

## **PUERPÉRIO PATOLÓGICO: ANÁLISE DAS LITERATURAS PUBLICADAS NO PERÍODO DE 2008 A 2018**

BARBARA MUCHIUTTI<sup>1</sup>  
DANIELA ALVES GALVES<sup>2</sup>  
BRUNO JONAS RAUBER<sup>3</sup>  
FRANCIELI FERREIRA BASTIDA<sup>4</sup>  
THAYLA RIBEIRO PEGORETE<sup>5</sup>

**RESUMO:** O Puerpério Patológico, é o puerpério que evolui para as complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da puérpera, sendo as hemorragias puerperais, infecções puerperais, psicose pós-parto, mastites entre outras complicações. O período inicia-se logo após o nascimento do bebê e termina com o retorno da menstruação, onde a puérpera passará por alterações fisiológica, hormonais e emocionais que ocorre até o retorno das funções pré-gravídica, ficando nesse estágio exposta a desenvolver e evoluir para essas complicações. O presente estudo trata-se de uma pesquisa sistemática de literaturas publicadas no LILACS e SCIELO, por meio de levantamento de dados e análise dos artigos a partir do ano 2008 a 2018, buscando avaliar as complicações no período do puerpério patológico na visão dos autores. Foram utilizados 22 artigos, sendo 07 referentes a hemorragia puerperal, 10 artigos sobre a infecção puerperal e 05 artigos referente a mastite puerperal. A atenção à mulher no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Assim, as possíveis complicações no período gravídico puerperal, devem ser orientadas desde o pré-natal e na maternidade. Neste sentido, pelo fato do puerpério se tratar de uma fase que gera insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe, é importante que os profissionais da saúde tenham sensibilidade o bastante para identificar quais são as reais necessidades desta mulher, principalmente em ambiente hospitalar, para que possa tomar as devidas providências e ações corretas, diminuindo então a mortalidade materna e neonatal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Complicações. Gravídico Puerperal. Puerpério

### **PATHOLOGICAL PUERPERIUM: ANALYSIS OF LITERATURES PUBLISHED FROM 2008 TO 2018**

---

<sup>1</sup> Professora Especialista, Curso de Enfermagem, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: barbara.muchiutti@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira na Home Care- Lifecare. Rua Rio Preto 1231, Maria Vindilina 2. Endereço eletrônico: dany1214\_alves@hotmail.com

<sup>3</sup> Professor Especialista, Curso de Enfermagem, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: brunofasipe@gmail.com

<sup>4</sup> Professora Mestre em Terapia Intensiva, Curso de Enfermagem, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: fran\_bastida@hotmail.com

<sup>5</sup> Professora, Curso de Enfermagem, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop - MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: thaylapegorete@hotmail.com

**ABSTRACT:** The Pathological Puerperium is the puerperium that evolves to complications or anomalies in the postpartum recovery process, including puerperal hemorrhages, puerperal infections, postpartum psychosis, mastitis, among other complications. The period begins shortly after the birth of the baby and ends with the return of menstruation, where the postpartum will undergo physiological, hormonal and emotional changes that occur until the return of pre-pregnancy functions, being at this stage exposed to develop and evolve to these complications. This study is a systematic search of literature published in LILACS and SCIELO, through data collection and analysis of articles from 2008 to 2018, seeking to evaluate the complications in the pathological postpartum period in the authors' view. Twenty-two articles were used, seven of them referring to puerperal hemorrhage, ten articles about puerperal infection and five articles referring to puerperal mastitis. Attention to women in the immediate postpartum and in the first weeks after delivery is fundamental for maternal and neonatal health. Thus, the possible complications in the puerperal pregnancy period should be addressed from the prenatal and maternity. In this sense, because the postpartum period is a phase that generates insecurity, regardless of whether or not it is the first experience as a mother, it is important that health professionals are sensitive enough to identify what are the real needs of this woman, especially in women. hospital environment, so that it can take appropriate action and correct actions, thus reducing maternal and neonatal mortality.

**KEYWORDS:** Complications. Puerperal pregnancy. Puerperium

## **INTRODUÇÃO**

O Puerpério Patológico é aquele período que evolui para as complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da puérpera, sendo as hemorragias puerperais, infecções puerperais, psicose pós-parto, mastites entre outras complicações (SANTOS et al, 2015). O puerpério se caracteriza logo após a expulsão do concepto placentário, dividindo em três períodos, sendo o imediato do 1º ao 10º dia; o tardio do 11º ao 45º dia e o remoto a partir dos 45º dia pós-parto. É considerado um período que pode ser complicado para a puérpera, pois ocorre várias modificações fisiológicas internas e externas, carregado de transformações psíquicas, em que ela necessita de cuidados e proteção (ANDRADE et al, 2015).

A gestação e o parto são acontecimentos que marcam a vida da mulher e o nascimento de um filho é um momento repleto de amor, carinho, realizações e ao mesmo tempo de muito anseios, medos, angústia, podendo ser positivos ou negativos dependendo de cada gestante ou puérpera. Porém, o período gravídico-puerperal apresenta diversas transformações físicas, alterações hormonais e psíquicas que podem evoluir para complicações puerperais e até morte materna e neonatal (FRANCISQUINI et al, 2010).

A assistência ao pré-natal possui um desempenho crucial no resultado da gestação, com intuito de promover à saúde da gestante e do feto, identificar as situações de risco para ambos e intervir quando cabível. Estudos apontam que a ineficiência do pré-natal está associada com altas taxas de mortalidade materno, fetal, neonatal e infantil, com maiores incidências de prematuridades e baixo peso ao nascer (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014). Várias mortes maternas podem ser evitadas nesses períodos, desde que os profissionais da área de saúde, tenham conhecimento das modificações fisiológicas evidenciados nessas fases, que se divide em locais e sistêmicas e para cada alteração

relacionada com as complicações vivenciadas devem tomar decisões individualizadas, no intuito de prevenir ou diminuir hemorragia, infecção puerperal, hipertensão arterial e aborto (SANTO; CAVEIÃO, 2014).

Martins e Silva, (2018), apontam que mortalidade materna em 2014 no Brasil, foram registrados 1.552 óbitos por 100 mil nascidos vivos, sendo que o Ministério da Saúde (MS) considera aceitável até 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Assim, a região Sudeste foi a que mais destacou-se em óbitos maternos, com 540 por 100 mil nascidos vivos. E 95% desses óbitos poderiam ser evitados, desde que os serviços de saúde pública e privada expandissem uma atenção obstétrica segura e respeitosa com seus direitos e reprodutividade.

Considera-se morte materna, qualquer morte que aconteça durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto, relacionado ou agravado pela gravidez, destacando a hipertensão, hemorragia, infecções puerperais e abortos provocados. Estudos apontam que três situações podem provocar e evoluir para essas complicações, é quando a mulher demora para reconhecer os sinais de gravidade e de procurar ajuda, quando perde muito tempo para chegar à unidade de referência e quanto a demora de receber assistência adequada (COLLUCCI, 2018).

O período puerperal no âmbito pré-hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado problemática à assistência da mulher, as puérperas recebem alta hospitalar de duas a vinte e quatro horas após o parto, sem serem acompanhadas por profissionais nesse período e não retornam ao serviço de saúde, pois não são orientadas sobre as possíveis complicações, pelas transformações psicossociais nessa fase, não tendo o conhecimento de Elevada evidência de morte materna com episódios patológicos como: Infecções Puerperais, Fissuras, Mastites, Hemorragias entre outros (SANTOS; CAVEIÃO, 2014).

