

PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

GOBBI, Lucas Rodrigues¹; MAGGIONI, Jéssica Rezende¹; NETO, Wilson Marra¹;

FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira¹; CAMPELO, Gabriela Queiroz¹.

Orientadora: Dra. Fabiana Pilotto Muniz Costa Leal.

Filiação: 1- UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

Palavras-chave: *Período pós-parto; Puérpera; Puerpério.*

INTRODUÇÃO

O puerpério é um período que vai desde a dequitação até 6 semanas após o parto. Essa definição é baseada nas manifestações involutivas dos efeitos da gestação nos órgãos maternos que, ao final desse período, retornam ao estado pré-gravídico (ZUGAIB, 2016). Em geral, este período pode ser dividido em: pós-parto imediato (do primeiro ao décimo dia), pós-parto tardio (do décimo dia ao quadragésimo quinto dia) e pós-parto remoto (além do quadragésimo quinto dia) (REZENDE FILHO & MONTENEGRO, 2014). O puerpério se caracteriza por muitas alterações anatômicas e fisiológicas, que podem gerar grande ansiedade para a mãe que acabou de dar à luz. Um dos principais desafios neste período é a amamentação - um processo que está ligado à motivação, estímulo e habilidades técnicas -, por isso é de extrema importância orientar as mulheres sobre todos os aspectos relacionados à amamentação (CUNNINGHAM *et al.*, 2012). Portanto, o puerpério fisiológico não se limita apenas às modificações físicas, é importante ressaltar que a dimensão emocional e social nesse cenário, desempenham um papel significativo. É um momento desafiador, marcado pela privação de sono, cansaço e inseguranças que podem comprometer a qualidade de vida da mulher, e

favorecer o aparecimento de doenças psiquiátricas. É fundamental fornecer apoio e informação para que as mães enfrentem essa fase com maior resiliência (CUNNINGHAM *et al.*, 2012).

MODIFICAÇÕES ANATÔMICAS, FISIOLÓGICAS E CLÍNICAS DO PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

A involução uterina se inicia logo após a dequitação, em função da capacidade contrátil do miométrio que provoca o colapamento dos vasos intramiométriais, reduzindo o fluxo sanguíneo e prevenindo a hemorragia pós-parto. O sinal clínico observado - que caracteriza essa contração uterina logo após a dequitação - chama-se globo de segurança de Pinard. Soma-se a esse processo (miotamponagem), a formação de trombos nesses vasos abertos (trombotamponagem), o que otimiza a redução do sangramento no leito decidual (ZUGAIB, 2016). A capacidade contrátil do útero permite que ele atinja a cicatriz umbilical 24 horas após o parto, que alcance a região entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical depois de 1 semana, e que na segunda semana pós-parto, esteja intrapélvico. As dimensões pré-gravídicas são alcançadas em cerca de 6 a 8 semanas de puerpério (ZUGAIB, 2016).

O desprendimento dos tecidos da decídua resulta em secreção vaginal, conhecida como lóquios e que consiste em eritrócitos, decídua desprendida, células epiteliais e microorganismos. Durante os primeiros dias, em função da quantidade de sangue, a secreção apresenta uma coloração avermelhada (lóquios rubros), que vai se tornando progressivamente pálidos depois de 3 a 4 dias (lóquios serosos), até adquirirem coloração esbranquiçada ou branco-amarelada, em torno do décimo dia em diante, em consequência de mistura de leucócitos e do volume reduzido de líquidos (lóquios brancos) persistindo por até 4 a 8 semanas depois do parto (ZUGAIB, 2016). Nas primeiras 24 horas, a puérpera pode apresentar elevação da temperatura axilar, sem que isso represente um quadro infeccioso, mas exige cuidado na evolução. Entre 48 e 72 horas de puerpério, pode haver elevação da temperatura das mamas, com o fenômeno da apojadura, que pode durar de 3 a 4 dias. Durante a gravidez, ocorre ruptura das fibras elásticas da pele e distensão prolongada da musculatura abdominal, provocando flacidez da parede abdominal, que readquire seu tônus normal, várias semanas depois. A recuperação pode ser facilitada por meio da prática de atividade física, contudo pode haver persistência da diástase do músculo reto do abdome (ZUGAIB, 2016).

