmente o tamanho e objetividade da recomendação. Como alternativa, os *guidelines* deveriam indicar outro material de apoio, orientação que se aplica especialmente ao G4,²⁰ o qual somente indicou a recomendação, enquanto existe um *guideline* específico da NICE sobre violência e abuso doméstico.³¹

Há fragilidade quanto ao uso de medicamentos durante o aleitamento materno, havendo recomendações somente em *guidelines* que tratam de temas específicos (DDP e contracepção), e os que abordam os cuidados gerais^{6,8,20} nem mesmo indicam outro material para consulta.

O planejamento reprodutivo é abordado com foco no uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, sem fazer abordagem do parceiro ou indicar material específico.

Sobre o aleitamento materno, somente o G4²⁰ fez recomendações para prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionados com a amamentação, sendo que

essas se encontram no item “alimentação da criança”, ao invés de ser tratado como problema comum no pós-parto para as mulheres.

Cabe destacar que o gênero é um forte determinante na maioria dos resultados de saúde.³² A inserção das mulheres no mercado de trabalho e a conquista dos direitos reprodutivos, sociais e políticos impactaram numa mudança de paradigma, em que antes era atribuída às mulheres a função de reprodutora. Atualmente, a busca pela igualdade de gênero e autonomia das mulheres acarreta impactos tanto para a saúde pública como para a política social.³³

A revisão aqui relatada reúne evidências para comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS com maior precisão do que é possível em um único estudo. Porém, existem três limitações que exigem considerações. A primeira foi a exclusão de diretrizes que não estavam disponíveis para *download* pela internet, o que aconteceu especialmente para países da América Latina. No entanto, *guidelines* são elaborados para orientar a prática clínica e precisam estar prontamente disponíveis para aqueles que precisam utilizá-los. A segunda limitação é a inclusão de *guidelines* somente nas línguas português, inglês e espanhol, que apesar de serem idiomas que englobam grande parcela da população mundial, podem ter excluído realidades importantes da análise. E o terceiro aspecto refere-se à ferramenta AGREE II¹⁰, que tem vários pontos da escala de *Likert* que podem aludir um sistema de avaliação subjetiva. Apesar disso, o manual do AGREE II¹⁰ é robusto em suas instruções sobre a marcação de cada componente nos vários domínios, o que sugere a validade do instrumento e do seu uso.

CONCLUSÃO

A maior parte das diretrizes foram baseadas em baixo nível de evidência ou por consenso do comitê organizador, sendo indicadas como boas práticas clínicas.

Ao comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS, verificou-se que os mesmos apresentaram convergências principalmente quanto ao cuidado centrado nas mulheres, na maioria dos aspectos relacionais à saúde física, investigação sobre o suporte familiar/social e estado emocional, aleitamento materno exclusivo até seis meses da criança e estratégias para promoção deste.

Apresentaram divergências sobre número de contatos pós-parto, necessidade de visita domiciliar e rastreamento de rotina para DPP. Além disso, houve ampla gama de recomendações diferentes entre os *guidelines*, sendo que algumas delas foram abordadas em apenas um material, como indicação de ácido fólico, sulfato ferroso, profilaxia com antibióticos, imunização e grupos de apoio. Tais divergências podem ser decorrentes dos baixos níveis de evidências e/ou das diferentes realidades em que as evidências foram produzidas.

Houve fragilidade quanto à violência doméstica decorrente da falta de detalhamento das ações, e uso de medicamentos durante o aleitamento materno, encontrados somente em *guidelines* que tratam de temas específicos (DDP e contracepção).

A abordagem do planejamento reprodutivo com foco na contracepção, incipiência no tema da violência doméstica e associação dos problemas com aleitamento materno aos cuidados da criança demonstram persistência de uma visão das mulheres enquanto reprodutoras. Tais aspectos, associados ao baixo nível das evidências e falta de detalhamento em algumas ações, podem dificultar a atenção integral e qualificada às mulheres no pós-parto.

Considerando a análise dos *guidelines*, é possível traçar algumas recomendações do presente estudo: adotar como política do *guideline* o uso “racional” das intervenções, baseando-se na prevenção quaternária; indicar o nível de evidência em cada uma das recomendações, o que viabiliza a tomada de decisão profissional; especificar e detalhar cada item, facilitando o uso por parte dos profissionais; e, quando não for possível detalhar determinado tema, deve-se indicar outro material como referência para consulta.

