

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS OCORRIDAS NO PERÍODO PUERPERAL

NURSING CARE BEFORE THE MAIN PHYSIOLOGICAL ALTERATIONS OCCURRED IN THE PUERPERAL PERIOD

¹SANTOS, E. D. G.; ²SATÔ, C. P. G.

^{1 e 2} Departamento de Enfermagem – Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

O período pós-parto é um momento crítico para a mulher, seu bebê e também para os familiares, devido às mudanças que ocorrem tanto no aspecto psicológico como no fisiológico. Esse período é chamado de puerpério. Ele tem início após a expulsão da placenta e termina quando o organismo da mulher retorna ao estado pré-gravídico. O objetivo desta pesquisa é descrever as principais alterações fisiológicas do puerpério e os cuidados de enfermagem prestados diante dessas alterações, justificando que a mulher, no estado puerperal, passa por muitas mudanças necessitando de uma atenção especial e qualificada, que muitas vezes não ocorre. Buscamos na fisiologia puerperal as principais modificações locais e sistêmicas, imprimidas pela gestação no organismo materno a fim de proporcionar um retorno ao estado pré-gravídico satisfatório e sem intercorrência. A metodologia utilizada foi a de revisão bibliográfica por meio de livros de importantes obras referentes ao tema. Conclui-se que a enfermagem, com ações simples e precisas, observações de sinais e sintomas e atenção pode diminuir os riscos de morbidade e mortalidade por meio de orientações, cuidados e assistência humanizada.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Pós-parto. Puerpério.

ABSTRACT

The post-partum period is a critical moment of changes for the woman, her baby and family in the psychological and physiological aspects. This period is called puerperium. It begins after the expulsion of the placenta and it ends when the woman's body returns to the pre-pregnancy state. This paper aims to describe the main physiological alterations of the puerperium and the nursing care given during this period justifying that the woman, in the puerperal state, goes through many changes and she needs special and qualified attention, that many times doesn't occur. We searched in the puerperal physiology the main local and systemic modification, printed by the gestation in the woman's body in order to provide a return to the satisfactory pre-pregnancy state and without problems. Bibliographical research of important books related to the theme was adopted as the methodology. We concluded that nursing, with simple and precise actions, signs and symptoms observation and attention may reduce the risks of morbidity and mortality through orientation, care and humanized attendance.

Keywords: Attendance of nursing. Pos-partum. Puerperiu.

INTRODUÇÃO

O puerpério trata-se do período em que ocorre o retorno do estado pré-gravídico da mulher, ou seja, é a fase em que as modificações locais e sistêmicas

adquiridas durante a gestação deixam de estar presentes em seu organismo. O início do puerpério se dá no pós-parto com a expulsão da placenta, sendo que o intervalo de tempo em que ocorre essa fase é muito discutido entre os principais estudiosos, que contraditoriamente expõem diferentes períodos, de acordo com suas concepções.

A enfermagem que atua diretamente na área, diante da permanência do risco de morbi-mortalidade materna, tem buscado aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos para a formulação de estratégias que contribuam na melhora qualitativa de assistência, pois para que se possa diminuir esses riscos, a enfermeira precisa ter conhecimentos específicos de várias áreas como fisiologia, anatomia, fisiopatologia, entre outras, porém seria de grande valia que além destes, os enfermeiros pudessem expandir seus conhecimentos na área de obstetrícia.

O objetivo desta pesquisa é descrever as principais alterações fisiológicas do puerpério e os cuidados de enfermagem prestados diante dessas alterações, justificando que a mulher no estado puerperal passa por mudanças que necessitam de uma atenção especial e qualificada, o que diversas vezes não ocorre devido a falta de informação quanto a importância desses cuidados. Buscamos na fisiologia puerperal, as principais modificações locais e sistêmicas, imprimidas pela gestação no organismo materno a fim de proporcionar um retorno ao estado pré-gravídico satisfatório e sem intercorrências.