Após a dequitação se inicia a queda nos valores da gonadotrofina coriônica humana, que desaparece em até 4 semanas após o parto. O restabelecimento da menstruação pode acontecer entre 7 a 9 semanas nas mulheres não lactantes, e mais tarde naquelas lactantes, já que a prolactina inibe a liberação pulsátil do hormônio liberador da gonadotrofina (GnRH) pelo hipotálamo, podendo-se estender a amenorreia para até os 6 meses pós-parto, dependendo do regime de amamentação. Pode ocorrer perda de peso variável nas primeiras semanas pós-parto,

porém muitos fatores podem ter participação em maior acúmulo de peso no período, como: idade materna, paridade, etnia, estado civil, intervalo entre as gestações e tempo de retorno à atividade profissional e condições psicológicas e emocionais (ZUGAIB, 2016).

SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

O estresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa, caracterizado pela ativação imediata do sistema nervoso simpático, com secreção de adrenalina e aumento dos níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas (CRH), do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e do cortisol, que está relacionado com o aumento do estado de ansiedade e a dor durante o trabalho de parto. Os níveis de cortisol tendem a diminuir no pós-parto, com a cessação da dor em cenários ideais, o que pode não ser uma realidade para inúmeras mulheres. Essas mudanças nos níveis dos hormônios gonais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, relacionam-se diretamente com inúmeras alterações psíquicas e impactos a longo prazo na saúde mental (STEEN & STEEN, 2014).

No puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel. Em geral a mulher tem um aumento de responsabilidade, sofre privação de sono e por vezes, isolamento social. Além disso, é necessária a readaptação da imagem corporal e da identidade como mulher. Nesse cenário, as redes de apoio são capazes de garantir pontos de ancoragem e suporte para eventuais dificuldades (ALMEIDA *et al.*, 2005). A saúde mental no puerpério fisiológico está diretamente atrelada ao apoio que a gestante recebe e pode ser otimizada por estratégias de enfrentamento, como: pré natal da parceria, que estimula a participação dos parceiros nas consultas, no parto e no puerpé-

rio. É fundamental, portanto, avaliar o bem-estar das mulheres durante o pós-parto, no intuito de reconhecer riscos e viabilizar a busca por apoio profissional, de membros da família ou de amigos (STEEN & STEEN, 2014).

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

Após o parto pode haver leucocitose, podendo chegar a 20000 leucócitos/mm³, sem desvio à esquerda. Há também eosinofilia absoluta, linfopenia relativa e oscilação da concentração da hemoglobina e do hematócrito (REZENDE FILHO & MONTENEGRO, 2014). Após o parto, a gestante permanece com o débito cardíaco aumentado de 24 a 48 horas, que retorna ao estado pré concepcional em torno de 10 a 14 dias. As características hemostáticas induzidas pela gravidez e seu fator trombogênico podem persistir variavelmente após o parto, de mulher para mulher, sendo que algumas vão ter fatores de coagulação aumentados no puerpério (ZUGAIB, 2016).

Apesar das alterações descritas, a investigação laboratorial pós-parto deve ser realizada apenas em condições patológicas, já que as alterações em partos não complicados são inespecíficas e de pouco valor para investigação (ZUGAIB, 2016).

ALEITAMENTO MATERNO

A glândula mamária inicia o seu preparo para lactação desde o início da gestação, com influência principalmente, da progesterona, estrogênio, prolactina e da ocitocina, no processo conhecido como mamogênese. A produção láctea também acontece sob influência hormonal, através da prolactina, gonadotrofina, cortisona e tiroxina, que passam a ser liberados logo após o parto e expulsão da placenta.

Além disso, a ocitocina age diretamente nas células mioepiteliais dos alvéolos, promovendo

a ex-pulsão do leite, destes para os ductos (VIC-TORA *et al.*, 2016).

É consenso entre os profissionais de saúde, que a amamentação traz consigo inúmeros benefícios para a puérpera, tanto de impacto imediato, quanto a longo prazo. Uma revisão qualitativa de 48 estudos mostrou associações claras entre amamentação e menor ocorrência de depressão materna. Além disso, o ato de amamentar estimula a contratilidade uterina, reduz o estresse no puerpério, por efeitos hormonais atrelados à ocitocina e à prolactina, reduz o risco para cânceres de mama, ovário e endométrio e prolonga o tempo de amenorreia, aumentando o intervalo entre as gestações (FEBRASGO, 2021).

