

PROCEDIMENTO SISTEMATIZADO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERAS COM INGURGITAMENTO MAMÁRIO**

*Isllia Aparecida Silva**

SILVA, I. A. Procedimento sistematizado de assistência de enfermagem à puérperas com ingurgitamento mamário. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(2): - , ago. 1989.

A autora avalia a aplicação de um método de assistência de enfermagem como meio de tratamento do ingurgitamento mamário, verificando-se também o tipo de ingurgitamento mais frequente, setores mamários mais acometidos e alguns fatores de interferência na evolução do ingurgitamento mamário.

UNITERMOS: *Ingurgitamento mamário. Assistência de enfermagem. Amamentação.*

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno tem sido aclamado pelas suas vantagens como o método ideal para o lactente. Acreditamos, também, que este período de amamentação deva ser vivenciado pela mãe, não só como a função de fornecer o melhor alimento para seu filho, mas também como uma fase de prazer e realização em sua vida.

Sabe-se que o processo de instalação e manutenção da lactação, na espécie humana, pode ser determinado pela estrutura anatômica do tecido mamário, alvéolos, ductos e mamilos, e pela ejeção ou propulsão do leite para os mamilos. Estes processos também dependem do bem-estar orgânico e psicológico da puérpera, pois o reflexo psicossomático da lactação pode ser inibido como consequência de conflitos emocionais, medo, ansiedade, dor, fadiga, desconhecimento, etc (6, 16, 17, 24, 26, 34).

Na nossa vivência profissional, temos sido testemunhos dos esforços de muitas mães para amamentarem seus filhos, apesar de algumas dificuldades, origi-

* Enfermeira. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

** Resumo de dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da USP em 02/dez/1987.

nadas desde a fase de adaptação ao recém-nascido, assim como problemas advindos do processo de lactação.

A rigidez de horários das maternidades impostas pelas instituições ou qualquer outra experiência desagradável, podem causar insegurança à mãe, levando-a frequentemente, ao fornecimento apressado de fórmulas artificiais e, conseqüentemente, ao desmame precoce (32).

Entre as várias dificuldades enfrentadas pela nutrizes, o ingurgitamento mamário destaca-se como um dos problemas mais frequentes nas unidades de puerpério, e que pode influenciar de maneira negativa na continuidade de amamentação.

O ingurgitamento pode começar com a retenção de leite nos alvéolos que se tornam distendidos e comprimem os ductos lácteos. Isso leva à obstrução dos canais galactóforos ocorrendo maior distensão dos alvéolos e maior obstrução dos ductos. Se o processo não for resolvido pode levar a estase secundária vascular e linfática. Com o aumento da pressão na porção obstruída da mama cessa gradualmente a secreção do leite, e, eventualmente, pode ser reabsorvido (25).

A dor é sem dúvida uma das causas que poderá levar à inibição do reflexo de ejeção de leite, ocasionando gradativa diminuição do mesmo.

A puérpera com ingurgitamento mamário, em geral, refere que a dor por ela sentida, ao amamentar seu filho, provoca diminuição no prazer que deveria experimentar, prejudicando assim, as interações iniciais do binômio mãe-filho (Fig. 1).

FIGURA 1

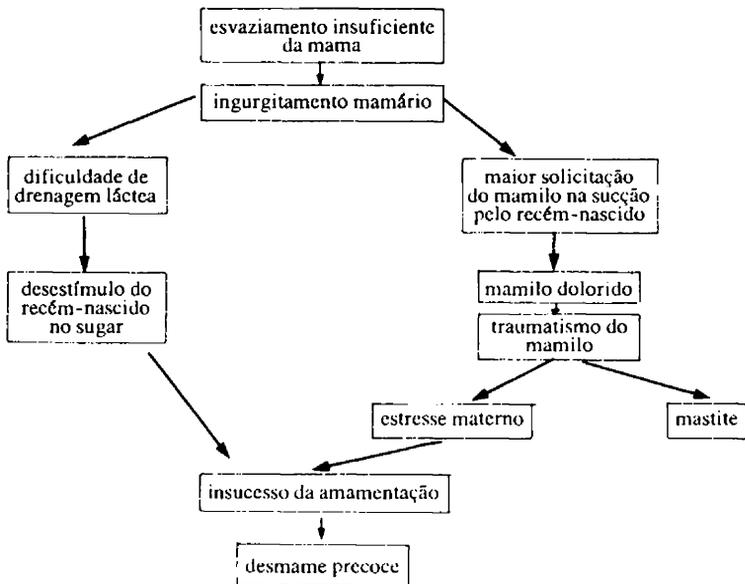


Figura 1. Conseqüências mais comuns do ingurgitamento mamário.

Considera-se o período em que a puérpera se encontra na maternidade como sendo mais recomendado para se promover a cura do ingurgitamento mamário pois, é quando pode receber o tratamento e orientações adequados.

