Internato 2026

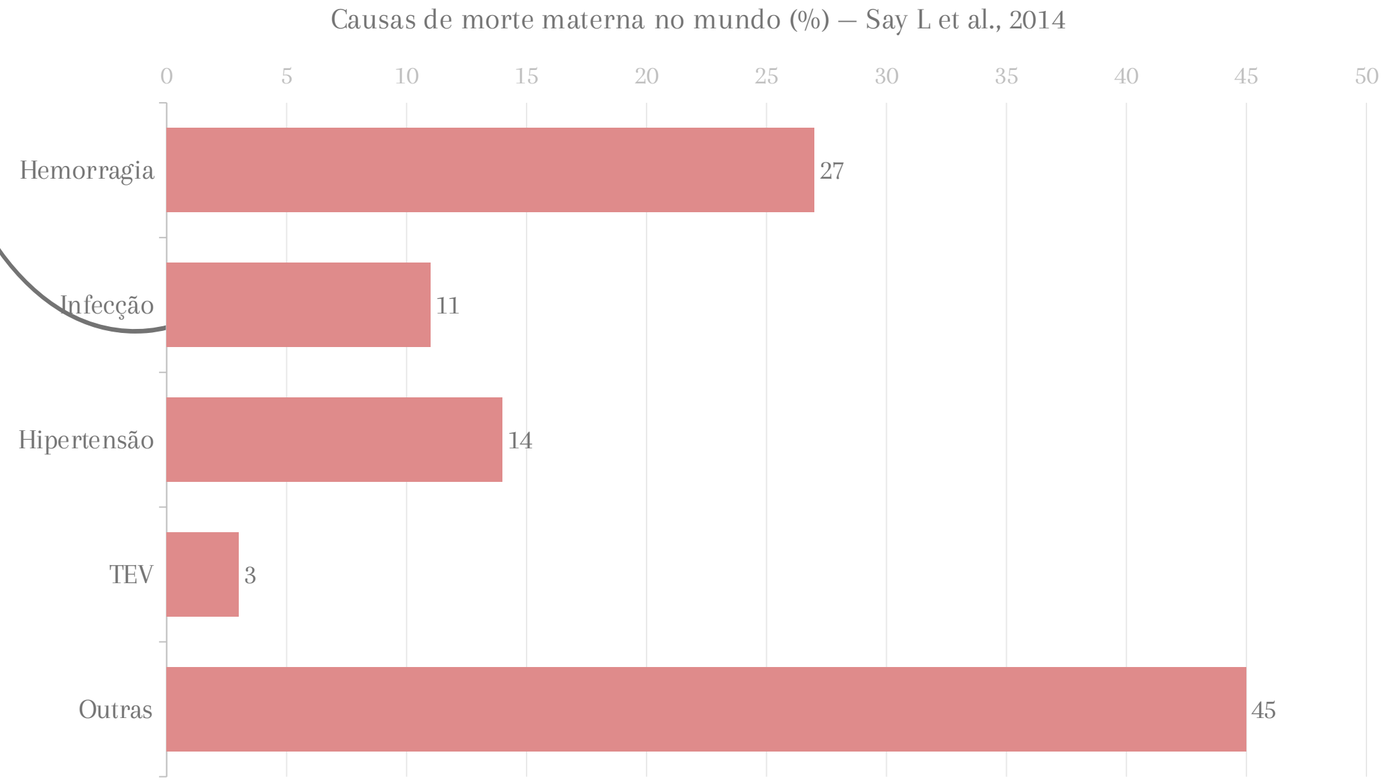
Puerpério e amamentação

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Fisiologia do puerpério e o que é normal na consulta de 42 dias
2. Infecção puerperal: endometrite, ferida operatória e quando internar
3. Mama que dói: ingurgitamento, fissura, mastite e abscesso
4. Tromboembolismo e depressão pós-parto: os que matam em silêncio
5. Amamentação e contracepção: o que pode, o que não pode

EPIDEMIOLOGIA | O PUERPÉRIO QUE MATA



60%

das mortes maternas no mundo ocorrem no puerpério — a maioria na 1ª semana (OMS)

1 em 5

puérperas brasileiras tem sintomas depressivos (EPDS ≥ 12) — Nascer no Brasil, 26,3%

45,8%

de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses no Brasil (ENANI 2019); meta OMS 2030: 70%

Fontes: Say L et al., Lancet Glob Health 2014; Theme-Filha MM et al., Reprod Health 2016 (Nascer no Brasil); ENANI 2019 (UFRJ/MS); OMS, Postnatal care guideline 2022.