A metodologia utilizada para a elaboração desta pesquisa foi a de revisão bibliográfica de importantes obras de autores renomados, após uma seleção de materiais de interesse da mesma, foi realizada uma leitura minuciosa, que serviu de base para a formação e desenvolvimento da idéia aqui apresentada.

DESENVOLVIMENTO

A palavra puerpério vem do latim, puer: criança e parere: parir. Durante uma gestação a mulher passa por diversas modificações locais e sistêmicas em seu organismo, sendo que a fase ciclo gravídico-puerperal é o intervalo de tempo onde ocorre a recuperação materna, ou seja, a fase em que a mulher retorna ao estado pré-gravídico. O puerpério também é conhecido como sobreparto ou pós-parto, a sua cronologia é muito variável dependendo do ponto de vista dos pesquisadores,

porém o que se afirma é que nessa fase acontecem as manifestações involutivas e de recuperação do sistema reprodutor feminino após o parto. (BARROS, 2006).

O início do puerpério é aceito depois que a placenta e as membranas ovulares são totalmente expulsas, porém seu término não é uniforme. Alguns estudiosos defendem que para a mulher retornar ao seu estado pré-gravídico levaria cerca de oito meses a um ano, sendo que só após este intervalo ela poderia engravidar novamente, mesmo estando em período de amamentação. Já para outros esse retorno se dá após o retorno da menstruação. Alguns fatores podem adiantar o término da fase puerperal, como por exemplo, o uso de hormônios esteróides. (NEME, 2000).

A classificação, de acordo com Rezende (2000) que segue o preceito de Vokaer, admite que o puerpério tenha duração em torno de seis a oito semanas depois do parto, esse período é dividido em: pós-parto imediato que vai do 1º ao 10º dia após o parto; pós-parto tardio determinado entre o 10º e 45º dia; e pós-parto remoto que sucede o 45º dia. Para Mello e Neme (2000 apud BARROS, 2006) o puerpério imediato tem início depois de terminado a dequitação, indo de 1,5 a 2 horas, e o puerpério mediato começa com o fim do imediato e se estende até o 10º dia após o parto, para então se iniciar o puerpério tardio, que começa no 11º dia até a volta das menstruações nas mulheres que não amamentam e até a 6ª-8ª semana nas lactantes.

Após o parto o organismo materno passa por adaptações fisiológicas importantes. O estado geral da paciente após o parto depende do tipo de gravidez e da parturização, em geral há uma mescla de sensações, pois as mulheres sentem-se aliviadas e tranqüilas ao mesmo tempo em que se encontram exaustas devido à força disponibilizada para o parto, o que normalmente gera sonolência. (BARROS, 2006).

Nas primeiras 24 horas pós-parto é normal a sensação de calafrios relacionados à hipotermia, nervosismo, manifestações de bacteremia, pela absorção de germes ou produtos tóxicos da ferida placentária. Após às 24 horas os calafrios devem ser considerados indícios de infecções. A sudorese é um seguimento dos calafrios e está presente durante o dia e a noite e representa a maneira que organismo encontra para expulsar o acúmulo de líquidos retidos durante a gravidez. (BARROS, 2006).

A temperatura pode estar elevada à até 38° C nas primeiras 24 horas após o parto devido ao esforço, à desidratação ou ainda ao resultado de apojadura do leite. Após esse período, se houver elevação de temperatura por duas vezes nos primeiros dez dias deve ser considerado como “complicação puerperal”. (BARROS, 2006).

As alterações nos sistemas cardiovasculares são grandes. Primeiramente, com o crescimento uterino, o coração se desloca delicadamente para cima e para a esquerda. O volume de sangue ejetado pelo coração, conhecido como débito cardíaco que se encontra alto durante a gravidez retorna ao normal por volta de duas a quatro semanas após o parto, da mesma forma acontece com a volemia, que trata-se da quantidade de sangue circulante no organismo. O débito cardíaco e a volemia indicam a quantidade de sangue perdida durante o parto, sendo que nas cesáreas o volume perdido é de aproximadamente 1.000 ml e no parto vaginal é de 500 ml. (RICCI, 2008).