Essas mulheres, na maioria das maternidades, são submetidas ao tratamento do ingurgitamento mamário, que tradicionalmente constitui-se de massagem manual nas mamas, retirada do leite por meio de bombas de ordenha ou expressão manual das mamas, aplicação de frio ou de calor local e medicação ejetoláctea. Todos esses métodos, no entanto, sofrem críticas por parte das puérperas que alegam serem eles extremamente desconfortáveis, dolorosos e nem sempre atingindo plenamente sua finalidade. Na prática temos sentido grande dificuldade no tratamento do ingurgitamento mamário devido ao aumento da sensibilidade dolorosa da mama quando acometida desse processo.

Observamos, ainda, que esta dificuldade, muitas vezes, é agravada pelo esvaziamento insuficiente das mamas pelo recém-nascido, que dorme durante as mamadas ou que, sendo muito pequeno, suga menos leite por vez.

A massagem das mamas, classicamente utilizada para o tratamento do ingurgitamento mamário, visa pressionar o leite através dos ductos, estimular as células mioepiteliais para o aumento da ejeção láctea, aliviar a tensão da mama pelo aumento da circulação e desobstrução dos ductos (3, 5, 6, 7, 8, 22, 29, 30).

No entanto, pela nossa experiência, sabemos que as puérperas que apresentam ingurgitamento mamário, queixam-se de dor quando submetidas à massagem das mamas. Preocupados em proporcionar a puérpera com ingurgitamento mamário, um tratamento com o mínimo de reação dolorosa, optamos pela forma de massagem por vibração nas mamas, em substituição ao método clássico de massagens feita com as mãos.

Isto se deveu ao fato de que, segundo LEITÃO (19), entre os tipos de massagens conhecidos, a forma de massagem por vibração se caracteriza pelo efeito analgésico na região onde é aplicada. O autor afirma que esta é talvez a única manobra de massagem que justifica o uso de um vibrador mecânico para a sua execução.

Assim, diante dessas considerações, pareceu-nos importante estudar propostas alternativas para fundamentar ações de enfermagem que possam contribuir para o tratamento do ingurgitamento com o mínimo possível de dor e o máximo de resultados positivos.

Sendo assim, propusemos um método de tratamento para puérperas com as mamas ingurgitadas que consiste na associação da aplicação de um vibrador elétrico para massagens com o intuito de promover o trânsito do leite; estímulo da sucção do recém-nascido com base na técnica de amamentação e a ordenha do leite residual por expressão manual das mamas. A este método, chamamos de Pro-

cedimento Sistematizado de Assistência de Enfermagem às Puérperas com Ingurgitamento Mamário.

Assim, diante do que foi apresentado propomo-nos a efetuar uma pesquisa, para a qual definimos os seguintes objetivos:

1. Identificar o tipo de ingurgitamento mamário presente nas puérperas.
2. Identificar os setores da mama acometidos no processo do ingurgitamento mamário.
3. Verificar se o peso e a atividade de sucção do recém-nascido interferem na evolução do ingurgitamento mamário.
4. Verificar a influência da aplicação do Procedimento Sistematizado de Assistência de Enfermagem no evolver do ingurgitamento mamário.

METODOLOGIA

Local

A unidade de alojamento conjunto, onde foi realizada esta pesquisa, localiza-se no município de São Paulo, em um hospital governamental usado como campo de estágio para os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem da USP. Destina-se, principalmente, a prestar assistência às pessoas que não possuem benefícios à saúde.

População

A população deste estudo foi composta por puérperas de parto normal ou operatório, e de seus filhos recém-nascidos com idade gestacional igual ou acima de 38 semanas, segundo avaliação do pediatra, internados na unidade de alojamento conjunto do hospital acima citado.

Foram selecionadas 25 puérperas que não estavam fazendo uso de medicações galactógenas ou ejetolácteas, que apresentaram ingurgitamento mamário durante a sua hospitalização, cujos mamilos tivessem capacidade de prostrar, livres de traumatismos ou inflamação. Foram excluídas da população as puérperas que apresentaram contra indicações para amamentar, decorrentes de alguma enfermidade ou cujos filhos recém-nascidos tenham apresentado intercorrências clínicas ou defeitos físicos que pudessem interterir na sucção.

Instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no período de janeiro de 1986 a março de 1987 em horários que incidiram ente 6 e 21 horas.

O instrumento de coleta de dados consistiu de um formulário dividido em três partes (ANEXO 1). Na primeira parte do formulário foram anotados os dados gerais da puérpera e do recém-nascido, (perguntas de número 1 a 6), obtidos do prontuário da puérpera. Os itens restantes (perguntas de número 7 a 14), foram anotados pela pesquisadora durante a entrevista com a puérpera e são referentes aos antecedentes mamários e de lactação da mesma.

Na segunda parte do formulário (ANEXO 1), foram anotados os dados referentes a achados na inspeção e palpação mamária da puérpera.

A terceira parte do formulário destinou-se para o registro dos dados referentes ao ingurgitamento mamário pelas puérperas: sua detecção, tratamento e evolução. Na coluna destinada às observações, anotou-se as respostas das puérperas à pergunta que lhe era formulada após a aplicação do vibrador elétrico para massagens que era a seguinte: "O que a senhora sente quando é aplicado o vibrador para massagear sua mama?".

