

PUERPÉRIO: CAMINHOS PARA O CUIDADO MATERNO



<https://doi.org/10.22533/at.ed.8421625120611>

Data de aceite: 09/07/2025

Ianka Holanda Matos De Freitas

Lília Barroso Cipriano de Oliveira

Orientadora: Profa. Me

INTRODUÇÃO

O puerpério, definido como o período que se inicia no momento do delivramento placentário até 42 dias após o parto, representa uma fase de desafios intensos para as mulheres, independentemente do tipo de parto realizado. Essa etapa é caracterizada por transformações físicas, emocionais e sociais, exercendo influência direta sobre diversos aspectos da vida da mulher, incluindo a esfera conjugal, familiar, social e profissional, além dos cuidados específicos e intensos com o recém-nascido. Durante esse período, ocorrem adaptações hormonais e metabólicas no organismo da mulher que, associadas às demandas relacionadas à amamentação e ao vínculo com o recém-nascido, podem aumentar a vulnerabilidade física e emocional (Santos *et al.*, 2022).

Adicionalmente, o puerpério é uma fase que demanda atenção especial dos profissionais de saúde, considerando-se que ainda apresenta taxas elevadas de mortalidade e morbidade, tanto maternas como neonatais. Essas taxas frequentemente estão associadas a causas evitáveis, reforçando a importância de manejos clínicos adequados e intervenções efetivas desde a rede hospitalar até a atenção primária à saúde. Assim, o acompanhamento multidisciplinar, aliado a políticas públicas de saúde voltadas para a proteção da mãe e do recém-nascido, torna-se essencial para promover um puerpério saudável e seguro (*Id ibidem*, 2022).

A OMS determina a necessidade de quatro contatos no período puerperal, sendo eles nas primeiras 24 horas, no terceiro dia (entre 48 e 72 horas), entre o sétimo e décimo quarto dia e o último sendo seis semanas após o parto, sendo realizado por profissionais de saúde. Tal orientação reforça a importância do monitoramento regular e individualizado por profissionais capacitados com o objetivo de identificar

precocemente complicações, oferecer suporte emocional, promover a amamentação e fortalecer o vínculo mãe-bebê. Além disso, o impacto do puerpério ultrapassa os aspectos de saúde física, englobando também questões psicológicas e sociais, como o risco de depressão pós-parto e a necessidade de apoio na reintegração às atividades familiares e profissionais (OMS, 2022).

Portanto este estudo se justifica pela urgência de aprofundar o conhecimento sobre o manejo adequado do puerpério, além do objetivo de contribuir para o desenvolvimento de estratégias que garantam um cuidado integral e humanizado à mulher e ao recém-nascido, reduzindo desigualdades no acesso à saúde e promovendo melhores desfechos clínicos e sociais.

Neste capítulo realizou-se uma revisão sobre orientações essenciais para o cuidado pós-parto, destacando práticas como a amamentação precoce, o monitoramento contínuo de sinais vitais, a prevenção de infecções e o manejo de dores e complicações físicas e psicológicas. Destaca-se ainda a atenção a condições específicas, como hemorragias, alterações psiquiátricas e cuidados com a amamentação.

