



# ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

- O período pós-parto, também conhecido como puerpério, inicia-se após o nascimento do concepto e a saída da placenta.
- O final do puerpério não é tão bem definido, sendo muitas vezes descrito como seis a oito semanas após o parto, período em que as modificações anatômicas e fisiológicas do organismo materno, em especial do seu aparelho reprodutor, são marcadamente notadas:
  - Dextrodesvio.
  - Consistência firme e gradual involução uterina.
  - Regeneração endometrial.
  - Alongamento do colo uterino com retomada gradativa de imperviedade.
  - Crise vaginal pós-parto (descamação atrófica de seu epitélio) acompanhada por processo de ressurgimento de pregueamento e tônus de suas paredes.
- Didaticamente, o puerpério se divide em três etapas:
  - Do 1º ao 10º dia – puerpério imediato
  - Do 10º ao 45º dia – puerpério tardio
  - Além do 45º dia – puerpério remoto

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Temperatura:** fenômenos fisiológicos como ingurgitamento mamário (relacionado à apojadura) e proliferação com ascensão de bactérias vaginais à cavidade uterina justificam discreta elevação de temperatura por volta do 3º dia, cuja duração não excede 48 h.
- **Dor abdominal:** tipo cólica, exacerbada durante as mamadas, de maior intensidade durante a 1ª semana. Decorre de contrações uterinas por ação local da ocitocina, liberada na hipófise posterior pelo reflexo de sucção mamilar.
- **Lóquios:** secreção vaginal pós-parto composta por sangue, fragmentos decíduais, bactérias, exsudatos e transudatos vaginais. Apresenta odor forte e característico, com volume e aspecto influenciados por gradual redução do conteúdo hemático.
- **Aparelho urinário:** edema e lesões traumáticas do trígono vesical e uretra podem acarretar retenção urinária. A esta, soma-se a maior capacidade vesical e eventual cateterismo para justificar predisposição à ocorrência de ITU.
- **Aparelho digestivo:** comum o retardo na primeira evacuação, pelo relaxamento da musculatura abdominal e perineal, assim como pelo desconforto em caso de episiorrafia e hemorróidas.
- **Alterações psíquicas:** breves crises de choro por instabilidade emocional, com marcantes mudanças de humor (disforia pós-parto ou *blues puerperal*) incidem em mais de 50% das pacientes nas duas primeiras semanas do puerpério.
- **Mamas:** o colostro já pode estar presente desde a 2ª metade da gravidez, ou no mais tardar, surge nos primeiros dias pós-parto. Apojadura com ingurgitamento mamário por volta do 3º dia pós-parto.

## ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

- Ascensão dos níveis de hemoglobina e hematócrito em relação à gestação.
- Manutenção, por até uma semana, da leucocitose do trabalho de parto, em especial à custa de granulócitos. Não há desvio para esquerda. Linfopenia relativa e eosinopenia absoluta são comuns.
- Maior prevalência de complicações tromboembólicas é atribuída à associação de fatores clínicos (em especial limitação de mobilização) e alterações na coagulação sanguínea (elevação de fibrinogênio e plaquetas com manutenção do nível elevado de fator VIII em relação ao final da gravidez).

## CONDUTAS NO PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

- **Exame físico:**
  - verificação de sinais vitais (PA, frequência cardíaca, temperatura), avaliação de coloração da pele e mucosas.
  - exame das mamas.
  - palpação abdominal (importante que não ocorra manipulação voluntária do útero visando manutenção intra-cavitária dos coágulos imprescindíveis a trombotamponagem) e avaliação de peristalse.
  - perdas vaginais: de relevância clínica destacam-se as variações na duração dos lóquios (não deve exceder o final da 2ª semana), constatação de redução diária de seu volume e eventual evolução patológica para padrão fétido de odor.
  - inspeção perineal (se pós-parto vaginal).
  - membros inferiores: descartar empastamento de panturrilhas.
- **Orientações:**
  - *Deambulação:* deve ser estimulada desde as primeiras horas do pós-parto e permitida, com supervisão (devido a ocorrência de lipotímias), desde que cessados os efeitos da anestesia. O desconforto causado pela flacidez abdominal nos primeiros dias de puerpério pode ser minimizado com o uso de faixas ou cintas apropriadas.
  - *Alimentação:* pode ser liberada logo após o parto transpélvico. Não há restrições alimentares. A dieta deve conter elevado teor de proteínas e calorias. Importante incentivar a ingestão hídrica. Após cesariana, ver capítulo específico.
  - *Higiene:* a vulva e o períneo devem ser lavados com água e sabão após cada micção e evacuação; orientar a higiene sempre na direção do ânus e evitar o uso de papel higiênico
  - *Episiorrafia:* desnecessária a prescrição rotineira de antissépticos e pomadas cicatrizantes; compressas de gelo na região perineal podem reduzir o edema e o desconforto da episiorrafia nas primeiras horas.
  - *Aleitamento:* manutenção das mamas limpas e elevadas, através de sutiã apropriado; ingurgitamento mamário por ocasião da apojadura deve ser abordado com esvaziamento manual, compressa gelada após amamentação e, eventualmente, uso de ocitócico, spray nasal antes da mamada. Em caso de ingurgitamento mamário na ocasião da apojadura:
    - Retirar o excesso de leite, após amamentação, por esvaziamento manual.
    - Bombas de sucção devem ser evitadas.
    - Compressa de gelo após amamentação por, no máximo, 10 minutos.
  - *Alta obstétrica:* salvo intercorrências, pode ser autorizada após 48 horas. Em se tratando de parto vaginal, admite-se antecipá-la quando, além de evolução puerperal fisiológica em parto eutócico, constata-se ausência de comorbidade materna.
  - *Atividade sexual:* liberada após 4 semanas do parto, respeitado o conforto e desejo da paciente.
  - *Revisão:* consulta obstétrica deverá ser rotineiramente agendada para 30 a 40 dias após o parto, ocasião em que, demais do exame ginecológico, reassegura-se manutenção da amamentação e procede-se orientação individualizada quanto à contracepção.