Coleta de dados.

A pesquisadora, inicialmente, verificava no prontuário os dados relativos à puérpera e ao recém-nascido, necessários para a seleção prévia da população. As puérperas que preenchiam os requisitos propostos, identificados no prontuário, eram abordados pela pesquisadora.

No primeiro contato com as puérperas, que fizeram parte da população deste estudo, a pesquisadora esclareceu os objetivos do mesmo, indagando o desejo delas em participarem desta pesquisa. Foi dada plena liberdade de participação ou recusa.

Ainda, neste primeiro contato, as puérperas foram orientadas quanto à técnica de amamentação utilizada neste estudo.

A seguir, durante o exame de rotina, a pesquisadora procedeu à inspeção e palpação mamária. Estas eram realizadas com a finalidade de verificar as condições da mama, e do mamilo e a presença de nódulos ou tumorações. Ao verificar qualquer anormalidade excluía-se a puérpera da população, porém, caso apresentasse ingurgitamento mamário, continuava a ser assistida pela pesquisadora.

A primeira inspeção e palpação mamárias foram realizadas dentro das primeiras 24 horas pós-parto.

As puérperas foram submetidas a nova palpação mamária a cada 24 horas, após a primeira mamada de cada dia, até o momento da alta hospitalar ou quando constatado ingurgitamento mamário. Este foi classificado pela sistematização de SHIMO et alii³¹, no qual o indicador é a presença de pontos dolorosos detectados por meio da palpação, onde se considera:

Ingurgitamento Lobular – quando se detecta pequenos pontos dolorosos em

diferentes locais da mama, indicando um ou mais lóbulos cheios de leite.

Ingurgitamento Lobar – quando se observa um Lobo ou mais cheios de leite. A puérpera refere dor em uma ou mais regiões da mama que se localizam desde a base até a região areolar.

Ingurgitamento ampolar – ocorre quando os seis galactóforos estão cheios de leite. À palpação, a puérpera refere dor na região areolar. Apresenta edema que geralmente não ultrapassa a borda areolar.

Ingurgitamento glandular – este é determinado por enchimento de todos os lobos, portanto, toda a glândula mamária está comprometida. À palpação, a puérpera refere dor em toda a mama.

Assim, a escolha pelo método clínico da palpação para diagnóstico e classificação de ingurgitamento mamário, foi feita por ser este um método classicamente preconizado para o exame da mamas para detecção de processos anormais, sendo feita esta escolha baseada na nossa experiência e na literatura consultada.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Caracterização das puérperas.

A população deste estudo foi constituída de 25 puérperas selecionadas segundo os critérios descritos na metodologia.

A idade das puérperas deste estudo variou de 15 a 42 anos. Constatamos que 12 (48,0%) puérperas encontravam-se na faixa etária entre 15 e 25 anos, o que nos permite considerar que parte das mulheres desta população situam-se no período da vida considerado ótimo para reprodução. Essas mulheres, acrescidas das outras 10 (40,0%), com idade entre 26 e 30 anos, podem ser consideradas estando na faixa de idade propícia para o parto (4, 9, 28).

Quanto à paridade, entre as mulheres deste estudo, encontramos predominância de primíparas e secundíparas, 7(82,0%) e 8(32,0%) puérperas respectivamente. Isto nos leva a considerar que as mulheres com estas paridades podem estar mais predispostas ao ingurgitamento mamário, pois elas estariam mais sujeitas à falta de informação ou ao desconhecimento sobre o aleitamento materno.

Quanto ao tipo de parto, encontramos uma predominância de 16 (64,0%) partos normais, seguidos de 7 (28,0%) cesáreas e 2 (8,0%) fórceps.

Neste estudo, a idade gestacional dos recém-nascidos variou de 38 a 41 semanas, tendo sido considerados a termo. Isso se justifica porque para LUBCHENCO²¹ – ZIEGEL & CRANLEY³⁵ o recém-nascido é maduro ou de termo quando se situa na faixa etária entre 38 a 42 semanas de idade gestacional. Constatamos que a idade gestacional predominante na população de recém-nascidos, deste estudo, foi de 38 semanas, 10 (40,0%).

O peso dos recém-nascidos deste estudo variou de 2650 a 3900 gramas. Conforme pode ser verificado na Tabela 1, a maioria destes recém-nascidos estavam na maior faixa de peso, 2650 e 3000 gramas, sendo esta inferior à média de peso citada pela literatura para recém-nascidos considerados a termo. Apenas 2 (8%) superam o peso médio já apreciado.

TABELA 1.
DISTRIBUIÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS SEGUNDO O PESO

| PESO (em gramas) | RECÉM-NASCIDOS | |
|---------------------|----------------|-------|
| | Nº | % |
| 2650 3000 | 12 | 48,0 |
| 3000 3300 | 7 | 28,0 |
| 3300 3600 | 4 | 16,0 |
| 3600 3900 | 2 | 8,0 |
| TOTAL | 25 | 100,0 |

Dados relativos ao ingurgitamento mamário.