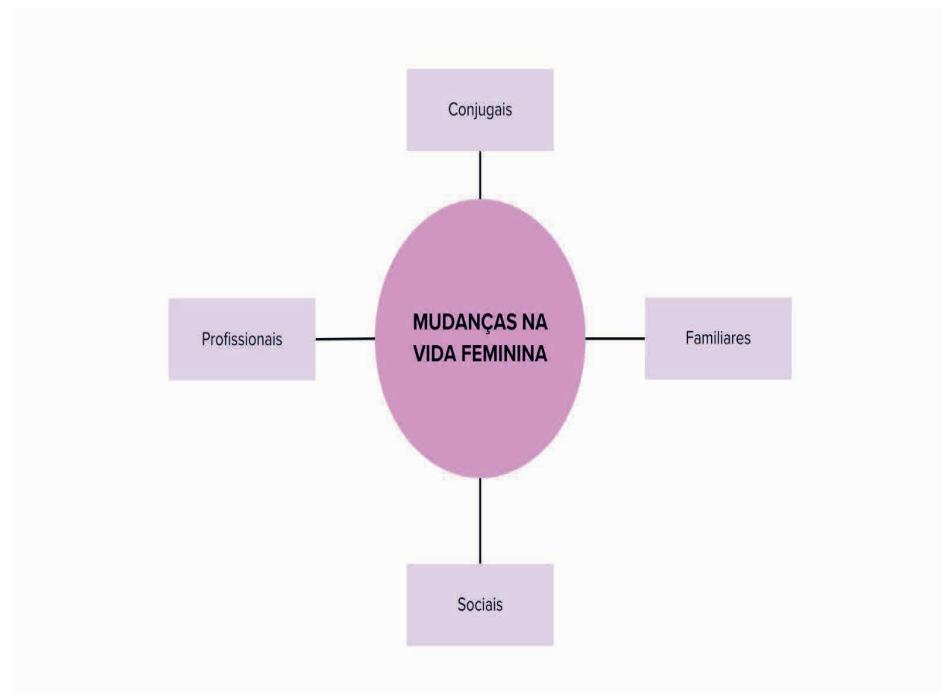


Fig. 1. Mudanças na vida feminina

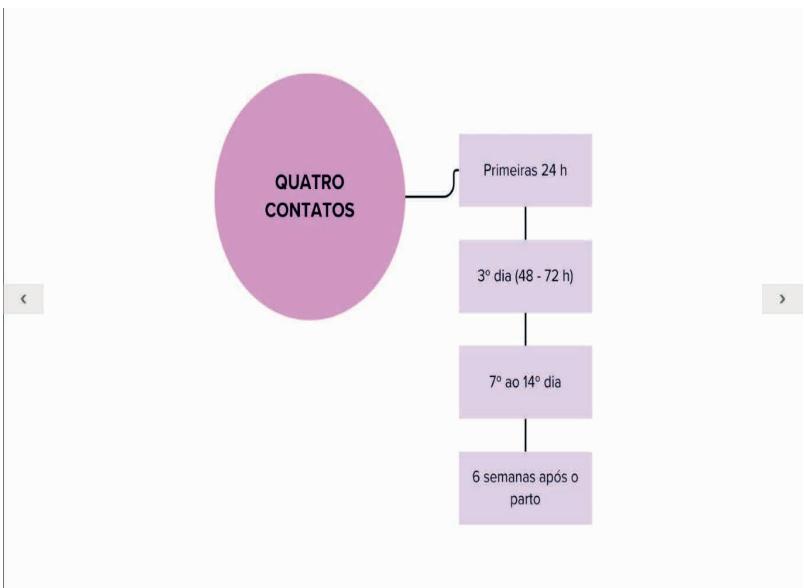


Fig. 2. Quatro contatos no período puerperal.

REVISÃO DE LITERATURA

Os períodos puerperais definem-se em imediato, que se inicia após delivramento placentário até 10 dias após o parto; tardio, entre o 10º e 42º dia; e remoto, após 42 dias depois do parto (Fig. 3):

