



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO
DE ALMEIDA NEVES

WANDERLAINE FRANCISCA NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PUERPERAL:
ÊNFASE NA MASTITE**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

WANDERLAINE FRANCISCA NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PUERPERAL:
ÊNFASE NA MASTITE**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN - como requisito parcial à obtenção do título de Graduada, sob a orientação da Professora Ana Cláudia Ribeiro Paiva.

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

WANDERLAINE FRANCISCA NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PUERPERAL:
ÊNFASE NA MASTITE**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN - como requisito parcial à obtenção do título de Graduada, sob a orientação da Professora Ana Cláudia Ribeiro Paiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Ana Cláudia Ribeiro Paiva
(orientadora)

Prof^ª. Esp. Ângela Pierina Farnese Mazocoli
(Examinadora)

Prof^º. Esp. José Luiz Resende
(Examinador)

“De tudo ficaram três coisas: A certeza de que estamos sempre começando;... A certeza de que é preciso continuar;... A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar... Façamos da interrupção um novo caminho; Da queda um passo de dança; Do medo uma escada; Do sonho uma ponte; E da procura... Um encontro.”

Fernando Sabino

Dedico esta monografia a minha família, e principalmente a meu pai. Hoje ele não vive mais em nosso meio, mas sim junto do Pai, porém, tenho certeza que ele está me abençoando, olhando por mim e vibrando com mais uma conquista em minha vida. Papai, essa é para você. Obrigada, te amo!

AGRADECIMENTOS

Sem dúvidas, agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela força, ânimo, coragem e saúde para seguir com meus sonhos, e pelo amparo de cada dia.

À minha orientadora Ana Cláudia Ribeiro Paiva, pelo apoio, pelo carinho, pelo incentivo durante as aulas e por depositar sua confiança em meu trabalho.

À minha mãe, Maria Aparecida, por acreditar em mim e em meus sonhos, ao meu Paizinho, que não está mais aqui comigo, mas sei que está me abençoando, olhando e torcendo por mim lá de cima. Enfim, a eles agradeço a família linda que tenho.

À minha irmã Wiviane, agradeço por cuidar sempre de mim, e por ser hoje meu maior exemplo de força, coragem e superação, e por confiar em mim sua maior riqueza, que é meu sobrinho/afilhado Matheus; à minha irmã Wanessa, por também cuidar de mim (risos), e ser uma grande companheira. Amo vocês família!

À uma antiga amizade, Mayra Coelho, e as novas conquistadas, Camila, Rosana e Fernanda, agradeço pela companhia nos bons e nos maus momentos, e a todos os colegas de sala. Foram cinco anos bem vividos, onde nos tornamos uma grande família!

Ao meu namorado Ítalo, pela força, apoio, confiança e por compreender meu mau humor e ausência em vários momentos no fim dessa caminhada.

À todos os meus professores, pelos ensinamentos, confiança e PACIÊNCIA, por terem me proporcionado uma base importante para meu crescimento.

À todos, amigos, familiares e companheiros de trabalho, pelos ensinamentos na parte profissional e pessoal.

E aos que por mim passaram, confiando a mim e em meu trabalho, suas dores, físicas ou psicológicas.

À todos de coração, meu muito obrigada!

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. CONHECENDO O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL..... | 12 |
| 1.1 Gestação, parto e puerpério | 12 |
| 1.2 Parto | 14 |
| 1.3 Puerpério..... | 16 |
| 2. INFECÇÃO PUERPERAL | 18 |
| 2.1 Infecções puerperais: breves considerações | 18 |
| 2.2 Fisiologia da mama: considerações | 18 |
| 2.2.1 Mastite | 20 |
| 3. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO | 25 |
| 3.1 Ações de enfermagem | 25 |
| 3.2 Prevenindo a mastite: papel do enfermeiro | 27 |
| 3.3 Tratamento..... | 29 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 31 |
| REFERÊNCIAS | 33 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 – Fisiologia da mama..... | 19 |
| FIGURA 2 – Mama com mastite..... | 22 |
| FIGURA 3 – Abscesso mamário..... | 24 |
| FIGURA 4 – Ordenha manual da mama..... | 27 |
| FIGURA 5 – Técnica correta para amamentação..... | 28 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TGI – Teste Imunológico para Gravidez

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

OMS – Organização Mundial da Saúde

RESUMO

O período gestacional é visto como uma das fases mais importantes na vida de uma mulher. É neste período que inúmeras mudanças psicológicas e principalmente fisiológicas ocorrerão, interferindo significativamente na vida desta. É notório que a participação dos familiares neste momento mostra-se de suma importância como um apoio psicológico à chegada de um novo ser, assim como o apoio do profissional enfermeiro torna-se incomensurável para o entendimento das mudanças fisiológicas ocorridas na fase gestacional. As infecções são algumas das intercorrências que podem ocorrer no puerpério. A mastite, que pode ser causada por estase lática, ou por microrganismos levados às mamas através de fissuras ou pelo agente infeccioso *staphylococcus aureus*, além de fatores socioeconômicos, é apontada como uma das possíveis intercorrências. Diante deste fato, faz-se necessário a intervenção do enfermeiro por meio de uma assistência completa através de orientação, capacitação e acompanhamento durante o pré natal. Com esse estudo, objetiva-se discutir a responsabilidade do enfermeiro diante às ocorrências infecciosas no puerpério, enfatizando a mastite. Para confecção deste trabalho, foi realizada uma pesquisa de caráter bibliográfico baseada em literatura especializada, artigos e manuais referentes ao tema. Ao final do estudo, ficou claro que a participação da equipe de enfermagem deverá ocorrer de forma mais efetiva na vida de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, buscando esclarecer todos os medos e mitos.

Palavras - chave: Ciclo Gravídico Puerperal; Infecção Puerperal; Mastite; Enfermeiro; Assistência à gestante.

INTRODUÇÃO

Sabemos que nos dias atuais ainda existe um grande número de mulheres que passam por complicações puerperais. É notório que muitas dessas complicações poderiam ser evitadas caso as mesmas recebessem durante a gravidez o apoio e as orientações necessárias para que todo o processo de gestação, parto e pós-parto se desenrolasse naturalmente, proporcionando o bem estar da puérpera.

A maioria das ocorrências relacionadas às infecções no puerpério relacionam-se à falta de acompanhamento adequado durante a gestação, e fica claro, a falta de envolvimento por parte dos profissionais que atuam no ciclo gravídico puerperal, especialmente os enfermeiros, ficando evidenciado a falta de informações por parte da gestante, inclusive no que tange aos cuidados e às várias formas de evitar o processo infeccioso.

Entende-se então, que para prevenir esses problemas, a participação da equipe de enfermagem deverá ocorrer de forma mais efetiva no acompanhamento de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, desempenhando um papel voltado ao cuidado, às orientações e a assistência, promovendo atividades como as visitas domiciliares que sejam pertinentes às necessidades dessas gestantes e futuras parturientes, buscando esclarecer todos os medos e mitos.

Este estudo tem por objetivo discutir a responsabilidade do profissional enfermeiro diante das ocorrências infecciosas no puerpério, enfatizando a mastite. Busca elucidar a importância das orientações do enfermeiro durante todo o ciclo gravídico puerperal, promovendo grupos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para capacitação e orientação das gestantes, assim como fomentar o conhecimento das gestantes para a identificação de sinais e sintomas de infecção puerperal, especialmente mastite, além de utilizar formas para orientar as gestantes sobre a importância das consultas e o acompanhamento do pré-natal, bem como do retorno a UBS após o nascimento da criança.