PUERPÉRIO | O QUE É NORMAL

Involução uterina

Pós-parto: fundo na cicatriz umbilical; desce ~1 cm/dia
D10–14: útero intrapélvico, não palpável
6 semanas: volta ao tamanho pré-gravídico
Cólicas de amamentação (ocitocina) são esperadas nos primeiros dias.

Lóquios

Rubra: sangue, D1–4
Serosa: rosada/acastanhada, D5–10
Alba: amarelo-esbranquiçada, até 4–6 semanas
Fétidos, purulentos ou com retorno ao vermelho vivo após D10: investigar (restos, endometrite).

Retorno da fertilidade

Sem amamentar: ovulação em média aos 45 dias — pode ser antes da 1ª menstruação.
Amamentação exclusiva: amenorreia lactacional protege 98% só nos 6 primeiros meses E com amenorreia E aleitamento exclusivo.
Contracepção deve ser definida ANTES da alta ou na 1ª semana.

Fontes: Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 32; FEBRASGO, Puerpério (2018); OMS 2022.

CONSULTA PUERPERAL | ATÉ 42 DIAS. IDEAL NA 1ª SEMANA

Dia 5 (mãe + bebê)

PA, temperatura, mamas, útero, lóquios, ferida/períneo, membros inferiores.
Pega e sucção; perda de peso do RN (< 10%); icterícia; teste do pezinho, vacinas BCG/hepatite B.
Humor: perguntar sobre sono, choro, ideias de machucar-se ou o bebê.
Contracepção: decidir já.

Sinais de alarme (ensinar na alta)

- febre ≥ 38 °C
- sangramento que encharca 1 absorvente/hora ou coágulos grandes
- lóquios fétidos
- dor, calor ou endurecimento em panturrilha
- dispneia, dor torácica
- cefaleia intensa, visão turva, PA ≥ 140/90 (pré-eclâmpsia pós-parto até 6 semanas)
- mama vermelha, quente, dolorosa
- tristeza persistente, não conseguir cuidar do bebê

42 dias

Revisão do parto e das intercorrências; PA (HAS persistente > 12 semanas = crônica).
Diabetes gestacional: TOTG 75 g entre 6 e 12 semanas.
Períneo, incontinência urinária e fecal, dispareunia, retorno à atividade sexual.
Vacinas pendentes (tríplice viral, varicela — permitidas na amamentação).
Planejamento reprodutivo e intervalo interpartal ≥ 18 meses.

Fontes: Ministério da Saúde, CAB 32 e Rede Alyne (2024); ACOG Committee Opinion 736 (2018), 'the fourth trimester'.

Infecção puerperal

Febre após o parto: o útero é culpado até prova em contrário



CASO 1 | FEBRE NO D4

Patrícia, 24 anos, G1P1, 4º dia de cesárea.

Cesárea por falha de indução após 18 h de bolsa rota, 9 toques vaginais. Alta no D2 bem. Volta com febre de 38,5 °C há 24 h, calafrios, dor em baixo ventre e lóquios 'com cheiro forte'.

Exame: FC 110, PA 100/60, T 38,7 °C. Ferida operatória limpa, sem hiperemia. Útero subinvoluído, palpável 2 cm acima do umbigo, muito doloroso. Lóquios acastanhados e fétidos. Mamas sem alterações. Panturrilhas livres.

Hb 10,2; leucócitos 18.900 com desvio; PCR 140. Urina 1 normal. USTV: cavidade com 12 mm de conteúdo heterogêneo, sem coleção anexial.



Qual o diagnóstico e os fatores de risco? Trata em casa ou interna? Qual esquema — e até quando?

ENDOMETRITE PUERPERAL

Diagnóstico é clínico

Tríade: febre ≥ 38 °C após as primeiras 24 h, útero doloroso e subinvoluído, lóquios fétidos/purulentos
Polimicrobiana: anaeróbios, estreptococos, E. coli, Gardnerella; GBS e Clostridium nas precoces graves.
Febre nas primeiras 24 h: pensar em GBS, pielonefrite, atelectasia.
USG serve para afastar restos e abscesso, não para diagnosticar.