Diante deste contexto o trabalho traz como objetivo, apontar as complicações encontradas nas literaturas publicadas nos anos de 2008 a 2018 sobre o Puerpério Patológico.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Assistência ao Pré-Natal**

A assistência ao pré-natal possui um desempenho crucial no resultado da gestação, com intuito de promover à saúde da gestante e do feto, identificar as situações de risco para ambos e intervir quando cabíveis. Estudos apontam que a ineficiência do pré-natal está associada com altas taxas de mortalidade materno, fetal, neonatal e infantil, com maiores incidências de prematuridades e baixo peso ao nascer (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

Portanto, é relevante a classificação do pré-natal em alto ou baixo risco nas gestantes pelos enfermeiros e médicos no acompanhamento das mesmas desde o início do pré-natal até 42 dias após parto, com olhar holístico, evitando futuras complicações, melhorando assim as condições de vida e a redução morbimortalidade materna no país. Já que o papel do enfermeiro é de identificar e encaminhar situações de riscos obstétricos, atuar na promoção, prevenção e reabilitação das puérperas, com intuito de identificar riscos puerperais evitando as mortes maternas e infantis (SANTOS; CAVEIÃO, 2014).

Por isso, a fase do pré-natal é o período de maior contato entre os profissionais de saúde da instituição com a população feminina, é nessa fase que o enfermeiro aborda vários assuntos referente ao período gestacional até o período do puerpério e as consultas

devem ser realizadas com cautela, sendo produtiva e bem esclarecidas em relação as dúvidas da futura mãe sobre o tema. Também é bem oportuno a participação da família nesse período de suas vidas, essas abordagens podem ser realizadas em atividade educativa, sob forma de palestras, discussões informais, relatos e experiências, dramatização e oficinas com temas de interesse da gestante, sendo individual ou coletiva (ROCHA; ANDRADE, 2015).

## **2.2 Atenção ao Pré-Natal e as Alterações em Cada Trimestre**

A atenção ao pré-natal é precisa e necessária e inicia-se pelo médico /e ou por um enfermeiro da UBS, pois a consulta de acolhimento é uma prática primordial, elaborada para gestante e seu acompanhante (SÃO PAULO, 2010).

O calendário de atendimento do pré-natal pode ser programado através dos períodos gestacionais e as consultas podem ser realizadas na UBS ou através de visitas domiciliares, em situações especiais. Devem ser iniciados precocemente o pré-natal, com o número mínimo preconizado pelo MS de seis consultas, tendo uma no primeiro trimestre até a 13<sup>a</sup> semana, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, considerando o risco perinatal, pois as intercorrências clínico-obstétricas mais comuns ocorrem no terceiro trimestre (BRASIL, 2013).

### **2.2.1 Primeiro Trimestre Gestacional**

A atenção assistencial no primeiro trimestre que se dá do início até 13 semanas de gestação são utilizados como um primordial indicador da qualidade dos cuidados maternos, tendo como objetivo do acompanhamento do pré-natal, garantir o desenvolvimento da gestação e o parto saudáveis par ambos, sem provocar danos para saúde materna, mas sim com a abordagem sobre aspecto psicossociais e com atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Com a gravidez confirmada é preciso que o enfermeiro acolha a gestante no pré-natal, que oriente-a sobre o acompanhamento, tire suas dúvidas, preencha a caderneta da gestante, cadastre-a no SIS Pré-Natal, solicite os exames de protocolo e identifique o hospital de referência. Deve ser orientada quanto ao uso de suplementos alimentares como o ácido fólico e sulfato ferroso durante a gravidez e no mínimo dois meses após o parto, se as vacinas estão em dia comunicar e orientar a participação das atividades educativas na UBS e quanto ao direito do parceiro ou parceira a consulta e exames e estarem acompanhando a gestação (SAITO, 2015).

É fundamental que o enfermeiro realize o cálculo da Idade Gestacional (IG): que determina quantas semanas a gestante se encontra, sendo necessário a data da última menstruação (DUM), somando o número de dias do intervalo entre a DUM até a data da consulta e divide em sete, que resultará em semanas. Após, deve-se calcular a data provável do parto (DPP), levando sempre em consideração a duração média da gestação normal de 280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM, usando o calendário (BRASIL, 2013).

Nas primeiras semanas de gravidez principalmente entre a sexta e a décima semana gestacional a futura mamãe vivencia momentos de grandes frustrações emocionais, sendo normal expressar ansiedade equivocada e alterações frequente de humor, pois é uma fase de aceitação da nova experiência, sendo frequente os receios sobre a capacidade de saber como enfrentar e lidar com a situação. Muitas mulheres seguras podem apresentar mudanças de humor bruscas, variando do riso ao choro, da euforia a tristeza ou da alegria ao mal humor, também podem apresentar sintomas físicos comum

da gravidez como vômito e náuseas, malestar geral, enjoos e indisposição digestiva (MEDINA, 2017).

Também podem apresentar mudanças como dispneia, cefaleia intensa, uma vez a progesterona é produzida nessa fase, micção mais frequente, hiperpigmentação na pele, a um aumento nas mamas apresentando mais sensíveis e as glândulas sebáceas em volta dos mamilos se tornam mais visíveis (QUANDT, 2006).

### 2.2.2 Segundo Trimestre Gestacional

O corpo da gestante nessa fase muda muito rápido, sendo um período da 13 a 26 semanas gestacional, apresentando grande bem-estar, sendo percebidos pela mãe os primeiros movimentos dentro do útero. É importante que o profissional enfermeiro oriente sobre a amamentação exclusiva até o 6º mês, as técnicas corretas da pega, mostrando os benefícios do aleitamento materno, quanto aos cuidados com as mamas, mantendo-as sempre limpas, lavando-as diariamente e se perceber alguma alteração procurar a UBS (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Esse período deve ser realizado a anamnese, enfatizando a pesquisa das queixas mais comuns da gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com intuito de reavaliar o risco gestacional e de intervir precocemente com ações efetivas. É preciso avaliar o resultado de exames complementares, verificar o calendário vacinal e realizar o exame físico direcionado ao bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2013).

No segundo trimestre, o corpo e a emotividade desenvolvem-se com mais intensidade na gestante, percebe-se os primeiros movimentos fetais dentro dela, fortalecendo a ligação entre mãe e filho, transmitindo-a muita segurança. O corpo começa a apresentar mudanças como o crescimento da barriga, alterações nos seios e nos quadris, sendo um período de sentimentos de plenitude, de bem-estar e muita disposição, principalmente para saber o sexo do bebê, pois as sensações de desconfortos iniciais desaparecem nesse período (BRASIL, 2012).

Portanto, acontecem alterações no débito cardíaco por causa da mudança de pressão venosa e pressão arterial, o padrão respiratório passa do abdominal para o torácico em razão da progressão gestacional. Algumas gestantes podem apresentar a linha nigra em até 1 cm de largura, por causa da melanina, que vai desde os pelos pubianos até o umbigo, pode externar o colostro, aumentar o ganho de peso até 0,5 kg por semana e como consequência o aumento da lordose lombar (QUANDT, 2006).

### 2.2.3 Terceiro Trimestre

No último trimestre que retrata da 26ª semanas até o nascimento, é o momento que a gestante e o feto se preparam para uma grande mudança, deve-se realizar a anamnese atual da gestante, com anotação do (IG, verificar o calendário vacinal, calcular e anotar no gráfico o ganho de peso e curva para avaliação do estado nutricional, realizar palpação obstétrica e medida da altura e circunferência uterina para verificar a posição do feto, auscultar os batimento cardiofetais e anotar no gráfico a avaliação do crescimento fetal através do sentido da curva, de acordo com o peso fetal x a idade gestacional (BRASIL, 2013).