Segundo a sistematização de SHIMO et alii³¹, já descrita anteriormente na metodologia deste trabalho, esperávamos encontrar quatro tipos de ingurgitamento mamário. Verificamos, no entanto, três tipos de engurgitamento: lobar, lobar associado ao ampolar (lobar/ampolar) e glandular. Observa-se, portanto, que não foi constatado nenhum caso de ingurgitamento lobular (Tabela 2).

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO TIPO DE INGURGITAMENTO MAMÁRIO

| TIPO DE INGURGITAMENTO | PUÉRPERAS | |
|------------------------|-----------|-------|
| | Nº | % |
| Lobar | 14 | 56,0 |
| Lobar/Ampolar | 6 | 24,0 |
| Glandular | 5 | 20,0 |
| TOTAL | 25 | 100,0 |

Analisando a Tabela 2, verificamos que o ingurgitamento mamário lobar apresentou a maior frequência entre os três tipos de ingurgitamento mamário neste estudo, 14 (56,0%) puérperas. As outras 6 (24,0%) puérperas apresentaram ingurgitamento lobar/ampolar e 5 (20,0%) estavam com toda a mama comprometida caracterizando o ingurgitamento glandular.

É possível que se tenha encontrado maior frequência de ingurgitamento lobar por termos feito palpação mamária diária, propiciando o diagnóstico precoce do ingurgitamento. Podemos inferir que o processo do ingurgitamento pode ou não se dar em etapas progressivas, por exemplo, os lobos serem acometidos em primeiro lugar, (ingurgitamento lobar), e assim podendo evoluir para os outros tipos de ingurgitamento.

Embora neste estudo, o maior número de ingurgitamento mamário tenha sido o lobar, 14 (56,0%) puérperas, não podemos afirmar que todo ingurgitamento mamário obedece esta ordem de acontecimentos. Na literatura, até o momento, não tomamos conhecimento de outros estudos que possam esclarecer tal fato.

Outro fato que merece comentário é não ter aparecido nenhum caso de ingurgitamento ampolar isolado sendo que este só apareceu associado ao lobar. Isso nos leva a crer que a dificuldade de esvaziamento das ampolas lactíferas pode levar à conseqüente retenção ascendente de leite pelos ductos e lobos.

Esta observação é feita com base em autores que afirmam ser a causa do ingurgitamento mamário a retenção do leite e a dificuldade de drenagem do mesmo (1, 5, 20, 25, 33).

Nesta pesquisa, pudemos verificar os diversos setores da mama que são acometidos pelo ingurgitamento mamário. Assim, apresentamos na Tabela 3 o número de quadrantes comprometidos nas puérperas deste estudo.

TABELA 3

NÚMERO DE QUADRANTES ACOMETIDOS NAS PUERPÉRAS COM INGURGITAMENTO MAMÁRIO, EM RELAÇÃO AO PESO DOS RECÉM-NASCIDOS

| PESO (em gramas) | QUADRANTES* | | | | | | | |
|---------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | QSE | | QSI | | QIE | | QII | |
| | D Nº | E Nº | D Nº | E Nº | D Nº | E Nº | D Nº | E Nº |
| 2650 — 3000 | 9 | 7 | 4 | 6 | 11 | 12 | 5 | 5 |
| 3000 — 3300 | 5 | 5 | 1 | 2 | 6 | 7 | 5 | 3 |
| 3300 — 3600 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | — |
| 3600 — 3900 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| TOTAL | 18 | 17 | 7 | 10 | 23 | 25 | 13 | 10 |
| % | (72,0) | (68,0) | (28,0) | (40,0) | (92,0) | (100,0) | (52,0) | (40,0) |

* Algumas puérperas tiveram mais que um quadrante acometido.

Os dados encontrados, em relação aos quadrantes inferiores externos (QIE), concordam com o referido por FERNANDES & FERNANDES que afirmaram ser nesses quadrantes a localização mais frequente do ingurgitamento mamário. Por este estudo, constatamos que as 25 (100,0%) puérperas acometidas de ingurgitamento mamário apresentaram o quadrante inferior externo esquerdo (QIEE) comprometido e 23 (92,0%), o comprometimento do quadrante inferior externo direito (QIED). Assim, para a população deste estudo, concluímos que a face inferior da mesma foi mais sujeita ao ingurgitamento mamário. Isso se deve, talvez, à dificuldade de trânsito do leite na face inferior da mama, devendo haver maior cuidado na drenagem do leite residual dessas regiões.

Observamos a seguir que os quadrantes superiores externos direito e esquerdo apresentam menores freqüências de ingurgitamento, respectivamente 18 (72,0%) e 17 (68,0%). Segundo GARDNER et alii ⁽¹²⁾ os quadrantes superiores externos contêm maior massa de tecidos glandular, explicando, talvez, a diferença de freqüência encontrada nos quadrantes superiores internos esquerdo (QSIE) e direito (QSID), respectivamente 10 (40,0%) e 7 (28,0%). A razão pela qual possivelmente os quadrantes superiores laterais não apresentaram ingurgitamento tão freqüente quanto os inferiores externos, apesar de maior massa glandular, pode ser explicado pela possível facilidade de drenagem propiciada pela posição dos ductos na face superior mamária.

