

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Assistência ao Puerpério

Versão: 3 / 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Fernanda Cristina da Silva Alves Ribeiro, Unidade de Saúde da Mulher

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 15/9/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.014

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados
www.gov.br/hubrasil



Hospital de Clínicas



1. APRESENTAÇÃO

O puerpério é o período que sucede o parto e tem seu término indeterminado, sob o ponto de vista fisiológico, compreendendo os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação. É também caracterizado por marcantes mudanças em diversos outros aspectos da vida feminina, sejam eles conjugais, familiares, sociais ou profissionais.

2. OBJETIVOS

O objetivo deste documento é estabelecer condutas uniformes na assistência às puérperas, com padronização de procedimentos, baseados nas melhores evidências científicas e, desta forma, promovendo maior segurança às pacientes no período pós-parto.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Classificação do puerpério

- Imediato: 1° ao 10° dia;
- Tardio: 11° ao 45° dia;
- Remoto: a partir do 46° dia.

3.2 Destinação da paciente

- Alojamento conjunto - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;
- Enfermaria - mulheres clinicamente estáveis, que não ficarão acompanhadas pelo bebê;
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - instabilidade clínica materna.

3.3 Orientações

3.3.1 Orientações gerais

As principais orientações após parto normal ou cesariana encontram-se no quadro a seguir:

ORIENTAÇÕES		
	PARTO NORMAL	CESARIANA
Deambulação	O mais precoce possível	
Mamas	Amamentação na primeira hora após o parto (se possível). Avaliação quanto a deformações mamilares, pega adequada ***, fissuras, ingurgitamento, hiperemias (mastite). A mãe soropositiva (HIV) deve ser informada dos riscos da amamentação e deve também ser medicada logo após o parto para que se evite o início da lactação (cabergolina 0,5mg, 2 cápsulas (cps), dose única)	
Membros inferiores	Pesquisar sinais de Trombose Venosa Profunda (TVP)	
Dieta	Individualizar conforme doença de base. Se risco habitual, dieta livre.	6 horas após o parto, se ausência de intercorrências. Iniciar dieta branda.
Higiene	Banho de chuveiro (supervisionado) assim que desejar.	Realizar após a deambulação: banho de chuveiro supervisionado.
Ferida operatória (FO)	Episiotomia ou lacerações: verificar	Retirar curativo 6-12 horas. Após,



Hospital de Clínicas



	aspecto geral e presença de hematomas, equimoses, edemas, deiscências.	manter FO descoberta, limpa e seca.
Sonda Vesical de Demora (SVD)		Individualizar, conforme doença de base, condições operatórias. Habitualmente pode se retirar com 6 horas mínimas pós-parto se diurese clara e volume > 30 ml/h.
Abdome	Avaliar involução uterina.	Avaliar involução uterina, Ruídos Hidroaéreos (RHA), distensão abdominal e FO.
Genitália	Avaliar loquiação, episiotomia, lacerações, hematomas, equimoses, edemas.	Avaliar loquiação

PONTOS-CHAVE PARA O POSICIONAMENTO ADEQUADO

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

PONTOS-CHAVE DA PEGA ADEQUADA

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê que abaixo;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

Consultar Procedimento Operacional Padrão (POP) Institucional “Amamentação”, link: [POP.HC-UFTM-DENF.005 Amamentação, versão 5](#)

3.3.2 Exames

- Sempre checar ABO-Rh e sorologias;
- Demais exames a depender das patologias associadas;
- Realizar **IMUNOGLOBULINA ANTI-RH(d) (300mcg intramuscular - IM)** até 72 horas pós-parto se mãe Rh negativo e Coombs indireto negativo + recém-nascido (RN) Rh positivo.

3.3.3 Alta Hospitalar

- Parto normal: mínimo 24h após o parto, se boas condições clínicas maternas e RN com condições de alta pela pediatria.
- Cesariana ou parto normal operatório (Fórceps): mínimo 48h após o parto, se boas condições clínicas maternas e RN com condições de alta pela pediatria.

3.3.4 Orientações para Alta Hospitalar

- Orientar repouso sexual. Após 45 dias e cessação da loquiação pode-se reassumir a atividade sexual conforme o desejo e o conforto do casal.
- Prescrever sulfato ferroso para 3 meses após o parto.
- A mulher deve receber informação sobre os principais sinais e sintomas que sugerem a presença de complicações, incluindo febre, sangramento vaginal excessivo ou fétido, cefaleia



Hospital de Clínicas



acompanhada de distúrbios visuais e/ou náuseas e vômitos, dor, edema ou hiperemia dos membros inferiores.