Já no final da gestação a gestante pode apresentar outras alterações, como falta de ar e hipoventilação, aumenta a secreção de estrogênio, as estrias pode aparecer no abdome, nos seios e nas pernas devido ao aumento de peso e a elasticidade da pele, o ligamento da pelve começa a se afrouxar e tronar mais flexível para a saída do bebê, com aumento intenso da lordose lombar, podendo em muitas gestantes acontecer a diástase,

que é uma leve separação nos músculos abdominais, apresentando inseguranças em relação as modificações físicas (QUANDT, 2006).

Considera-se um período de grandes conflitos, de estar em um momento culturalmente considerado divino e ao mesmo tempo com diminuição da autoestima, não gosta de si própria, sente-se pouco atraente, decorrente do medo da perda da individualidade, de dividir o amor do parceiro pelo seu filho. Nesse sentido há uma associação inconsciente entre a esposa grávida e a figura de mãe, podendo ocorrer um bloqueio quase total na vida sexual do casal, que está relacionada com as alterações metabólicas e hormonais específicas da gestação (BARRETO, 2009).

### **2.3 Parto**

O MS em 1984 lança o PAISM que é considerado como a peça fundamental de uma nova lógica de assistência à saúde da mulher, com grande influência pelo movimento feminista, havendo um forte avanço na elaboração de políticas públicas voltadas à saúde da mulher nesses últimos vinte anos. Assim em 2000 com o PNHN, redefiniram os aspectos da atenção ao parto, sendo a principal estratégia garantir a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério para as gestantes e seus recém-nascidos (MAIA, 2010).

É dentro deste contexto que o MS vem exercendo seu papel fundamental normativo e regulador, com implantação de um conjunto de ações voltados para estimular a melhoria da assistência obstétricas. Assegurando as gestantes o momento do parto e do nascimento com segurança e dignidade, com direito de uma assistência humanizada e de boa qualidade, tendo como intuito de minimizar os índices de morbimortalidade materna e fetal (MELO, 2010).

### **2.4 Trabalho De Parto Normal**

É o processo fisiológico pelo qual o útero expulsa ou tenta expulsar os produtos conceptuais como o feto, líquido amniótico, placenta e membranas. Divide-se em quatro períodos clínico do parto: Período de Dilatação, Período de Expulsão ou Expulsivo, Período de Dequitação e Período de Greenberg (SAITO, 2015).

O 1º período que é o Período de Dilatação e contrações do colo uterino, é a fase mais longa e chega até 10 cm de dilatação. Começa com contrações curtas de 10 a 30 segundos, com intervalo cada vez menores, começando com 1 a 2 contrações de 90 segundos com intervalos de 3 a 4 minutos entre as contrações. Esse período se divide em fases diferentes, sendo que na 1º Fase: Latente, Pré-Trabalho de Parto, Inicial ou Pródromos; 2º Fase: Trabalho de Parto Ativo; e a 3º Fase: que é a Transição (ROMEIRO, 2017).

Conforme as contrações vão ficando mais dolorosas, fortes e com intervalos menores inicia a 2º fase que é o trabalho de parto ativo com o colo de útero dilatado em até 4cm. As contrações chegam a durar entre 60 a 90 minutos e com intervalo de 3 a 4 minutos entre cada contração, a dilatação é mais acelerada nessa fase, entretanto o trabalho de parto pode levar algumas horas para completar a dilatação em 10 cm (ROMEIRO, 2017).

Entre a dilatação de 08 a 10 cm, é a fase de transição, que ocorre do primeiro ao segundo período, aumenta o sangramento do colo, começa a transpor a cérvix, as contrações ocorrem a cada 2 minutos em até 90 segundo de duração. As parturientes podem apresentar agitação, náuseas e vômitos, sudorese, vontade de fazer esforço no intuito de expulsar, que são os “puxos” involuntários (SAITO, 2015).

Nesse momento inicia o 2º Período do trabalho de parto, que é o período expulsivo, que acontece desde a dilatação total de 10 cm ao nascimento do bebê, podendo durar algumas contrações ou até duas horas. A mulher sente-se uma pressão muito forte na vagina e no reto, e a vontade de fazer força se intensifica, acontecendo a distensão total do períneo e o bebê coroa, sentindo um ardor conhecido como “círculo de fogo” (MAZETTO, 2014).

Após a expulsão fetal, denomina-se o Período de dequitação que dura em torno de até 30 minutos, com contrações apresentando uma intensidade média, indolores, frequência de 45/10 rítmicas. Seu mecanismo de deslocamento pode acontecer pelo Bardelocque- Schultze em até 75%, iniciando pela face fetal, com presença de sangramento posterior e com inserção fundida, ou pelo mecanismo de deslocamento duncan com 25%, e inicia-se pela face materna, sangramento concomitante e inserção lateral (SAITO, 2015).

O 4º Período, se classifica em período de Greenberg, que acontece até a segunda hora após o parto ou a primeira hora após a dequitação, acontecendo o miotamponamento, em que os músculos se contraem com as ligaduras vivas de Pinard e o trombotamponamento, que constitui em hematoma que cobre a ferida placentária. Assim diminui o tempo com ocitocina ou prostaglandina e as contrações uterina se fixam ao globo de segurança de Pinard, momento que a fibra uterina adquire novo tono e se mantém assim até ocorrer a involução puerperal. Nas primeiras duas horas é importante e preciso que verifique os sinais vitais da gestante, observando-a constantemente, pois uma assistência negligente pode levar a hemorragia e em muitos casos a mortes maternas (PALHETA, 2015).

## **2.5 Puerpério Fisiológico**

Tal período caracteriza-se desde a expulsão do bebê, até seis semanas após o ocorrido, sendo um período de mudanças fisiológicas, biológicas, subjetivas e sociais para a puérpera e familiares, levando-a alguns momentos de estresse, após vivenciar uma nova experiência de vida (MESQUITA; PAULINO; NOGUEIRA, 2011).

Essa fase se divide em três período importantes, sendo o período imediato do 1º ao 10º dia, o tardio do 11º ao 45º dia e o remoto que se dá a partir do 45º após o nascimento, apresentando grandes modificações internas e externas, sendo que a mulher necessita de maiores cuidados, atenção e proteção (ANDRADE et al, 2015).

Nesse sentido, o MS colocou em pauta o acesso e a qualidade do cuidado no ciclo gravídico puerperal, na atuação da ESF, com o propósito de um cuidado integral e humanizado, pois o puerpério é um período em que a mulher passa por profundas transformações com risco frequente de agravos, se expondo as causas contínua de morbimortalidade materna (CORREA et al, 2017).

## **2.6 Manifestações Fisiológicas no Pós-Parto**

O período pós-parto inicia-se logo após o nascimento do bebê, terminando então com o retorno da menstruação, a puérpera estará se recuperando das alterações fisiológica, hormonais e emocionais que ocorre até o retorno das funções pré-gravídica, ficando assim, nesse estágio exposta a desenvolver e evoluir para o período do puerpério patológico (SILVA; PEREIRA; SANTOS et al, 2017).

Após a dequitação da placenta, automaticamente a mulher perde sua fonte produtora de estrogênios que até então era a função dos ovários durante a gravidez, estes são bloqueados após cumprirem a função do corpo lúteo, determinando então o início da lactação com a queda dos hormônios esteroides que impediam o efeito da prolactina e

juntamente com a liberação desta aumentada ocorre o efeito de sucção. Assim a puérpera passará por um período de atrofia genital ou “crise genital” até que os ovários retornem a sua função endócrina (BRAGA, 2012).