Verificamos ainda, pela Tabela 3, que quanto menor o peso do recém-nascido maior é o número e quadrantes comprometidos. Isso pode ser confirmado ao examinarmos a Tabela 4.

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS DE INGURGITAMENTO MAMÁRIO.
SEGUNDO OS PESOS DOS RECÉM-NASCIDOS

| PESO DO (em gramas) | TIPO DE INGURGITAMENTO | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|------|---------------|------|------------|------|-------------|-------|
| | Lobar | | Lobar/Ampolar | | Glandular | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 2650 — 3000 | Nº 5 % 42,8 | 50,0 | 3 50,0 | 25,0 | 3 60,0 | 25,0 | 12 48,0 | 100,0 |
| 3000 — 3300 | Nº 5 % 35,7 | 71,4 | 1 16,6 | 14,3 | 1 20,0 | 14,3 | 7 28,0 | 100,0 |
| 3300 — 3600 | Nº 2 % 14,3 | 50,0 | 2 33,4 | 50,0 | — — | — | 4 16,0 | 100,0 |
| 3600 — 3900 | Nº 1 % 7,2 | 50,0 | — — | — | 1 20,0 | 50,0 | 2 8,0 | 100,0 |
| TOTAL % | 14 100,0 | 56,0 | 6 100,0 | 24,0 | 5 100,0 | 20,0 | 25 100,0 | 100,0 |

Verificamos pela Tabela 4 que das 25 (100,0%) puérperas com ingurgitamento mamário, 12 (48,0%) tinham filhos na menor faixa de peso (2650 a 3000 g), 7 (28,0%) tinham recém-nascidos que estavam na faixa de peso 3000 a 3300 g.

Das 14 (56,0%) puérperas com ingurgitamento mamário lobar, 6 (42,8%) tinham filhos que pesavam entre 2650 e 3000 g. Verificamos, também, pela Tabela 4, que das 5 (20,0%) puérperas que apresentaram ingurgitamento mamário glandular, 3 (60,0%) tinham recém-nascidos na menor faixa de peso.

Ressaltamos que PHILIP⁽²⁷⁾ afirma que a necessidade de ingestão do recém-nascido é determinada pela capacidade gástrica calculada em 5 ml/kg de peso do recém-nascido, em cada mamada, no primeiro dia; 10 ml/kg de peso no segundo dia e 15 ml/kg no terceiro dia, sendo que a maioria das crianças mamam de 15 a 30 ml de leite em cada mamada, no primeiro e segundo dia respectivamente.

Assim, podemos compreender porque nos três tipos de ingurgitamento mamário a frequência de cada um deles foi maior em mães cujos recém-nascidos tinham peso entre 2650 e 3000 g.

Portanto, é importante que se proceda a drenagem artificial das mamas, após a sucção do recém-nascido, com maior vigilância quanto menor for o seu peso até que se estabeleça um equilíbrio entre a oferta (produção de leite) e o que o recém-nascido consegue sugar, enquanto este ainda não for capaz de esvaziá-la.

Outro fator importante apontado pelos resultados deste estudo é que a atividade de sucção do recém-nascido, ou seja, o tempo de sucção em cada mama e conseqüentemente a quantidade de leite retirada desta estão associados ao peso do recém-nascido e pode determinar um maior comprometimento da mama.

Considera-se que, nos primeiros cinco minutos de sucção, o recém-nascido obtém de cada mama 75,0% do leite disponível. Assim, se não sugar durante esse tempo ou mais, além de não ter suas necessidades satisfeitas, não consegue esvaziar a mama, podendo também levar ao ingurgitamento mamário (10,14).

Para este trabalho, classificamos os recém-nascidos em duas categorias conforme a atividade de sucção: recém-nascido *sonolento*, que suga por período menor que cinco minutos em cada mama ou que não consegue mamar as duas mamas em cada mamada e recém-nascido *ativo*, que suga por mais de cinco minutos em cada mamada, conforme mostra a tabela 5.

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS, SEGUNDO A ATIVIDADE DE SUCÇÃO EM
RELAÇÃO AOS TIPOS DE INGURGITAMENTO MAMÁRIO.

| RECÉM-NASCIDO (atividade de sucção) | | TIPO DE INGURGITAMENTO MAMÁRIO | | | | | | | |
|--|----|--------------------------------|------|---------------|------|-----------|------|-------|-------|
| | | Lobar | | Lobar/Ampolar | | Glandular | | TOTAL | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| sonolento | Nº | 5 | 38,4 | 4 | 30,8 | 4 | 30,8 | 13 | 100,0 |
| | % | 35,7 | | 66,6 | | 80,0 | | 52,0 | |
| ativo | Nº | 9 | 75,0 | 2 | 16,6 | 1 | 8,4 | 12 | 100,0 |
| | % | 64,3 | | 33,4 | | 20,0 | | 48,0 | |
| TOTAL | | 14 | 56,0 | 6 | 24,0 | 5 | 20,0 | 25 | 100,0 |
| % | | 100,0 | | 100,0 | | 100,0 | | 100,0 | |

