



CURSO DE MEDICINA

BETHANIA TEIXEIRA ANDRADE

PLANEJAMENTO GESTACIONAL ENTRE PUÉRPERAS DE SALVADOR - BA

Salvador - BA

2021

BETHANIA TEIXEIRA ANDRADE

PLANEJAMENTO GESTACIONAL ENTRE PUÉRPERAS DE SALVADOR - BA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública para aprovação parcial no
4º ano de medicina.

Orientadora: Milena Bastos Brito

Salvador

2021

RESUMO

INTRODUÇÃO: No mundo, aproximadamente 40% das gestações não são planejadas e no Brasil esse número é ainda maior, correspondendo a cerca de 55% de todas as gestações. Diversas são as consequências do não planejamento gestacional, dentre elas o curto intervalo intergestacional, que contribui para morbimortalidade materna e fetal, baixo peso ao nascer, paralisia cerebral, sangramento no terceiro trimestre e ruptura prematura de membranas. Diante dessas altas taxas de gestações não planejadas e de curtos intervalos intergestacionais, faz-se necessário uma melhor orientação contraceptiva, sendo o puerpério um momento oportuno para um adequado planejamento familiar, pois a paciente já está inserida em uma unidade de saúde e com o desejo, na maioria das vezes, de postergar uma nova gestação. **OBJETIVO:** Descrever o planejamento gestacional entre puérperas. **METODOLOGIA:** Estudo observacional realizado em duas maternidades públicas de Salvador/BA, no período de novembro de 2019 a novembro de 2020, foram incluídas puérperas com idade maior ou igual a 18 anos, mediante assinatura do TCLE. Foi utilizado um questionário sociodemográfico e o *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), que serviram de instrumento para avaliar o planejamento e o desejo da gestação. **RESULTADOS:** O questionário foi aplicado para 140 puérperas, das quais 34 (24,3%) planejaram sua gestação. O perfil sociodemográfico da população foi composto por uma maioria de mulheres desempregadas, solteiras, pardas, evangélicas, com ensino médio completo e nenhuma renda individual mensal. **CONCLUSÃO:** uma minoria das puérperas, usuárias do SUS na cidade de Salvador/BA, planejou sua gestação para aquele momento.

Palavras-chave: Planejamento gestacional. Intervalo intergestacional. Puerpério. Gravidez indesejada.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In the world, approximately 40% of pregnancies are unplanned, and in Brazil this number is even higher, corresponding to around 55.4% of all pregnancies. There are several consequences of not planning a pregnancy. They include the short interpregnancy interval, which contributes to maternal and fetal morbidity and mortality, low birth weight, cerebral palsy, bleeding in the third trimester, and premature rupture of membranes. Given these high rates of unplanned pregnancies and short interpregnancy intervals, better contraceptive guidance is needed. The puerperium is a propitious time for adequate family planning, as the patient is already inserted in a health unit and, usually, willing to postpone a new pregnancy. **OBJECTIVE:** To describe gestational planning among women who have recently given birth. **METHODOLOGY:** Observational study carried out in two public maternity hospitals in Salvador/BA, from November 2019 to November 2020, including postpartum women aged 18 years or older, by signing a consent form. A sociodemographic questionnaire and the London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP) were used, which served as an instrument to assess the planning and desirability of pregnancy. **RESULTS:** The questionnaire was applied to 140 mothers, of whom 34 (24.3%) planned their pregnancy. The population's socio-demographic profile was composed of a majority of unemployed, single, brown, evangelical women, with complete secondary education and no individual monthly income. **CONCLUSION:** A minority of the puerperal women, users of Brazil's Public Unified Health System (SUS) in the city of Salvador / BA, planned their pregnancy for that moment.

Keywords: Gestational planning. Intergestational interval. Puerperium. Unwanted pregnancy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA	8
3.2 INTERVALO INTERGESTACIONAL	8
3.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO	9
4 MATERIAIS E MÉTODOS	13
4.1 DESENHO DO ESTUDO	13
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	13
4.3 POPULAÇÃO	13
4.3.1 Cálculo Amostral	13
4.3.2 Critérios de inclusão	13
4.3.3 Critérios de exclusão	13
4.4 COLETA DE DADOS	14
4.4.1 Instrumento da coleta de dados	14
4.4.2 Metodologia da coleta de dados	14
4.5 VARIÁVEIS	14
4.5.1 Variáveis de caracterização da amostra	14
4.5.2 Variáveis de planejamento da última gestação (LMUP)	15
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	15
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	15
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	22
7 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO CONTRACEPTIVA NO PUERPÉRIO	39
ANEXO B – VERSÃO C DO LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY (LMUP) ¹⁹	44
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	45
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	47
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	48

1 INTRODUÇÃO

A saúde reprodutiva compreende a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco e na opção de reproduzir-se, com a liberdade para decidir fazê-lo ou não o fazer, quando e com que frequência¹. Esse direito à saúde reprodutiva satisfatória, no entanto, está fora do alcance de diversas famílias devido a variados fatores, o que repercute na realidade do planejamento gestacional. No mundo, aproximadamente 40% das gestações não são planejadas² e, no Brasil esse número é ainda maior. Destas, 30% não são desejadas, o que acarreta maior morbimortalidade neonatal e materna³.

Uma justificativa para o fato de que ainda existem indicadores tão elevados de gravidez não planejada, mesmo com a crescente oferta de métodos de contracepção, reside no fato de que o manejo contraceptivo compreende uma série de variáveis. Dentre estas, destacam-se maternidade, conjugalidade, família, sexualidade, a própria oferta de serviços e métodos contraceptivos e a adesão da paciente⁴.

Foi observado que a maioria das gestações não planejadas ocorre entre mulheres negras, com menor grau de escolaridade e que o grau de indesejabilidade da gestação aumenta com o aumento da idade da mulher e com o número de filhos prévios⁵. Além disso, outros aspectos associados ao planejamento da gravidez são ter parceria estável, não estar na primeira gestação e já ter vivenciado um abortamento⁶. Comportamento sexual de alto risco, conhecimentos insuficientes sobre a sexualidade humana e o poder limitado que muitas mulheres e meninas têm sobre sua vida sexual e reprodutiva também configuram possíveis causas para o não planejamento gestacional¹. A falha no uso de métodos contraceptivos também contribui para gravidez indesejada, não somente devido a práticas sexuais sem proteção, mas também pelo uso incorreto, efeitos adversos, insucesso na negociação com o parceiro para utilizar o preservativo, além do não uso de um método por estar aguardando a cirurgia de laqueadura tubária⁵.

O puerpério representa um momento oportuno para um adequado planejamento familiar pois a paciente está inserida em unidade de saúde com o desejo, na maioria das vezes, de postergar uma nova gestação. Esse manejo contraceptivo objetiva aumentar o espaçamento entre as gestações, pois um intervalo de pelo menos dois

anos^{7,8} contribui para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Intervalos intergestacionais menores de 18 meses são associados a prematuridade⁹, baixo peso ao nascer^{10,11}, paralisia cerebral e distúrbio menstrual em meninas. Além disso, mulheres com intervalo intergestacional menor ou igual a cinco meses têm maiores riscos de morte materna, sangramento no terceiro trimestre, ruptura prematura de membranas e até mesmo risco de desenvolver Diabetes Mellitus Gestacional se este curto intervalo estiver associado à um ganho de peso maior que sete quilos entre as gestações^{10,12}.

Diante de altas taxas reportadas de gestações não planejadas e das complicações do curto intervalo intergestacional é importante avaliar o planejamento gestacional entre puérperas para uma melhor orientação contraceptiva. Existem poucos dados na literatura sobre esse assunto, principalmente a nível de Brasil. Dessa forma, tal pesquisa mostra-se como importante banco de informações para que políticas públicas mais eficazes sejam traçadas com o intuito de diminuir o número de gestações não planejadas. Isso garantirá às mulheres autonomia sobre seu próprio corpo, sobre seu planejamento gestacional e diminuirá a ocorrência das consequências de um curto intervalo intergestacional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Descrever o planejamento gestacional entre puérperas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA

As gestações podem ser classificadas como desejada, confusa e indesejada. Uma gestação não desejada é aquela que, independentemente do planejamento, é permeada pelo não desejo da mãe. Uma gravidez confusa (*mistimed pregnancy*) é a que ocorre em um momento inoportuno, com o casal usando ou não métodos contraceptivos. Já a gestação indesejada é aquela que a mulher não desejava ter em nenhum momento¹³. Esses conceitos devem ser diferenciados de gestação não planejada, que é aquela que ocorreu quando a mulher usava um método contraceptivo ou quando ela não tinha a intenção de engravidar, mas não estava em uso de método¹⁴.