De acordo com Barros (2006) até o sexto ou oitavo dia após o parto a puérpera pode ter a frequência cardíaca reduzida a 50-60 batimentos cardíacos por minuto, isso se deve a elevação brusca do retorno venoso com sobrecarga do lado direito do coração; a frequência respiratória também diminui e passa de padrão respiratório costal para abdominal; a pressão arterial deve permanecer normal após o parto, pois uma hipotensão pode sugerir perda em excesso de sangue e uma hipertensão pode ser sinal de hipertensão gravídica.

A parede abdominal, seu tono da musculatura ântero-lateral do abdome e a pele terão regressão de tamanho conforme o grau de distensão decorrente do crescimento do útero. Quando a mulher grávida ganha peso além do limite e a distensibilidade é maior a parede abdominal pode permanecer flácida e pregueada e, em alguns casos, com diástese dos músculos retos e da região periumbilical. (NEME, 2000).

Das alterações ocorridas no útero, pode-se ressaltar que no pós-parto imediato o útero que antes do parto se localizava na região epigástrica, agora está contraído um pouco acima da cicatriz umbilical. O abdome nesta fase está “decaído” e com flacidez de musculatura. As contrações rítmicas da matriz podem continuar presentes algum tempo depois da expulsão da placenta e pode ser indolor ou com cólicas bem dolorosas, o que se acontece mais em multíparas. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2007).

O retorno do útero ao seu tamanho normal se dá graças ao processo de involução uterina, que gera uma contração nas fibras dos músculos, para diminuir os estiramentos ocorridos durante a gravidez. O catabolismo é responsável por diminuir as células miométriais individuais que se encontram aumentadas. A involução se dá também pela descida dos lóquios – sangramento uterino -que descamam e eliminam as camadas mais superficiais, levando a uma regeneração epitelial, o que acontece de uma forma eficaz e rápida. (RICCI, 2008).

.No pós-parto imediato o útero tem uma redução de 1000 g para 500 g ao término da primeira semana. Após duas semanas passa a pesar cerca de 200g e, passados 30 dias se encontra com aproximadamente 100g. Essa redução de peso começa a ocorrer logo após o parto. O útero antes tinha uma “forma globosa” de “consistência lenhosa” com três ou quatro dias já é palpado na cavidade pélvica. A cérvix, que teve uma dilatação de até 10 centímetros para que pudesse ocorrer à passagem do bebê diminui significativamente no segundo dia pós-parto e depois de uma semana já não dá passagem nem para um dedo. (FREITAS et al., 2001).

Quanto aos lóquios, assim que o bebê nasce eles são apresentados de cor vermelho-brilhante e sua principal consistência é o sangue, resultados das fibras, células decíduais, hemácias e leucócitos. O volume deles nesse período equivale ao das menstruações comuns. A mulher que gerou seu filho por meio de cesariana terá um volume menor já que os resíduos do útero são retirados manualmente em junção com a placenta. Os lóquios vão durar de três a seis semanas após o parto e vão passar por três fases: rubros, serosos e brancos. (RICCI, 2008).

Para Neme (2000) os lóquios se distinguem de acordo com a cor sendo vermelhos ou sanguíneos (lochia rubra ou cruenta) que estão presentes por dois ou quatro dias com evolução decrescente; de cor escura ou serossanguíneos (lochia fusca) que vai do terceiro/quarto dia até o décimo dia e de cor amarelada (lochia flava) presentes depois do décimo dia.

Após ter ocorrido um parto normal, imediatamente a vagina e o intróito vulvar diminuem de tamanho progressivamente. Nas primigestas, é possível notar retalhos da membrana himenal com necrose devido ao trauma pela compressão cefálica do feto. Esses retalhos em geral apresentam uma rápida cicatrização, que se dá em torno de quatro a cinco dias. (FREITAS et al., 2001).