Pelos dados fornecidos pela Tabela 5, podemos verificar, por exemplo, que dos 5 (100,0%) recém-nascidos cujas mães apresentaram ingurgitamento glandular, 4 (80,0%) pertenciam à categoria "sonolento" e, das 6 (100,0%) puérperas com ingurgitamento lobar/ampolar, 4 (66,6%) eram dessa mesma categoria. Quanto às puérperas com ingurgitamento lobar, encontramos um maior número de recém-nascidos "ativos". No entanto, este tipo de ingurgitamento, abrangia, neste trabalho, pequenas áreas da mama e muitas vezes, uma única área de um só quadrante.

Isto nos leva a crer que a capacidade de sucção do recém-nascido dificulta o esvaziamento das mamas, o que nos leva a considerar que a sucção do recém-nascido tem importância fundamental no comprometimento das mamas quando estão acometidas pelo ingurgitamento.

DADOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO INGURGITAMENTO MAMÁRIO PELO PROCEDIMENTO SISTEMATIZADO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O tratamento básico do ingurgitamento mamário neste estudo consistiu de massagem nas mamas com vibrador elétrico, estímulo da sucção do recém-nascido e expressão manual das mamas, a cada mamada até a regressão do ingurgitamento.

Ao procedermos a massagem com o vibrador elétrico e a drenagem das mamas por meio de expressão manual, observamos que o número de mamadas que requeriam o tratamento completo variou conforme o tipo de ingurgitamento e o intervalo entre as mamas solicitadas pelos recém-nascidos. Isso pode ser verificado na Tabela 6.

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE APLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SISTEMATIZADO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O TIPO DE INGURGITAMENTO MAMÁRIO E O INTERVALO ENTRE AS MAMADAS

| TIPO DE INGURGITAMENTO | FREQUÊNCIA DE APLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SISTEMATIZADO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM | | | INTERVALO ENTRE AS MAMADAS (em horas) |
|------------------------|--|---------|-------|---------------------------------------|
| | nº máx. | nº mín. | média | |
| Lobar | 4 | 1 | 2,5 | 3h 30 min – 4h |
| Lobar/Ampolar | 5 | 3 | 3,5 | 3h – 3h 30 min |
| Glandular | 6 | 4 | 4,4 | 2h – 3h |

Assim, as puérperas desta população, que foram acometidas pelo ingurgitamento glandular, tinham recém-nascidos que solicitavam aleitamento em intervalos menores do que os recém-nascidos de puérperas cujo ingurgitamento era em menor grau. Conseqüentemente, perdurando este comportamento do recém-nascido, o

número de aplicações de Procedimento Sistematizado de Assistência de Enfermagem às puérperas com ingurgitamento mamário, para promover a drenagem láctea, foi maior quanto maior o acometimento da glândula mamária. Observamos ainda, que o número de aplicações deste Procedimento foi maior nos casos de ingurgitamento glandular, em média 4,4 vezes.

Outro ponto importante a ser considerado é o tempo de regressão total dos sintomas do ingurgitamento mamário, exibidos na Tabela 7.

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO MÍNIMO, MÁXIMO E MÉDIO DE REMISSÃO DO INGURGITAMENTO MAMÁRIO DE ACORDO COM O TIPO DO MESMO.

| Tipo de ingurgitamento | Tempo (em horas) | | |
|------------------------|------------------|--------|-----------|
| | mínimo | máximo | média |
| Lobar | 3 | 12 | 6h 54 min |
| Lobar/Ampolar | 6 | 13 | 8h 30 min |
| Glandular | 7 | 16 | 11h |

Ao analisar a Tabela 7, verificamos que a remissão total do ingurgitamento mamário, conforme o tipo do mesmo, foi em média, de 6h 54min para o tipo Lobar, 8h 30min e 11h para os tipos Lobar/Ampolar e Glandular, respectivamente.

Na literatura, encontramos referências sobre o tempo considerado por alguns autores, para a regressão do ingurgitamento mamário, o qual pode variar entre 24 e 48h, ou até mesmo alguns dias (10). FERNANDES & FERNANDES ¹¹, ao tratarem 129 puérperas com ingurgitamento mamário com ocitocina intra-nasal, obtiveram resultados de regressão em 24h em 60 (46,5%) casos. Em 48 (37,2%) puérperas, os autores afirmaram que o ingurgitamento persistiu por 5 a 6 dias. Comentam ainda que para 9 (6,9%) puérperas a amamentação só era possível com o uso prévio da ocitocina e 12 (9,4%) apresentaram intercorrências com fissuras mamilares, mamas sangrantes e dor.