A escolha do referido tema surgiu com o intuito de melhorar a qualidade na assistência de enfermagem às mulheres, no pré-natal, parto e puerpério, buscando elucidar sobre a importância na identificação de quadros infecciosos, além de suprimir todas as dúvidas e necessidades que estas possam apresentar nessa fase, em relação ao seu corpo, e principalmente as mamas, visto que o ato de amamentar, ainda é desejado pela maioria das mulheres, e os problemas ocorridos nas mamas pode ser a principal causa da interrupção deste ato de amor. Dessa forma, o enfermeiro e toda sua equipe poderão contribuir através de um

acompanhamento mais efetivo a essas mulheres, capacitando e orientando-as de forma a minimizar os riscos de uma possível infecção puerperal.

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, analítica e descritiva baseada em literatura especializada, busca em sites científicos, periódicos e manuais referentes ao tema. Segundo a Resolução 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Para melhor compreensão do tema, o presente estudo será dividido em três capítulos, a saber: o primeiro refere-se ao conhecimento do ciclo gravídico puerperal, da gestação, do parto e do puerpério, já o segundo, faz breves considerações sobre a infecção puerperal e a mastite, e, terceiro e último capítulo trata da atuação do enfermeiro diante de todo este processo.

1. CONHECENDO O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

1.1 Gestação, parto e puerpério

O período gestacional é uma das fases mais importantes na vida de uma mulher, é neste período que inúmeras mudanças ocorrerão em seu corpo. Essas mudanças mesmo que fisiológicas da gestação, precisam ser bem entendidas por essas mulheres para que esse momento seja prazeroso e se desenvolva de forma natural e tranquila.

Essas alterações, desencadeadas nas mulheres durante a fase gestacional são profundas, iniciando logo após a fertilização, e se evidenciando por toda a gestação.

Dentro dessas alterações, o útero será o órgão com mudanças mais acentuadas. De acordo com Cunningham (2000, p.164), na mulher não-grávida, ele se apresenta como uma estrutura quase sólida com cerca de 70 g e uma cavidade de mais ou menos 10 ml. Porém, em fase de gestação o útero se torna um órgão muscular de paredes finas com capacidade para acomodar, a placenta, o líquido amniótico e o feto.

Outras mudanças relacionadas à contratilidade, distribuição das fibras musculares, formato e posição do útero, controle de fluxo sanguíneo, dentre outras, vão aos poucos passando por transformações no decorrer da fase gestacional, conforme citado por Ziegel e Cranley (2008, p.120-121).

Para Brasil (2006, p.20), a gravidez se destaca pelas mudanças fisiológicas e as queixas apresentadas pelas mulheres. Sendo que, para seu diagnóstico, algumas observações devem ser consideradas, como náuseas, vômitos, sensibilidade mamária, amenorréia ou atraso menstrual. Neste caso, para as mulheres que procuram os serviços de saúde, e seu atraso menstrual não ultrapassa 16 semanas, o profissional de saúde da unidade poderá solicitar o teste imunológico para gravidez (TGI), para confirmação do diagnóstico, caso o atraso se estenda por mais de 16 semanas, ou se a gestação estiver confirmada, o teste é dispensável.

Diante do impacto gerado na vida da família e da mulher, ao se descobrir grávida e com a chegada de um novo ser, o enfermeiro, nesse período poderá ofertar um apoio incomensurável, a essa família, visto as várias mudanças que ocorrerão como já foram descritas.

Segundo Brasil (2001, p.58),

É competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família desde o primeiro contato na unidade de saúde ou na própria comunidade. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como

significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo como novo ser.

Embora, como já esclarecido, diante de todas as mudanças emocionais, fisiológicas que a gravidez gera no corpo da mulher, existe uma estreita relação entre saúde e doença nesta fase. Portanto, o diagnóstico precoce e a prevenção de sinais considerados anormais, evitarão possíveis complicações relacionadas ao anteparto, parto e puerpério, sendo de extrema importância da assistência preventiva oferecida pelo profissional enfermeiro (ZIEGEL; CRANLEY, 2008, p.169).

Para que se apresente uma melhor perspectiva das mulheres em sua fase gravídica, a participação das mesmas nas decisões a cerca de sua saúde sob orientações de um profissional de saúde, especialmente, o enfermeiro, contribuem para uma gestação tranquila, sendo que não só a mulher, mas todos aqueles que estão a sua volta, poderão participar desse período. Entende-se que com seus conhecimentos ampliados, a mulher poderá fazer suas próprias escolhas no parto, pós-parto e puerpério, contando sempre com o apoio e a assistência da equipe de enfermagem.

Busanello *et al* (2011, s.p.) asseveram que,

Para reforçar o protagonismo da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, verifica-se que as práticas educativas desenvolvidas pelo Enfermeiro precisam envolver todos os sujeitos que estão próximos à mulher durante esse período. As discussões e orientações promovidas acerca do ciclo gravídico-puerperal à mulher precisam ser estendidas aos familiares, tendo em vista a influência dessas pessoas no cuidado e nas decisões da mulher. Isto inclui, também, a sensibilização da equipe de Enfermagem para essa questão, sendo que esses trabalhadores, ao realizarem o cuidado na gestação, parto e puerpério, necessitam respeitar os direitos das mulheres.

A relação profissional-paciente se mostra eficaz não somente diante do período gestacional, mas, estende-se ao momento do nascimento do bebê, sendo que essa relação criada durante o acompanhamento da gestação, possibilita a mulher escolher o modo como que quer ter o filho. Porém, o processo de humanização deve ser aplicado por toda a equipe de saúde.

Diante de tal fato, evidencia-se que em termos de políticas públicas de saúde, essa questão é claramente tratada, pela primeira vez, no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde no ano 2000. Tal programa apresenta como um de seus fundamentos, o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal

como condição primeira para o acompanhamento adequado a mulheres e recém-nascidos (BRASIL, 2000 *apud* PARADA e TONETE, 2008, s.p).

1.2 Parto

Os fatores que se relacionam com o processo de nascimento do bebê são caracterizados como “motor, objeto e trajeto”. O motor, é o que leva o bebê através do canal de parto, estimulado pelas contrações da musculatura uterina e abdominal; o “objeto” é o bebê, que atravessará o “trajeto”, que é a pelve materna. Com o propósito de identificar se a pelve poderá ou não acomodar o bebê, o médico reúne todo conhecimento possível sobre a relação existente entre eles antes de iniciar o trabalho de parto. Todas as informações servem como uma prévia para um diagnóstico acerca da facilidade ou dificuldade com que provavelmente se completará o parto que esta próximo. (ZIEGEL; CRANLEY, 2008, p. 293).

O nascimento do bebê propriamente dito é chamado de parto. Geralmente, ao fim da trigésima sexta semana, o bebê e, conseqüentemente, o trabalho de parto serão considerados a termo. (ZIEGEL; CRANLEY, 2008, p. 313).

E retomando ao contexto que engloba a humanização do parto, a família e a própria mulher podem participar ativamente desse momento único e especial em suas vidas, podendo usufruir de métodos como o de Psicoprofilático ou de Lamaze, Bradley e Parto domiciliar, que serão descritos a seguir.