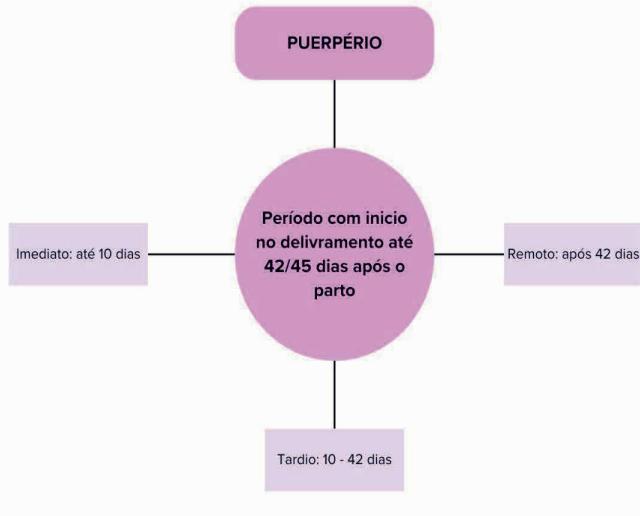


Fig. 3. Períodos puerperais

Puerpério imediato

O puerpério imediato é definido como o período logo após o delivramento da placenta até o décimo dia de pós-parto. No início desta fase, recomenda-se o contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, a amamentação ainda na primeira hora de vida, com orientações de forma ativa sobre posição do recém-nascido e pega adequada, além de oferta de dieta rica em líquidos para a puérpera (Rezende-Filho, 2022). A primeira mamada deve ser monitorizada, a fim de sanar as primeiras dúvidas e evitar desfechos ruins relacionados à amamentação. É importante que as instituições tenham alojamento conjunto, de acordo com as normas básicas de cada instituição e as definições de obrigatoriedade definidas pelo Ministério da Saúde. O alojamento conjunto possui diversas vantagens tanto para mãe e filho, como para o pai e demais familiares, estabelecendo o aleitamento em livre demanda e fortalece o autocuidado da genitora (FEBRASGO, 2022).

Durante essa primeira hora, deve-se avaliar o tônus uterino, a presença do globo de segurança de Pinard, além da quantidade e aspecto do sangramento vaginal, sinais importantes para a prevenção e rápido diagnóstico de hemorragia pós-parto, que representa a segunda maior causa de mortalidade materna no Brasil. Atenção à perda sanguínea acima de 1000 ml ou frequência cardíaca acima de 100 bpm, que podem indicar índices de choque alterado e necessidade de suporte imediato (Rezende-Filho, 2022) (Quadro 1). O fundo uterino, contraído adequadamente, atinge a cicatriz umbilical 24 horas após o parto, estando entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical depois de uma semana. Assim que possível deve ser ofertada dieta geral, caso não haja restrições (Zugaib, 2016).

Checagem de Sinais Vitais	Deve ser feita na primeira hora, com ênfase na pressão arterial e frequência cardíaca. Após a primeira hora, checar a cada 6 horas.
Sinais Infecciosos	Febre, taquicardia e loquícia purulenta devem ser comunicados à equipe para diagnóstico precoce de sepse e tratamento adequado.
Leucometria	Evitar solicitação de rotina devido à alteração fisiológica na gravidez e puerpério, que pode levar a leucocitose de até 30 mil, normalizando entre 5 a 6 semanas pós-parto.
Diurese	A diurese deve ser presente até 6 horas após o parto ou remoção da sonda vesical de demora.
Alteração de Humor	Observar alterações de humor, pois algumas patologias podem se manifestar nas primeiras horas após o parto.

Quadro 1. Orientações sobre o puerpério imediato.