- Em relação ao cuidado da região perineal, a mulher deve ser orientada a fazer a higiene vulvar no sentido anterior-posterior, e o uso de gelo no primeiro dia pode reduzir o desconforto local (se necessário), especialmente por ocasião da realização de episiotomia ou presença de laceração extensa.
- Paciente deve ser orientada quanto à anticoncepção.
- Não é recomendado antibiótico profilático no pós-parto para partos não complicados.

3.3.5 Seguimento

Agendamento de consulta do puerpério em até 45 dias do parto. As consultas cujas pacientes fizeram pré-natal de risco habitual poderão ser agendadas tanto no Ambulatório de Puerpério do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) quanto contrarreferenciadas para a cidade de origem ou unidade mais próxima em que a paciente já faz o seguimento ginecológico de rotina. À alta, é responsabilidade do médico fornecer os encaminhamentos (o documento do encaminhamento específico do HC-UFTM e um relatório da necessidade de consulta puerperal, dando opção da contrarreferência) e as orientações. As pacientes que tiveram gestação de alto risco deverão, preferencialmente, ser encaminhadas ao Ambulatório de Puerpério do HC-UFTM.

3.4 Hemorragia Pós-Parto

Consultar protocolo institucional específico “Manejo das Síndromes Hemorrágicas na Gestação e Puerpério”.

3.5 Infecções Puerperais

3.5.1 Conceito

A infecção puerperal, também denominada febre puerperal ou morbidade febril puerperal, é um termo genérico que representa qualquer infecção bacteriana desenvolvida na mulher em período puerperal.

O sistema imunológico materno sofre alterações profundas na gestação e isso acarreta aumento na predisposição na aquisição de infecções como a morbidade febril, endometrite e seps puerperal. Os principais sítios de infecções puerperais são:

- Mastite;
- Endometrite;
- Infecção de FO da cesariana;
- Infecção da episiotomia/lacerações;
- Infecção urinária;
- Pneumonia puerperal.

3.5.2 Fatores de risco

Anteparto:

- Baixo nível socioeconômico;



Hospital de Clínicas



- Desnutrição;
- Anemia materna;
- Diabetes Mellitus;
- Terapia imunossupressora;
- Infecções do trato genitourinário;
- Má higiene pessoal;
- Ausência de assistência pré-natal.

Intraparto e pós-parto:

- Cesariana;
- Amniorrexe prematura;
- Múltiplos exames vaginais;
- Parto vaginal traumático;
- Parto prolongado;
- Inserção baixa da placenta;
- Retenção de restos ovulares;
- Perdas sanguíneas acentuadas no pós-parto;
- Monitorização fetal interna.

3.5.3 Mastite

A mastite normalmente é mais tardia, em torno da terceira semana. Inicia-se com um processo inflamatório que evolui para infecção. Surge como consequência de um trauma mamilar mal conduzido ou ducto mamário obstruído e pode chegar à formação de abscesso mamário.

- **Agente etiológico:** Staphylococcus aureus ou Staphylococcus epidermidis.
- **Quadro clínico:** dor, cefaleia, febre, náuseas, vômitos, mal-estar. A mama apresenta vermelhidão, calor e edema.
- **Tratamento:** esvaziamento regular da mama, orientação sobre a amamentação, antibioticoterapia, analgésicos e drenagem de abscesso, se presente.
- **Esquemas preferenciais:**
 1. Sem necessidade de drenagem:
 - ✓ Amoxicilina/Clavulanato 500mg/125mg de 8/8h por 7 dias ou Clindamicina 300mg de 6/6h por 7 dias
 2. Com necessidade de drenagem ou internação:
 - ✓ Oxacilina 2g, EV, de 4/4h reavaliação clínica e laboratorial após 72h e se estiver afebril, clinicamente estável e com melhora dos marcadores infecciosos, alta com Amoxicilina/Clavulanato por 7 dias.

3.5.4 Infecção do trato urinário (ITU)

São fatores de risco para infecção urinária puerperal: sondagem vesical, cesariana ou parto operatório, anestesia peridural e IMC elevado.