No mundo, aproximadamente 40% das gestações não são planejadas, e a região da América Latina e Caribe concentra o maior índice, que corresponde a 58%². No Brasil, o número de gestações não planejadas também é um valor maior do que a metade das gestações ocorridas no país (55,4%)³. Levando em consideração que o planejamento gestacional está associado a adoção de comportamentos por parte da mulher que serão benéficos para o feto, como cessação do tabagismo e uso prévio de ácido fólico¹⁵, esses expressivos números relativos ao não planejamento podem acarretar consequências em diversas esferas, como a materna, neonatal e infantil.

As consequências das gestações não planejadas estão relacionadas com prematuridade, baixo peso ao nascer, possível uso de medicamentos teratogênicos¹⁵, adiamento da assistência pré-natal e menor número de consultas, risco aumentado de mortalidade materna e neonatal^{3,15}, além de depressão pós-parto³. Uma consequência extrema do não planejamento gestacional é a realização de abortos, que colocam em risco a vida e a saúde da mulher. Aos 40 anos de idade, aproximadamente uma em cada cinco mulheres brasileiras já realizou um aborto. A grande maioria o faz sem acesso as condições plenas de saúde, o que revela um grande problema de saúde pública no Brasil^{1,14,16}

3.2 INTERVALO INTERGESTACIONAL

O puerpério é definido pelo Ministério da Saúde (2003, p.175) como o “período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela

gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré gravídico”¹⁷. Ele tem início uma ou duas horas após a saída da placenta e pode ser dividido em imediato, que vai do 1º ao 10º dia, tardio, entre o 10º e 45º dia, e remoto, que ocorre para além do 45º dia e sua duração depende do período de amamentação¹⁸.

É importante que a mulher não engravide nesse período devido ao risco de complicações maternas e fetais, que podem inclusive culminar em morbimortalidade^{10,11}. Para diminuir a chance desses eventos adversos, recomenda-se um intervalo intergestacional de pelo menos 18 a 23 meses. Dentre as complicações destacam-se prematuridade, distúrbio menstrual em meninas, paralisia cerebral¹⁰, baixo peso ao nascer e prematuridade⁹. Um intervalo intergestacional menor do que 24 semanas aumenta o risco de maior ganho ponderal na gestante e de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Gestacional¹⁹ e um intervalo menor do que 5 meses pode provocar morte materna, sangramento no terceiro trimestre e ruptura prematura de membranas¹⁰.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda um espaçamento intergestacional de 24 meses após um nascimento vivo e de pelo menos 6 meses após um aborto espontâneo ou provocado, com o objetivo de reduzir consequências adversas maternas, perinatais e infantis. Intervalos intergestacionais menores de 6 meses podem trazer como consequências maternas morbimortalidade, ruptura prematura de membranas, anemia, endometrite puerperal, pré-eclâmpsia e aumento da pressão arterial. Como consequências neonatais, intervalos menores de 18 meses estão associados com morbimortalidade neonatal, mortalidade fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, tamanho pequeno para a idade gestacional e abortamento²⁰.

3.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO

A Lei nº 9.263/1996 assegura o planejamento familiar como direito de todo cidadão. Esse planejamento é entendido como um conjunto de ações que promoverão limitação ou aumento do número de filhos da mulher, do homem ou do casal. Dentre o conjunto de ações que integram esse serviço, encontra-se a assistência à concepção e contracepção²¹.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde disponibiliza uma série de métodos contraceptivos. Como métodos definitivos, tem-se a ligadura tubária e a vasectomia. Como métodos temporários, tem-se os métodos de barreira que são o diafragma, o preservativo masculino e o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e os métodos hormonais, que podem ser de administração oral ou injetável²².

Uma atenção especial deve ser dada à anticoncepção no puerpério no intuito de se evitar as consequências de uma nova gestação nesse período e também porque o retorno da ovulação pode ocorrer em até 27 dias para mulheres que não estão amamentando¹⁰. O método da amenorreia e lactação (LAM) é uma possibilidade nesse período, desde que a mulher esteja amamentando de forma exclusiva em livre demanda até 6 meses após parto e esteja em amenorreia. Métodos de barreira como preservativos masculino e feminino e diafragma após 6 semanas do parto também podem ser utilizados. O dispositivo intrauterino (DIU) é uma opção e pode inclusive ser inserido após a saída da placenta, em até 48h após o parto ou após seis semanas. Também configura uma opção o uso de métodos hormonais somente com progestogênio e tem eficácia aumentada quando associado à amamentação, devendo ser iniciado após 6 semanas de pós-parto. O anticoncepcional oral combinado pode ser utilizado se a mulher não estiver amamentando. As tabelas 01 a 02 descrevem a orientação da OMS para uso de contraceptivos no pós-parto. Ainda existem os métodos cirúrgicos laqueadura tubária e vasectomia, que são regidos por indicações médicas e pela lei 9.263/1996^{17,18}.

TABELA 01 - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

CATEGORIA	COM AVALIAÇÃO CLÍNICA COMPLETA	COM AVALIAÇÃO CLÍNICA LIMITADA
1	Usar o método em qualquer circunstância	Sim (usar o método)
2	Geralmente usar o método	Sim (usar o método)
3	Uso do método geralmente não recomendado a menos que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis	Não (não usar o método)
4	O método não deve ser utilizado	Não (não usar o método)

Fonte: World Health Organization (WHO), 2015²³ (Adaptada)

TABELA 02 - INDICAÇÃO DO CONTRACEPTIVO HORMONAL COMBINADO DURANTE AMAMENTAÇÃO E PÓS PARTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

CONDIÇÃO	CATEGORIA
AMAMENTAÇÃO	
< 6 semanas de pós-parto	4
≥ 6 semanas e < 6 meses de pós-parto	3
≥ 6 meses de pós-parto	2
PÓS-PARTO (EM MULHERES QUE NÃO AMAMENTAM)	
< 21 dias	
Sem outros fatores de risco para tromboembolismo venoso	3
Com outros fatores de risco para tromboembolismo venoso	4
≥ 21 dias até 42 dias	
Sem outros fatores de risco para tromboembolismo venoso	2
Com outros fatores de risco para tromboembolismo venoso	3

Fonte: World Health Organization (WHO), 2015²³ (Adaptada)

TABELA 03 - INDICAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO NO PÓS PARTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CONDIÇÃO	CATEGORIA
PÓS-PARTO	
< 48h (inclusive inserção imediatamente após delivramento da placenta)	
Mulheres que estão amamentando	1 ou 2*
Mulheres que não estão amamentando	1
≥ 48h até < 4 semanas	
	3
≥ 4 semanas	
	1
Sepse puerperal	
	4

*1 para DIU de cobre e 2 para DIU com Levonorgestrel

Fonte: World Health Organization (WHO), 2015 ²³ (Adaptada)

TABELA 04 - INDICAÇÃO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS SOMENTE COM PROGESTÁGENO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CONDIÇÃO	CATEGORIA
AMAMENTAÇÃO	
< 6 semanas de pós-parto	2 ou 3*
≥ 6 semanas e <6 meses de pós-parto	1
≥ 6 meses de pós-parto	1
PÓS-PARTO (EM MULHERES QUE NÃO AMAMENTAM)	
< 21 dias	1
≥ 21 dias	1

*Categoria 2 para pílulas somente com progestágeno e para implantes com Levonorgestrel e Etonogestrel; Categoria 3 para Acetato de Medroxiprogesterona (injetável) e Enantato de Noretisterona (injetável)

Fonte: World Health Organization (WHO), 2015 ²³ (Adaptada)

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional analítico.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em duas maternidades da cidade de Salvador/BA, a Maternidade Tsylla Balbino e o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA). A aplicação dos questionários ocorreu em dois períodos, de novembro de 2019 a março de 2020 e de julho a novembro de 2020, devido a pandemia de Sars-CoV-2, que exigiu um adiamento da coleta. O estudo em questão faz parte de um estudo maior, denominado “Uso da tecnologia na adesão à saúde reprodutiva no puerpério”.

4.3 POPULAÇÃO

4.3.1 Cálculo Amostral

Trata-se de um estudo de análise de dados secundários de um estudo maior, no qual o tamanho amostral foi calculado pela calculadora da Universidade de Califórnia (<http://www.sample-size.net/sample-size-proportions/>) através do teste de comparação de duas proporções. Admitiu-se um erro alfa de 0,05 e um erro beta de 20%. Esperando-se encontrar uma elevação relativa de 40% no grupo intervenção, considerando que o esperado no grupo controle é 6%, serão necessários 122 sujeitos de pesquisa, sendo 61 por grupo. Considerando 20% de perda, foram incluídos 140 pacientes no presente estudo.