Logo após o parto a abertura vaginal ainda encontra-se aumentada e, normalmente o tônus da parede da vagina está diminuído. O tempo aproximado para

a vagina voltar ao seu tamanho normal é de seis a oito semanas, no entanto, ela sempre ficará um pouco maior do que antes da gestação. Quando a ovulação, em mulheres que não realizam o aleitamento materno, esta pode voltar a ocorrer até mesmo no primeiro mês pós-parto, sendo mais comum por volta do terceiro mês, enquanto que em mulheres que amamentam ela retorna por volta do sexto mês, porém varia de mulher para mulher. A dispareunia (desconforto durante a relação sexual) está presente na maioria das mulheres por causa do ressecamento localizado que cessa com o retorno da menstruação. (RICCI, 2008).

Sobre as alterações decorridas no trato urinário:

No puerpério, a bexiga tem a capacidade aumentada e é menos sensível ao aumento da pressão intravesical. Superdistensão, esvaziamento incompleto e resíduo urinário significativo são comuns. A anestesia condutiva e o uso de analgésicos opióides podem ser responsáveis por retenção urinária no pós-parto imediato. Isso, associado ao fato de que a bexiga pode estar traumatizada pelo parto ou cesariana, pelo uso freqüente de sondas e pelo fato ureteres estarem dilatados e sofrendo algum grau de refluxo, leva a uma maior suscetibilidade a infecções. (FREITAS et al., 2001, p. 304).

O sistema gastrointestinal retorna imediatamente ao seu estado normal pré-gravídico já que não há mais a presença do útero ocupando a cavidade abdominal e nem pressão sobre os órgãos presentes no abdome. O tônus do intestino continua um pouco lento por alguns dias após o parto e é freqüente a constipação intestinal. (RICCI, 2008).

Diante de todas as transformações aqui especificadas, ocorridas no organismo da puérpera depois de gerar uma criança, a enfermagem deve contribuir significativamente no pós-parto por meio de cuidados específicos a esta paciente. A assistência de enfermagem na fase imediata, após o parto, deve ser realizada com maior ênfase nas primeiras duas horas, pois neste período há grandes chances de sangramentos, que podem comprometer seriamente o estado geral da paciente. Durante estas duas primeiras horas os sinais vitais devem ser verificados a cada 15 minutos, sendo que esta é a fase em que mais ocorrem óbitos maternos, por isso é devida uma observação mais criteriosa (FREITAS et al., 2001), porém de acordo com Carvalho (2002), o intervalo de tempo entre uma verificação e outra dos sinais vitais deve ser de 30 minutos e somente quando houver necessidade, esse intervalo deve ser reduzido.

Para o mesmo as principais condutas de enfermagem no puerpério imediato são:

Manter venóclise por algumas horas; controlar o sangramento vaginal a cada 30 minutos ou com maior frequência se houver indicação; observar a coloração das mucosas; verificar os sinais vitais a cada 30 minutos ou com maior frequência se houver indicação; observar o estado geral da paciente; inspecionar a incisão cirúrgica para detectar possível formação de hematoma; estar alerta para a possibilidade de hipotonia ou atonia uterina; aplicar bolsa de gelo sobre a episiorrafia para evitar a ocorrência de hematoma; manter paciente aquecida e tranquilizar familiares e visitantes; manter paciente tão limpa e confortável quanto possível e assegurar seu descanso.(CARVALHO, 2002, p.183).

Também na fase imediata o fundo uterino deve ser constantemente palpado para verificação de hipotonia uterina, pois se neste for encontrado uma contração irregular a enfermagem deverá realizar massagens até que seja percebido um aumento do tônus (globo de segurança de Pinard). A importância dessa palpação está relacionada também ao acúmulo de sangue que não sai externamente ao útero. Em casos de sangramento em quantidade anormal, além de suspeitar de hipotonia uterina deve-se ficar atento a lacerações de colo e da vagina, a ruptura de cicatriz uterina no parto de mulheres que passaram por cesariana prévia e retenção de restos placentários, então deve ser realizada uma revisão no canal do parto e eventualmente uma curetagem uterina que são praticados com anestesia adequada. (FREITAS et al., 2001).