Nesse sentido o útero sofre uma diminuição do tamanho das células junto com a contração das fibras, que caracteriza como involução do útero, que se dá por repentina queda de estrogênio e progesterona, que libera enzima proteolíticas no endométrio, com redução do tamanho e peso após a dequitação, tornando-se globoso e endurecido, variando-se a involução uterina conforme o tamanho do bebê e o número de partos anteriores (SILVA et al, 2014).

A manutenção da contratibilidade uterina juntamente com a hemóstase do sítio de inserção placentária que é o globo de segurança de Pinard, incide através da trombose local dos vasos, nas primeiras 24 horas o útero alcança a cicatriz umbilical, apresentando consistência firme evoluindo-se em ritmo irregular de 1cm por dia aproximadamente, de modo que não será mais palpado acima da sínfise púbica no 10º dia, continuando o processo de involução por cerca de cinco a seis semanas (BRAGA, 2012). Nesse período a puérpera apresenta perda vaginal após o parto que denominamos de lóquios, que é constituído de secreções proveniente da produção de exsudatos e transudatos, misturado de sangue e elementos celulares da ferida placentária, do colo do útero e da vagina. Apresenta-se modificações na cor e na quantidade de lóquios, de acordo com a cicatrização do local em que a placenta estava implantada, a quantidade começa moderadamente tornando-se escassa posteriormente (SILVA et al, 2014).

Além disso, é preciso que o lóquios da puérpera seja avaliado, pelo menos duas vezes ao dia, em que o início do fluxo é sanguíneo, de volume variável, não ultrapassando de um fluxo menstrual, que se caracteriza de lochia rubra, já o lochia fusca apresenta-se acastanhado a partir do 5º dia de puerpério, evoluindo gradativamente para lochia flava que apresenta serossanguíneo por volta do 10º dia e finalmente para o lochia alva, sendo apenas seroso. O odor apresenta-se característico e depende da flora vaginal de cada puérpera, podendo evoluir para infecção puerperal e tornar o lóquios fétido (BRAGA,2012).

Imediatamente a puérpera apresenta um estado geral pós-parto, com comportamento de alívio e tranquilidade, porém manifesta-se exaustiva fisicamente juntamente com a sonolência, podendo apresentar um aumento de temperatura axilar nas primeiras 24 horas de 36,8°C a 37,9°C, sem necessariamente estar apresentando um quadro infeccioso instalado. Podendo apresentar calafrios, tremores logo após o parto associados a hipotermia ou temperaturas subfebris, impostos por eventos nervosos, manifestações bacteremia ou pela ferida placentária (SILVA et al, 2014).

Também a frequência cardíaca nos primeiros 6-8 dias pós-parto tem uma queda para 50-70 bpm, devido à redução do volume sanguíneo, pois uma frequência elevada pode indicar perda sanguínea exagerada, infecção, dor, problemas cardíacos ou ansiedade. A pressão arterial apresenta estável logo após o parto, pois também hipotensão pode estar relacionada com a perda excessiva de sangue (MONTENEGRO,2015).

## **2.7 Puerpério Patológico**

O Puerpério Patológico é aquele puerpério que evolui para as complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da puérpera, sendo as hemorragias puerperais, infecções puerperais, psicose pós-parto, mastites entre outras complicações (SANTOS et al, 2015). Visto que, puerpério é normal ou fisiológico, quando uma evolução ocorre de maneira satisfatória, todavia caracteriza-se puerpério patológico quando a puérpera evolui para complicações clínicas, seja por infecção puerperal que



apresenta uma temperatura superior a 38°C após as primeiras horas do parto, sinalizando um processo infeccioso em que as causas principais são infecção do trato urinário, mastites, infecções genitais, infecção da sutura da episiorrafia e da cicatriz da cesariana (LOMBA, 2010).

Também pode apresentar hemorragias puerperais que são causadas por atonia uterina, laceração e retenção placentária nas primeiras horas após o parto, sendo eventos geralmente graves e que estão entre as três principais causas de mortalidade materna (MONTENEGRO, 2015). Outra complicação que pode evoluir é a mastite, que caracteriza como inflamação da mama ou das duas mamas, com sinais e sintomas bem característico como forte algia, rubor e calor na pele e no local, apresentando na puérpera febre alta, cefaleia, mal-estar físico e geral (LOMBA, 2010).

Além disso, a puérpera pode apresentar sinais das complicações da involução uterina, através da retenção ou retardo na expulsão da placenta e dos restos placentários, que são o útero pouco contraído, volumoso, localizando acima da cicatriz umbilical, não formando um bom globo de segurança de Pinard, com sangramento genital em grande quantidade e contínuo, podendo evoluir para o choque hipovolêmico (MONTENEGRO, 2015).

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa sistemática de literatura, em que o estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa, o método utilizado foi o levantamento, baseado nas literaturas publicada na biblioteca virtual SciElo, a partir do ano de 2008 até 2018, buscando discutir as possíveis complicações no puerpério patológico na percepção dos autores.

Segundo Gerhardt; Silveira (2009), pesquisas descritivas podem ser criticadas porque pode haver uma descrição concreta de um fenômeno ou dos fatos, pois dificulta a possibilidade de verificação através da observação, exigindo assim, uma série de informação para o investigador sobre o que deseja ser pesquisado, pois visa descobrir a existência das associações entre variáveis ou determinar a natureza dessa relação.

A abordagem qualitativa descreve, compreende e explica um determinado assunto com o objetivo de trazer a hierarquização, a complexidade das ações relacionadas entre o global e o local de um determinado fenômeno, analisando e compreendendo em busca de resultados reais de orientações teóricas e de dados empíricos, sem se preocupar com os dados numéricos, mas sim proporcionar melhor visão e abrangência do contexto. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa foi realizada com base de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), aonde utilizou os seguintes descritores: “Complicações Gravídico-Puerperal”, “Mastite”, “Puerpério”, “Infecções”, “Hemorragia”. Foram selecionados artigos eleitos com os seguintes critérios de inclusão: terem sido publicados em português, nos últimos dez anos, contendo pelo menos um dos descritores, estarem disponíveis na íntegra e em uma das bases que foram pesquisados. Os critérios de exclusão: após a busca ativa, foi realizada a leitura de todos e foram excluídos artigos com duplicidades, publicados em inglês e sendo maior de dez anos quanto a publicação. Fora encontrados 1200 artigos referente ao estudo, destes, 550 artigos selecionados sobre o puerpério após a leitura e utilização do critério de exclusão referente ao puerpério, após a leitura e utilização do critério de inclusão para realizar a análise foram selecionados 22 artigos, e destes, 10

artigos referente a Infecção Puerperal, 07 Artigos Referente a Hemorragia Puerperal e 05 Artigos Referente a Mastite Puerperal.

#### 4. ANÁLISE DOS ARTIGOS

##### 4.1 Hemorragia Puerperal

Foram selecionadas 07 publicações para descrever sobre a hemorragia puerperal sem que o tema fosse discutido, descritas no quadro 01 abaixo, esses materiais trazem apontamentos acerca do tema e auxiliam a esclarecer os conceitos e suas manifestações clínicas.

##### Quadro 01: Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre hemorragia puerperal

HEMORRAGIA PUERPERAL
RODRIGUES, A. F et al. Histerectomia de emergência em primigesta de 15 anos de idade por hemorragia no pós-parto Rev Med Minas Gerais 2010; 20(2 Supl 1): S114-S116.
GONÇALVES, C. R; OSANAN, G. C; DELFINO, S. M. Protocolo Hemorragia Puerperal. Prefeitura de Belo Horizonte, 2016, pag. 04 e 05.
TANAKA, D. D. HEMORRAGIA PÓS PARTO. Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia HRMS, 2016.
OMS. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. OMS, 2014, pág. 4 e 5.
ANDRADE, D. B et al. Tratamento da hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(4 Supl 2): S42-S47.
PERIARD, A.M et al. Atonia uterina e hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(4 Supl 6): S1-S143.
MOLDENHAUER, J. Hemorragia Pós-Parto. Manual MSD, Versão Profissional de Saúde, 2018.