Para Nettina (2011, p. 1.226 – 1.227), o Método Psico-profilático ou de Lamaze,

- 1) É ensinado a cliente a substituir as respostas de medo, agitação e perda de controle com algumas medidas mais controladas, que podem estimular eficientemente o córtex cerebral, inibindo outros estímulos como a dor no trabalho de parto; 2) A gestante aprende exercícios para fortalecimento dos músculos abdominais e relaxamento do períneo; 3) Para auxílio no trabalho de parto, são usadas várias técnicas de respiração; 4) A cliente irá responder com medidas respiratórias ou relaxamento dos músculos, enquanto é controlada a percepção dos estímulos ligados ao trabalho de parto.

A mesma autora (2011, p. 1.226 – 1.227) também enfatiza o Método Bradley para o Parto,

- 1) Conhecido como “parto treinado pelo marido”. Qualquer pessoa relacionada como um amigo, namorado, mãe, avó ou marido pode ser o treinador; 2) Esse método envolve conceitos de liderança, apoio, cuidados, orientação, confiança e promoção de habilidades específicas; 3) Os treinadores aprendem através de aulas a ajudar a gestante antes do início do

trabalho de parto; 4) O treinador será o estímulo para a mulher usando o som de sua voz, palavras em particular e a repetição da prática; 5) Para amenizar a dor, o componente principal é o relaxamento, medicamentos não são indicados. Diminuindo o medo e a ansiedade, a atenção aos estímulos dolorosos será desviada e conseqüentemente a tolerância a dor será maior. Esse efeito será obtido através de exercícios físicos e cognitivos.

Sobre as motivações para a realização de Parto Domiciliar, a mesma autora (2011, p. 1.226 – 1.227) completa que são maiores as opções e as possibilidades da cliente durante o parto, diminuindo o medo desta relacionado à intervenção invasiva, deste modo, evita-se práticas como episiotomia, estimulação com ocitocina, monitorização de batimentos cardíofetais e principalmente a cesárea de rotina para apresentação pélvica, além de outras práticas ligadas às instituições hospitalares. Cabe ainda ressaltar, a crença que o bebê é imune às bactérias da própria casa, diminuindo o risco de infecções hospitalares e com isso, diminuindo também o custo da hospitalização.

No que se relaciona às contra indicações para a realização de Parto Domiciliar, a autora acima citada (2011, p. 1.226 – 1.227) menciona o alto risco na gravidez, assim como, a história pregressa de parto prematuro ou pós-termo, além de cesariana, doenças como diabetes gestacional, e por fim, pacientes que apresentam sintomas relacionados à pré-eclâmpsia. Aquelas clientes que apresentam problemas emocionais, complicações clínicas e cirúrgicas, anomalias placentárias e cardíacas relacionadas à saúde do feto, também estão contra indicadas para a realização de parto domiciliar.

Como alternativa ao Parto Domiciliar, o hospital deve oferecer um ambiente adequado, além de uma assistência humanizada, centrada na família, bem como equipes e Unidades Obstétricas preparadas/capacitadas para o atendimento emergencial, inclusive para as gestantes de baixo risco (NETTINA, 2011, p. 1.226 – 1.227).

Cunningham (2000, p.225), nos diz que ao fim do ciclo gravídico, a mulher se prepara para a chegada do novo ser, é no momento final, onde as contrações uterinas se tornam mais próximas e constantes, promovendo a dilatação da cérvix forçando a passagem do bebê através do canal de parto. Neste período, há um grande gasto de energia, proveniente da força exercida pela mulher, além da dor ocasionada pelas contrações miométriais¹, este processo recebe o nome de trabalho de parto.

¹ Contrações miométriais: a contração é o encurtamento da célula miométrial em resposta a um estímulo, com retorno ao seu comprimento original, após cessado o estímulo. A cada contração, durante o trabalho de parto, a célula miométrial apresenta retração, ou seja após cessado o estímulo, a célula não retorna ao seu comprimento original (CARRARA; DUARTE, 1996, p. 96).

Nettina (2011, p.1.228), nos informa que o trabalho de parto se divide em três estágios, o primeiro se classifica como dilatação e afinamento do colo, que começa com as contrações regulares e rítmicas do trabalho de parto, terminando com o apagamento e dilatação do colo, sua duração é variável, e em paciente primípara² dura quase o dobro, este estágio do trabalho de parto consiste em duas fases: fase de latência (inicial) e fase ativa.

A mesma autora (2011, p.1.228), acrescenta que o segundo estágio do trabalho de parto é de expulsão, que inicia-se com a dilatação completa terminando com o nascimento do bebê. Este estágio em nulíparas³ pode durar cerca de 1 a 4 h, e em múltipara⁴, 1 h. já no terceiro estágio acontecerá a expulsão da placenta, que começará com o nascimento do bebê, terminando com a expulsão completa da placenta, processo que pode durar de alguns minutos a 30 minutos.

Nettina (2011, p. 1.229), completa que: “O Quarto estágio (pós-parto imediato) dura da expulsão da placenta, até que as condições pós-parto da paciente tenham se estabilizado (geralmente 1 a 2 h após o parto)”.

Após o quarto estágio, a mulher entra em um período caracterizado como puerpério, que como na gestação, exige da mulher um amplo conhecimento sobre suas condições e principalmente sobre as possíveis complicações que possam vir a acontecer.

1.3 Puerpério

É necessário que a mulher esteja orientada sobre as alterações que ocorrerão em seu organismo. Sobre esta fase, Brasil (2001, p.175) esclarece que,

O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 42º dia), e remoto (a partir do 43º dia).

As transformações iniciadas no puerpério que ocorrem no organismo da mulher nesta fase não grávida, acontecem não somente nos aspectos endócrinos e genitais, mas como um todo. Neste momento a mulher deve ser avaliada como um ser integral, avaliando

² Primípara: que pare pela primeira vez; primeiro parto (GUIMARÃES, 2008, p. 374).

³ Nulíparas: que nunca deu a luz; nunca pariu (GUIMARÃES, 2008, p. 329).

⁴ Múltipara: mulher que teve mais de um filho (GUIMARÃES, 2008, p. 320).

principalmente seu componente psíquico, sendo este, o primeiro ponto a ser avaliado, para assim entender como ela se sente com a chegada desse novo ser (BRASIL, 2001, p.175).

O mesmo autor (2001, p. 176), ainda completa,

A puérpera apresenta um estado de exaustão e relaxamento, principalmente se ela ficou longo período sem adequada hidratação e/ou alimentação, além dos esforços despendidos no período expulsivo. Este estado pode se manifestar por sonolência que exige repouso. Após despertar e receber alimentação adequada, sem restrições, a mulher poderá deambular e dedicar-se aos cuidados com o filho.

Ciente da situação na qual se encontra a mulher no puerpério, o enfermeiro deverá promover um acompanhamento efetivo dessa mulher, e devendo avaliar regularmente: as mamas, o útero, avaliando consistência e tamanho, presença de bexigoma⁵, evacuação intestinal, os lóquios fisiológicos⁶, episiotomia⁷, sinal de Homans⁸, e sua resposta emocional. (NETTINA, 2011, p.1.254).