Fatores de risco

Cesárea: 5–20x o risco do parto vaginal — principalmente a intraparto
· bolsa rota prolongada, muitos toques, corioamnionite
· trabalho de parto prolongado, monitorização interna
· extração manual da placenta, restos
· anemia, diabetes, obesidade, baixa condição socioeconômica
Profilaxia: cefazolina 2 g IV antes da incisão (3 g se > 120 kg) + azitromicina 500 mg IV na cesárea intraparto (C/SOAP).

Tratamento

Padrão: clindamicina 900 mg IV 8/8 h + gentamicina 5 mg/kg/dia IV (ou 1,5 mg/kg 8/8 h)
Alternativa: ampicilina-sulbactam 3 g IV 6/6 h; ou ceftriaxona + metronidazol
Até quando: afebril por 24–48 h → alta SEM antibiótico oral (não há benefício)
Sem melhora em 48–72 h: abscesso pélvico (USG/TC), restos (curetagem com cobertura), tromboflebite pélvica séptica (heparina)
Sempre internar a endometrite pós-cesárea.

Fontes: Mackeen AD et al., Cochrane 2015; Tita ATN et al., NEJM 2016 (C/SOAP); ACOG Practice Bulletin 199 (2018); FEBRASGO 2018.

OUTRAS INFECÇÕES PUERPERAIS

Quadro	Como reconhecer	Conduta
Infecção de ferida operatória	D4–7: hiperemia, calor, secreção, deiscência; celulite x abscesso de parede	Celulite: cefalexina 500 mg 6/6 h 7 d; abscesso: abrir, drenar, lavar, cicatrização por 2ª intenção; fasceíte necrosante (dor desproporcional, crepitação, toxemia) = desbridamento cirúrgico urgente + antibiótico de amplo espectro
Infecção de episiotomia / laceração	Dor, edema, secreção; deiscência	Abrir, limpar, antibiótico se celulite; reparo tardio após granulação; afastar fístula retovaginal nas de 3º/4º grau
Pielonefrite	Febre, dor lombar, Giordano +, piúria	Ceftriaxona 1 g IV; urocultura; 10–14 dias
Tromboflebite pélvica séptica	Febre persistente apesar de antibiótico adequado, exame pélvico pobre, TC com trombo em veia ovariana	Heparina terapêutica + manter antibiótico; diagnóstico de exclusão
Choque séptico puerperal	Hipotensão, taquicardia, lactato > 2, oligúria — qSOFA	Hora de ouro: culturas, antibiótico de amplo espectro em 1 h (piperacilina-tazobactam ou meropeném + clindamicina se GAS), cristaloide 30 mL/kg, controle do foco (curetagem/histerectomia)

Fontes: ACOG 199 (2018); RCOG Green-top 64b (Sepsis following pregnancy); Surviving Sepsis Campaign 2021.

CASO 1| RESOLUÇÃO

Endometrite pós-cesárea.

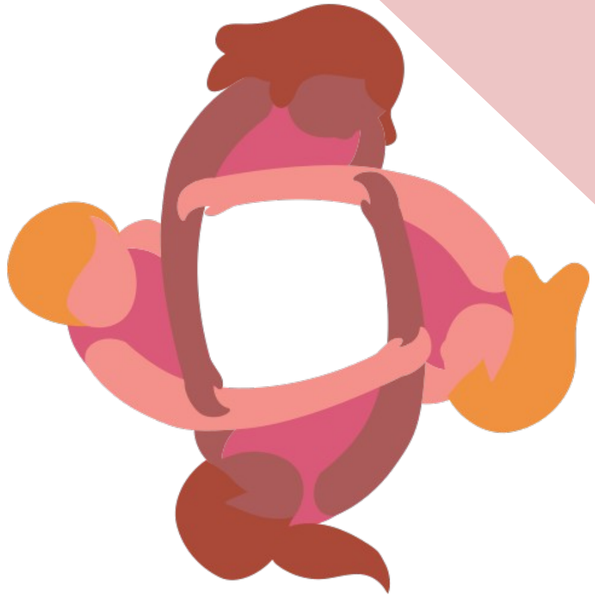
Febre após 24 h + útero doloroso e subinvoluído + lóquios fétidos. Fatores de risco em sequência: bolsa rota 18 h, 9 toques, cesárea intraparto. A ferida limpa e a urina normal afastam os outros focos.