**Fonte:** Própria.

Rodrigues et al, (2010) define hemorragia pós-parto (HPP) a perda superior de 500ml de sangue até 24 horas após o parto, sendo responsável por quase ¼ das mortes maternas no mundo, equivalente 125.000 mortes anuais. Associa-se como as complicações maternas como choque hipovolêmico, coagulopatias, síndrome da angústia respiratória do adulto, insuficiência renal, histerectomia emergenciais, sendo um procedimento cirúrgico com graves consequências para o futuro reprodutivo da puérpera.

Gonçalves; Osanan; Delfino, (2016) reafirmam o conceito de HPP em significativa perda de sangue superior de 500 ml pelo trato genital nas primeiras 24 horas após o parto vaginal, e acima de 1000 ml pós-parto cesariano, causando instabilidade hemodinâmica.

Assim Tanaka, (2016), define que a etiologia do HPP segue a regra dos 4 “T”, tendo o Tônus que é a atonia uterina, sendo a causa mais comum de HPP com 70% dos casos; Tecido: é a retenção placentário com 20%, que ocorre quando a placenta não se descola de seu sítio habitual total ou parcial; Trauma: 10% dos casos ocorre por laceração do trajeto; e o Trombo: são causas raras de HPP, sendo 1% que evolui para coagulopatias.

Desse modo, Brasil (2012), descreve que a HPP é uma intercorrência grave desde os tempos remotos e que persiste nos dias atuais, sendo a principal causa de morte materna no mundo e a primeira em países de baixa renda e na maioria das mortes ocorrem nas primeiras 24 horas após o parto e tais mortes poderiam ser evitadas com uso de medicações profiláticas durante a terceira fase do parto e principalmente através do parto adequado em tempo capaz de se realizar.

Tanaka, (2016), reafirma que a HPP são graves intercorrências que acontecem desde os tempos remotos, persistindo até hoje. Apresentando taxas elevadas de mortes

maternas de 60% após o parto e 45% nas primeiras 24 horas, com 4-8% de parto vaginal e 6% de parto cesárea.

Por outro lado, Andrade et al, (2010) classifica a HPP em precoce ou primária na qual ocorre a perda de sangue até 24 horas pós-parto, estando entre 4% a 6%, e a tardia ou secundária que ocorre a partir das 24 horas até 6 meses após o parto, ficando entre 1% a 3% no total dos partos. Também é definida pela diminuição de 10% de hematócritos ou perda de sangue suficiente para desenvolver sintomatologia materna como síncope, tonturas, taquicardia, hipertensão arterial ou diminuição do volume urinário, exigindo uma intervenção médica urgente.

Gonçalves; Osanan; Delfino, (2016), descrevem que a HPP se classifica em primária, que ocorre dentro das 24 horas pós-parto, entre 4-6% em todas as gestações, causada em torno de 80% por atonia uterina, podendo ocorrer também por retenção placentária, distúrbio de coagulação, inversão uterina, hematomas no trajeto do canal do parto e laceração. A secundária, ocorre após 24 horas até 6-12 semanas após o parto, causada por erros de coagulação hereditários, infecções puerperais, retenção de restos placentários ou por doenças trombotísticas gestacionais.

Assim, Periard et al, (2011) reafirma que a causa primordial da HPP é a atonia uterina, retenção de produtos da concepção ou coágulos, coagulopatias e lesões no trato genital. Pois a atonia uterina é o principal fator de HPP com 80% dos casos, com contrações uterinas, desencadeando distúrbio na hemostasia com sangramento intenso e não controlado, podendo levar à morte.

Moldenhauer, (2018) afirma então, que os fatores de riscos de atonia uterina se dão através da hiperdistensão uterina causada por gestação multifetal, feto anormalmente grande, trabalho de parto prolongado ou disfuncional, multiparidade, anestésicos relaxantes, trabalho de parto rápido, corioamnionite. Rodrigues et al, (2010), destaca que a atonia uterina, retenção de tecidos ovulares e placentários, traumas obstétricos e coagulopatias, são fatores de riscos de HPP, porém, a obesidade, idade materna avançada e gestações com fetos grandes, são também considerados fatores de riscos para evoluir HPP.

#### 4.2 Infecção Puerperal

Para descreve sobre a infecção puerperal, foram utilizadas 10 publicações sem que o tema fosse discutido, descritas no quadro 02 abaixo, esses materiais trazem apontamentos sobre o tema e auxiliam a esclarecer os conceitos e suas manifestações clínicas.

#### Quadro 02: Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre infecção puerperal

INFECÇÃO PUERPERAL
BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
GUIMARÃES, E. E. C; CHIANCA, T. C. M; OLIVEIRA, A. C. INFECÇÃO PUERPERAL SOB A ÓTICA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 15(4).
MELDAU, Débora Carvalho. Infecção Puerperal. Info Escola, 2012.
GONÇALVES, M, V, C et al. Endometrite puerperal e seps: uma revisão. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 5): S21-S24.
SANTOS, C. N. C et al. Perfil clínico-epidemiológico da infecção puerperal em uma maternidade pública do interior do Maranhão. Rev. Interd. v. 8, n. 2, p. 1-10, abr. mai. jun. 2015.
DUARTE, M. R et al. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DE INFECÇÃO PUERPERAL: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):433-41, fev., 2014.

RODRIGUES, M.A.S; ANJOS, V.M.F. INFECÇÃO PUERPERAL: FATORES DE RISCO. Conclusão de Graduação de Enfermagem. Universidade Paulista - UNIP Web Artigos, 2008.  
SANTANA, A, P.N; SANTANA, C. E. N; TAVARES, J. A. Estudo da prevalência da infecção puerperal no hospital maternidade de referência do município de Juazeiro do Norte – CE. Rev. principia, DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DO IFPB | Nº 23, João Pessoa, 2013.  
LIMA, D. M et al. FATORES DE RISCOS PARA INFECÇÃO NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO. Rev Cogitare Enferm. 2014 Out/Dez; 19(4):734-40.  
CRUZ, A et al. Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza. Enfermería Global Nº 29 Enero 2013, pág. 120.

**Fonte:** Própria.

Gonçalves et al, (2012), define infecção puerperal ou febre puerperal, aquela que evolui no aparelho genital após parto recente, apresenta morbidades febris com temperatura igual ou superior de 38° C nos primeiros 10 dias pós-parto com duração de dois ou mais dias, desconsiderando as primeiras 24 horas. É responsável por 1-10% dos óbitos, se classificando na terceira causa de morte materna.

Desse modo, Lima et al, (2014), define infecção puerperal em termos gerais na literatura, que é todo processos infecciosos após o parto, tanto por causas genitais como as infecções de útero, anexos e ferida operatório, quanto aos extragenitais, infecções urinárias, o ingurgitamento mamário, mastite, tromboflebite e complicações respiratórias.

Santos et al, (2015), afirma que a infecção puerperal está relacionada a assistência em saúde, a hospitalização e aos microrganismos patogênicos do ambiente. Pois a infecção puerperal caracteriza-se por qualquer infecção das vias genitais, logo após o parto recente, apresentando uma temperatura elevada igual ou maior de 38°C, podendo conceituar de febris puerperais, de modalidade febril puerperal todos os estados que ocorram em pelo menos dois dos 10 primeiros dias pós-parto, exceto as primeiras 24 horas.