Assim, comparando nossos achados com os da literatura consultada sobre o tratamento do ingurgitamento mamário, consideramos que o método empregado em nosso estudo foi responsável pela diminuição em média de 8 a 19h no tempo de regressão dos sinais e sintomas do ingurgitamento mamário.

O vibrador elétrico para massagens, utilizado neste estudo pode apresentar limitações no seu uso fora das instituições, uma vez que nem todas as clientes têm condições de adquiri-lo. Consideramos, no entanto, que a sua utilização nas unidades de internação do puerpério, combinado com a expressão manual das mamas,

propicia, pela rapidez da regressão dos sintomas, que a puérpera tenha alta hospitalar livre das dificuldades advindas do ingurgitamento.

Por esse motivo, achamos relevante a análise do tempo encontrado para a regressão do ingurgitamento mamário obtido na nossa pesquisa e relacioná-lo a alguns fatores que julgamos ter interferido no tratamento do mesmo.

Podemos inferir, por exemplo, que o tempo médio de 11h para a regressão dos casos de ingurgitamento glandular (Tabela 7) está ligado não só a maior área comprometida da mama, mas também ao peso do recém-nascido (Tabela 4) e atividade de sucção do mesmo, conforme observamos na Tabela 8, que exhibe os dados relativos ao tempo de remissão do ingurgitamento mamário nos três tipos estudados, para as duas categorias de atividade de sucção do recém-nascido (sonolento e ativo).

TABELA 8

TEMPO MÉDIO DE REMISSÃO DO INGURGITAMENTO MAMÁRIO NOS TIPOS LOBAR, LOBAR/AMPOLAR E GLANDULAR RELACIONADOS COM AS CATEGORIAS DE ATIVIDADES DE SUCCÃO DO RECÉM-NASCIDO.

| RECÉM-NASCIDO (atividade de sucção) | TEMPO MÉDIO DE REMISSÃO DO INGURGITAMENTO (em horas) | | |
|---|---|---------------|-----------|
| | Lobar | Lobar/Ampolar | Glandular |
| sonolento | 9h | 10h | 12h |
| ativo | 5h 24min | 8h | 7h |

Diante dos dados verificamos na Tabela 8, que o tempo obtido para a regressão total do ingurgitamento mamário mostrou-se sempre maior nas puérperas cujos recém-nascidos foram classificados na categoria "sonolento". Assim, para o ingurgitamento lobar o tempo médio de regressão foi de 9h para as puérperas cujo recém-nascido foi classificado como "sonolento" e 5h 24min para os considerados "ativo"; nos casos de ingurgitamento lobar/ampolar encontramos o tempo médio de 10h para puérperas com recém-nascidos da categoria "sonolento" e 8h para puérperas com recém-nascidos classificados na categoria "ativo". Para os casos de ingurgitamento glandular, observamos um tempo médio para regressão de 12h e 7h para as mães cujos recém-nascidos foram classificados nas categorias "sonolento" e "ativo", respectivamente.

Dessa maneira, a atividade de sucção dos recém-nascidos foi considerada por nós como um fator interferente no tratamento do ingurgitamento mamário, e acreditamos que deve ser um ponto de investigação mais cuidadosa por parte da equipe de enfermagem, no que diz respeito, também, à profilaxia do ingurgitamento.

Pela nossa vivência, sabemos que há queixas por parte do pessoal de enfermagem que diz não dispor de tempo necessário para dedicar-se a uma puérpera e desenvolver um tratamento individualizado como o caso do ingurgitamento mamário. Dessa forma pareceu-nos de máxima importância verificar o tempo gasto nas massagens das mamas com o vibrador elétrico e a expressão manual para a ordenha do leite, o qual foi computado separadamente. No entanto, julgamos que o que interessa para o estudo é o tempo gasto em cada mamada para se efetuar o tratamento integral com os dois procedimentos, uma vez que estes eram feitos em seqüência.

Observou-se que o tempo gasto para aplicação do método em cada mamada diminuía e que a drenagem láctea se fazia com maior facilidade à medida que ocorria a diminuição das áreas ingurgitadas. No gráfico 1, apresentamos a média de tempo gasto com a aplicação do Procedimento Sistematizado de Assistência de Enfermagem em cada mamada, para cada tipo de ingurgitamento mamário.

(min)