Interna: toda endometrite pós-cesárea é tratada IV. Hemoculturas se calafrios; clindamicina 900 mg IV 8/8 h + gentamicina 5 mg/kg/dia.

Os 12 mm de conteúdo: não é indicação de curetagem agora — curetar útero infectado sem cobertura perfura e dissemina. Reavaliar em 48–72 h; se persistir febre, considerar restos (curetagem cuidadosa sob antibiótico) ou abscesso.

Alta: afebril por 24–48 h, sem antibiótico oral. Manter amamentação (clindamicina e gentamicina são compatíveis).

Na próxima cesárea: cefazolina antes da incisão + azitromicina se intraparto; limitar toques; preparo vaginal com clorexidina reduz endometrite na cesárea com bolsa rota.



Febre + útero doloroso + lóquio fétido

Clinda + genta IV

Alta sem antibiótico oral

Não curetar sem cobertura

A mama que dói

Ingurgitamento, fissura, mastite, abscesso — e nenhum deles contraindica amamentar



CASO 2| MAMA VERMELHA NO D12

Fernanda, 31 anos, G1P1, 12 dias de parto normal.

Amamenta em livre demanda, mas 'o bebê não pega direito do lado direito' e ela tem fissura no mamilo há 1 semana. Ontem começou dor intensa no quadrante superior externo da mama direita, febre de 38,8 °C, calafrios e mal-estar, 'como uma gripe'.
Exame: T 38,6 °C, FC 98. Mama direita com área de 6 cm de hiperemia, calor e endurecimento no QSE, sem flutuação. Fissura no mamilo com crosta. Mama esquerda normal. Axila livre.
Pergunta se precisa parar de amamentar e se 'o leite está contaminado'.



Mastite ou abscesso? Antibiótico? Ela pode continuar amamentando desse lado?

A MAMA LACTANTE | DO INGURGITAMENTO AO ABSCESSO

Quadro	Quando / como reconhecer	Conduta
Ingurgitamento	D3–5 (apojadura): mamas cheias, tensas, dolorosas, bilaterais; febre baixa possível	Mamadas frequentes e eficazes, ordenha manual antes da pega para amolecer aréola, compressas frias entre mamadas, analgésico; não restringir líquidos
Fissura / trauma mamilar	Dor à pega, rachadura, sangramento; a causa é pega inadequada em 90%	Corrigir pega (boca bem aberta, lábio evertido, aréola na boca); iniciar pela mama menos dolorida; leite materno no mamilo; lanolina; evitar sabonete; não suspender
Ducto obstruído	Nódulo doloroso localizado, sem febre, sem hiperemia extensa	Esvaziar a mama (mamada começando pelo lado afetado), massagem suave em direção ao mamilo, calor local antes, variar posição
Mastite	Dor + hiperemia em cunha + febre ≥ 38,5 °C + sintomas gripais; geralmente unilateral, 2ª–6ª semana; S. aureus	Manter amamentação ou ordenha (esvaziar é o tratamento); cefalexina 500 mg 6/6 h ou cefadroxila 500 mg 12/12 h por 10–14 dias; clindamicina se alergia/MRSA; AINE; reavaliar em 48–72 h
Abscesso	Mastite que não melhora em 48–72 h, flutuação, massa; USG confirma	Punção aspirativa guiada por USG (repetir se necessário) ou drenagem cirúrgica se > 5 cm/multiloculado; manter antibiótico e amamentação (do lado afetado se a incisão não envolver a aréola)

Fontes: Academy of Breastfeeding Medicine, Protocol #36 — Mastitis Spectrum (2022); Ministério da Saúde, Saúde da criança: aleitamento materno (CAB 23); Amir LH, BMJ 2014.