Agentes etiológicos mais comuns: Escherichia coli, Klebsiella sp, Proteus sp.



Hospital de Clínicas



- **Quadro clínico:** paciente sem queixas urinárias (assintomáticas) ou com queixas sugestivas: disúria, polaciúria, mudanças no aspecto da urina. O primeiro sinal de infecção renal pode ser febre, seguido por dor no ângulo costovertebral, náuseas e vômitos.
- **Tratamento:** individualizado baseado em sintomas, fatores de risco (sondagem vesical) e resultado da urocultura, quando disponível ou baseado na microbiota prevalente da unidade. O antibiótico deve ser compatível com a amamentação. O esquema terapêutico inclui:

1. ITU baixa:

- ✓ Nitrofurantoína 100mg de 6 em 6 horas por 5 dias, ou
- ✓ Sulfametoxazol-trimetoprima 800 mg/160mg de 12 em 12 horas por cinco dias.
- ✓ Para pacientes com condições de comprar a medicação: Fosfomicina 1 sachê VO e repetir outro sachê em 48 h.

2. Pielonefrite aguda no puerpério:

- ✓ O tratamento inicial deve ser intravenoso e com reavaliação após 72 horas. As drogas empregadas são:
- ✓ Ceftriaxona 2g ou um aminoglicosídeo (gentamicina, 3-5mg/Kg) com base em resultado da urocultura, ambos em dose única por dia.

3.5.5 Endometrite puerperal

A endometrite pós-parto refere-se à infecção da decídua (endométrio gestacional). Endometrite puerperal é a infecção do trato genital ocorrendo em qualquer momento entre o início da ruptura das membranas ou o parto até o 42º dia pós-parto, em que a febre e um ou mais dos seguintes sintomas estão presentes:

- ✓ Dor pélvica;
 - ✓ Secreção vaginal anormal;
 - ✓ Odor anormal dos lóquios;
 - ✓ Atraso na redução do tamanho do útero;
 - ✓ Os calafrios que acompanham a febre sugerem bacteremia ou endotoxemia.
- **Tratamento:** os esquemas antimicrobianos em casos não complicados de endometrite (ausência de critérios de sepse) são:
 - ✓ Gentamicina 3-5 mg/Kg, IV, dose única diária, associada à clindamicina 600mg, IV, de 6 em 6 horas. Manter por 72h e reavaliar após. Se afebril, alta com Amoxicilina/Clavulanato 500mg/125mg de 8/8h por 7 dias.

3.5.6 Sepse puerperal

O foco pode ser dividido em: não obstétricos e obstétricos. O primeiro grupo engloba pneumonia adquirida em comunidade, ITU, apendicite, colecistite, entre outros. Já as principais causas obstétricas relacionam-se à gestação (corioamnionite, tromboflebite pélvica séptica, aborto infectado); ao parto (endometrite pós-parto, infecção de episiotomia, infecção de parede ou uterina pós-cesárea); à realização de procedimentos invasivos (infecção pós-cerclagem ou pós- amniocentese).

- **Agente etiológico:** os quadros de sepse de origem obstétrica são, em geral, de origem polimicrobiana, sendo as bactérias Gram-negativas as mais frequentes, como a *Escherichia coli*, e também, Gram-positivas como *Streptococcus* do grupo B e *Staphylococcus aureus*, bactérias

anaeróbicas e *Listeria monocytogenes*. O *Streptococcus* do grupo A é o principal agente patogênico ligado à mortalidade materna por sepse, representando 50% dos casos.

- **Quadro clínico** – fase inicial: fadiga, ansiedade, agitação, desorientação, instabilidade térmica (hipotermia), hipotensão arterial. Fase tardia: hipertermia, taquicardia/arritmias, manifestações de isquemia miocárdica, síndrome do desconforto respiratório do adulto (taquipneia, estridor, dispneia).

É recomendada a obtenção de pelo menos duas hemoculturas (uma de sangue periférico e uma proveniente de cateter central – quando houver, desde que tenha sido implantado há mais de 48 horas), além de culturas de prováveis sítios infecciosos (urina, líquido, secreções do trato respiratório, ponta de catéter) antes do início da antibioticoterapia, sempre que possível e desde que não implique em atraso de conduta para a paciente. Basear no protocolo do manejo clínico da sepse da instituição. Segue [link](#):

[PRT.HC-UFTM-UVS.004 Manejo Clínico Gerenciado da Sepse e do Choque Séptico no Paciente Adulto, versão 4](#)

Deve ser solicitado: Hemograma, Lactato, Gasometria arterial, Ureia e Creatinina, TAP e TTPa, Bilirrubinas, eletrólitos. Exames de imagem a depender do sítio da infecção.