4.3.2 Critérios de inclusão

Puérperas com idade maior ou igual a 18 anos que foram atendidas nas duas maternidades supracitadas para a realização de seus partos, que tenham WhatsApp e aceitem participar da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.3.3 Critérios de exclusão

Puérperas cujo número de telefone fornecido não permitir acompanhamento posterior e aquelas que não responderem ao questionário completamente.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumento da coleta de dados

Foram utilizados dois questionários, o primeiro aborda questões de identificação como telefone da paciente e idade; questões sobre o passado obstétrico como número de gestações, número e via de partos, número e tipo de abortamentos; dados sociodemográficos como renda, escolaridade, estado civil, ocupação, cor/raça, religião; questões relacionadas ao pré-natal, como número de consultas frequentadas e orientações sobre contracepção no puerpério, método contraceptivo que será utilizado nesse período e participação da puérpera na escolha desse método (ANEXO A).

O segundo questionário utilizado foi a versão em português do instrumento *London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP)*¹⁹, que aborda aspectos sobre o planejamento e a desejabilidade da gestação (ANEXO B). O questionário possui um valor total de 12 pontos, com a pontuação de cada questão variando de 0 a 2 pontos. A classificação conforme a pontuação total é feita seguinte forma: gravidez planejada (10 a 12 pontos), ambivalência quanto ao planejamento da gravidez (4 a 9 pontos) e gravidez não planejada (0 a 3 pontos).

4.4.2 Metodologia da coleta de dados

As puérperas foram abordadas individualmente e convidadas a participar da pesquisa. Ao desejarem participar e cumprirem os critérios de inclusão, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (ANEXO C) e responderam aos questionários.

Além disso, todas as participantes receberam uma cartilha elaborada pelas pesquisadoras com orientações sobre amamentação, contracepção e consulta puerperal (APÊNDICE A).

4.5 VARIÁVEIS

4.5.1 Variáveis de caracterização da amostra

-Idade: em anos completos.

-Ocupação: estudante, carteira assinada, profissional liberal, desempregada, outra.

-Religião: católica, evangélica, espírita, candomblé, outra.

-Cor/raça: branca, preta, parda, indígena, amarela, outra.

-Estado civil: solteira, casada, divorciada, união estável, viúva, outra.

-Escolaridade: ensino fundamental I (1ª a 4ª série); ensino fundamental II (5ª a 8ª série); ensino médio; ensino superior incompleto; ensino superior completo; sem escolaridade.

-Renda individual mensal: nenhuma renda mensal; até 1 salário mínimo; de 1 a 3 salários mínimos; de 3 a 6 salários mínimos; de 6 a 9 salários mínimos.

-Número de gestações

-Número de partos

-Tipo de parto: vaginal, cesáreo, fórceps.

-Número de abortamentos

-Tipo de abortamento: espontâneo, provocado, nenhum.

4.5.2 Variáveis de planejamento da última gestação (LMUP)

Essas variáveis foram abordadas através do questionário LMUP¹⁹. Esse questionário contém perguntas sobre uso de métodos contraceptivos no mês em que ficou grávida, intenção e desejo quanto à gestação, discussão prévia com parceiro sobre engravidar e medidas para melhorar a saúde e se preparar para a gestação.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações coletadas serão organizadas em um banco de dados no software Microsoft Office Excel 2013®. Como se trata de um estudo descritivo, os resultados foram expressos em média, desvio padrão, frequência absoluta e frequência relativa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): CAAE: 08577819.3.0000.5544 (ANEXO D). CAAE: 32340920.9.0000.5544 (ANEXO E).

As pesquisadoras prezam pela preservação dos dados das puérperas, que asseguram seu interesse em participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (ANEXO C).

5 RESULTADOS

O questionário foi aplicado para 140 puérperas nos períodos de novembro de 2019 a março de 2020 e de julho a novembro de 2020, sendo 78 (55,7%) da Maternidade Tsylla Balbino e 62 (44,3%) do Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA). A média de idade das puérperas em anos completos foi de 29,6 (\pm 6,2), a quantidade média de gestações foi 2,3 (\pm 1,4), de partos 2,1 (\pm 1,2) e de abortos 0,3 (\pm 0,6). A maioria dos partos ocorreu por via vaginal (50,7%) e a maioria das mulheres (76,4%) nunca havia sofrido nenhum aborto. Sobre as variáveis sociodemográficas 29,3% delas estavam desempregadas e 56,4% não tinha nenhuma renda individual mensal. Aproximadamente trinta e seis por cento (36,4%) eram evangélicas e 55,7% de cor autodeclarada parda. A maior parte era solteira (59,3%) e havia concluído o Ensino Médio (57,1%). (Tabela 01)

TABELA 01 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS DA MATERNIDADE TSYLLA BALBINO E DO INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA (IPERBA), SALVADOR, 2019-2020

VARIÁVEL (N=140)	n	%
Ocupação		
Estudante	3	2,1%
Carteira assinada	34	24,3%
Profissional autônomo	19	13,6%
Desempregada	41	29,3%
Outra	43	30,7%
Estado Civil		
Solteira	83	59,3%
Casada	30	21,4%
Divorciada	1	0,7%
União estável	26	18,6%
Viúva	0	0%
Outra	0	0%
Escolaridade		
Ensino fundamental I (1ª a 4ª série)	3	2,1%
Ensino fundamental I (5ª a 8ª série)	39	27,9%
Ensino médio	80	57,1%
Ensino superior incompleto	7	5,0%
Ensino superior completo	10	7,1%
Sem escolaridade	1	0,7%
Cor/Raça		
Branca	3	2,1%
Preta	55	39,3%
Parda	78	55,7%
Indígena	1	0,7%
Amarela	1	0,7%
Outra	2	1,4%
Religião		
Católica	37	26,4%
Evangélica	51	36,4%
Espírita	1	0,7%
Candomblé	3	2,1%
Outra	48	34,3%
Renda Individual Mensal		
Nenhuma renda	79	56,4%
Até 1 salário mínimo	41	29,3%
De 1 a 3 salários mínimos	18	12,9%
De 3 a 6 salários mínimos	2	1,4%

Fonte: Banco de dados próprio

A Tabela 2 descreve o questionário LMUP, respondido por todas as 140 mulheres. Observou-se que 73,6% das mulheres não estavam usando método contraceptivo no mês em que engravidou e 48,6% não tinha intenção de engravidar. Em relação ao desejo de ter um filho, 46,4% tinham esse sentimento e 43,6% consideraram que a gravidez ocorreu não bem no momento certo. Quando questionadas sobre conversas com o parceiro sobre terem filhos juntos, 48,6% nunca havia discutido com o parceiro. Sobre as medidas para se preparar para uma gravidez, 80,7% não realizou nenhuma ação com esse intuito.

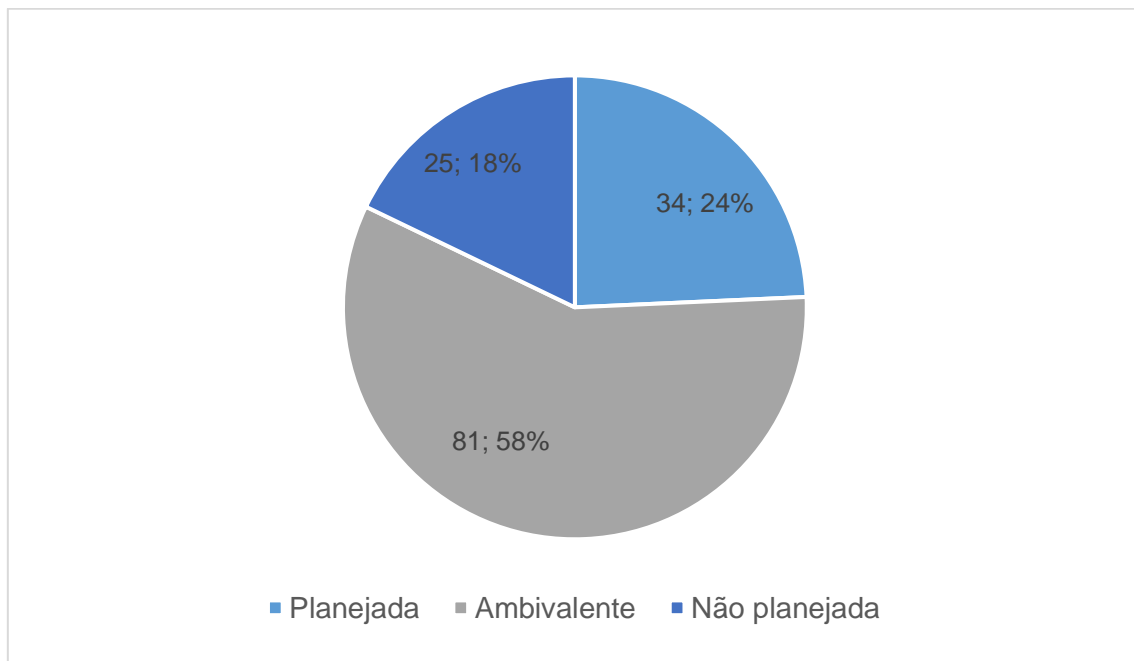
TABELA 02 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS POR ITEM DO LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY (LMUP), PREENCHIDO PELAS PUÉRPERAS DA MATERNIDADE TSYLLA BALBINO E DO INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA (IPERBA), SALVADOR, 2019-2020