A hipotonia uterina pode ser decorrente de um trabalho de parto prolongado, por a mãe ser uma grande múltipara, em gemelaridade, em poliidrânio, em macrossomia fetal, em manobras intra-uterinas, em debilidade estrutural e em miomatose uterina. O tratamento é realizado a base de massagem externa, administração de ocitocina, tamponamento intra-uterino com atadura de gaze, com ligadura das artérias hipogástricas e com a histerectomia puerperal. (FREITAS et al., 2001).

O sistema urinário deve ser averiguado com cuidado nas primeiras 48 ou 72 horas pós-parto, sendo que o esvaziamento da bexiga deve acontecer a cada seis ou oito horas. Quando as parturientes tiverem dificuldade de micção, podem por exemplo receber auxílio por meio de irrigação externa com água morna, porém se ainda assim ela não conseguir urinar, será necessário o cateterismo realizado com cuidados anti-sépticos e de assepsia rigorosos pela enfermagem. Em casos de

constipação, só deve ser administrados laxantes no terceiro dia e a função intestinal será observada até o final do puerpério. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2007).

Para Neme (2000) a retirada dos pontos da sutura de pacientes que se submeteram a uma cesárea, geralmente ocorre no sétimo dia após o parto, porém na presença de secreção sanguinolenta a retirada deve ser somente de alguns pontos permanecendo os que sobraram até o décimo dia. As puérperas devem ser orientadas a voltar a ter relações sexuais somente no 30º dia após o parto para as que tiveram parto normal com episiorrafia, ou seja sutura do períneo, pelas condições cicatriciais que tornam o sexo desaconselhável e doloroso. Para mulheres que optaram pela cesárea a atividade sexual pode ser realizada dentro dos 30 dias.

Entre as medidas de higiene e dietética, Rezende (2000) coloca que deve ser realizada uma limpeza na vulva e períneo várias vezes ao dia, principalmente após a micção e a evacuação intestinal. Quanto à dieta devemos evitar alimentos com condimentos em excesso.

A episiotomia, que trata-se de uma incisão no períneo e a ferida operatória merecem cuidados essenciais. A episiotomia pode gerar certo desconforto, sendo que para reduzir a dor e o edema logo após o parto é indicado manter uma bolsa de gelo no períneo. Já em casos em que há a presença de ferida cirúrgica, ou seja, mulheres que se submeteram a cesariana, há uma busca constante pela presença de seroma, de hematomas e de infecção. (FREITAS et al., 2001).

A puérpera com o tipo de sangue Rh - negativo, não-sensibilizada (teste de Coombs indireto negativo) e o recém-nascido com tipo de sangue Rh – positivo deverá receber a imunoglobulina anti-D na dose de 300ug por via intramuscular em até 72 horas após o parto. (FREITAS et al., 2001).

Um fator que também é muito freqüente em mulheres nessa fase é a depressão. As mães devem ser analisadas para o risco e presença dessa anomalia leve e transitória após o parto. Esse tipo de depressão é comum entre as puérperas devido à fase de adaptação da mãe ao nascimento do bebê, no entanto alguns casos evoluem e adquirem características psicóticas, gerando riscos ao recém-nascido e também à própria mãe, principalmente quando essa teve uma gravidez indesejada e outras situações comprometedoras. (REZENDE, 2000).

Em caso de suspeita ou diagnóstico de depressão ou algum tipo de psicose, a enfermagem deve reconhecer e identificar o comportamento da puérpera com muita cautela e compreensão. As atitudes não devem ser julgadas, pode haver a

manifestação de um desejo de chorar, e este deve ser respeitado. O ambiente precisa ser apropriado - ambiente terapêutico - para que a paciente expresse seus medos, expectativas e dúvidas. Os sinais vitais devem ser verificados regularmente, juntamente com a supervisão e estímulo à alimentação. Ela deve ser observada sempre, não deixando-a em hipótese alguma sozinha com o recém-nascido. A enfermagem ainda deve inseri-la nas terapias de grupo e executar tudo o que a ela trouxer conforto e melhora. (CARVALHO, 2002).