Assim, Duarte et al, (2014), reafirma que o estabelecimento hospitalar é um local no qual concentra-se os mais sofisticados maquinários tecnológicos, e são entendidos como desnecessários na realização do parto, pois muitas vezes caracteriza-se como um evento cirúrgico, desumano, deixando de ser um momento privado, íntimo e feminino, elevando-se a taxa de infecção puerperal. Mesmo com o avanço científico e tecnológico nas diversas áreas do conhecimento, a infecção puerperal constitui ainda como grave problema de saúde pública, com alta prevalência de morbimortalidade materna.

Ao passo que Brasil, (2017), afirma que quando não causam a morte, as infecções pós-parto, podem ocasionar outras complicações como a doença pélvica inflamatória e até a infertilidade. Sendo que, 10% das mortes maternas no mundo foram evoluídas a sepse, considerada a terceira causa direta de morbimortalidade, superada apenas por complicações hemorrágicas e pela hipertensão, responsável por 75.000 mil mortes maternas ao ano no mundo todo, destacando-se em países subdesenvolvidos.

Guimarães; Chianca; Oliveira, (2008), relata que a infecção puerperal no âmbito internacional apresenta índices que oscilam entre 3 a 20% e em média de 9%. No entanto, no Brasil variam entre 1 a 7,2%, podendo esses índices estarem subestimados a alta taxa de partos cesarianos, sendo um importante fator de risco e falha no sistema de vigilância. Assim, como a falta de conscientização e envolvimento dos profissionais para melhorar a apresentação dessa realidade.

Santana; Santana; Tavares, (2013), assegura que a infecção puerperal se encontra entre as principais causas de mortes maternas perinatal no mundo, por causa do alto índice de parto cesariano. Porém destaca outros fatores que segundo o MS são determinantes para essas complicações, como profissionais incapacitados para atuar no setor de obstetrícia e neonatal, insuficiência de conhecimento técnico e científico sobre os

problemas registrados na saúde pública, déficit nas condições socioeconômica da população e baixa escolaridade.

Desse modo, Rodrigues; Anjos (2008), garante que vários fatores são suscetíveis para a puérpera evoluir para infecções puerperais, desde as alterações ocorridas no organismo materno durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, pois entre tantas modificações que a gravidez exerce no organismo materno, algumas alterações da flora genital e do trato urinário podem levar a incidência de infecção puerperal.

Meldau, (2012), afirma que dentre as causas e fatores de risco envolvidos na infecção puerperal, destaca-se a infecção na ferida pós-operatória, tanto em cesariana, quanto em episiotomia, presença de celulite perineal, retenção de restos de membranas gestacionais no útero, infecção do trato urinário, sepse, mastite, deficiência nutricional, diabetes e obesidade. Sendo que os agentes patogênicos encontrados podem ser de fonte endógenas, que são bactérias *escherichia Coli* e *streptococcus faecalis*, e por fontes exógenas que é a bactéria anaeróbica *clostridium Sp*, sendo a mais frequente.

Para Cruz et al, (2013), define a infecção puerperal por incisão cirúrgica com um processo infeccioso inflamatório, ocorrido após o parto cesariana ou a episiotomia, apresentando secreção purulenta, com ou sem cultura positiva. Destaca-se a crescente incidência de infecção em ferida operatória após cesárea, com infecções nasocomiais ocorre em 3 a 15%.

#### 4.3 Mastite Puerperal

Para tratar sobre a mastite puerperal, foram selecionadas 05 publicações sem que o tema fosse discutido, descritas no quadro 03 abaixo, esses materiais trazem apontamentos relacionados ao tema e auxiliam a esclarecer os conceitos e suas manifestações clínicas.

#### Quadro 03: Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre mastite puerperal

MASTITE PUERPERAL
VIDUEDO, A. F. S. Mastite Lactacional: Registro Baseado em Evidencia. Ribeirão Preto, 2014, pag. 27 e 28.
SANTOS, M. C. M.; FILHO, F. C. G; NICOLAU, R. A. EFEITOS TERAPÊUTICOS DO DIODO EMISSOR DE LUZ - LED EM MASTITES LACTACIONAIS. Revista Univap, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez.2012. ISSN 2237-1753.
PINHEIRO, M. S. MASTITE PUERPERAL E SEUS CONDICIONANTES NA NUTRIZ PORTADORA DE <i>Staphylococcus aureus</i> . Fundação Oswaldo Cruz Instituto Fernandes Figueira Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fevereiro, Rio de Janeiro – 2008.
ELIAS, C. L. L. F et al. Doenças maternas infecciosas e amamentação. Guia Prático de Atualização, Departamento Científico de Aleitamento Materno, Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 2, 2017.
PEREIRA, C; PALMIRA, J; SALGADO, M. MASTITE PUERPERAL. Saúde Infantil, Texto para Pais, set. 2010.

Fonte: Própria.

Santos; Filho; Nicolau, (2012), define mastite como um processo inflamatório infeccioso do tecido mamário, que acomete as mulheres de todo tipo de populações, independente da amamentação, sendo uma regra ou não, a incidência varia até 33%, porém a média é entorno de 10%, ocorrendo nos primeiros três meses e principalmente na segunda e terceira semana após o parto, podendo acontecer ao longo dos meses durante a amamentação.

Viduedo, (2014), assegura que ingurgitamento mamário é o fator primordial para desenvolver a mastite lactacional, mas o trauma mamilar, a má pega duração e frequência

das mamadas, desmame precoce, adocimento da mãe ou do bebê, produção abundante de leite materno, pressão mamária, estresse, fadiga, idade materna, nível de escolaridade da puérpera, primiparidade, complicações no parto, mastites anteriores e fatores imunológicos do leite, são também fatores de riscos que podem evoluir a mastite puerperal.

Para Santos; Filho; Nicolau (2012), a mastite puerperal pode se desenvolver através da inexperiência de cuidados, condições de higiene inadequadas, estresse, fadiga, mamilos planos ou ingurgitados, situações que favorecem a estase láctea e principalmente as técnicas de enfermagem impróprias, pois muitas dessas complicações mamárias poderiam ser evitadas, desde que as gestantes tivessem um pré-natal adequado, de qualidade, pois a pega incorreta do mamilo, mamas ingurgitadas e as fissuras, podem ser evitadas muitas vezes, através de orientações prévia por equipes multidisciplinar.

Assim Viduedo, (2014), afirma que a proporção do trauma mamilar no início da lactação é elevada e constitui um importante fator de risco para o desmame precoce, porque é uma porta de entrada para os microrganismos os *Staphylococcus Aureaus*. Geralmente a mastite é unilateral, podendo ou não ser acompanhada por infecção e sua principal causa é a estase do leite, juntamente com a infecção instalada, esgotando os mecanismos de proteção da puérpera contra a infecção, aumentando ainda mais a estase do leite.

Pinheiro, (2008), relata que a mastite puerperal epidemiologicamente ocorre em duas formas, sendo a mastite epidêmica, que é rara, está associada a contaminação cruzada em consequência de microrganismos disseminados no ambiente hospitalar, desenvolvendo quatro dias após a alta e a mastite não epidêmica que ocorre semanas pós alta. São classificadas em aguda e crônicas, na qual as mastites agudas são processos infecciosos que alojam nos tecidos mamários durante a gravidez ou puerpério, mais precisamente a partir do 15º dia pós-parto.

Para Viduedo (2014), a classificação de mastite lactacional ocorre de acordo com a invasão do microrganismo que afeta a mama, sendo a intersticial quando um agente etiológico penetra na mama por lesões ou fissuras aderindo a via linfática atingindo o tecido conjuntivo e gorduroso da mama e a parenquimatosa que é quando o microrganismo adentra nos ductos mamários, atingi o lobo mamários causando hiperemia local.