ITEM (N=140)	n	%
Uso de método contraceptivo no mês em que ficou grávida		
(2) Não estava usando método	103	73,6%
(1) Uso do método, mas não em todas as ocasiões ou sabia que tinha falhado	29	20,7%
(0) Uso do método sempre	8	5,7%
Momento em que ocorreu a gravidez		
(2) No momento certo	60	42,9%
(1) Não bem no momento certo	61	43,6%
(0) Momento errado	19	13,6%
Intenção de ficar grávida		
(2) Tinha intenção de engravidar	47	33,6%
(1) Intenções variavam	25	17,9%
(0) Não tinha intenção de engravidar	68	48,6%
Desejo de ter um filho		
(2) Queria ter um filho	65	46,4%
(1) Tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho	21	15%
(0) Não queria ter um filho	54	38,6%
Conversa com o parceiro		
(2) Ambos gostariam que ficasse grávida	45	32,1%
(1) Haviam discutido sobre ter filhos, mas não tinham concordado que ficasse grávida	27	19,3%
(0) Nunca tinha discutido sobre ter filhos juntos	68	48,6%
Medidas para se preparar para uma gravidez		
Uso de ácido fólico	11	7,9%
Parou/diminuiu o fumo	1	0,7%
Parou/diminuiu bebida alcoólica	4	2,9%
Comeu de forma mais saudável	2	1,4%
Procurou serviço de saúde/assistência médica	8	5,7%
Tomou outra providência	1	0,7%
Não fez nada disso antes da gravidez	113	80,7%
<i>Duas ou mais ações=2</i>		
<i>Uma ação=1</i>		
<i>Nenhuma ação=0</i>		

Fonte: Banco de dados próprio

O Gráfico 1 expressa o somatório das pontuações atribuídas a cada questão do questionário LMUP, que pode variar de 0 a 12 pontos, permitindo classificar a gestação em planejada, ambivalente ou não planejada. Assim, 34 (24,3%) mulheres foram classificadas como tendo uma gestação planejada, 81 (57,9%) tiveram uma gestação ambivalente e 25 (17,9%) tiveram uma gestação não planejada.

GRÁFICO 01 - CLASSIFICAÇÃO SOBRE PLANEJAMENTO GESTACIONAL. PUÉRPERAS DA CIDADE DE SALVADOR-BA 2019-2020



Fonte: Banco de dados próprio

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria das gestações foram ambivalentes, seguida de planejadas e não planejadas, respectivamente. O perfil sociodemográfico da população foi composto por uma maioria de mulheres desempregadas, solteiras, pardas, evangélicas, com o ensino médio completo e nenhuma renda individual mensal. A maior parte delas não estava usando método contraceptivo no mês em que ficou grávida, não tinha intenção de engravidar, nunca tinha discutido com o parceiro sobre ter filhos juntos e considera que a gravidez ocorreu não bem no momento certo ou no momento errado.

A minoria das puérperas (24%) do presente estudo planejou sua gestação. Observação menor à relatada na pesquisa “Nascer no Brasil”, que descreveu a situação do parto e nascimento no país, no qual 45% das puérperas entrevistadas haviam planejado suas gestações. A pesquisa “Nascer no Brasil” entrevistou mais de 23 mil puérperas no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 em todas as capitais do país, com objetivo de diagnosticar a situação do planejamento gestacional, parto, puerpério e período neonatal. Nessa pesquisa, a maioria das mulheres (52%) teve o parto através de cesárea, resultado similar ao do presente estudo (49%), fato que levanta o questionamento sobre ações efetivas para redução das elevadas taxas de cesarianas no país, visto que após quase 10 anos não houve mudança em tais números. Sabe-se que a via de nascimento pode influenciar nos riscos materno e neonatais/infantis, como obesidade, diabetes, asma e alergias³.

Em um estudo com 126 mulheres em idade similar ao do presente estudo realizado em Marília/SP⁶ o instrumento LMUP foi utilizado. A gravidez ocorreu não bem no momento certo ou no momento errado para 48% das mulheres, enquanto no presente estudo este número foi de 58%. Sobre a intenção de engravidar, 35% não tinham esse intuito. Já neste estudo, esse número foi de 49%. Em relação ao uso de métodos contraceptivos no mês em que engravidou, os números foram bastante próximos, 74% não estava usando o método e em Marília/SP esse número foi de 65%. Essa proximidade dos resultados pode ser decorrente da semelhança da população, pois os dois estudos foram feitos com usuárias do SUS, com maior prevalência de mulheres pardas e desempregadas⁶.

Um estudo com 517 mulheres realizado em 2015 na Bélgica utilizou o LMUP para coletar dados sobre o planejamento gestacional e o resultado encontrado foi muito diferente do constatado na presente pesquisa. A maioria das gestações foram planejadas (83%), seguida de ambivalentes (15%) e somente 2% não foram planejadas. Esses valores tão díspares podem ser justificados pela diferença na população, pois na Bélgica 61% das puérperas tinha ensino superior completo, 83% tinham um emprego remunerado e somente 1% eram solteiras²⁴.

O estudo apresenta limitações pois foram avaliadas apenas duas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS), população que talvez não seja suficiente para representar as puérperas de Salvador/BA, mas pode ser um bom representativo das usuárias do SUS. Ademais, o estado psicológico das puérperas pode ter influenciado algumas respostas do questionário, visto que o puerpério é um período de diversas mudanças que provocam alterações no humor e labilidade emocional¹⁸.

Essa pesquisa ratifica a importância de aumentar a taxa de planejamento gestacional no país. Para isso, políticas públicas já estão sendo feitas, como a colocação do dispositivo intrauterino (DIU) no pós-parto ainda com a puérpera vinculada à rede de saúde, porém essa estratégia precisa ser ampliada. A pandemia por Sars-CoV-2, iniciada em 2020, fechou ou reduziu muitos serviços de saúde no Brasil, inclusive de planejamento familiar, o que pode acarretar números mais graves no futuro. Segundo dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) cerca de 12 milhões de mulheres ficaram desassistidas de serviços de planejamento familiar devido à pandemia, fato que levou até o momento (março de 2021) a 1,4 milhão de gestações indesejadas em todo o mundo²⁵.

7 CONCLUSÃO

O planejamento gestacional, para a maioria das puérperas usuárias do SUS na cidade de Salvador/BA, foi ambivalente, seguido de planejado e não planejado, respectivamente, por isso, pode-se afirmar que uma minoria planejou sua gestação para aquele momento.

REFERÊNCIAS

1. Maria Luiza Ribeiro Viotti. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. 1995;147–258.
2. Singh, Susheela; Sedgh, Gilda; Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. 2010;41(4):241–50.
3. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. 2016;1–8. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
4. Brandãos ER, Cabral C da S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33(2).
5. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 - Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Vol. 1. 2009. 135–149.
6. Borges ALV, Cavalhieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Planejamento da gravidez: Prevalência e Aspectos associados. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45(Esp.2):1679–84.
7. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 32 - Atenção ao pré-natal de baixo risco. 2012.
8. Organização Mundial de Saúde. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. 2017.
9. Basso O, Olsen J, Knudsen LB, Christensen K. Low birth weight and preterm birth after short interpregnancy intervals. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1998;178(2):259–63.
10. Rouso D, Panidis D, Gkoutzioulis F, Kourtis A, Mavromatidis G, Kalahanis I. Effect of the interval between pregnancies on the health of mother and child. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2002;105(1):4–6.
11. Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the demographic and health surveys. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2005;89(SUPPL. 1).
12. Vieira CS, Brito MB, Yazlle MEHD. Contracepção no puerpério. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2008;30(9):470–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>
13. Baydar N. Consequences for children of their birth planning status. Family Planning Perspectives. 1995;27(6):228–34.

14. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. Perspectives on Sexual and Reproductive Health [Internet]. 2003 Mar;35(2):94–101. Disponível em: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1363/3509403>
15. Morin P, Payette H, Moos MK, St-Cyr-Tribble D, Niyonsenga T, de Wals P. Measuring the intensity of pregnancy planning effort. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2003;17(1):97–105.
16. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. 2016;653–60.
17. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
18. FEBRASGO. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério 2010. 2010;
19. FERNANDA BIGIO CAVALHIERI. Adaptação Cultural e Validação para a Língua Portuguesa de um Instrumento para Mensuração de Gravidez não Planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy). 2011;
20. World Health Organization. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. 2005;13(6):1–44. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf
21. Presidência da República. Lei nº9.263/1996. 1996. p. 1–3.
22. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica - Saúde Das Mulheres. 2016. 230.
23. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2015;(5ª edição).
24. Goossens J, Branden Y van den, Sluys L van der, Delbaere I, Hecke A van, Verhaeghe S, et al. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. 2016;31(12):2821–33.
25. Organização das Nações Unidas. Covid-19 cortou serviços de planejamento familiar para 12 milhões de mulheres. 2021. p. 1–4. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/03/1744342>

**APÊNDICE A – CARTILHA ENTREGUE ÀS PUÉRPERAS APÓS APLICAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO**

CARTILHA MATERNAL

O SEU PÓS-PARTO
MAIS ORGANIZADO PARA VOCÊ



Você sabia que é muito importante cuidar do pós-parto para que tudo corra bem com você e seu bebê.



DICA: PARA TUDO OCORRER BEM EM SEU PÓS PARTO (PUERPÉRIO)

- Após sua alta da maternidade você terá que retornar a uma instituição de saúde para uma consulta de pós-parto.
- Procurar saber como e onde ocorrerá esse retorno tão importante para o planejamento e cuidados necessários após o parto.
- A dedicação de uma mãe no período de pós-parto com o bebê é intensa, ser orientada, examinada, saber a respeito de como evitar uma nova gravidez a deixará mais disponível e em paz para cuidar da casa e do bebê.

PARA QUE SERVEM AS CONSULTAS DE PÓS-PARTO

- As consultas de acompanhamento da mulher após o nascimento do bebê são importante para detectar problemas como anemia, infecção urinária, pressão alta, diabetes, problemas na tireoide e trombose, além de avaliar a amamentação e a recuperação da vagina, em caso de parto normal, e dos pontos da cirurgia, em caso de cesariana.
- Essas consultas também ajudam a identificar infecções na mãe que podem acabar passando para o bebê, além de o médico conseguir avaliar o estado emocional da mãe e diagnosticar casos de depressão pós-parto, quando é necessário acompanhamento de psicoterapia.

CARTILHA MATERNAL

LEMBRE-SE de sua consulta após o parto, porque será nesse momento que a Senhora terá oportunidade de:

- Examinar se o seu útero voltou à forma, tamanho e localização de antes da gestação. É importante para esta avaliação no pós parto e um sinal de que sua evolução após o nascimento do bebe segue naturalmente ao esperado e sem problemas;
- É preciso verificar no pós-parto se a vagina recuperou parte do seu tônus muscular e se não existe problemas com seu sistema urinário (Pode ocorrer após o parto problemas como incontinência urinária , infecções em trato urinário e flacidez em musculatura do assoalho pélvico / "músculos da bacia/ pelve");
- Após o parto é necessário observar com está o local da incisão cirúrgica da cesárea ou episiorrafia "pontos realizados em seu parto".
- Em sua consulta após o parto pode ser identificado sinais de perigo à sua saúde e saúde de seu bebê;
- Receber orientações sobre questões referentes ao aleitamento materno / artificial;
- É nesta consulta de pós parto que suas mamas serão avaliadas e profissional que realizar o atendimento fará a verificação de fissuras, ingurgitamentos, temperatura local, hiperemia, abscessos e presença de fungos em suas mamas e realizará então o encaminhamento adequado como também solicitação de exames, prescrição de medicamentos se necessário;
- Retirar todas as suas dúvidas e se aconselhar sobre sua amamentação. Na consulta será observado: Como estar sua "pega" e o posicionamento do RN durante a amamentação no consultório. Caso identificado algum problema será ofertado ações de manejo clínico da amamentação para você e se necessário

CARTILHA MATERNAL

encaminhamento ao Banco de Leite Humano (BLH) de referência;

- Ter acesso a orientação sobre os métodos contraceptivos (anticoncepcionais) adequados durante amamentação e entender como uma mulher poderá não engravidar neste periodo de aleitamento materno exclusivo.;
- Verificar possíveis intercorrências – alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos;
- Verificar se ainda existe sangramento transvaginal, que são os lóquios (sangue como se fosse uma menstruação). Será visto:

- A loquiação (volume, cor e odor) para seu tempo de parida;
- O retorno às menstruações para quem está e para quem não está amamentando;
- O retorno à atividade sexual e orientações de planejamento reprodutivo e dupla proteção;
- A importância do intervalo interpartal mínimo de dois anos para a promoção da saúde da mulher e de futuros filhos;
- A importância dos métodos contraceptivos (anticoncepcionais) disponíveis pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB-BA e do Sistema único de Saúde - SUS;
- Ter informações sobre Planejamento Familiar Adequado e métodos contraceptivos definitivos (Laqueadura Tubária (Esterilização Feminina) e Vasectomia (Esterilização masculina) ;



CARTILHA MATERNAL

- Receber as orientações e apoio sobre a doação de leite materno para os Banco de Leite Humano caso deseje doar seu leite materno a outros bebês que necessitam muito deste gesto de solidariedade;
- Caso seja uma puérpera com HIV positivo o profissional de saúde irá investigar se está sendo acompanhada por um serviço de referência e se necessário fará o encaminhamento;
- De ser encaminhada a consulta com o nutricionista e outras especialidades médicas, em razão da avaliação de seu médico por causa do excessivo aumento de peso durante a gravidez ou devido a outras questões clínicas (aumento de pressão arterial, controle de diabetes, anemias e outras patologias que mereçam encaminhamentos a outras especialidades médicas ou da área da saúde);
- Na consulta de pós-parto a verificação da continuidade do uso de medicações prescritas em alta hospitalar, quando for o caso.
- Verificar se ainda tem pendências em seu cartão de vacinas;
- Examinar seu peso, a retenção líquida em seu corpo, edemas (inchaços) e possíveis desequilíbrios e assim o profissional alterar medicamentos e realizar encaminhamentos (espera-se que tenha perdido 7 a 9 quilos desde o parto);
- De verificar sua suplementação com ferro por 90 dias após o parto e caso ainda não esteja utilizando nesta consulta de pós-parto será feito;

CARTILHA MATERNAL

APRENDA A SE CUIDAR APÓS SEU PARTO

SE O PARTO FOI VAGINAL/NORMAL :

- Quando houver corte próximo à vagina (episiotomia), deve manter a cicatriz bem limpa, lavar com sabonete durante o banho ou após ir ao banheiro, e secar bem o local. O local está cicatrizando e pode ficar dolorido. Os pontos irão cair sozinhos.

SE O PARTO FOI UMA CESÁREA :

- Manter a cicatriz cirúrgica bem limpa, lavar com sabonete no banho e secar bem. Os pontos deverão ser retirados de 7 a 10 dias.
 - O útero após seu parto estará voltando ao tamanho normal, causa cólicas muitas vezes que aumentam quando estiver amamentando.
 - No período de um mês após o parto é natural você perceber uma secreção (sangue, que são os lóquios) saindo pela vagina, que com o tempo vai diminuindo e clareando gradativamente.





ATENÇÃO

- Se aparecer dor na parte de baixo da barriga e seu sangramento vaginal estiver com cheiro desagradável ou você ter febre deverá procurar imediatamente a maternidade onde teve o bebê, pois poderá ser uma infecção que deverá ser tratada.
- Caso tenha tido pressão alta, diabete ou outro problema na gestação ou no parto, os cuidados devem continuar após o nascimento do bebê e o retorno a consulta de pós parto (puerpério) é importante para seguimento de seu cuidado;
- As relações sexuais deverão aguardar em média 40 dias, tempo para seu organismo se recuperar. Independentemente do tipo de parto, é comum a vagina ficar ressecada e poderá haver certo desconforto na relação sexual.
- Existem muitos métodos de evitar filhos, sendo alguns mais indicados durante o período de amamentação. É direito das mulheres e dos homens conhecerem todos os métodos anticoncepcionais, como usar e suas indicações para uma escolha mais apropriada. Por isso você deve ir, preferencialmente com seu companheiro.

QUANDO TOMAR ANTICONCEPCIONAL

Quando se quer evitar uma nova gravidez, a mulher pode optar por tomar pílula anticoncepcional específica para esta fase da vida que deve ser iniciada a partir de 15 dias após o parto.