A mesma autora (2011, p. 1.254) ressalta que,

Notificar o médico imediatamente se houver anormalidades como aumento da respiração e do pulso, diminuição da pressão arterial e alterações ortostáticas podem indicar hemorragia; sangramento vaginal excessivo (saturação do absorvente higiênico dentro de 1 a 2 h ou mais), expulsão de grandes coágulos ou aumento constante no sangramento vaginal, que indica hemorragia; fundo do útero muito amolecido que não enrijece nem permanece firme com a massagem, indicando atonia uterina; temperatura elevada, aumento da dor, edema, hiperemia das incisões, indicando infecção; hipersensibilidade, dor, edema, hiperemia e calor na panturrilha, podendo indicar um coágulo sanguíneo [...]

Após conhecer todas as alterações e necessidades da parturiente/puerpéra no pós-parto imediato e tardio, em sua avaliação e a assistência, o enfermeiro deve abordar, não somente os cuidados relacionados à deambulação, dieta, ingesta hídrica entre outros, mas também atentar para as possíveis complicações que podem vir a acontecer nessa fase, como as infecções puerperais, que serão descritas no próximo capítulo.

⁵ Bexigoma: aumento anormal da bexiga, que ocorre devido à incapacidade de eliminar urina, o que resulta em seu acúmulo. (SINAIS E SINTOMAS, 2006, p. 74).

⁶ Lóquios fisiológicos: escoamento vaginal nos primeiros dias que se seguem ao parto / puerpério (GUIMARÃES, 2008, p. 297).

⁷ Episiotomia: pequeno corte feito, na parte externa da vagina, sob anestesia local, para ajudar o bebê a sair durante o parto (GUIMARÃES, 2008, p. 191).

⁸ Sinal de Homans: consiste na dorsoflexão do pé sobre a perna onde o doente vai referir dor na massa muscular da panturrilha. (BURIHAN; SILVA, 2003, p. 8).

2. INFECÇÃO PUERPERAL

2.1 Infecções Puerperais: breves considerações

A infecção puerperal trata-se de uma complicação com origem no trato genital geralmente ocasionada após o nascimento do bebê. De maneira geral, as infecções pélvicas são as complicações mais graves relacionadas ao puerpério, aliando-se à pré-eclâmpsia e a hemorragia obstétrica, que por muitas décadas foram responsáveis pela morte materna (CUNNINGHAM, 2000, p. 477).

Ziegel e Cranley (2008, p. 458) esclarecem, que dentro dos conceitos atuais, a infecção puerperal decorre de um ferimento infectado, causado por bactérias piogênicas⁹, que penetram no trato genital no período gestacional, ou seja, antes, durante ou depois do parto. Caso verídico em abortos de bebês a termo, onde a cavidade uterina por suas características morna, escura e úmida, considerável suprimento de sangue e soro e pouca oxigenação, oferece as perfeitas condições para a proliferação de algumas bactérias, estas por sua vez podem ser isoladas ou associadas, porém em sua maioria, são infecções nosocomiais¹⁰.

Cabe ressaltar, que as mamas também são susceptíveis às infecções ocorridas no puerpério. Para um melhor entendimento, serão feitas algumas considerações sobre sua fisiologia e a principal infecção das mesmas, a mastite, objeto deste estudo.

2.2 Fisiologia da mama: considerações

As glândulas mamárias são estruturas anexas à pele, capacitadas para a produção de leite. Existentes no sexo masculino e feminino, nos homens são elementares. Na puberdade são subdesenvolvidas nas mulheres, mas é também nesse período que crescem e se diferenciam, e após, atingem seu apogeu de desenvolvimento na fase final da gestação e lactação (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010, p. 3).

Aréola, mamilo e as glândulas de Montgomery, são facilmente notadas no subcutâneo da mama (FIG 1). Mamilo e aréola, também denominados como complexo mamilo-areolar, além de serem ricamente inervados, irão desempenhar funções em conjunto. O mamilo se localiza no centro da aréola como uma elevação cônica, como resultado do conjunto dos ductos em sua porção central. Caracterizado como fibroelástico, é retrátil e possui fibras

⁹ Piogênicas: que forma pus (GUIMARÃES, 2008, p. 360).

¹⁰ Nosocomiais: mesmo que hospitalares (GUIMARÃES, 2008, p. 329).

musculares concêntricas que se contraem aos estímulos táctil, térmico e ou sexual, levando á ereção (GUILHERME; NASCIMENTO, 2013, p. 4).



FIGURA 1 – Fisiologia da Mama

FONTE: Disponível em: <<http://enfermeiraclaudia.blogspot.com.br/2013/02/entendendo-como-funciona-as-mamas.html>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

Guilherme e Nascimento (2013, p.4) ainda completam algumas das características da mama,

A aréola corresponde à área circular escurecida ao redor do mamilo, que tem sua pigmentação e seu tamanho intensificado durante a gestação. Também é possível perceber na aréola aberturas ductais de glândulas sebáceas, sudoríparas e lactíferas, compondo os tubérculos de Montgomery, que secretam substâncias que lubrificam e protegem o mamilo. No conjunto, as glândulas areolares parecem ter um importante papel no início da amamentação, uma vez que seu produto possui odor e sabor que estimulam sensorialmente o recém-nascido, não apenas o direcionando até o mamilo, mas despertando nele um estado de atividade que propicia uma pega mais efetiva.

Júnior e Romualdo (2010, p. 5) elucidam que, as mamas em sua estrutura histológica variam de acordo com a idade e as condições fisiológicas de cada indivíduo, tamanho e forma conferem a quantidade de tecido adiposo e também associados a determinantes genéticos, ressaltando que seu tamanho não interfere em sua funcionalidade.

Segundo os mesmos autores (2010, p.6), é durante a gestação que as glândulas mamárias atingem seu desenvolvimento, por parte da grande quantidade de estrogênios e progesterona, que são secretados pela placenta.

Brasil (2001, p. 137) corrobora,

A placenta é responsável pela produção dos esteróides placentários (estrógenos e progesterona) que, durante a gravidez, preparam a mama para a lactação, estimulando a deposição de gorduras, o crescimento dos ductos e alvéolos. Com a saída da placenta após o parto, os níveis de esteróides caem, conduzindo a hipófise anterior a liberar prolactina, hormônio que vai estimular os alvéolos mamários a produzir leite.

A produção de leite depende de inúmeros e distintos fatores psíquicos, neurais e endócrinos, os quais se relacionam com o amadurecimento fisiológico das mamas, a secreção e ejeção do leite e manutenção da lactação.

Durante a gestação é secretada a prolactina, hormônio hipofisário que aumenta sua concentração sanguínea até o nascimento do bebê, atingindo níveis elevadíssimos. Sua função é a secreção de leite através das células alveolares. Porém devido à alta concentração de outros hormônios, como estrogênios e progesterona sua secreção é inibida durante a gestação. Após o parto e a saída por completo da placenta, a concentração desses hormônios placentários diminui rapidamente. Desta maneira interrompem seus efeitos inibitórios, e a prolactina pode gerar a produção do leite pelas células secretoras das glândulas mamárias após o nascimento do bebê (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010, p. 11).

Cunningham (2000, p.477), ressalta que ao fim do ciclo gravídico, ao longo do puerpério, diante de todas as mudanças relacionadas ao corpo e mama da puérpera, é de suma importância por parte da enfermagem uma atenção redobrada nessa fase, por tratar-se de um período em que várias intercorrências podem surgir, como as infecções puerperais, que são caracterizadas como qualquer infecção bacteriana do trato genital, podendo aparecer de formas severas em algumas mulheres, gerando dor, desconforto até situações mais graves, como a mastite, que discutiremos a seguir.