Os critérios diagnósticos devem seguir o “MEOWS” (*Modified Early Obstetric Warning Score*) - sistema de alerta precoce utilizado para monitorar sinais vitais de gestantes e puérperas, identificando rapidamente deterioração clínica, através de pontuação de parâmetros como: frequência respiratória, pressão arterial e cardíaca, ajudando a prevenir complicações graves e reduzir mortalidade materna.

Aplica-se no momento da admissão e em intervalos regulares, conforme o risco clínico identificado. A depender do quadro clínico, solicitar vaga de UTI Adulta, conforme esquema a seguir.

Escala de Alerta Precoce - MEOWS

Parâmetro	Pontuação 3	Pontuação 2	Pontuação 1	Valores normais	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3
FR (irpm)		≤ 10		11-19		20-29	≥ 30
SatO2 (%)	< 95			95-100			
Tax (°C)	≤ 35°			35,1-37,4°		37,5-37,9°	≥ 38°
PAS (mmHg)	≤ 70	71-79	80-89	90-139	140-149	150-159	≥ 160
PAD (mmHg)		< 45		45-89	90-99	100-109	≥ 110
FC (bpm)		≤ 40	41-50	51-100	101-109	110-119	≥ 120
Resposta neurológica				Alerta	Chamado verbal	Estímulo à dor	Inconsciente
Débito urinário (ml/h)	< 10	< 30					

Figura 1A. Escala de Alerta Precoce – MEOWS. Fonte: Procedimento Operacional Padrão (POP) IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA EMPACIENTES OBSTÉTRICAS –MEOWS - Prefeitura Rio de Janeiro – 03/2025 https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/MEOWS_IDENTIFICA%C3%87%C3%83O_PRECOCE_DE_DETERIORA%C3%87%C3%83O_CL%C3%8DNICA_EM_PACIENTES_OBST%C3%89TRICAS_-_Bruna_Rafaela_de_Oliveira.pdf