SAIBA QUE ANTICONCEPCIONAL TOMAR DURANTE A AMAMENTAÇÃO

A pílula anticoncepcional mais indicada para o período da amamentação é a que possui apenas a progesterona e por isso é importante que o profissional auxilie corretamente esse período para que efetivamente evite filhos.

- É recomendado tomar a pílula com 1 hormônio, que é um pouco mais fraca que a pílula combinada, utilizada quando a mulher não está mais amamentando, mesmo que seu bebê amamente apenas 1 ou 2 vezes por dia. Quando o bebê chegar nesta fase, por volta de 9 meses a 1 ano de idade, a mãe poderá retornar a utilizar o mesmo método anticoncepcional que usava antes de engravidar, mas sempre sob a orientação do seu ginecologista.
- A pílula anticoncepcional com 1 hormônio pode começar a ser tomada 15 dias após o parto ou em qualquer outro momento da amamentação.
- Recomenda-se voltar a ter relações sexuais após 15 dias do início da cartela, para evitar uma gravidez indesejada. O uso da pílula anticoncepcional é diário quando amamentando e sempre no mesmo horário, sem pausas entre as cartelas até o bebê parar mamar.

OUTROS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS QUE A MULHER PODERÁ UTILIZAR AMAMENTANDO

Além da minipílula, outros métodos anticoncepcionais que podem ser utilizados durante a amamentação são:

- PRESERVATIVO; DIU COM OU SEM HORMÔNIOS; INJEÇÃO DE PROGESTERONA;
- ANEL VAGINAL/DIAFRAGMA OU IMPLANTE.
- O coito interrompido e a tabelinha não são métodos contraceptivos eficazes e podem gerar uma gravidez indesejada.

POSSO AMAMENTAR E NÃO ENGRAVIDAR?

- A amamentação como método anticoncepcional **SÓ IRÁ FUNCIONAR** se o SEU bebê estiver em aleitamento materno exclusivo, sem ingerir nenhum outro tipo de alimento, leite ou mamadeira.
- A amamentação como método anticoncepcional só funcionará se o estímulo da sucção feita pelo bebê seja feito com intensidade e com muita frequência. Isso significa que a amamentação deveria ser feita, de dia e de noite, ou seja, sem controlar os horários, o que nem sempre é possível e a eficácia da amamentação como método anticoncepcional fica comprometida, sendo desaconselhada.
- Então quando o bebê fizer seis meses esse método será falho, pois não está em aleitamento exclusivo e o estímulo de sucção feito por ele não será com tanta frequência deixando as mulheres vulneráveis a uma nova gravidez.



1. PÍLULA ANTICONCEPCIONAL



- O anticoncepcional oral, também conhecido como pilula anticoncepcional, é o método mais utilizado pelas mulheres para evitar a gravidez.

- Como tomar a pílula anticoncepcional corretamente

>>> Na maioria dos casos tem de se tomar 1 comprimido por dia, sempre no mesmo horário, durante 21 dias até ao final da cartela e quando terminar fazer uma pausa de 7 dias, que é quando a menstruação deve descer e no 8º dia, iniciar uma nova cartela.

- A pilula anticoncepcional pode ser adquirida de forma gratuita em um posto de saúde, porém depende da marca do anticoncepcional pois algumas têm de ser compradas na farmácia.

- **Vantagens:** além de ajudar a prevenir a gravidez, também pode ser usada para diminuir os sintomas de TPM, reduzir o fluxo menstrual e a dor durante a menstruação, regular o ciclo menstrual, melhorar a acne e o excesso de pelo e ajudar a evitar a doença inflamatória pélvica, cistos ou câncer do ovário;

- **Desvantagens:** embora seja um método bastante eficaz e seguro, a mulher precisa ser responsável e tomar um comprimido todos os dias à mesma hora, sem esquecimentos, para evitar a gravidez;

2. IMPLANTE ANTICONCEPCIONAL

- O implante anticoncepcional, como o Implanon ou Organon, é um método que ajuda a prevenir a gravidez através de um pequeno tubo de plástico que é introduzido na parte interna do braço, embaixo da pele, pelo ginecologista e que libera hormônios para o sangue de forma lenta, impedindo a ovulação e dificultando a entrada dos espermatozoides no útero da mulher.

CARTILHA MATERNAL

- O implante pode permanecer no braço da mulher até 3 anos, porém só pode ser colocado e tirado pelo ginecologista e, depois de remover a fertilidade volta ao normal após 1 mês.

- **Vantagens:** além de evitar a gravidez pode ser usado para diminuir a dor abdominal causada pela menstruação. Além disso, o implante não interfere com o contato íntimo, nem com a amamentação e, é um excelente método para mulheres que se esquecem com frequência de tomar o comprimido, têm doenças mentais ou problemas gastrointestinais.

- **Desvantagens:** é um método mais caro e precisa de um profissional de saúde para ser colocado debaixo da pele.

3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

- O dispositivo intrauterino, conhecido por DIU, é um método contraceptivo de plástico em forma de T que é introduzido no útero pelo ginecologista e que pode permanecer durante cerca de 5 anos mantendo a sua eficácia.



- Esta técnica anticoncepcional é muito eficaz e não causa desconforto, impedindo a gravidez por ação do cobre ou liberação de hormônios que dificultam a fecundação.

- **Vantagens:** é um método que não interfere no ato sexual e é um bom método para quem esquece de tomar o comprimido todos os dias e à mesma hora, pois pode permanecer no útero por vários anos.

- **Desvantagens:** precisa ser colocado por um profissional de saúde e em alguns casos pode levar ao aparecimento de anemia.

➤➤➤ Existem dois tipos principais de DIU:

- DIU de cobre ou DIU Multiload: é feito de plástico, mas revestido somente com cobre ou com cobre e prata;

CARTILHA MATERNAL

- DIU hormonal ou DIU Mirena: contém um hormônio, o levonorgestrel, que vai sendo liberado no útero após a sua inserção.

É IMPORTANTE A MULHER PROCURAR O MÉDICO SEMPRE QUE:

- Não sentir ou não vê os fios guia do DIU;
- Aparecer sintomas como febre ou calafrios;
- Inchar na região genital;
- Ter o fluxo vaginal aumentado;
- Ter sangramentos fora do período menstrual;
- Ter cólicas abdominais fortes;
- Ter dor ou sangramento durante relações sexuais.

4. CAMISINHA MASCULINA E FEMININA

- O preservativo é um método anticoncepcional excelente para evitar a gravidez, além de ser o único método que protege do contágio de doenças sexualmente transmissíveis, como Aids ou sífilis.

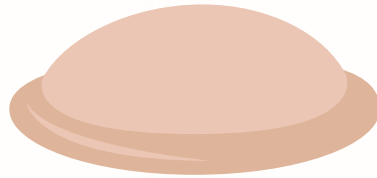
- Para ser eficaz é necessário colocar a camisinha corretamente antes de cada contato íntimo, impedindo o contato direto entre o pênis e a vagina, evitando que os espermatozoides chegam ao útero.

- **Vantagens:** geralmente são baratos, fáceis de colocar, não causam qualquer tipo de alteração no corpo e protegem contra doenças sexualmente transmissíveis.

- **Desvantagens:** algumas pessoas podem apresentar alergia ao material do preservativo, que normalmente é de látex. Além disso, o preservativo pode causar desconforto em alguns casais ou rasgar durante o contato íntimo, aumentando as chances de engravidar.



5. DIAFRAGMA VAGINAL



- O diafragma é um método contraceptivo de borracha em forma de anel que impede a entrada dos espermatozoides no útero.

- O diafragma pode ser usado várias vezes durante cerca de 2 anos e caso tenha um furo, ou estiver ficando enrugado ou caso a mulher engravide ou ganhe peso, o diafragma deverá ser substituído.

- Para funcionar corretamente, o diafragma deve ser colocado cerca de 15 a 30 minutos antes do contato íntimo e retirado apenas 12 horas após o a relação.

- O diafragma deve ser retirado após, no mínimo, 6 horas do contato íntimo, para que todos os espermatozoides morram. No entanto, ele não deve permanecer mais que 24 horas no útero para não ocorrer infecção.

- Depois de ser retirado, o diafragma deve ser lavado com água fria e sabão neutro, secado naturalmente e guardado na sua embalagem.

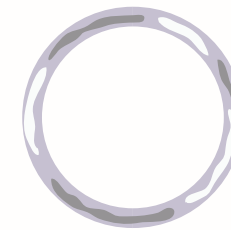
- **Vantagens:** não interfere com o contato íntimo e pode ser inserido até 24 horas antes da relação. Além disso, ainda reduz o risco de doença inflamatória pélvica.

- **Desvantagens:** precisa ser colocado no máximo até 30 minutos antes do contato íntimo e retirado 12 horas após a relação, devendo ser repetida todas as vezes que tiver contato íntimo, caso contrário não é eficaz.