2.2.1 Mastite

Diante dessas intercorrências, as infecções de mamas, podem gerar um grande transtorno na vida das futuras gestantes e posteriormente puérperas, interferindo inclusive na amamentação, que é um processo de suma importância para a saúde do recém-nascido.

Atualmente a amamentação vem sendo discutida em todo o mundo, visto sua importância para o desenvolvimento e a saúde do bebê, além dos benefícios trazidos para a mãe. Porém, mesmo com a aceitação das mulheres em relação à amamentação, existem dificuldades relacionadas a esse momento que as impedem de realizar esse ato de amor, prazer e saúde. Inclui-se a essas intercorrências o ingurgitamento mamário, ocorrido devido a produção de leite superior a demanda, neste caso, as mamas devem ser ordenhadas para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento pode ser temporário, desaparecendo entre 24 e 48 horas (BRASIL, 2006, p.86).

Em relação ao ingurgitamento, cabe ressaltar que neste processo existem três componentes básicos: (1) congestão/aumento da vascularização da mama; (2) retenção de leite nos alvéolos; (3) edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Como consequência, existe a compressão dos ductos lactíferos, o que vai interferir ou impedir a ejeção de leite dos alvéolos. Não havendo alívio, a produção de leite poderá ser interrompida e posteriormente a reabsorção do leite represado. O leite acumulado na mama sob pressão se encontra mais viscoso, originando o nome popular de “leite empedrado” (BRASIL, 2009, p. 39).

O mesmo autor (2009, p. 39) completa,

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal estar. Pode haver áreas difusas, avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultado a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto [...].

Como foi esclarecido, tal situação pode ser facilmente resolvida, no entanto, a não detecção precoce poderá levar a uma situação mais agravante, como a mastite.

Smeltzer *et al* (2009, p. 1.447), afirmam que,

A mastite, uma inflamação ou infecção do tecido mamário, ocorre mais amiúde nas mulheres em aleitamento, embora também possa acontecer nas mulheres não nutrizas. A infecção pode resultar de uma transferência de microorganismos para a mama pelas mãos da paciente ou provir do lactente que esteja com uma infecção oral, ocular ou cutânea.

Os mesmos autores (2009, p. 1.447) acrescentam que a mastite pode ser ocasionada também por organismos transmitidos através da corrente sanguínea. À medida que a inflamação evolui, a textura da mama se torna mais pastosa, e a cliente queixa-se de dor intensa na região afetada. Nesses casos o mamilo deve ser avaliado podendo estar apresentando material purulento, soro ou sangue.

E retomando a questão da amamentação, Vieira *et al* (2006, s.p), nos dizem que a mastite (FIG 2) tem uma estreita relação com o desmame precoce de recém nascidos. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mastite lactacional é uma importante causa de desmame, chegando a ser a terceira razão informada pelas mães, especialmente por ser um processo doloroso, que interfere na qualidade de vida da mulher-mãe e, conseqüentemente, na relação mãe-filho.



FIGURA 2 – Mastite

FONTE: Disponível em: <http://pt-br.infomedicarascunho.wikia.com/wiki/Mastite_Puerperal> . Acesso em: 19 fev. 2014.

De acordo com os autores anteriormente citados (2006, s.p), recentemente, tem sido também diagnosticada uma condição definida como mastite subclínica, nos casos de aumento da razão do sódio-potássio no leite, acompanhada de aumento de células inflamatórias, citocinas e interleucinas-8, na ausência de sintomas clínicos de mastite.

O gosto do leite pode ser alterado se tornando um pouco mais salgado, devido a elevação nos níveis de sódio e uma diminuição dos níveis de lactose. Essa modificação no sabor pode gerar a rejeição do leite por parte da criança. A produção de leite também poderá

ser comprometida na mama afetada, diminuindo o volume secretado durante o processo de inflamação/infecção, assim como nos dias posteriores. Isso ocorre diante à diminuição da sucção do bebê na mama afetada, diminuição das concentrações de lactose ou lesão do tecido alveolar (BRASIL, 2009, p. 45).

Cunningham (2000, p. 492) esclarece que a ocorrência da mastite se dá na segunda ou terceira semana do puerpério, e caso não tratada, pode gerar complicações evoluindo para abscesso mamário acompanhado de sintomas severos. A mama fica um pouco mais dura que o habitual e mais ou menos dolorosa, mas os sintomas constitucionais estão ausentes ou são muito leves. Em tais circunstâncias, a primeira indicação do diagnóstico verdadeiro frequentemente é assegurado pela detecção de flutuação.

Nascimento *et al* (2000, p. 109) explicam que, em fases mais avançadas da doença aparecem áreas de flutuação múltiplas que correspondem a abscessos já constituídos com drenagem espontânea.

Vieira, *et al* (2006, s.p) nos esclarecem que como um dos principais fatores determinantes para a mastite lactacional, aponta-se a estase lática causada pelo não esvaziamento total da mama durante a amamentação, e em até 50% a 60% dos casos, causado pelo agente infeccioso *Staphylococcus aureus*. Ressalta-se que além de fatores sociais, econômicos e a falta de orientação em relação à pega, aparecimento de fissuras dentre outros fatores.

Os autores (2006, s.p) supra citados corroboram,

A mastite lactacional pode ser evitada através de medidas que impeçam a instalação da estase lática, tais como: a boa pega, o aleitamento sob livre demanda, o esvaziamento completo da mama durante a amamentação, a ordenha do peito nos casos de produção de leite maior que a demanda do lactente, também, o estímulo ao aleitamento materno e ao autocuidado.

Brasil (2009, p.45), ressalta que as parturientes que já tiveram mastite na lactação atual ou em outras lactações apresentam mais chances de desenvolver outras mastites devido ao rompimento da integridade da junção entre as células alveolares.

Smeltzer *et al* (2009, p. 1447) elucidam que diante desse quadro, outras afecções podem ocorrer no período puerperal, como abscesso lactacional, descrito como uma consequência da mastite aguda, onde a região afetada se apresenta dolorosa e avermelhada.

Segundo Brasil (2009, p. 46 – 47),

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da

amamentação da mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. O diagnóstico é feito basicamente pelo quadro clínico: dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. No diagnóstico diferencial do abscesso, devem-se considerar a galactocele¹¹, a fibroadenoma¹² e o carcinoma¹³ da mama.

Ainda dentro deste contexto, Brasil (2009, p. 47), afirma que a prevenção do abscesso mamário (FIG. 3) é de suma importância, já que tal situação pode vir a interferir nas próximas lactações em até 10% dos casos. Qualquer medida profilática ao surgimento da mastite, consequentemente irá prevenir o abscesso mamário, assim como a implantação precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida.



FIGURA 3 – Abscesso mamário

FONTE: Brasil (2009, p. 47).

A fissura, de acordo com Smeltzer *et al* (2009, p. 1447), é caracterizada como uma úlcera longitudinal que pode surgir nas mulheres em fase de aleitamento. Quando o mamilo fica irritado, com uma área desnuda e dolorosa pode transformar-se em um sítio de infecção.