Durante a amamentação há oportunidade de uma aproximação mais afetiva entre mãe e filho por meio da sensação de “volta ao corpo materno”. O aconchego durante a amamentação proporciona um contacto pele a pele, transmissão de afeto através do olhar e da movimentação do corpo, que leva à formação de uma relação mais sadia (VICTORA *et al.*, 2016).

VIDA SEXUAL E ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO

Quanto à atividade sexual, o recomendável é reiniciá-la de acordo com o desejo e aceitação após um período de, pelo menos, duas semanas. O retorno precoce da atividade sexual pode ser desagradável e doloroso, já que o corpo ainda passa por período de readaptação fisiológica, com escassez de lubrificação devido ao hipoestrogenismo, podendo ser necessária a prescrição de lubrificantes ou hormônio tópico (CUNNINGHAM *et al.*, 2012).

Em relação à contracepção, é de suma importância que seja feita de maneira adequada para a saúde e bem estar materno-fetal, assim como um melhor planejamento familiar e evitar as consequências de uma gestação não planejada (VIEIRA *et al.*, 2008). Entre as opções, os métodos não hormonais devem ser a primeira linha de escolha, pois não interferem na lactação, mas é importante considerar a preferência da mulher. Podem ser considerados, o método da amenorreia da lactação, que pode ser eficiente por até 6 meses pós parto, a depender do regime da amamentação e os métodos de barreira, como *condom* feminino e masculino, com taxas de falha variando de 3 a 15% (VIEIRA *et al.*, 2008).

Os dispositivos intrauterinos (DIU), com elevada taxa de eficácia, seguros e de longa ação (5 a 10 anos), podendo ser inseridos no pós-parto imediato ou após 6 semanas, e possui mesmo nível de indicação para as mulheres fora do puerpério. Os métodos hormonais possuem restrição maior, principalmente em relação aos combinados, pelo risco trombogênico do estrogênio e que, teoricamente, retarda a produção e a qualidade do leite.

Os isolados são uma boa opção, pois não influenciam na lactação e desenvolvimento do RN, apresentam baixo risco para trombose e possuem variadas apresentações, podendo-se considerar a prescrição imediatamente pós-parto. Por fim, tem-se a contracepção definitiva cirúrgica, que possui elevada eficácia e nenhum efeito sob a lactação e deve ser realizada de forma voluntária e seguindo a legislação vigente (VIEIRA *et al.*, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante perceber que deve-se desenvolver alternativas para o suporte físico e emocional das puérperas e formas para lidar com situações de ansiedade e estresse, ações que estão diretamente relacionadas às redes de apoio. Além disso, a assistência continuada à saúde, a longo prazo e a cada etapa do puerpério, pode auxiliar as mulheres no desenvolvimento da confiança para relatarem qualquer problema de saúde, seja de ordem física ou mental. Portanto, é fundamental que profissionais de saúde, parcerias e demais redes de apoio, contribuam para que os cuidados à saúde sejam efetivos e promovam impactos positivos duradouros (HENZ, 2016).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Nilza Alves Marques *et al.* Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, p. 223-228, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher, 2001.
- CUNNINGHAM, F. Gary; LEVENO, Kenneth J.; BLOOM, Steven L. *Obstetrícia*. 23ª ed. McGraw-Hill, 2012.
- FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Aleitamento Materno. In: *Protocolos Febrasgo – Obstetrícia*, nº 13, 2ª edição, 2021.
- FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Protocolos Febrasgo – Obstetrícia: Diretrizes essenciais para a saúde materna durante a gestação*. São Paulo: FEBRASGO, 2023
- HENZ, Gabriela Sofia. A inclusão paterna durante o pré-natal. Artigo (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 08 dez. 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10737/1732>>.
- MALDONADO, Maria Tereza Pereira. *Psicologia da gravidez*. Petrópolis-RJ: Editora Vozes Ltda., 1976, 118 p.
- NEWTON, Niles. *Maternal emotions*. New York: Paul. B. Hoeber, Inc., 1955.
- REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio B. *Rezende Obstetrícia Fundamental*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014
- STEEN, Mary; STEEN, Scott. Striving for better maternal mental health. *The Practising Midwife*, v. 17, n. 3, p. 11-14, 2014.
- VICTORA, Cesar G. *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 25, n. 1, p. 1-24, 2016.
- VIEIRA, Carolina Sales; BRITO, Milena Bastos; YAZLLE, Marta Edna Holanda Diogenes. Contracepção no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, p. 470-479, 2008.
- ZUGAIB, Marcelo. *Obstetrícia*. 3ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.