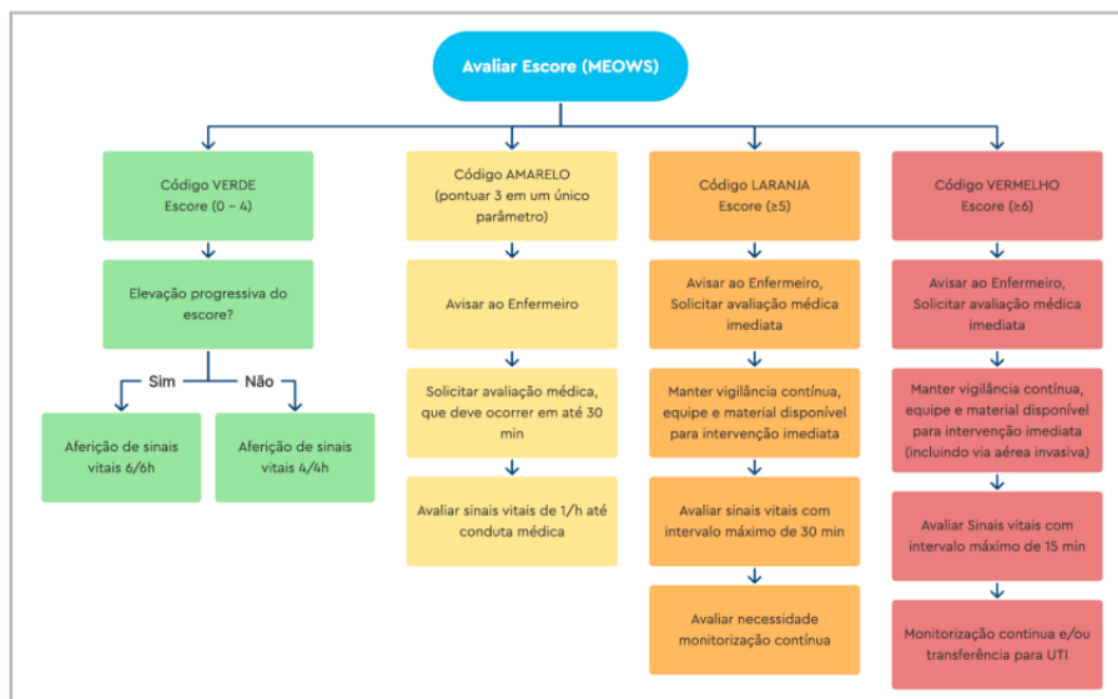


Figura 1B. Escala de Alerta Precoce – MEOWS. Fonte: Procedimento Operacional Padrão (POP) IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA EMPACIENTES OBSTÉTRICAS –MEOWS - Prefeitura Rio de Janeiro – 03/2025 https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/MEOWS_IDENTIFICA%C3%87%C3%83O_PRECOCE_DE_DETERIORA%C3%87%C3%83O_CL%C3%8DNICA_EM_PACIENTES_OBST%C3%89TRICAS - Bruna Rafaela de Oliveira.pdf

- Antibioticoterapia: antibióticos de largo espectro, uma vez que a infecção é polimicrobiana, com bactérias aeróbias e anaeróbias provenientes da flora intestinal e genital.
- ✓ Esquema endovenoso:
- ✓ Ceftriaxona 2g de ataque, IV, após 1g de 12/12 horas + Clindamicina: 600 mg, IV, de 6/6h
- ✓ Esquema oral (após, pelo menos, 72h de tratamento EV e paciente afebril): Amoxicilina/clavulanato 500/125mg de 8/8 horas + Metronidazol 500mg de 8/8 horas por 7 dias.
- *A terapia intra-venosa deve ser mantida até a reavaliação clínica e laboratorial após 72 horas. Nos casos de resposta clínica inadequada, reavaliar conduta.
- * Verificar resultado de culturas para reavaliação da antibioticoterapia.

4. REFERÊNCIAS

- 1 - Osanan GC, Tavares AB, Reis MI, Múcio B. Hemorragia pós-parto. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 109/ Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).
- 2 - Zugaib obstetrícia / organização Marcelo Zugaib, Rossana Pulcineli Vieira Francisco. - 4. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2020
- 3 - World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. Genève: WHO; 2012. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK131942/pdf/Bookshelf_NBK131942.pdf
- 4 - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): OPAS; 2018. Acesso: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241->



Hospital de Clínicas



por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5-The American College of Obstetricians and Gynecologists 409 12th Street, SW, PO Box 96920, Washington, DC 20090-6920 Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2017;130: e168–86.

6- Levy MM, *et al.* The Surviving Sepsis Campaign Bundle. Critical Care Medicine. June 2018, Volume 46; Number 6 (997-1000).

7- Montenegro, Carlos Antonio Barbosa, and Jorge de Rezende Filho. "Rezende obstetrícia." *Rezende obstetrícia*. 2010. 1159-1159.

8- Freitas, Fernando. "Rotinas em obstetrícia." *Rotinas em obstetrícia*. 2001. 624-624.

5. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	8/9/2021	Elaboração da 1 versão do Protocolo (PRT)
2	1º/4/2024	Revisão do documento
3	15/9/2026	Atualização e inserção em novo modelo

6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 31/3/2026

Alberto Borges Peixoto, Fernanda Cristina da Silva Alves Ribeiro e Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, médicos da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Validação técnica – data: 16/4/2026 a 23/7/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados; Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC); Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente; Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde

Aprovação – data: 11/5/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Análise – data: 31/3/2026 e 24/8/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Registro, validação de forma e revisão – data: 15/9/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 2 – data: 1º/4/2024

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Validação

Larissa Christina Pires Barrientto, membro da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais; Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade; Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Elaboração da versão 1 – data: 8/9/2021

Tainara Tavares Menchete, Marina Carvalho Paschoini

Validação interna

Alberto Borges Peixoto, Fernanda Cristina da Silva Alves Ribeiro, João Ulisses Ribeiro, Marina Carvalho Paschoini, Mário Sérgio Silva Gomes Caetano

Validação

Caetano Galvão Petrini, chefe da Unidade Materno-Infantil; Rodrigo Juliano Molina, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente; Ivonete Helena Rocha, chefe da DGC

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde



Hospital de Clínicas