AMAMENTAÇÃO | RECOMENDAÇÃO E PEGA

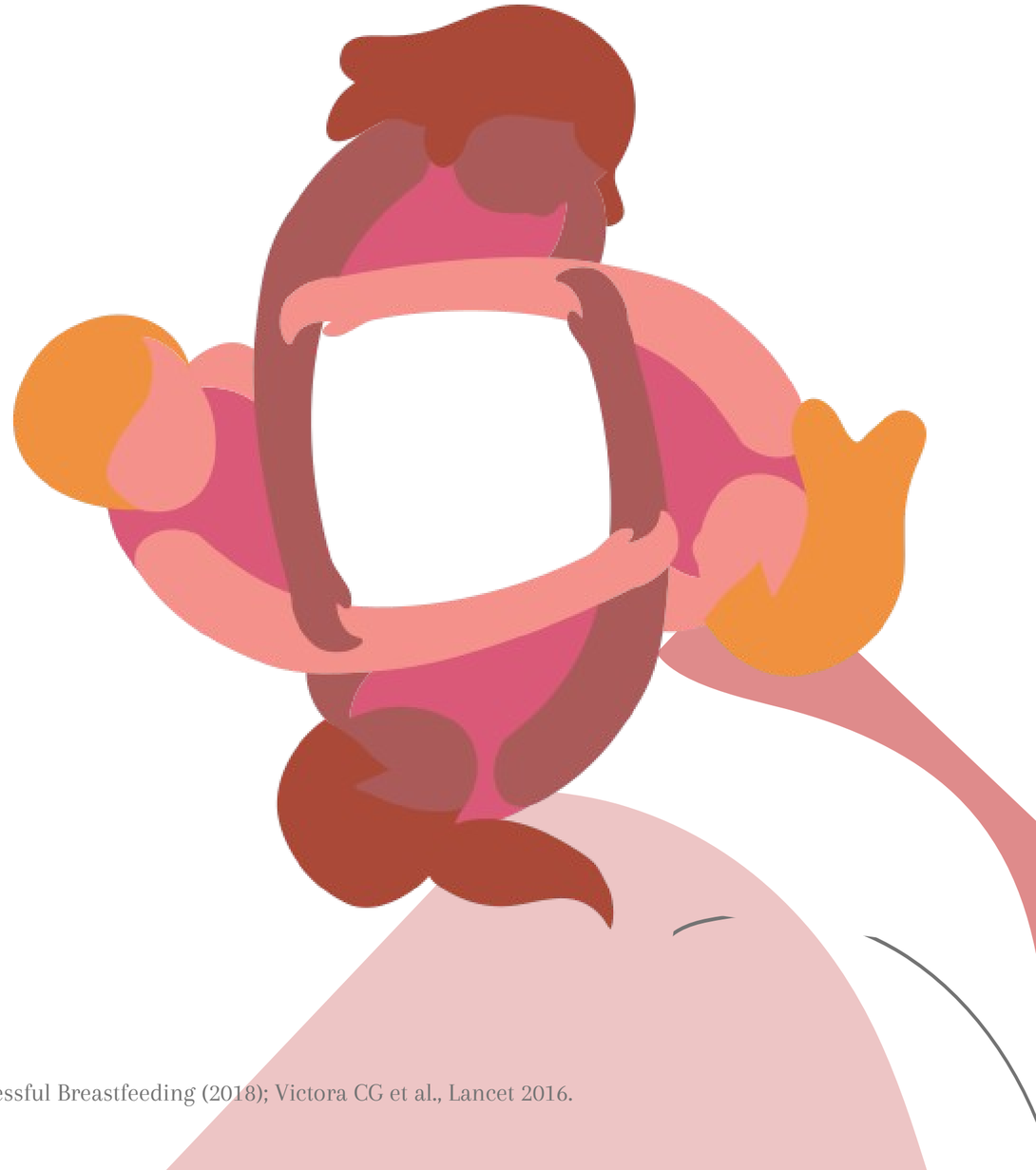
Recomendação exclusiva até 6 meses, complementada até 2 anos ou mais (OMS/MS). Início na 1ª hora de vida reduz a mortalidade neonatal em 22%.

Pega correta boca bem aberta, lábio inferior evertido, queixo tocando a mama, mais aréola visível acima do que abaixo, bochechas arredondadas, deglutição audível — e sem dor.

Sinais de que está dando certo ≥ 6 fraldas molhadas/dia a partir do D4, recuperação do peso de nascimento até D10–14, mamadas de 8–12 por dia em livre demanda.

Dez passos (IHAC) o que mais cai: contato pele a pele e mamada na 1ª hora, alojamento conjunto, nenhum outro alimento sem indicação médica, sem bicos ou chupetas, apoio após a alta.

Banco de leite / consultoria encaminhar toda dificuldade de pega, fissura persistente, baixo ganho ponderal ou mãe que quer desistir — a maioria dos desmames precoces é evitável.