O acompanhamento da nutriz¹⁴ pelo enfermeiro em sua fase de lactação se torna de suma importância diante a todas as intercorrências ocorridas nessa fase. E é principalmente no puerpério que as dúvidas, os medos se tornam evidentes, sendo este o momento propício para a equipe de saúde devidamente preparada, realizar a capacitação necessária para as parturientes, diante disso a prevenção, as ações de enfermagem, bem como o tratamento serão abordadas no próximo capítulo.

¹¹ Galactocele: dilatação da glândula mamária em forma de cisto cheio de leite (GUIMARÃES, 2008, p. 229).

¹² Fibroadenoma: adenoma com tecido fibroso (GUIMARÃES, 2008, p. 217).

¹³ Carcinoma: câncer do tecido epitelial (GUIMARÃES, 2008, p. 98).

¹⁴ Nutriz: mulher que amamenta; que alimenta (FERREIRA, 2004, p. 584).

3. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

3.1 Ações de enfermagem

Os benefícios em relação à amamentação relacionados à saúde, crescimento e desenvolvimento do bebê, são amplamente divulgados. O ato de amamentar é uma habilidade aprendida e passada de geração em geração entre mães de filhas. O êxito da amamentação está diretamente relacionado ao apoio e às orientações que as mães recebem nas consultas de pré-natal e pós-parto.

Numa cultura em que se ressalta a importância da amamentação, o profissional assume um papel de suma importância no preparo da gestante para tomar uma decisão esclarecida sobre os benefícios do aleitamento materno tanto para a mãe como para o recém nascido. De início, no pré-natal, deverão ser abordados os fatores em potencial que poderão interferir no sucesso da amamentação, como por exemplo, o apoio do parceiro e familiares (TAMEZ, 2010, p. 123).

A mesma autora (2010, p. 123) nos diz que uma equipe de enfermagem capacitada adequadamente no processo de amamentação, pode influenciar significativamente à incidência da mesma dentro da comunidade em que atua, sendo indispensável investir no aperfeiçoamento de todos os profissionais que atuam na área materno-infantil.

O preparo da mama para a amamentação deverá ser realizado já durante o período gestacional. Deve-se iniciar com a inspeção das glândulas mamárias como rotina, realizar exercícios de fortalecimento e correção de vícios de postura, aumentando assim a elasticidade do tecido epitelial da região do mamilo. No segundo trimestre de gravidez, faz-se necessário a expressão do colostro objetivando a ativação da produção lipóide que contribui para a lubrificação natural do mamilo (JORDÃO; SOUZA, 2013, p. 6).

É durante o pré-natal que o profissional de saúde poderá desenvolver um trabalho educativo sob a forma de informações e demonstrações práticas sobre o correto posicionamento da criança na hora da mamada, da pega, de como realizar a ordenha manual do leite e como armazená-lo e como superar as intercorrências, como o ingurgitamento mamário (JORDÃO; SOUZA, 2013, p. 11).

Dessa forma, entendemos que uma assistência de enfermagem qualificada, que promova o incentivo e promoção ao aleitamento materno, deve basear-se em um conhecimento técnico científico, porém, é necessário algo mais (JORDÃO; SOUZA, 2013, p. 7).

Segundo Filho *et al* (2011, p. 71),

Não basta que a mulher esteja informada das vantagens do aleitamento materno e faça opção por esta prática, ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e encontrar apoio no profissional de saúde. Considerando que o início da lactação, ocorre, frequentemente, no hospital, é de responsabilidade dos profissionais de saúde proporcionarem às mães orientações e conhecimentos técnicos e demonstrar interesse à prática da amamentação, criando afeto entre mãe e filho.

O mesmo autor (2011, p.73), ressalta que o conhecimento relacionado as intercorrências a lactação é de extrema importância para a equipe de enfermagem, pois as avaliações feitas em puérperas, através de anamnese, seu histórico e exame físico possibilitam a identificação dos fatores de risco associados, de forma a promover a assistência necessária, para minimizar os efeitos adversos no binômio mãe e filho.

É necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, reconheçam a importância da comunicação como uma forma de trabalho, descobrindo novas formas, rupturas e continuidades em seu compromisso com a sociedade. As atitudes do indivíduo dependerão de sua interação com os outros e consigo, cabe portanto ao enfermeiro, agir como facilitador, quando se trata de fornecer informação e cuidado (FILHO *et al*, 2011, p. 73-74).

Filho *et al* (2011, p. 74) completam,

Compreendendo a amamentação como um processo complexo que envolve a cultura, o valor, o social, o biológico e o emocional, deve-se ir além das orientações quanto ao manejo, sendo fundamental que o enfermeiro cuide não somente com abordagem técnica, mas que essa seja ampliada por meio da assistência associada aos aspectos socioculturais da amamentação.

É de responsabilidade da equipe de enfermagem influenciar de maneira positiva, as puérperas quanto ao início da amamentação, através do apoio e atitudes que as incentivem, e a partir daí evitar o desmame precoce e minimizar o aparecimento de possíveis intercorrências.

3.2 Prevenindo a mastite: papel do enfermeiro

Algumas medidas preventivas deverão ser tomadas no pré e pós - parto, objetivando a preservação das mamas para o aleitamento. Estes devem ser oferecidas pelo profissional de saúde devidamente capacitado para esse fim.

Jordão e Souza (2013, p. 09) explicam que,

O enfermeiro deve orientar as puérperas quanto: enfatizar a importância de esvaziar completamente as mamas, porque a estase do leite pode causar infecção e mastite; alternar posições de alimentação e revezar áreas de compressão dos mamilos; posicionar o lactente adequadamente, com toda a aréola na boca; expor os mamilos inflamados ao ar o mais frequentemente possível; técnica adequada da lavagem das mãos e de higiene pessoal; repousar o suficiente, ingerir bastante líquido e seguir uma dieta equilibrada para estimular a amamentação.

No que se refere ao ingurgitamento mamário, Brasil (2009, p. 39-40) informa, que é recomendado a ordenha manual da aréola (FIG.4) , antes da mamada, para que fique mais macia, facilitando a pega do bebê; mamadas em livre demanda; massagens delicadas das mamas com movimentos circulares, em particular nas regiões mais acometidas pelo ingurgitamento (ação que fluidifica o leite, facilitando sua retirada); uso de analgésicos sistêmicos/antinflamatórios. Sendo o ibuprofeno® considerado o mais eficaz, auxiliando na diminuição do edema; uso contínuo de sutiã com alças largas e firmes como suporte para as mamas.