Fonte: Rezende-Filho, 2022

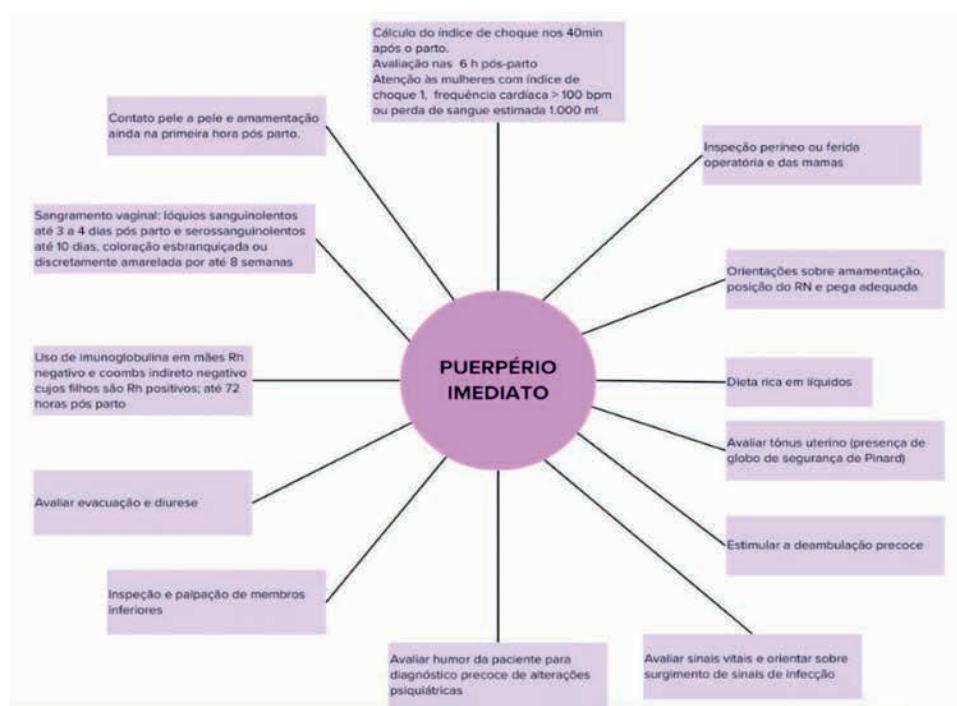


Figura 4. Puerpério imediato

Fonte: Febrasgo, 2022; Rezende-Filho, 2022; Zugaib, 2016.

É imprescindível a checagem do tipo sanguíneo materno para se avaliar a necessidade da administração de Imunoglobulina Anti-D às mães Rh negativo com Coombs indireto negativo, cujos filhos são Rh positivos. O ideal é a realização da medicação em até 72h após o parto, assim como a situação vacinal e sorologias (Zugaib, 2016). Atentar-se também para checagem de testes rápidos e exames em cartão pré-natal, principalmente com relação a pacientes portadoras do vírus HIV, orientando paciente sobre não amamentar a criança, explicando sobre riscos de transmissão do vírus mesmo em paciente tratadas corretamente. Um método que tem mostrado maior eficácia, segundo Rezende-Filho (2022), é iniciar a orientação para o aleitamento artificial durante a gravidez. Necessária prescrição da Cabergolina (0,1 mg, 2 comprimidos, dose única) para inibição da lactação (Bruno; Feitosa; Carvalho, 2020). Por vezes é realizado também enfaixamento das mamas, porém tem resultados inconsistentes e com bastante taxa de falha no desmame. (Rezende-Filho, 2022).

Na avaliação do períneo, pode ser oferecido bolsas de gelo ou compressas frias para o alívio da dor do trauma local e edema vulvar, sofrido durante o parto, de acordo com sua aceitação (*Id ibidem*, 2022). Nos três primeiros dias após o parto, as contrações uterinas causam cólicas abdominais, sendo nas primeiras 12h mais rítmicas e de forte intensidade. Para alívio de dores abdominais tanto após parto vaginal como abdominal, podem ser oferecidos desde analgésicos simples, como paracetamol e dipirona e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), até tramadol ou morfina em casos de dores mais intensas (Zugaib, 2016).

Nos partos abdominais deve-se avaliar os membros inferiores e sinais de trombose venosa profunda, além das mamas e ferida operatória. Estimular a deambulação precoce, principalmente nas puérperas submetidas à cesariana, faz parte da prevenção de eventos tromboembólicos, causa importante de prejuízo na morbidade de muitas puérperas. Nas pacientes de baixo risco, a deambulação precoce será eficaz na profilaxia de TEV. Naquelas com maior risco, além de medidas mecânicas, a profilaxia farmacológica deve ser prescrita. Caso a paciente já esteja em uso prévio de heparina de baixo peso molecular profilático, deve ser realizada uma dose até 12h antes da cirurgia ou 24h caso realize dose terapêutica. As indicações de profilaxia no pós parto estão elencadas no quadro 2. A dose normalmente é de 40mg/dia de enoxaparina ou 5000 unidades de heparina, 2 vezes ao dia, ambas subcutâneas, podendo ser reajustada a depender o peso da paciente (Rezende-Filho, 2022).