Há necessidade de maior investimento em pesquisas em saúde das mulheres no período pós-parto, a fim de aumentar o nível e a qualidade das evidências, viabilizando a formulação de *guidelines* com maior validade e confiabilidade, o que impacta em redução da morbimortalidade materna. Para países com recursos escassos, é possível que seus *guidelines* sejam baseados em outros internacionais, entretanto, há necessidade de revisão rigorosa para adaptação à realidade em questão.

REFERÊNCIAS

1. Souza ABQ, Fernandes MB. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. Rev RENE [Internet]. 2014 [citado em 2019 jan 21]; 15(4):594-604. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/ArtigoOriginal.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
3. Corrêa MSM, Feliciano KV de O, Pedrosa EN, Souza AI de. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. Cad Saude Publica [Internet]. 2017; 33(3):1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=pt&tlng=pt.
4. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, et al. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. Excellence NI for H and C, organizador. 2006.

5. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. 2018; 131(728):35-42.
6. WHO. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
7. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Disponível em: nice.org.uk/guidance/cg192.
8. Espanha. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10; 2014.
9. Mehndiratta A, Sharma S, Gupta N, Sankar M, Cluzeau F. Adapting clinical guidelines in India—a pragmatic approach. *BMJ Evid Based Med* [Internet]. 2017 [citado em 2019 jan 21]; 359:j5147. Disponível em: <http://mospi.nic.in/sites/default/>.
10. AGREE. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. The AGREE II Instrument [versão português]. [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>.
11. AGREE. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. AGREE Collaboration: Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2003; 12(1):18-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571340>.
12. Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado em 2019 fev 7]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-do-programa-de-puerperio-na-atencao-primaria-uma-revisao-integrativa/16743?id=16743>.
13. Haran C, Van Driel M, Mitchell BL, Brodribb WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [citado em 2019 jan 21]; 14(51):1-9. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/51>.
14. Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(7):815-28.
15. Langlois É V, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Systematic reviews Inequities in postnatal care in low-and middle-income countries: a

- systematic review and meta-analysis. *Health Organ Bull* [Internet]. 2015 [citado em 2019 jan 21]; 93:259-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140996>.
16. Bouwmeester W, Van Enst A, Van Tulder M. Quality of low back pain guidelines improved. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009; 34(23):256277.
 17. Lo Vecchio A, Giannattasio A, Duggan C, De Masi S, Ortisi MT, Parola L, et al. Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011; 52(2):183-9.
 18. Greuter MJE, van Emmerik NM, Wouters MG, Van Tulder M. Quality of Clinical on the Management of Diabetes in Pregnancy: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12(58):1-7.
 19. GRADE. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation [Internet]. Disponível em: <http://www.gradeworkinggroup.org/>.
 20. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Disponível em: nice.org.uk/guidance/cg37%0A%0A.
 21. Austin M-P, Hightet. Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: Beyondblue: the national depression initiative; 2011.
 22. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders [Internet]. SIGN publi. Edinburgh: SIGN; 2012. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk>.
 23. FSRH. Faculty of Sexual and Reproductive Health. Contraception after pregnancy [Internet]. Faculty of Sexual and Reproductive Health; 2017. Disponível em: <https://www.fsrh.org/news/new-fsrh-guideline--contraception-after-pregnancy/>.
 24. Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, et al. Adult depression in primary care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2016. 131 p.
 25. García-Herrera PB, Noguerras ME V, Muñoz CF, Morales AJM. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión em Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental. Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”; 2011.
 26. World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 3ª ed. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2015.
 27. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2011.
 28. Keedle H, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. The journey from pain to power: A meta-ethnography on women’s experiences of vaginal birth after caesarean. *Women and*

- Birth [Internet]. 2018 Feb [citado em 2019 mar 25]; 31(1):69-79. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519217300574>.
29. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* [Internet]. 2014 jul [citado em 2019 mar 25]; 384(9940):347-70. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614607923>.
30. McLaughlin K, Foureur M, Jensen ME, Murphy VE. Review and appraisal of guidelines for the management of asthma during pregnancy. *Women and Birth* [Internet]. 2018 Dec [citado em 2019 mar 25]; 31(6):e349-57. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519217305127>.
31. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic Violence and Abuse: Multi-agency Working (NICE Guideline PH50) [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph50>.
32. Aitken Z, Garrett CC, Hewitt B, Keogh L, Hocking JS, Kavanagh AM. The maternal health outcomes of paid maternity leave: A systematic review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015 Apr [citado em 2019 mar 25]; 130:32-41. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953615000842>.
33. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'campo P. Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2013 [citado em 2019 mar 25]; 36:31-48. Available at: <https://academic.oup.com/epirev/article-abstract/36/1/31/563050>.

Submissão: janeiro de 2019.

Aprovação: maio de 2019.