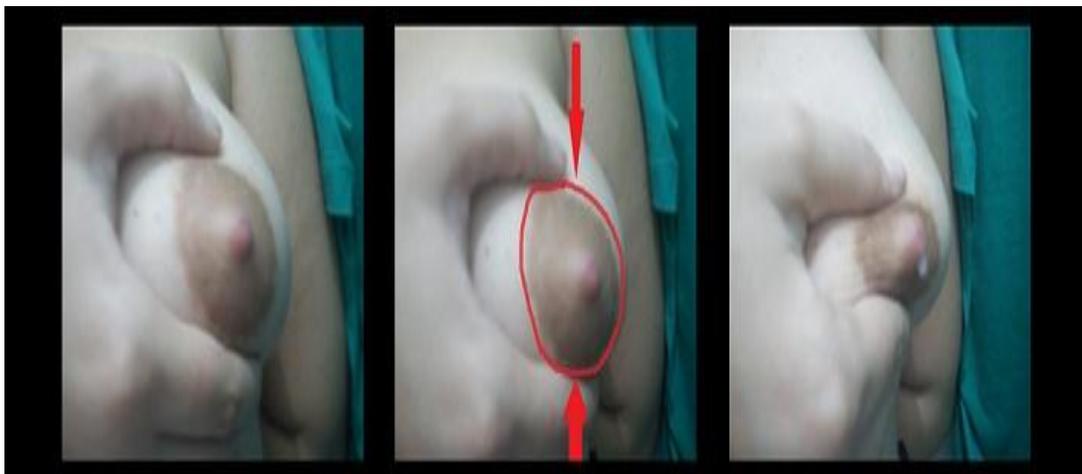


FIGURA 4 - Ordenha manual da aréola

FONTE : Disponível em: <<http://comoamamentar.com/como-tirar-o-leite-materno/>>. Acesso : 27 de maio 2014

Brasil (2009, p. 39-40) acrescenta,

Compressas frias (ou gelo envolto em tecido), em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas; em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local. As compressas frias provocam vasoconstrição temporária pela hipotermia, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com consequente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, devida à redução da oferta de substratos necessários à produção do leite; Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

Brasil (2009, p. 39-40), completa que é esperado que a puérpera sinta uma discreta e até mesmo moderada dor na região dos mamilos no início das mamadas, devido à forte sucção da aréola. Esse desconforto é considerado normal, porém não deverá persistir por mais de 7 (sete) dias. Apesar de comum, não é recomendado permanecer com os mamilos feridos e doloridos, sendo necessário intervir.

Portanto, algumas medidas de prevenção podem ser conseguidas da seguinte forma: amamentar com técnica correta (FIG. 5); manter os mamilos secos expondo-os à luz solar o ao ar livre; não utilizar produtos que retirem a proteção natural dos mamilos como, álcool e sabões; amamentar em livre demanda; prevenir o ingurgitamento mamário (BRASIL, 2009, p. 40-41).



FIGURA 5 – Amamentação com pega correta

FONTE: Disponível em: <<http://coisinhadashekmet11.blogspot.com.br/2010/10/amamentacao-pega-correta.html>>. Acesso: 26 de maio 2014.

Ainda dentro do contexto relacionado à prevenção das intercorrências referentes às mamas, como a mastite, estas poderiam ser prevenidas se as puérperas recebessem as orientações adequadas quanto à técnica correta de amamentação e ordenha.

Sales *et al* (2000, p. 628) elucidam,

As mastites são causadas por diversos microrganismos, prevalecendo o *Staphylococcus aureus* como agente etiológico em 50 a 60% dos casos. Dentre os fatores que predisõem a mastite prevalecem a fadiga, o estresse, fissuras nos mamilos, obstrução ductal e ingurgitamento mamários.

Fica claro portanto, que o cuidado e a preservação das mamas estão intimamente ligados ao controle de possíveis complicações que podem ocorrer. Sendo competência do enfermeiro, orientar, capacitar e intervir diante dessas situações.

3.3 Tratamento

São vários os tratamentos oferecidos para as intercorrências mamárias, sendo apresentados como medicamentosos e não medicamentosos. O objetivo das manobras e técnicas de prevenção visa deter a infecção antes que ela se torne um abscesso. Ressaltando que, o uso de medicamento deverá ser estabelecido pelo médico em casos de infecções.

No que se refere ao tratamento medicamentoso, os antibióticos mais indicados para a mastite são as penicilinas® resistentes, a penicilinase® ou as cefalosporinas®, que combatem o *staphylococcus aureus*, o principal causador da patologia. A dicloxacilina®, antibiótico pertencente ao grupo da penicilina, também é indicado nesse tipo de tratamento. Tais drogas, não oferecem risco durante o período lactacional, pois as quantidades excretadas no leite são mínimas. Existem também outros antibióticos que podem ser indicados no tratamento à mastite, como os antiestafilocócicos® (amoxicilina® ou estolato® de eritromicina®), que devem ser administrados o mais rápido possível, de modo que o quadro de mastite não evolua para um abscesso mamário, que poderá ser diagnosticado por meio a palpação (GIUGLIANI, 2000; KVIST, 2006 *apud* CORAZZA *et al*, 2008, p. 55).

Em relação a outros meios para tratamento, os mesmos autores completam,

Indica-se também, o esvaziamento completo da mama comprometida e a retirada de leite manual após cada mamada, além do repouso da nutriz, do uso de analgésicos ou antinflamatórios não – esteroides como o ibuprofeno (400 mg a cada oito horas) e da ingestão de líquidos em abundância. Caso não ocorra melhora em 48 horas, investiga-se a presença de abscesso por palpação e, se confirmado, são indicados a drenagem cirúrgica e a

manutenção da lactação, desde que o tubo de drenagem ou a incisão estejam suficientemente longe da aréola.

Observa-se ainda que mulheres que já apresentaram quadro de mastite na gestação anterior apresentam uma maior possibilidade de desenvolver novamente a doença em futuras gestações, devido ao rompimento da integridade da união das células alveolares. A recidiva de mastite pode ser ocasionada devido ao tratamento incompleto com o uso de antibióticos. Portanto, o tratamento deve ser seguido corretamente, dando atenção ao repouso e ao esvaziamento completo das mamas (GIUGLIANI, 2004 *apud* CORAZZA *et al*, 2008, p. 55).

É de responsabilidade dos profissionais de enfermagem, ações de promoção à saúde, uma orientação adequada, e um acompanhamento rigoroso das mulheres em sua fase gestacional e enquanto puérperas. Uma assistência qualificada na preparação destas em relação à amamentação e aos cuidados para prevenção de intercorrências mamárias, é de suma importância para o sucesso deste momento tão especial e importante na vida da mãe e do recém nascido, assim como do parceiro e dos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado descreveu sobre o período gestacional e suas fases, onde as mudanças psicológicas e fisiológicas na vida da mulher serão inevitáveis. Considerando que se trata de uma fase de extrema importância para a mulher, o trabalho busca elucidar sobre as possíveis intercorrências que podem advir durante a fase puerperal, onde o apoio e a participação da família e do profissional de saúde são incomensuráveis neste período.

Ainda dentro deste contexto, o trabalho busca enfatizar a atuação do enfermeiro junto à mulher, visto que o impacto gerado na vida desta família à espera de um bebê passa a ser uma experiência inovadora, onde inúmeras dúvidas em relação ao estado gravídico, como as mudanças que ocorrerão em seu corpo, o acolhimento ao novo membro da família, o desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, entre outros fatores, se tornam um dos pontos a serem abordados pela enfermagem, para que a futura mãe saiba lidar com as situações decorridas deste momento. Daí a importância das mesmas nas discussões em relação à sua saúde com o enfermeiro, propiciando assim uma gestação mais tranquila.

Percebeu-se que a relação entre profissional/paciente se torna eficaz não somente na fase gestacional, mas, estende-se até o momento do nascimento do bebê, ressaltando que esta relação irá possibilitar às mulheres realizarem suas próprias escolhas no que diz respeito à chegada de seus filhos.

Ficou claro sobre o processo de humanização do parto, onde a mulher e seus familiares, tem a oportunidade de participar na escolha do melhor método para se ter um filho. Métodos como o Psicofilático ou Lamaze, Bradley e o Parto Domiciliar, são algumas das opções abordadas neste estudo.