Os autores Pereira; Palmira; Salgado (2010), relatam que 50% a 60% dos casos de mastite puerperal são acometidos pelo microrganismo o *Staphylococcus Aureus*, seguido do *Streptolococcus Viridans*, do *Staphylococcus Coagulase-* negativo do *Streptolococcus* do grupo B e das enterobactérias, sendo que as fissuras dos mamilos tornam-se portas para essas bactérias.

Nesse sentido Viduedo (2014), classifica a mastite de acordo com a região comprometida, como pode atingir uma pequena estrutura da mama ou toda a mama, em ampolar que é o comprometimento de toda a aréola ou parte dela, em lobar que compromete um lobo que segue a aréola até a base da mama e em abscesso que apresenta ponto de flutuação e que geralmente evolui para drenagem espontânea ou cirúrgica.

Pereira; Palmira; Salgado (2010), afirma que existem duas formas de mastite puerperal, a mastite não infecciosa que desenvolve-se por estase do leite e o infeccioso. A forma de mastite não infeccioso é o mais comum, resultado de um processo inflamatório secundário ao obstáculo a drenagem livre do leite através dos ductos, sendo que a expressão bi-digital da área pré- aureolar dos dedos da própria mãe, podem provocar a estase do leite nos ductos galactóforos durante as mamadas.

Desse modo, Viduedo, (2014), relata que a incidência de mastite puerperal pela OMS, apresenta uma variação entre 2,6% e 33%, mas uma pesquisa realizada em 2014 revelou que a porcentagem varia entre 3% e 20%. Sendo que 3% e 11% dessas puérperas desenvolvem abscesso mamário e a residência de mastite lactacional varia entre 4 – 8,5%.

Pereira; Palmira; Salgado (2010), expõem que 10% das puérperas que amamentam desenvolvem a mastite puerperal, manifestando-se sinais inflamatórios na mama, juntamente com mal-estar, febre e calafrios. Os fatores de risco são relacionados com a drenagem escassa de leite, ingurgitamento unilateral, as escoriações ou fissuras do mamilo e os antecedentes de mastite puerperal prévia.

Viduedo, (2014), apresenta que as manifestações clínicas locais de mastite são hiperemia, calor, dor, edema, hipersensibilidade, abscesso com pús, e nos parâmetros sistêmicos apresentam febre, taquicardia, mal-estar geral, calafrios, prostração, fadiga, náuseas e vômitos.

Santos; Filho; Nicolau, (2012), descrevem que o diagnóstico de mastite ocorre através da observação dos sinais e sintomas clínicos sugestivos para uma infecção, que são algia local, edema unilateral, eritema circunscrito, febre, calafrios e mialgia. O endurecimento de uma parte da mama, acompanhado de algia, hiperemia, turgor e calor na região acima da área endurecida, indica obstrução dos lóbulos mamários.

Pereira; Palmira; Salgado (2010), reafirmam que para diagnosticar a mastite puerperal é necessário a avaliação clínica e que raramente é preciso os exames auxiliares de diagnóstico. Porém em casos mais graves, que suspeita-se de abscesso a ecografia é útil para a comprovação de drenagem do mesmo. Nos casos severos e com suspeita de infecção contraída em meio hospitalar é realizado a cultura do leite e perante à um abscesso confirmado é realizado a cultura do exsudato através de uma punção ou drenagem.

Elias et al (2017), asseguram que a mastite e abscesso mamário não são contraindicados a amamentação, pois não são considerados infecções invasivas. A presença de patógenos bacterianos no leite materno não apresentam risco para o lactante, desde que a terapia antimicrobiana empírica seja instituída precocemente e o material drenado do abscesso não tiver contato direto com o bebê e nem ter extravasado para o sistema ductal.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As análises dos artigos mostraram que as complicações, como a hemorragia puerperal, infecções puerperais e mastite, são as principais causas de mortes maternas no mundo e que na maioria dos casos poderiam ser evitáveis, desde que estas, tivessem um pré-natal realizado adequadamente por uma equipe qualificada, voltada para essas gestantes e puérperas, tendo um olhar holístico e agilidade quando apresentar quaisquer alterações. Muitas vezes são colocadas as vontades, o receio, explosão de ansiedade e expectativas, sendo que o que as gestantes querem, é que tudo ocorra bem durante a gestação e puerpério e principalmente certificar-se que está tudo bem com o futuro bebê. Sendo assim, é primordial que a primeira consulta de pré-natal ocorra até 12 semanas de gestação, para que a gestante seja atendida até o final da gravidez, para garantir uma qualidade de vida e de assistência adequada durante o período de gravidez, parto e puerpério.

Reforça-se a importância da realização do pré-natal adequado, na atenção às gestantes, com condutas profissionais corretas durante todo o ciclo gravídico puerperal, juntamente com as orientações dadas durante as consultas sobre a gestação, o parto, pós-parto e o período do puerpério, preparando-as para essa nova fase e a importância dos

cuidados e possíveis complicações durante esses períodos e o retorno à unidade para a consulta puerperal.

A contribuição para a Enfermagem faz-se no sentido de promover maior conscientização da equipe multidisciplinar, principalmente aos enfermeiros que atuam junto as gestantes, para elaboração de intervenções e cuidados qualificados, que contribuam para a prevenção das complicações no pós-parto e redução das taxas de mortalidade materna. Que este estudo possa servir de subsídio para desenvolver novos estudos sobre o tema, assim como estimular a reflexão dos demais profissionais da área da saúde a respeito das complicações que as puérperas podem evoluir no período do puerpério.

## **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, D. B et al. Tratamento da hemorragia pós-parto. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(4 Supl 2): S42-S47.

ANDRADE, R. D et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(1) Jan-Mar 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>>. Acessado em 05/03/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)> Acessado em 29/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32\\_prenatal.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf)>. Acessado 22/03/2018.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BARRETO, Luciana. Alterações Corporais E Psíquicas Durante A Gestaçao. 2009. Disponível em:<<https://www.webartigos.com/artigos/alteracoes-corporais-e-psiquicas-durante-agemtacao/16067/>>. Acessado 23/05/2018.

CRUZ, A. P; BARROS, S. M. O. Práticas Obstétricas e Resultados Maternos e Neonatais: Análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. *Acta Paul Enferm* v. 23, n. 3, p. 366-371, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a09>>. Acessado 05/05/2018.



COLLUCCI, Cláudia. Mortalidade materna sobe, e Brasil já revê meta de redução para 2030. Folha de São Paulo, 2018. Disponível em:  
<<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/mortalidade-materna-sobe-e-brasil-jareve-meta-de-reducao-para-2030.shtml>>. Acessado em 10/10/18.

CORREIA, Maria Suely Medeiros, et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. Cad. Saúde Pública v. 33, n. 3, 2017. Disponível em:  
<[scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00136215.pdf](https://scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00136215.pdf)>. Acessado em 06/07/2018.

CRUZ, A et al. Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza. Enfermería Global Nº 29 Enero 2013, pág. 120.

DUARTE, M. R et al. Atuação do Enfermeiro no Controle de Infecção Puerperal: Revisão Integrativa. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):433-41, fev., 2014.

ELIAS, C. L. L. F et al. Doenças maternas infecciosas e amamentação. Guia Prático de Atualização, Departamento Científico de Aleitamento Materno, Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 2, 2017.