Fontes: Ministério da Saúde, Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019); OMS/UNICEF, Ten Steps to Successful Breastfeeding (2018); Victora CG et al., Lancet 2016.

AMAMENTAÇÃO | O QUE CONTRAINDICA E O QUE NÃO

Contraindicações absolutas (Brasil)

HIV: não amamentar; fórmula fornecida pelo SUS; inibir lactação com cabergolina 1 mg dose única
HTLV 1 e 2
Galactosemia no recém-nascido
Quimioterápicos, radiofármacos, drogas ilícitas
Varicela materna 5 dias antes a 2 dias após o parto: separar até as lesões em crosta; leite ordenhado pode.

Não contraindicam

Hepatite B — RN recebe vacina + imunoglobulina em 12 h.
Hepatite C — exceto fissura sangrante.
COVID-19, dengue, Zika, citomegalovírus (RN a termo).
Tuberculose em tratamento há > 2 semanas (máscara).
Mastite, abscesso drenado, fissura.
Herpes labial (não beijar o bebê); herpes na mama: ordenhar daquele lado.

Medicamentos

Compatíveis: paracetamol, dipirona, ibuprofeno, amoxicilina, cefalexina, clindamicina, metronidazol, sertralina, metildopa, nifedipino, enalapril, insulina, metformina, heparinas, varfarina, prednisona
Evitar: amiodarona, lítio, isotretinoína, ergotamina, iodo radioativo, ciclosporina, estrogênio nas primeiras 6 semanas (reduz o leite)
Em dúvida: e-lactancia.org ou o manual do MS 'Amamentação e uso de medicamentos'.

Fontes: Ministério da Saúde, Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias (2014); PCDT HIV gestantes 2024 (MS); Academy of Breastfeeding Medicine; e-lactancia.org (APILAM).

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Mastite puerperal lactacional, sem abscesso (ainda).

Área em cunha, febre alta e sintomas gripais na 2ª semana, porta de entrada na fissura por pega inadequada: é o quadro clássico. Sem flutuação — se houver dúvida, USG.

Tratamento: cefalexina 500 mg 6/6 h por 10–14 dias + ibuprofeno; esvaziar a mama a cada mamada começando pelo lado direito ou ordenhar; compressa fria após a mamada. Reavaliar em 48–72 h.

O leite não está contaminado: a mastite é inflamação do tecido; o bebê já está colonizado pela flora da mãe. Suspender a amamentação PIORA a mastite (estase) e aumenta o risco de abscesso.

A causa: corrigir a pega é o tratamento definitivo — encaminhar ao banco de leite/consultora. Lanolina na fissura, iniciar pelo lado menos dolorido.

Se em 72 h persistir febre ou surgir flutuação: USG e punção aspirativa guiada; não é preciso desmamar nem mesmo com abscesso drenado.



Cefalexina 10–14 d

Esvaziar é o tratamento

Nunca suspender a mamada

Abscesso: punção guiada

Os que matam em silêncio

Tromboembolismo e depressão pós-parto



TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO PUERPÉRIO

Por que o puerpério

Risco 20–80x maior que fora da gestação nas primeiras 6 semanas; pico na 1ª semana.
Tríade de Virchow completa: hipercoagulabilidade, estase, lesão endotelial (parto).
TEP é a 1ª causa de morte materna direta no Reino Unido; no Brasil, subnotificada.
Cesárea de emergência dobra o risco da eletiva.

Estratificar (RCOG 37a)

Alto risco (profilaxia 6 semanas): TEV prévio, trombofilia de alto risco, cesárea intraparto + outro fator
Intermediário (≥ 10 dias): cesárea, IMC ≥ 40, infecção, HPP > 1 L, pré-eclâmpsia, imobilidade, parto prematuro, natimorto
Baixo risco com ≥ 2 fatores menores (10 dias): idade > 35, IMC 30–39, paridade ≥ 3, tabagismo, varizes, gemelar, parto prolongado, fórcipe
Enoxaparina 40 mg SC/dia (60 mg se 90–130 kg); iniciar 6–12 h após o parto; compatível com amamentação.

Suspeitar e confirmar

TVP: dor e edema assimétrico de perna (> 2 cm de diferença), esquerda em 85% — Doppler venoso
TEP: dispneia súbita, taquicardia, dor pleurítica; D-dímero não serve no puerpério — angioTC (preferida) ou cintilografia
Tratar: enoxaparina 1 mg/kg 12/12 h; depois varfarina ou manter HBPM por 6 semanas–3 meses; DOACs não na amamentação
Trombose de veia ovariana: febre + dor em flanco D pós-parto — TC.