Foi possível esclarecer sobre o fim do ciclo gravídico, onde o corpo se prepara para a chegada do bebê, e as contrações uterinas se tornam mais próximas e constantes, dando início às três fases do parto: dilatação do colo, expulsão e o nascimento do bebê, seguindo com a dequitação da placenta.

Neste estudo buscou-se abordar sobre as mudanças que irão ocorrer de maneira geral no corpo da mulher em sua fase não gravídica, trazendo à tona novamente a importância da parceria entre profissional/paciente para lidar com esse novo momento.

Diante todas as alterações ocorridas no corpo da mulher, sejam elas fisiológicas e/ou psicológicas, no anteparto, parto e puerpério, pode-se observar uma estreita relação entre saúde e doença nestas fases, sendo denominadas como as infecções puerperais. Este trabalho, enfatizou também a infecção ocorrida nas mamas, sendo seu objeto principal. Alterações das

mamas como mastite, ingurgitamento mamário ou as fissuras, podem gerar um grande transtorno na vida das puérperas, causando-lhes dor, desconforto podendo inclusive interferir no processo de amamentação, resultando no desmame precoce. Cabe aqui ressaltar que a amamentação, é de extrema importância para o desenvolvimento e crescimento do recém-nascido.

A infecção das mamas, neste caso, a mastite, pode evoluir devido a uma estase lática, onde o leite fica armazenado nos alvéolos, e/ou devido ao aumento de sódio - potássio no leite, ou em até 50% a 60% dos casos, causados pelo agente infeccioso *Staphylococcus aureus*, além de fatores sociais, econômicos e principalmente por falta de orientação sobre a pega correta no momento de amamentar, além do cuidado com fissuras e correta aprendizagem das técnicas de ordenha.

Por fim, fica claro, que é necessário uma equipe de enfermagem devidamente capacitada, munida de conhecimento técnico e prático, e que durante o pré-natal possa oferecer cuidado redobrado, desenvolvendo um trabalho educativo para parturientes e puérperas enfatizando os cuidados preventivos e curativos em relação as mamas.

Este estudo foi realizado com o intuito de melhorar a qualidade ao atendimento às parturientes/puérperas, seja nas Unidades de Saúde Pública ou em Maternidades, buscando aprimorar os conhecimentos da equipe de enfermagem levando conforto e tranquilidade a essas mulheres durante a fase mais importante de suas vidas, a maternidade. Entretanto, fica claro, que estudos nesta linha devem continuar, visando o aprimoramento com vistas à obtenção de qualidade na oferta de cuidados à mulher com infecção puerperal, especialmente a mastite.

REFERÊNCIAS

AMAMENTAÇÃO COM PEGA CORRETA. Disponível em:

<<http://coisinhadashekmet11.blogspot.com.br/2010/10/amamentacao-pega-correta.html>>.

Acesso: 26 de maio 2014.

BRASIL. Instituto de desenvolvimento para a saúde/IDS. Ministério da Saúde/MS. Universidade de São Paulo/USP. *Manual de enfermagem*. Série A: normas e manuais técnicos, n. 135, São Paulo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Área técnica de saúde da mulher. *Parto, aborto e puerério: Assistência humanizada à mulher*. Secretaria de política de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno n. 5, Brasília – DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da criança - nutrição infantil: aleitamento materno e nutrição complementar*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica, Brasília – DF 2009.

BURIHAN, Emil, Silva, José Carlos C. Baptista, O Exame vascular. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em:
<http://lava.med.br/livro/pdf/01_emil_exame.PDF> . Acesso em: 26 out. 2013.

BUSANELLO, Josefina *et al.* Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, vol.32, n.4, p. 807-814, dec. 2011.

CARRARA HH A & DUARTE G. *Semiologia obstétrica*. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 88-103, jan./mar. 1996.

CORAZZA, Débora *et al.* Assistência de enfermagem à mastite puerperal, *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, s.l., n.16, p. 48 – 60, abril/jun., 2008.

CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* *Williams Obstetrícia*, 20ª Ed, Editora Guanabara Koogan, 2000, p.492.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio: O dicionário da língua portuguesa*. 6.ed. Curitiba: Positivo, 2004, p. 584.

FILHO, Manoel Dias de Souza; NETO, Pedro Nolasco Tito Gonçalves; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. *Cogitare Enferm*, Piauí, v.16, n.1, p. 70 – 75, jan/mar, 2011.

FISIOLOGIA DAS MAMAS. Disponível em:

<<http://enfermeiraclaudia.blogspot.com.br/2013/02/entendendo-como-funciona-as-mamas.html>>. Acesso em: 09 março 2014.

GUILHERME, Jefferson Pereira; NASCIMENTO, Maria Beatriz Reinert do. O leite humano: anatomia e fisiologia da lactação. In: SANTIAGO, Luciano Borges. *Manual de aleitamento materno*, Barueri, SP: Manole, 2013, capítulo 1, p. 1-19.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. *Dicionário de termos médicos, enfermagem e radiologia*. 2.ed. – São Paulo: Rideel, 2008.

INFORMEDICA RASCUNHO WIKI. Disponível em: <http://pt-br.infomedicarascunho.wikia.com/wiki/Mastite_Puerperal> . Acesso em: 19 fev. 2014.

JORDÃO, Andressa Fernandes; SOUZA, Felícia Mara. *O papel do enfermeiro na prevenção da mastite puerperal*. DF, 2013. 15p. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdades Integradas Promove de Brasília. Brasília, 2013.

JÚNIOR, Wilson Mello; ROMUALDO, Genair Silva. Anatomia e fisiologia da lactação e do sistema estomatognático. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 1, p. 3-26

NASCIMENTO, Maria José Ferreira do; TOCCI, Heloísa Antonia; OKASAKI, Egle de Lourdes Jardim, Prevenção de mastite aguda por ingurgitamento no puerpério, *Rer Enferm UNISA* 2000; 1:108-10.

NETTINA, Sandra M. *Prática de enfermagem*. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ORDENHA MANUAL. Disponível em: <<http://comoamamentar.com/como-tirar-o-leite-materno/>> . Acesso : 27 de maio 2014.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface (Botucatu)*, vol.12, n.24, p. 35-46. Jan/março. 2008.

SALES, Gracite Oliveira Vieira; *et al.* Mastite puerperal: estudos de fatores predisponentes, *RBGO*, v. 6, nº10, p. 627 - 632, 2000.

SINAIS E SINTOMAS / [Peggy D. Baikie]; traduzido por Carlos Henrique Cosendey; revisão técnica Sônia Regina de Souza – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 74.

SMELTZER, Suzane C. *et al.* Brunner; *Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11ª edição. Trad. Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira Figueiredo; Revisão Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, capítulo 48, p.1.438 – 1.472.

TAMEZ, Raquel N. Atuação de enfermagem. In: CARVALHO, Marcos Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. *Amamentação: bases científicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, capítulo 7, p. 123-126.

VIEIRA, Graciele Oliveira; *et al.* Mastite lactacional e a iniciativa Hospital amigo da criança feira de Santana, Bahia, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, vol.22 n 6, Rio de Janeiro, junho 2006.

ZIEGEL, Erna e; CRANLEY, Mecca S. *Enfermagem obstétrica*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.