No momento da alta, devem ser repetidas orientações quanto a amamentação, aspecto das mamas e sangramento fisiológico, abordando a normalidade de lóquios sanguinolentos até quatro dias, serossanguinolentos até dez dias e com coloração esbranquiçada ou pouco amarelada até oito semanas após o parto (Zugaib, 2016). Orientar também sobre cuidados com ferida operatória, alterações de humor, presença de febre e uso de suplementação de ferro combinado com, em alguns casos, de ácido fólico, por 6 a 12 semanas após o parto (Rezende-Filho, 2022) (Fig. 4).

Fatores de risco maiores (indicada profilaxia com 1 fator)	Fatores de risco menores(indicada profilaxia com 2 ou mais fatores)
Restrição ao leito por 1 semana ou mais anteparto	IMC >30kg/m ²
Perda sanguínea >1000ml em cirurgia	Gemelaridade
TVP prévio	Hemorragia pós parto
PEG com restrição de crescimento fetal	Tabagismo(>10 cigarros/dia)
Trombofilias	Crescimento fetal restrito
Lúpus	Trombofilias
Doença cardíaca	PEG
Anemia falciforme	
Transfusão sanguínea	
Infecção puerperal	

Quadro 2. Critérios para profilaxia de tromboembolismo venoso pós parto.

Fonte: Rezende-Filho, 2022 (Adaptado pelo autor).

Puerpério tardio

É definido como o período após o 10º dia após o parto, que se estende até o 42º dia (*Id ibidem*, 2022). Neste período, o profissional assistente deve orientar sobre o retorno da menstruação, que pode ocorrer 45 dias após o parto em não lactantes, sendo impreciso nas lactantes. Também devem ser dadas informações sobre a necessidade da amamentação exclusiva até os 6 meses, e de sua importância até os dois anos de idade, levando em conta as dificuldades maternas (Zugaib, 2016) (Fig.5).