6. ANEL VAGINAL

- O anel é um dispositivo de borracha que é introduzido na vagina pela mulher e a sua colocação é semelhante à introdução de um absorvente interno. A mulher deve permanecer com o anel durante 3 semanas e depois deve retirar e fazer uma pausa de 7

dias para a menstruação descer, voltando a colocar um anel novo.



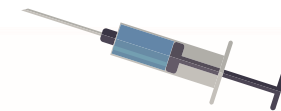
- **Vantagens:** é fácil de utilizar, não interfere com o contato íntimo, é um método reversível e não altera a flora vaginal.

- **Desvantagens:** não protege contra DST's, pode levar a aumento do peso e não pode ser usado em vários casos, como problemas no fígado ou pressão alta.

7. ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL

- A injeção anticoncepcional, como Depo-Provera, deve ser aplicada no músculo do braço ou perna 1 vez por mês ou de 3 em 3 meses por um enfermeiro no posto de saúde.

- A injeção vai libertando lentamente hormônios que impedem a ovulação, porém o seu uso prolongado pode provocar atraso na fertilidade, aumento do apetite, o que pode conduzir ao aumento de peso, além de dores de cabeça, acne e queda de cabelo, por exemplo.



8. LAQUEADURA OU VASECTOMIA

- A cirurgia é um método contraceptivo definitivo, impedindo a mulher ou o homem de ter filhos para o resto da vida, por isso, na maioria dos casos este método só é utilizado depois de decidir não ter mais filhos, sendo mais frequente em mulheres ou homens com mais de 40 anos.

AMAMENTAÇÃO

- Amamentando, você dá para o bebê melhor qualidade de vida, além de alimentar o bebê, você transmite amor, carinho e segurança, que são fundamentais para seu desenvolvimento e para sua relação com ele. Todo leite materno é forte, nutritivo e protege contra várias doenças. O colostro é o primeiro leite e tem cor amarelada, ideal para proteger o bebê nos primeiros dias.

DICA: Quanto mais seu bebê mamar, mais leite você terá. Não coloque horário ou tempo certo para cada mamada; se o bebê sabe quando e quanto necessita mamar. Deixe o bebê mamar até esvaziar uma mama, antes de passar para a outra. Caso não esvazie um peito numa mamada, retorne ao mesmo peito na mamada seguinte.

- Amamentando toda vez que seu bebê tiver fome, ele não precisará tomar chá, suco, água ou outro leite nos primeiros seis meses de vida.

Para que o bebê sugue bem o leite, encontre uma posição em que ele fique tranquilo e você relaxada e confortável. Você pode amamentar deitada, sentada ou em qualquer posição boa para os dois.

VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

PARA O BEBÊ:

- É mais nutritiva e protege contra doenças, como infecção, alergias, asma, desnutrição.
- O bebê recebe carinho e se sente protegido enquanto mama.
- Previne problemas dentários e respiratórios.



PARA A MÃE:

- Ajuda o útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente.
 - Reduz o risco de hemorragia e anemia após o parto.
 - Favorece maior contato entre você e seu bebê.
 - Ajuda na redução mais rápida de seu peso.
 - Reduz o risco de câncer de mama no futuro.
 - É mais econômica e higiênica: você só precisa lavar as mãos.
 - É mais prática e segura: o leite está sempre pronto e fresco, na temperatura certa, e não se estraga.
- O bebê deve pegar bem o peito, abocanhando a aréola (parte escura em volta do bico). Não dê chupetas para seu bebê, pois pode atrapalhar a pega e a sucção do leite.
 - Lave seu peito só com água; não passe sabonete nem pomada nas mamas. Fique sempre com o sutiã seco.
 - Em caso de rachaduras nos mamilos, observe se a pega está correta e tente mudar a posição de o bebê mamar.
 - É bom tomar sol nas mamas, de manhã ou à tarde. Aproveite para dar um banho de sol em seu bebê também. Ele deve ficar sem a roupinha, para que o sol bata diretamente em sua pele.
 - Em caso de mamas muito cheias ou endurecidas, é necessário retirar o excesso de leite, o que promoverá alívio para você e facilitará a pega pelo bebê. Peça orientação ao profissional de saúde. Se você produz mais leite do que seu bebê mama, pode ser uma doadora de leite materno, logo verifique na Unidade de Saúde se há posto de coleta ou banco de leite perto de sua casa e como você pode doar.
 - Em caso de problemas com a amamentação, procure orientação com os profissionais da Unidade de Saúde, no Banco de Leite ou no posto de coleta mais próximo.

ATENÇÃO VOCÊ: RESUMO DAS OPÇÕES PARA ANTICONCEPTIVOS EM PUÉRPERAS

OPÇÕES DE CONTRACEPÇÃO DURANTE O PERÍODO DE PÓS-PARTO IMEDIATO:

PARA LACTANTES:

- Esterelização feminina;
- Esterelização masculina;
- Dispositivo intrauterino (DIU);
- Implantes;
- Pílulas somente com progestógenos;
- Método de amenorreia lactacional (LAM) e
- Preservativos.

PARA NÃO LACTANTES:

- Esterelização feminina;
- Esterelização masculina;
- (DIU);
- Implantes;
- Injetáveis;
- Contraceptivos orais combinados;
- Preservativos e
- Contracepção de emergência.

Fonte: Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Contraceptivos da OMS (2015)².

BIBLIOGRAFIA

1. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**- Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Tiragem: edição eletrônica–2014 http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf
2. **MÃE ME QUER**. Consulta do puerpério. Disponível em: <https://www.maemequer.pt/a-vida-com-o-seu-bebe/pos-parto/puerperio/consulta-do-puerperio/>.
3. **Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido Área(s)**:Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, do Homem e da Criança da Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida, da Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária da Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde Portaria SES-DF Nº 342 de 28.06.2017, publicada no DODF Nº 124 de 30.06.2017. Disponível em: file:///C:/lara/projeto%20bahiana/COMITE%20DE%20ETICA/metodos%20quant/CARTILHA%20MATERIAIS/MUITO%20BOM%20COMO%20ROTEIRO%20-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Prenatal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem_nascido.pdf
4. **LONDRINA**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde/Eni do Carmo de Souza, Marcos André da Silva (col.)...[et all] – 2. ed. – Londrina : SMS. 2016.

Cartinha de Orientação:

Cartilha Maternal: O seu pós –parto mais organizado pra você

Elaboração: Iara Pires Reis Silva

Coordenação do Projeto Milena Bastos Brito

Diagramação, artes e produção gráfica: Lárissa Teixeira

Email:iara.p.r.silva@gmail.com

Cartilha elaborada como parte da pesquisa desenvolvida pelo Programa da Pós Graduação Stricto Senso em Tecnologias da Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública que tem como objetivo comparar a adesão a consulta puerperal entre os grupos: multiplataforma de mensagem instantânea e orientação convencional.

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO
CONTRACEPTIVA NO PUERPÉRIO**

Iniciais da paciente: _____

Data da entrevista ____/____/____

Maternidade

[1] Maternidade Tsylla Balbino

[2] Maternidade Iperba

[3] Maternidade Climério de Oliveira

1. **Data Nascimento** ____/____/____ **Idade** _____

2. **G** _____ **P** _____ **A** _____

3. **Data do último parto:** ____/____/____

4. **Contato:** _____

5. **Contato de pessoa próxima:** _____

6. **Estado civil:**

[1] solteira

[2] casada

[3] divorciada

[4] união estável

[5] viúva

[6] outra _____

7. **Ocupação:**

[1] estudante

[2] carteira assinada

[3] profissional liberal

[4] desempregada

[5] outra _____

8. **Renda Individual Mensal:**

[1] Nenhuma renda mensal

[2] Até 1 salário mínimo

[3] De 1 a 3 salários mínimos

[4] De 3 a 6 salários mínimos

[5] De 6 a 9 salários mínimos

9. Escolaridade:

[1] Ensino fundamental I (1ª a 4ª série)

[2] Ensino fundamental I (5ª a 8ª série)

[3] Ensino médio

[4] Ensino superior incompleto

[5] Ensino superior completo

[6] Sem escolaridade

10. Cor/Raça:

[1] branca

[2] preta

[3] parda

[4] indígena

[5] amarela

[6] outra _____

11. Religião:

[1] católica

[2] evangélica

[3] espírita

[4] candomblé

[5] outra _____

12. Sua última gestação foi planejada?

[1] Não

[2] Sim

13. Número de consultas de pré-natal

[1] Menor ou igual a seis consultas

[2] Maior ou igual a seis consultas

14. Realizou pré-natal de alto risco?

[1] Sim

[2] Não

15. Qual método contraceptivo você utilizará agora no puerpério?

[1] camisinha

[2] anel vaginal

- [3] pílula
- [4] DIU de cobre
- [5] DIU medicado (hormonal)
- [6] Implante
- [7] adesivo
- [8] injetável mensal
- [9] injetável trimestral
- [10] LAM (método da lactação e amenorréia)
- [11] Mini pílula (composta de progesterona)
- [12] Laqueadura
- [13] Não sei
- [14] Tenho dúvida