- **Exames laboratoriais:**

- Checagem sistemática da tipagem sanguínea materna, titulações de sífilis e HIV.
- Em caso de puérpera Rh negativo não sensibilizada (PAI negativa) torna-se obrigatória a verificação da tipagem sanguínea do recém-nato, além do Coombs direto.
- Em caso de paciente HIV positivo, suspensão da amamentação com comunicação imediata à pediatria.
- VDRL sugestivo de sífilis (sempre após análise comparativa com titulação pré-natal), contactar a pediatria.

- **Medicamentos**

- Não faz parte da rotina a prescrição de ocitocina no pós-parto transvaginal, após a saída do CO.
- Sua utilização profilática na dose de 5 a 10 UI EV (fracionadas e diluídas nas etapas de cristalóides) no pós-operatório de cesariana se justifica por reduzir a incidência de hemorragia puerperal, por atonia uterina.
- Sulfato ferroso 300 mg/dia VO deve ser mantido pelo menos até o 3º mês de puerpério.

### **CONDUTAS EM DISTÚRBIOS DO PUERPÉRIO**

- Hematomas de episiorrafia ou de ferida operatória de pequena monta podem ser acompanhados com vigilância clínica, aplicação local de compressa gelada e analgésico sistêmico. Deve-se proceder exploração digital da vagina em busca de hematoma no espaço pararretal (que impõe drenagem cirúrgica) em caso de dor mais intensa e sustentada, que pode estar acompanhada de instabilidade hemodinâmica.
- Em caso de palpação da bexiga por via abdominal ("*bexigoma*"), deve-se realizar cateterismo vesical, caso a paciente seja incapaz de esvaziá-la.
- Aparecimento ou agravamento de hemorroidas, comum nos primeiros dias que se seguem ao parto, são conduzidos com aplicação local de pomadas analgésicas e banhos de assento com água morna.
- Suporte psicológico à puérpera que evolui com *blues puerperal*.
- Para distúrbios da amamentação vide capítulo específico.
- Distensão abdominal com timpanismo e íleo paralítico é comum, principalmente no pós-operatório de cesariana. Deve ser conduzido com antifiséticos, dieta laxativa e deambulação estimulada.

### **LEITURA SUGERIDA**

- AMBROSE, A.; REPKE, J.T. Puerperal problems. In: JAMES, D.J.(Ed.). **High risk pregnancy: management options**. 4<sup>th</sup>.ed. St. Louis: Elsevier, 2011. p.1313-1329.
- CUNNINGHAM, F.G. et al. The puerperium. In: CUNNINGHAM, F.G. et al. **Williams obstetrics**.22<sup>nd</sup> ed. New York: Mcgraw-Hill , 2005. p.693-710.
- GABBE, S.G. et al.(Ed.). **Obstetrics: normal and problems pregnancies**. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Saunders, 2012. Section IV Postpartum Care.
- FRANCISCO, R.P.V.; FONSECA, E.S.V.B. da; SAPIENZA, A.D. Parto e puerpério: puerpério normal. In: ZUGAIB, M.(Ed.). **Zugaib obstetrícia**. Barueri: Manole, 2008. p.429-440.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Operação cesariana. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabrara Koogan, 2014. p. 673.
- SAAB NETO, J.A. Puerpério e suas complicações: fisiologia e assistência. In: BENZECRY, R.(Ed.). **Tratado de obstetrícia FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.355-357.

- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.