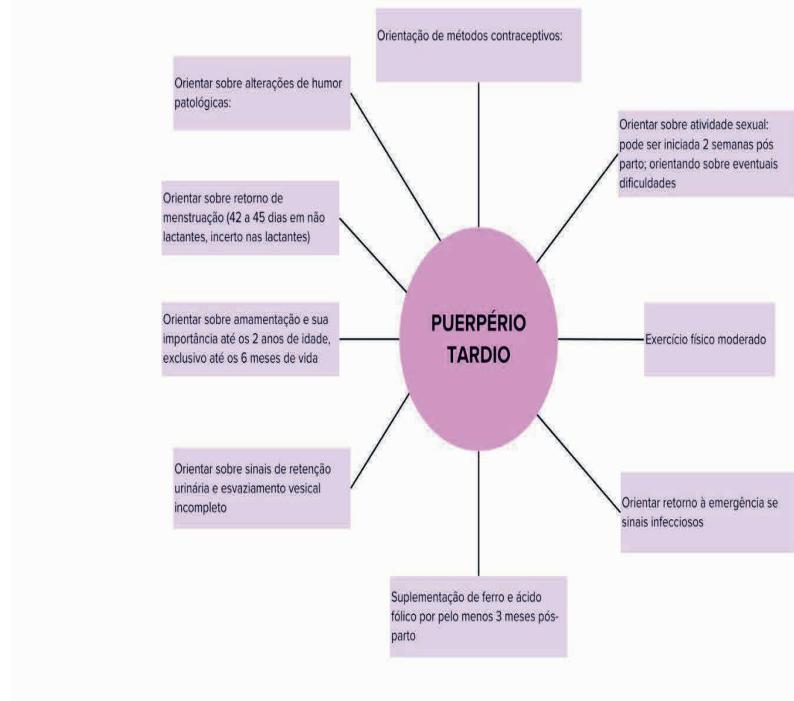


Figura 5. Puerpério tardio

Atentar para as alterações de humor patológicas, podendo a puérpera apresentar desde o “blues maternity” (tristeza, choro fácil, humor depressivo, perda do prazer nas atividades habituais, ideias de auto reprevação e culpas injustificadas, dificuldade para se concentrar e raciocinar, ideias persistentes de morte, anedonia, insônia ou hipersonia, anorexia ou hiperfagia) até psicose puerperal (humor exaltado e lábil, comportamento desorganizado, delírio e alucinações). Em casos mais leves se faz necessário apenas acompanhamento psicológico profissional, porém dependendo da gravidade, deve-se avaliar a necessidade do uso de psicofármacos até internamento (Bruno; Feitosa; Carvalho, 2020).

Algumas puérperas se queixam de retenção urinária e esvaziamento vesical incompleto no pós-parto, sendo necessário avaliação (Mohr *et al.*, 2022). Mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional devem realizar um teste oral de tolerância à glicose 75g em jejum e em duas horas, entre quatro e 12 semanas após o parto. Pacientes com distúrbios hipertensivos da gravidez devem fazer uma verificação da pressão arterial dentro de sete dias após o parto. Pacientes com pressão arterial igual ou superior a 150/100 mm Hg ou com sinais de lesão aos órgãos alvo devem ser tratados com medicamentos anti-hipertensivos. Pacientes com sinais de danos aos órgãos alvo ou uma pressão arterial igual ou superior a 160/110 mmHg devem ser hospitalizados e tratados com sulfato de magnésio para prevenir a eclâmpsia (Cunningham *et al.*, 2022).

Outra questão importante seria discutir com a paciente sobre métodos anticoncepcionais e abordar quais seriam os de sua preferência, expondo as opções que ela poderia aderir nessa fase, como preservativo, DIU de cobre, DIU hormonal, progestágeno oral e injetável, segundo o perfil de cada paciente (Rezende-Filho, 2022). Após duas a três semanas do parto, as mulheres podem fazer uso de anticoncepcionais de progestágeno isolados (pílulas, implantes, injeções), ou de métodos de barreira. O dispositivo intrauterino (DIU) pode ser inserido imediatamente ou seis semanas após o parto, apesar de ser maior a taxa de expulsão em comparação com a inserção mais tardia (Zugaib, 2016). Considerar que mulheres que não amamentam podem voltar a ovular a partir de quatro semanas após o parto, sendo indicada anticoncepção mais precoce (Brasil, 2022).

Puerpério anormal

O puerpério patológico é a evolução para complicações ou anomalias durante o processo de recuperação pós-parto da mulher. Algumas dessas condições incluem hemorragias, infecções, psicoses, depressão pós-parto, alterações urinárias, mastite e pré-eclâmpsia. Como é um período marcado pela insegurança, é fundamental que os profissionais de saúde possuam sensibilidade e conhecimento para reconhecer as necessidades da puérpera, com o objetivo de reduzir as possíveis complicações (Picoloto et al., 2023).

Alterações	Descrição	Tratamento e Orientações
Edema Vulvar	Edema ou dor na vulva ou local de sutura.	Uso de gelo no 1º dia pós-parto, antissépticos com anestésicos locais, anti-inflamatórios (VO, sublingual ou retal). Avaliar hematoma ou sinais infeciosos, se dor intensa.
Hemorroidas	Comum no pós-parto e motivo de queixa frequente.	Prescrição de anestésicos tópicos, banhos de assento mornos, orientações dietéticas e uso de laxantes como óleo mineral e lactulose, dieta laxativa.
Mamas (Ingurgitamento)	Quadro normalmente de dor, aumento de volume das mamas e dificuldade para amamentar	Prevenção: pega adequada, livre demanda, aleitamento precoce. Tratamento: massagens, livre demanda, sutiãs firmes, ordenha.
Mamas (Traumas)	Normalmente devido ao mau posicionamento do bebê nos primeiros dias.	Uso de cremes hidratantes à base de lanolina purificada entre as mamadas, analgésicos e anti-inflamatórios.
Mamas (Mastite Puerperal)	Causada por traumas associados à estase láctea, favorecendo a proliferação bacteriana.	Tratamento inicial: hidratação oral, esvaziamento da mama, analgésicos e anti-inflamatórios. Casos graves: antibióticos (cefalexina, clindamicina, levofloxacino, metronidazol). Contraindicação de amamentação apenas se houver pus saindo do mamilo, porém realizar ordenha.