Fontes: RCOG Green-top 37a (2015) e 37b; ACOG Practice Bulletin 196 (2018); FEBRASGO, Tromboembolismo venoso na gestação e puerpério (2021).

CASO 3 | CHORO NA 3ª SEMANA

Juliana, 29 anos, G1P1, 20 dias de parto.

Vem à consulta do bebê e a enfermeira pede para o médico vê-la: chora sem motivo todos os dias, não dorme mesmo quando o bebê dorme, não sente prazer em nada, 'acha que não serve para ser mãe'. Comia pouco. Nega ideias de machucar o bebê, mas diz que 'seria melhor se não existisse'.
Gestação planejada, parto normal sem intercorrências. Episódio depressivo aos 22 anos tratado com sertralina. Marido viaja a trabalho; mãe mora em outra cidade. Exame físico normal. Escala de Edimburgo (EPDS): 19 pontos; item 10 (pensamento de se ferir) marcado como 'às vezes'.



É 'baby blues'? Qual o risco imediato? Trata com o quê — e ela pode amamentar?

HUMOR NO PUERPÉRIO | TRÊS QUADROS, TRÊS CONDUTAS

	Blues puerperal	Depressão pós-parto	Psicose puerperal
Frequência	50–80%	10–20% (26% no Brasil)	1–2 por 1.000
Início / duração	D3–5; some em até 2 semanas	Primeiras 4–6 semanas (DSM-5: até 4 semanas; na prática até 12 meses); dura meses sem tratamento	Primeiras 2 semanas, abrupto
Clínica	Labilidade, choro fácil, ansiedade, insônia leve; funcionalidade preservada	Humor deprimido ou anedonia ≥ 2 semanas + sono, apetite, culpa, inutilidade, dificuldade de vínculo, ideação suicida	Delírios (sobre o bebê), alucinações, confusão, agitação, insônia total; risco de infanticídio e suicídio
Rastreio	Clínico	EPDS em toda consulta puerperal: ≥ 10 rastreio positivo; ≥ 13 provável depressão; item 10 > 0 = avaliar risco agora	Clínico — qualquer sintoma psicótico
Conduta	Acolher, orientar, rede de apoio, sono; reavaliar em 2 semanas	Psicoterapia (leve); ISRS (moderada/grave): sertralina 50–100 mg — a de menor passagem para o leite; manter amamentação; apoio e rede	EMERGÊNCIA psiquiátrica: internação, não deixar sozinha com o bebê, antipsicótico ± lítio; transtorno bipolar em 70%
Fatores de risco	—	Depressão prévia (o maior), ansiedade na gestação, falta de apoio, violência, gestação não planejada, complicações, prematuridade	Bipolaridade, psicose puerperal prévia, história familiar, primiparidade

Fontes: Cox JL et al., Br J Psychiatry 1987 (EPDS); Ministério da Saúde, CAB 32; ACOG Clinical Practice Guideline 4 e 5 (2023); Santos IS et al., Cad Saúde Pública 2007 (validação EPDS Brasil).

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Depressão pós-parto moderada a grave, com ideação passiva de morte.

Não é blues: já passou de 2 semanas, há anedonia, insônia mesmo com o bebê dormindo, culpa e inutilidade, e a funcionalidade caiu. EPDS 19 com item 10 positivo.

Risco imediato: avaliar suicídio agora, na consulta — plano, meios, intenção, e risco ao bebê (ideias intrusivas de machucar o bebê são comuns na depressão e geram culpa; são diferentes dos delírios da psicose). Sem plano e com crítica: ambulatorial com retorno em 1 semana e contato de emergência.

Tratamento: sertralina 50 mg (subir para 100 mg em 1–2 semanas) — a de menor excreção no leite; psicoterapia; sono protegido (marido/mãe assumem uma mamada noturna com leite ordenhado); ativar a rede de apoio, que aqui é frágil.

Amamentar: sim. A relação dose no lactente/dose materna da sertralina é < 2%; o risco de não tratar é maior para a mãe e para o vínculo.

Se surgirem: delírios, alucinações, confusão ou agitação — psicose puerperal, internar no mesmo dia. Se houvesse plano suicida: encaminhamento imediato à psiquiatria/CAPS e não deixar sozinha.