16. Recebeu orientações sobre anticoncepcional no pré-natal?

- [1] Sim
- [2] Não

17. Se SIM para resposta 18. De quem?

- [1] médico
- [2] enfermeiro
- [3] familiar
- [4] palestras
- [5] outro profissional

18. Tem acompanhamento em serviço de planejamento familiar?

- [1] Sim
- [2] Não

19. Após iniciar o método contraceptivo no pós-parto você acredita que:

- [1] Engordará
- [2] Emagrecerá
- [3] Não terá mais filhos
- [4] Aumentará as varizes nas pernas
- [5] Nada vai mudar
- [6] Outro: _____

20. Você participou da escolha de seu método contraceptivo em seu pós-parto?

- [1] Sim

[2] Não

[3] Não me falaram sobre anticoncepcional no pré-natal

21. Você deseja amamentar?

[1] Sim

[2] Não

22. Recebeu orientações sobre o LAM (Método da Lactação e Amenorreia)

[1] Sim

[2] Não

23. Sente-se segura de usar os métodos contraceptivos nesse momento da amamentação?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

24. Acha que precisa utilizar anticoncepcionais no período em que estiver amamentando de forma exclusiva?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

25. O processo de amamentação foi abordado em sua consulta pré-natal?

[1] Sim

[2] Não

26. Você pretende amamentar seu bebê até seis meses?

[1] Sim

[2] Não

27. Você pretende amamentar seu bebê por mais de seis meses?

[1] Sim

[2] Não

28. Você gostaria de ter um seguimento com equipe multiprofissional em seu pós-parto para auxiliar na organização de sua contracepção de modo contínuo até 6 meses de vida de seu bebê?

[1] Sim

[2] Não

[3] Não sei

29. Este seguimento de seis meses a deixaria mais tranquila com seu planejamento contraceptivo após o parto?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

[4] Provavelmente não correria risco de engravidar e nem riscos de saúde

30. Saber o profissional a quem recorrer para retirar dúvida e receber orientações faria diferença para o uso adequado dos contraceptivos?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

31. Você ficou satisfeita com as orientações recebidas no Pré-Natal para sua contracepção no puerpério?

[1] Sim

[2] Não

ANEXO B – VERSÃO C DO LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY (LMUP) ¹⁹

Figura 2- Questionário LMUP, versão Brasil. Marília/SP, 2010.

London Measure of Unplanned Pregnancy

Abaixo estão algumas questões que envolvem as circunstâncias e os sentimentos no momento em que você ficou grávida.

1) No mês em que eu fiquei grávida
(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):
 2 Eu/nós não estávamos usando método contraceptivo.
 1 Eu/nós estávamos usando método contraceptivo, mas não em todas as ocasiões.
 1 Eu/nós sempre usamos método contraceptivo, mas sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.
 0 Eu/nós sempre usamos método contraceptivo.

2) Em termos de me tornar mãe (*pela primeira vez ou de novo*), eu sinto que minha gravidez aconteceu no
(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):
 2 momento certo.
 1 não bem no momento certo.
 0 momento errado.

3) Logo antes de ficar grávida.
(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):
 2 eu tinha intenção de ficar grávida.
 1 minhas intenções variavam.
 0 eu não tinha intenção de ficar grávida.

4) Logo antes de ficar grávida...
(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):
 2 eu queria ter um filho.
 1 eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho.
 0 eu não queria ter um filho.

Na próxima questão, nós perguntamos sobre o seu parceiro – que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com que você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes.

5) Antes de eu ficar grávida:
(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):
 2 Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida.
 1 Meu parceiro e eu tínhamos discutido sobre ter filhos juntos, mas não concordamos que eu ficasse grávida.
 0 Nós nunca discutimos sobre ter filhos juntos.

6) Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/ iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para uma gravidez?
(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):
 Duas ou mais ações = 2 tomei ácido fólico.
 Uma ação = 1 parei ou diminuí o fumo.
 Nenhuma ação = 0 parei ou diminuí bebida alcoólica.
 comi de forma mais saudável .
 procurei assistência médica ou outro serviço de saúde.
 tomei outra providência, favor descrever _____
 ou
 eu não fiz nada disso antes da minha gravidez.

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nome da pesquisa: Uso da tecnologia na adesão à saúde reprodutiva no puerpério

Pesquisadora responsável: Iara Pires Reis Silva

E-mail: iara.p.r.silva@gmail.com

Endereço: Av. Dom João VI, nº 275, Brotas. CEP: 40290-000

A Sra. está sendo convidada a participar de maneira voluntária de um projeto de pesquisa com objetivo de avaliar o uso da tecnologia móvel na adesão aos métodos contraceptivos optado no pós-parto.

Sua participação consta em responder dois questionários, um com 27 questões e outro com 6 (duração média de 15 minutos), sobre o planejamento de sua gravidez, a orientação recebida para a contracepção no pós-parto, satisfação ao método proposto para o puerpério e sua participação na escolha da contracepção prescrita. O questionário será aplicado reservadamente, diminuindo o possível risco de constrangimento.

A Sra. após responder questionário participará de uma pesquisa dividida em dois grupos para verificar a ida a consulta puerperal, método contraceptivo em uso, sua satisfação e as dificuldades encontradas com a contracepção do pós-parto.

A sua participação nesta pesquisa não irá gerar nenhum preconceito, discriminação ou privilégios e não afetará os cuidados que você receberá nessa unidade. Não haverá pagamento pela sua participação. Mas, em qualquer momento, a sra. tem o direito de ser indenizada por possíveis danos que achar necessário.

Os resultados desse estudo podem ser publicados, mas o seu nome ou identificação não serão revelados, pois será atribuída uma numeração ao seu questionário. Afirmamos manter esses dados em sigilo e privados. Não usaremos informações que causem prejuízos às participantes da pesquisa.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Este termo está de acordo com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como pessoa participante em

pesquisas, ou se sentir em situação desagradável, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição para tirar as dúvidas:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

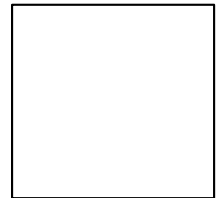
Telefone: 71 3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

Endereço: Av. Dom João VI, nº 275, Brotas. Salvador/BA. CEP: 40290-000.

Eu,

_____, RG
nº _____ declaro ter sido informada e concordo em participar,
como

voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito. Li as informações acima, recebi explicações sobre o conteúdo, prejuízos e benefícios do projeto. Assumo a minha participação e compreendo que posso retirar minha permissão a qualquer momento, sem ser punida e sem perder nenhum benefício.



Salvador, ____ de _____ de _____

Impressão

Assinatura da Paciente /Responsável

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DA TECNOLOGIA NA ADESÃO À SAÚDE REPRODUTIVA NO PUERPÉRIO

Pesquisador: MILENA BASTOS BRITO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08577819.3.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.372.611

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1152942.pdf	26/04/2019 16:53:15		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	26/04/2019 00:24:30	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/04/2019 00:16:55	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/04/2019 00:14:22	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_ALTERADO_FIM.pdf	26/04/2019 00:11:19	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicao_e_infraestrutur a.pdf	24/02/2019 21:52:24	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	19/02/2019 00:20:46	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	17/02/2019 00:02:06	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 05 de Junho de 2019

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Puerperio: a tecnologia móvel como adjuvante ao seguimento

Pesquisador: MILENA BASTOS BRITO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32340920.9.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.334.819

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1556576.pdf	01/10/2020 00:56:42		Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_SET_2020.pdf	01/10/2020 00:55:51	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_SETEMBRO_28desetembro2020.docx	01/10/2020 00:50:52	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Outros	CARTA_resp_2020_28_set.docx	01/10/2020 00:42:26	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2020_PB_da_plataforma.docx	29/09/2020 17:52:08	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_2020_da_plataforma.docx	29/09/2020 17:51:48	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2020_PB_2_SETEMBRO.docx	29/09/2020 17:51:37	MILENA BASTOS BRITO	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_TYSSILA_2020.pdf	11/08/2020 19:40:01	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_2020_PB.pdf	11/08/2020 18:54:49	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CEP_2020_ASSINADA.pdf	24/05/2020 17:36:28	IARA PIRES REIS SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não