FRANCISQUINI, A. R. et al. Orientações Recebidas Durante A Gestação, Parto E PósParto Por Um Grupo De Puérperas. Cienc Cuid Saude v. 9, n. 4, p. 743-751, 2010. Disponível em:  
<[eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13826/7193](http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13826/7193)>. Acessado em 06/07/18.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. [Org.]. Métodos De Pesquisa. UAB/UFRGS, Porto Alegre, 2009. Disponível em:<  
[www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf](http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf)>. Acessado em 05/03/18.

GUIMARÃES, E. E. C; CHIANCA, T. C. M; OLIVEIRA, A. C. Infecção Puerperal sob a ótica da Assistência Humanizada ao Parto em Maternidade Pública. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 15(4).

GONÇALVES, M, V, C et al. Endometrite puerperal e sepse: uma revisão. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 5): S21-S24.

GONÇALVES, C. R; OSANAN, G. C; DELFINO, S. M. Protocolo Hemorragia Puerperal. Prefeitura de Belo Horizonte, 2016, pag. 04 e 05.

LIMA, D. M et al. FATORES DE RISCOS PARA INFECÇÃO NO PUERPÉRIO CIRÚRGICO. Rev Cogitare Enferm. 2014 Out/Dez; 19(4):734-40.

LOMBA, Marcos. Saúde Total: Clínica Médica: ginecologia, obstetrícia, DST, AIDS e Enfermagem Materna Infantil- Olinda: Edição dos Autores, V.3, 2010, 116pg.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. 2010. Disponível em:  
<<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>>. Acessado 23/03/2018.

MARTINS, A. C.S; SILVA, L.S. Perfil Epidemiológico de Mortalidade Materna. Rev Bras Enfer, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s10677.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s10677.pdf). Acessado em 10/10/10/18.

MAZETTO, A. A. Pródromos e Fases do Trabalho de Parto. 2014. Disponível em: <<http://www.emmafiozezi.com.br/diario/?n=2214/prodromos+e+fases+do+trabalho+de+parto>>. Acessado 09/05/2018.

MEDINA, Vilma. Alterações emocionais na gravidez. Revista Eletrônica Guia Infantil, 2017. Disponível em:<<https://br.guiainfantil.com/materias/gravidezalteracoes-emocionais-nagravidez/>>. Acessado 10/05/2018.

MELO S. L. Amamentação: contínuo aprendizado. 2. ed. São Paulo: Al Print, 2010.

MELDAU, Débora Carvalho. Infecção Puerperal. Info Escola, 2012.

MESQUITA, A. C; PAULINO, C. S; NOGUEIRA, S. A. Uma Nova Vida Após o Parto: Cuidados à Mulher no Puerpério. Percursos, Nº 19, janeiro-março, 2011. Disponível em:<[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19\\_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerper%C3%A9rio.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerper%C3%A9rio.pdf)>. Acessado em 06/07/18.

MONTENEGRO, C. A. B. Rezende Obstetrícia Fundamental. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MOLDENHAUER, J. Hemorragia Pós-Parto. Manual MSD, Versão Profissional de Saúde, 2018.

OMS. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. OMS, 2014, pág. 4 e 5.

PALHETA, M. G, et al. Problemas E Condutas Evidenciados No Período De Greenberg: Uma Revisão De Literatura. Universidade Federal do Pará (UFPA), 2015. Disponível em:<<http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2015/expandidos/pesquisa/PES184.pdf>>. Acessado 29/05/2018.

PERIARD, A.M et al. Atonia uterina e hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(4 Supl 6): S1-S143.

PEREIRA, C; PALMIRA, J; SALGADO, M. MASTITE PUERPERAL. Saúde Infantil, Texto para Pais, set. 2010.

PINHEIRO, M. S. MASTITE PUERPERAL E SEUS CONDICIONANTES NA NUTRIZ PORTADORA DE Staphylococcus aureus. Fundação Oswaldo Cruz Instituto

Fernandes Figueira Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fevereiro, Rio de Janeiro – 2008.

QUANDT, A. C. Modificações do Organismo de Na Mulher Grávida. 2006. Disponível em:<<http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2012/09/MODIFICACOES-DOORGANISMO-NA-MULHER-GRAVIDA.pdf>>. Acessado 10/05/2018

ROCHA, A. C; ANDRADE, G. S. Atenção Da Equipe De Enfermagem Durante O PréNatal: Percepção Das Gestantes Atendidas Na Rede Básica De Itapuranga – Go Em Diferentes Contextos Sociais. Revista Enfermagem Contemporânea. V. 6, n. 1, p. 30-41, 2017. Disponível em:< [www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/1153/846](http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/1153/846)>. Acessado 29/05/2018.

RODRIGUES, M.A.S; ANJOS, V.M.F. INFECÇÃO PUERPERAL: FATORES DE RISCO. Conclusão de Graduação de Enfermagem. Universidade Paulista - UNIP Web Artigos, 2008.

RODRIGUES, A. F et al. Histerectomia de emergência em primigesta de 15 anos de idade por hemorragia no pós-parto Rev Med Minas Gerais 2010; 20(2 Supl 1): S114-S116.

ROMEIRO, Mônica. Trabalho de Parto: como é o trabalho de parto, fases e características. 2017. Disponível em:<<https://www.almanaquedospais.com.br/trabalho-de-parto-como-e-otrabalho-de-parto-fases-e-caracteristicas/>>. Acessado 09/05/2018

SANTOS, C. N. C et al. Perfil clínico-epidemiológico da infecção puerperal em uma maternidade pública do interior do Maranhão. Revista Interdisciplinar v. 8, n. 2, 2015. Disponível em: <[revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/.../pdf\\_205](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/.../pdf_205)>. Acessado em 03/10/2018.

SANTOS, A. K. O; CAVEIÃO, C. A importância da Assistência de Enfermagem no puerpério para Redução da Morbimortalidade Materna. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 6, n. 3, 2014. Disponível em: <[www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/.../327](http://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/.../327)>. Acessado em: 03/03/2018.

SANTANA, A, P.N; SANTANA, C. E. N; TAVARES, J. A. Estudo da prevalência da infecção puerperal no hospital maternidade de referência do município de Juazeiro do Norte – CE. Rev. principia, DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DO IFPB | Nº 23, João Pessoa, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção a Gestante e à Puérpera no SUS-SP: Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-apuerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual\\_tecnicoii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-apuerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf)> Acessado em 22/03/2018

SANTOS, M. C. M.; FILHO, F. C. G; NICOLAU, R. A. Efeitos Terepêuticos do diodo Emissor de Luz – LED em Mastites Lactacionais. Revista Univap, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez.2012. ISSN 2237-1753.

SAITO, Emília. Assistencia De Enfermagem À Gestante. Set. 2015. Disponível em: <[edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/378014/mod\\_resource/content/1/ASSIST%20ENFG%20G%20ESTANTE%2028%20set.pdf](http://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/378014/mod_resource/content/1/ASSIST%20ENFG%20G%20ESTANTE%2028%20set.pdf)>. Acessado 05/05/2018.

SILVA, E. C; PEREIRA, E. S; SANTOS et al. Puerpério E Assistência De Enfermagem: Percepção Das Mulheres. Rev enferm UFPE on line, Recife, 2017. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11043/19180>>. Acessado em 06/07/18.

SILVA, R. N. A et al. Atuação De Enfermeiros No Pré-Natal: Facilidades E Entraves. COFEN, 2014. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I70316.E15.T13942.D10AP.pdf>>. Acessado em 28/03/2018.

TANAKA, D. D. HEMORRAGIA PÓS PARTO. Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia HRMS, 2016.

VIDUEDO, A. F. S. Mastite Lactacional: Registro Baseado em Evidencia. Ribeirão Preto, 2014, pag. 27 e 28.