EPDS ≥ 13 + item 10

Sertralina + psicoterapia

Pode amamentar

Psicose = emergência

CONTRACEPÇÃO PÓS-PARTO | RESUMO

Método	Amamentando	Não amamentando	Observação
LAM	Até 6 meses, se amenorreia + exclusivo + < 6 meses	Não se aplica	Falha 2% se os 3 critérios; orientar transição antes dos 6 meses
DIU de cobre / SIU-LNG	Até 48 h (pós-placentário) ou após 4 semanas	Idem	Categoria 1–2; expulsão 10–20% no pós-placentário; não precisa esperar a menstruação
Implante / pílula de progestagênio	A qualquer momento, inclusive na alta (OMS cat. 2 < 6 sem; CDC cat. 1)	A qualquer momento	Desogestrel 75 µg; não altera volume de leite
Injetável trimestral (AMPD)	Após 6 semanas (OMS cat. 3 antes)	Imediato	Sangramento irregular; retorno da fertilidade lento
Combinado (pílula, anel, adesivo)	Após 6 meses (cat. 3 entre 6 sem e 6 m — reduz leite)	Após 21 dias sem fatores de risco de TEV; 42 dias com fatores	Nunca antes de 21 dias (TEV)
Laqueadura	No parto ou após (Lei 14.443/22: ≥ 21 anos ou 2 filhos; sem consentimento do cônjuge)	Idem	60 dias entre manifestação e cirurgia; exceto no parto se já manifestada

Fontes: OMS, Critérios Médicos de Elegibilidade 2015; CDC US MEC 2024; Lei 14.443/2022; FEBRASGO 2022.

QUESTÃO | ENDOMETRITE

Puérpera no 5º dia de pós-operatório de cesárea procura a emergência com febre de 38,9 °C, calafrios e dor em hipogástrio. Ao exame, útero doloroso à palpação, acima da cicatriz umbilical, lóquios fétidos; ferida operatória sem sinais flogísticos. Assinale a conduta mais adequada:

A Alta com amoxicilina-clavulanato por 7 dias e retorno em 48 horas.

B Internação, hemoculturas e clindamicina associada à gentamicina por via intravenosa até 24–48 horas afebril.

C Curetagem uterina imediata, seguida de antibioticoterapia oral.

D Suspensão do aleitamento e início de ceftriaxona intramuscular ambulatorial.

E Solicitar tomografia de abdome antes de iniciar qualquer antibiótico.

QUESTÃO | ENDOMETRITE

Puérpera no 5º dia de pós-operatório de cesárea procura a emergência com febre de 38,9 °C, calafrios e dor em hipogástrio. Ao exame, útero doloroso à palpação, acima da cicatriz umbilical, lóquios fétidos; ferida operatória sem sinais flogísticos. Assinale a conduta mais adequada:

A Alta com amoxicilina-clavulanato por 7 dias e retorno em 48 horas.

B Internação, hemoculturas e clindamicina associada à gentamicina por via intravenosa até 24–48 horas afebril.

C Curetagem uterina imediata, seguida de antibioticoterapia oral.

D Suspensão do aleitamento e início de ceftriaxona intramuscular ambulatorial.

E Solicitar tomografia de abdome antes de iniciar qualquer antibiótico.

MENSAGENS

1. Consulta puerperal na 1ª semana e aos 42 dias: PA, mama, útero, lóquios, períneo, humor (EPDS) e contracepção — tudo na mesma consulta.

2. Febre após 24 h + útero doloroso + lóquios fétidos = endometrite: internar, clindamicina + gentamicina IV, alta sem antibiótico oral.

3. Mastite: esvaziar a mama é o tratamento; cefalexina 10–14 dias; nunca suspender a amamentação. Sem melhora em 72 h: USG e punção.

4. TEV: risco máximo na 1ª semana; cesárea, obesidade e infecção pedem enoxaparina 40 mg por 10 dias; TEV prévio, 6 semanas.

5. Blues passa em 2 semanas; depressão não — EPDS ≥ 13 ou item 10 positivo: sertralina e psicoterapia, amamentando. Psicose é emergência.

6. Amamentação exclusiva 6 meses; só HIV, HTLV e galactosemia contraindicam. Combinado nunca antes de 21 dias; progestagênio e DIU podem já.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