Infecção Puerperal	Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ em duas ocasiões dentro de 10 dias pós-parto, excluindo as primeiras 24h.	Hidratação adequada, uso de uterotônicos/ocitócitos se presença de Tríade de Bumm (útero pastoso, subinvoluído e doloroso), antibióticos (clindamicina + gentamicina), adicionar ampicilina se suspeita de Enterococcus. Curetagem uterina após 4h do início do antibiótico, se restos ovulares. Monitorar sinais de sepse e seguir protocolos institucionais.
Retenção Urinária	Incapacidade de urinar 6h após o parto ou retirada de sonda, ou retenção urinária oculta (volume residual $>150\text{ml}$).	Passagem de sonda vesical de demora por 24-48h, auto cateterismo de alívio, aumento da ingestão de líquidos, deambulação precoce, agentes colinérgicos (uso limitado), fisioterapia do assoalho pélvico e encaminhamento para urologia/uroginecologia se necessário.
Incontinência fecal	Perda involuntária de gases ou fezes, associada ao parto vaginal	Regulação do hábito intestinal + otimização do controle da musculatura pélvica + medicações, se necessário. Suspeitar de fístula retovaginal se: secreção vaginal fecaloide ou eliminação de flavos pela vagina -> fazer US endoanal.
Distúrbios Psiquiátricos	Inclui "Blues maternity", depressão pós-parto e psicose puerperal.	<i>Blues maternity:</i> apoio psicológico. <i>Depressão pós-parto:</i> antidepressivos, psicoterapia e apoio multiprofissional <i>Psicose puerperal:</i> internamento hospitalar, uso de antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor.
Pré-eclâmpsia	Complica cerca de 7% das gestações, com risco aumentado de recorrência e doenças cardiovasculares.	Monitoramento pós-parto, especialmente em pacientes com fatores de risco ou hipertensas durante a gestação. Orientações sobre riscos de recorrência, alterações cardiovasculares e necessidade de consultas frequentes na atenção básica.
Hemorragia Puerperal	Perda sanguínea de $\geq 500\text{ml}$ nas primeiras 24h (primária) ou até 12 semanas (secundária). A perda $> 1000\text{ml}$ é grave.	Prevenção com uterotônico de rotina, como oxicina. Diagnóstico rápido e tratamento para atonia uterina, lacerações, coagulopatias e restos placentários. Protocolos terapêuticos: Oxitocina, Ergotamina, Misoprostol, Ácido Tranexâmico. Se ineficaz, considerar abordagem cirúrgica, curagem para restos placentários, correção de lacerações e coleta de exames laboratoriais.
Cefaleia pós raquianestesia	Perfuração da dura-matér. Cefaleia frontal ou occipital com início até 5 dias após procedimento, que piora ao levantar ou sentar e melhora com decúbito, com ou sem sintomas associados	Reposo relativo no leito + medicação analgésica + hidratação. Uso de cafeína recomendado = 300 mg VO 12/12h. Em casos de cefaleia incapacitante ou refratária: Blood patch = inserção de sangue autólogo no espaço epidural. Bloqueio esfenopalatino = uso de anestésico local via intranasal.
Tromboembolismo venoso	Dor, empastamento, edema assimétrico de MMII, calor, vermelhidão	Enoxaparina SC, 1mg/kg de 12/12h conforme peso: <50kg: 40mg; 50-69kg: 60mg; 70-89kg: 80mg; 90-109kg: 100mg; 110-124mg: 120mg; >125kg: individualizar.