Para o mesmo autor, as condutas principais de enfermagem no puerpério mediato são: avaliação diária das necessidades particulares, conduzindo a cuidados adequados; tirar proveito das assistências junto à paciente para instituir um vínculo enfermeiro-paciente; sugerir banhos diariamente com lavagem também dos cabelos; orientar para que descanse; estipular um limite de visitas, caso haja necessidade, para que a paciente não se desgaste demais; adaptar as rotinas hospitalares; proporcionar dieta hipoglicêmica, hipolipídica e hiperprotéica; observar o funcionamento do intestino.

Deve haver uma estimulação para que a puérpera se movimente livremente no leito e realize exercícios principalmente com os membros inferiores. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2007).

A deambulação - a caminhada - pode ser estabelecida após quatro horas para parto normal e seis horas para partos com anestesia peridural e raquidiana. A paciente deve ser aconselhada a deambular precocemente após o parto para que ocorra a involução uterina adequada, promovendo a descida dos lóquios, melhorando o funcionamento da bexiga e do intestino e também a circulação sanguínea, prevenindo a trombose. (CARVALHO, 2002).

Segundo Barros (2006) entre as principais intervenções de enfermagem à puérpera está a verificação dos sinais de Homan - dorsoflexão do pé sobre a perna para verificar se a puérpera sentirá dor na região da panturrilha - caso o resultado do teste seja positivo o médico deverá ser comunicado e a prevenção para tromboflebite deve ser iniciada.

Para que seja estabelecido um planejamento e implementação de intervenções de enfermagem é necessário a realização de consultas de enfermagem pelo profissional enfermeiro especializado na área, que tem de seguir um protocolo próprio que identifique dados capazes de estabelecer o diagnóstico e em seguida os planos de cuidados. (PINELLI; ABRÃO, 2002).

A enfermagem também tem uma grande responsabilidade quanto à instruir as puérperas no que diz respeito à amamentação, pois principalmente às primíparas, apresentam muitas dúvidas e idéias errôneas sobre a lactação. Portanto todas as dúvidas devem ser esclarecidas, sendo que deve haver total compreensão de que o desmame precoce não trás benefício algum ao bebê e caso ocorra complicações na mama, como por exemplo mastite, abscesso, ingurgitamento entre outros, sendo que a enfermagem se colocará a disposição para informar e dar a assistência correta para cessar o problema. (FREITAS et al., 2001).

De acordo com Freitas et al. em caso de ingurgitamento mamário: "esgotar as mamas com ordenha manual delicada, da base da mama para o mamilo [...]expor as mamas ao chuveiro quente, massageando-as com os dedos". (2001, p. 310).

Também é de responsabilidade da enfermagem instruir a mãe, logo no primeiro dia, sobre os cuidados com o recém-nascido como banho, trocas, estimulação psicomotora, vestuário, a importância do aleitamento materno, entre outros. (CARVALHO, 2002).

O momento da alta hospitalar deve ser aproveitado pela enfermagem para esclarecer questões muito importantes como o tipo de anticoncepção a ser atribuído a paciente e o planejamento familiar. Os meios de anticoncepção mais adequados no puerpério são a minipílula, o preservativo, o DIU e ligadura de trompas. (FREITAS et al., 2001).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a enfermagem contribui de forma significativa para a recuperação da mulher no período do puerpério. A orientação às mães e aos familiares dessa é de extrema importância, principalmente para as primíparas, pois põe fim aos medos e aos misticismos que rondam esse período. Nesta fase o organismo materno está retornando as condições pré-gravídicas e as alterações fisiológicas ocorrentes devem ser acompanhadas com cautela. A busca de alívio e conforto para a paciente, assim como a prevenção e tratamento de intercorrências devem ser os objetivos da enfermagem nesse momento. Assim, a equipe de enfermagem com ações simples e precisas, observações de sinais e sintomas e atenção, juntamente com um planejamento assistencial tem a capacidade de diminuir os riscos de morbidade e mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O. de. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole, 2006.

CARVALHO, G. M. de. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: Pedagógica e Universal, 2002.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2007.

NEME, B. **Obstétrica básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

PINELLI, F. das G. S.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecologia**. São Paulo: Roca, 2002.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Tradução Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.