Quadro 3. Alterações, tratamentos e orientações puerperais.

Fonte: Bruno; Feitosa; Carvalho, 2020; Mohr *et al.*, 2022; Rezende-Filho, 2022; Quintiere *et al.*, 2024.
(Adaptado pelo autor).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática em toda linha de cuidado na saúde reprodutiva, sexual e materna deve ser aperfeiçoada, pois é essencial para melhorar a saúde da mulher como um todo e evitar complicações em um momento tão crítico e importante como o puerpério.

Os profissionais da saúde devem estar cientes da importância dos determinantes sociais da saúde e das disparidades nos resultados maternos de acordo com a raça, etnia e status de seguro de saúde pública. Além disso, é fundamental que as escolas de medicina e enfermagem revisem seus currículos de obstetrícia, pois há uma lacuna significativa na formação, especialmente nos aspectos básicos, o que resulta na ausência de ensino de procedimentos simples e no diagnóstico tardio de condições essenciais. A prática obstétrica, em sua maioria, não depende de tecnologia avançada, sendo possível resolver de 70% a 80% dos casos com atendimento clínico adequado.

Portanto, diante de tantas mudanças, características e nuances que envolvem o puerpério, faz-se necessário que as mulheres recebam um suporte abrangente. A experiência positiva do puerpério depende de um suporte adequado por equipes multidisciplinares e pela rede de apoio familiar e social.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, K. K. S.; ANDRADE, M. S. P. B. de. **Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial**. Publicado em: 13 set. 2021. Atualizado em: 1 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebsereh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão pós-parto**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRUNO, S. K. B.; FEITOSA, H. N.; CARVALHO, A. A. A. **HGF: Protocolos de Obstetrícia**. Fortaleza: Premium Gráfica e Editora, 2020.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Williams Obstetrics**. 26. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2022.

ERROCK, O.; DEER, E.; LAMARCA, B. **Setting a stage: Inflammation during preeclampsia and postpartum**. *Frontiers in Physiology*, v. 14, p. 113-116, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9995795/pdf/fphys-14-1130116.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2024.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). **Manual de assistência ao puerpério**. 3. ed. São Paulo: FEBRASGO, 2022.

MOHR, S. et al. Postpartum urinary retention: what are the sequelae? a long-term study and review of the literature. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 33, n. 6, p. 1601-1608, 7 fev. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-021-05074-5>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo** [WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: executive summary]. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2024.

PICOLOTO, Ana Selma Bertelli et al. PUERPÉRIO PATOLÓGICO. In: RAMOS, José Geraldo Lopes et al. Rotinas em Obstetrícia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

QUINTIERE, Beatriz Barifaldi Hirs et al. PUERPÉRIO PATOLÓGICO. Livro de Obstetrícia - Edição I, [S.L.], 9 jun. 2024. Guilherme Barroso L. De Freitas. <http://dx.doi.org/10.59290/978-65-6029-120-1-18>.

REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

SANTOS, A.S. et al. A utilização de recurso não farmacológico no puerpério imediato: uma revisão sistemática. **Conjecturas**, [S.L.], v. 22, n. 12, p. 474-487, 28 ago. 2022. Uniao Atlântica de Pesquisadores. <http://dx.doi.org/10.53660/conj-1486-2b60>.

SANTOS, G. A. S. et al. ESTUDO ECOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA EM SERGIPE ENTRE 2018 E 2022: causas e distribuição geográfica. **Brazilian Journal of Implantology And Health Sciences**, [S.L.], v. 6, n. 10, p. 2970-2982, 24 out. 2024. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. <http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p2970-2982>

ZUGAIB, M. (ed.). **Obstetrícia. Editora associada: Rossana Pulcineli Vieira Francisco**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2016.