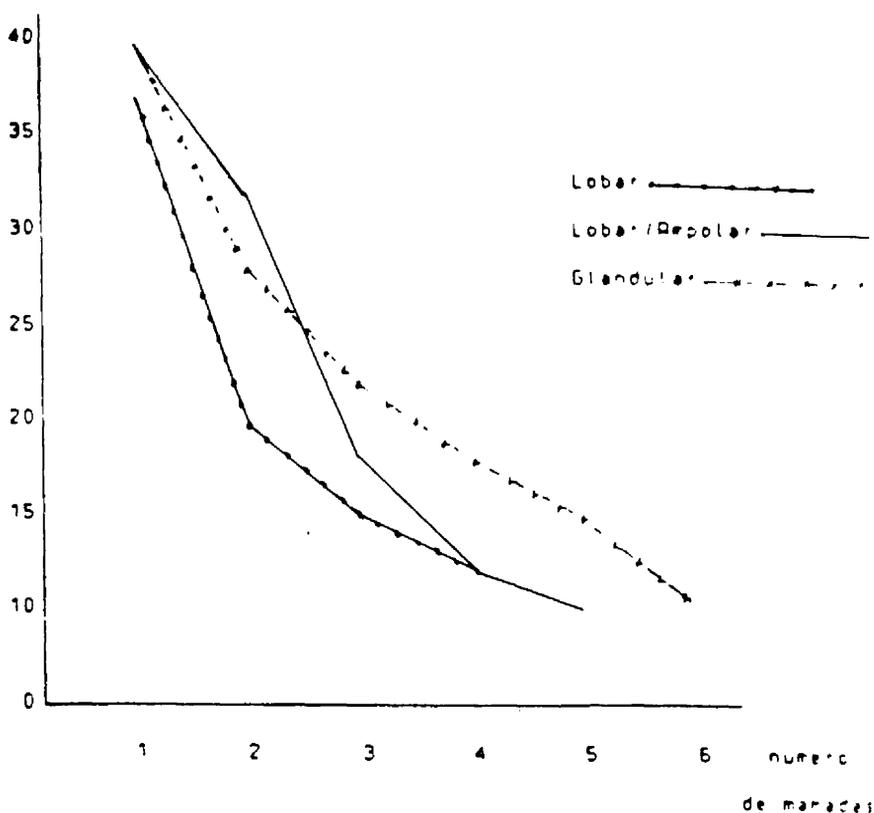


GRÁFICO 1 - Média de tempo gasto para massagem e ordenha manual das mamas em cada mamada, conforme o tipo de ingurgitamento.

Analizando o gráfico 1, constata-se que a maior média de tempo gasto com a aplicação do método foi nas primeiras mamadas nos casos de ingurgitamento glandular e lobar/ampolar – 40 min. Isto se deve ao fato de que nesses dois tipos de ingurgitamento a aréola apresenta tanto a tensão como a sensibilidade dolorosa aumentadas, tornando-se mais difícil a ordenha das ampolas lactíferas. Ainda, no ingurgitamento mamário glandular há maior área que deve ser massageada. Esses fatores tomam mais tempo para executar o Procedimento Sistematizado de Assistência de Enfermagem proposto nesta pesquisa.

Tomando os dados apresentados no gráfico 1 procedemos à soma do tempo gasto, pela pesquisadora, com cada puérpera para efetuar o tratamento do ingurgitamento mamário. Dessa forma, constatamos que nos casos de ingurgitamento glandular esse resultado foi de 2h 13min, seguido por 1h 52min e 1h 24min para lobar/ampolar e lobar, respectivamente.

Assim, o maior tempo gasto pela pesquisadora, para o tratamento das puérrperas com ingurgitamento mamário obtido neste estudo, foi menor que o tempo preconizado por ALCALÁ ² que é de 4h 30min/enfermagem para cada paciente adulto que requer cuidado intermediário.

Consideramos ainda, que a própria puérpera tem condições de aplicar o método de massagem com o massageador elétrico e proceder à expressão manual proposta neste estudo. Portanto, caberia à enfermeira fazer o diagnóstico, a orientação e a supervisão do tratamento do ingurgitamento mamário.

Observamos, também, que a colaboração da puérpera, deste estudo, submetida ao tratamento do ingurgitamento mamário, crescia à medida que se sentia melhor após cada mamada. Essa inferência foi feita pela pesquisadora, a partir do procura da própria puérpera para que se procedesse a massagem e ordenha, e pelo interesse dela em aprender aplicar o vibrador elétrico para massagear suas mamas.

Todas as puérperas deste estudo afirmaram “não sentir dor”, quando foi aplicado, pela pesquisadora, o vibrador elétrico para massagens, no tratamento do ingurgitamento mamário.

Corroborar a vantagem do uso do vibrador elétrico para massagrear e da técnica da expressão manual da aréola, não só o bem estar da puérpera, como a ausência de intercorrências que comumente estão presentes no período da amamentação.

Como se sabe é amplamente enfatizado na literatura o aparecimento de fissuras mamilares, sempre presentes nos casos de ingurgitamento mamário (5, 11, 13, 18, 23).

Neste estudo, nenhuma puérpera desenvolveu fissura mamilar ou qualquer outra intercorrência mamária. Podemos inferir que isso ocorreu pela rapidez da regressão do ingurgitamento e pela técnica de expressão aureolar utilizada.

Embora esta pesquisa tenha sido feita com base em aplicação técnica de procedimentos, queremos deixar registrado que o mérito do uso do vibrador está em proporcionar à mulher a possibilidade de amamentar seu filho diminuindo ao máximo possível a sensação dolorosa do ingurgitamento mamário e seu tratamento. Acreditamos no aleitamento materno não somente como obrigação materna em suprir as necessidades nutricionais da criança, mas como uma fase de satisfação que se propaga para toda a família.

Com base nos objetivos definidos no presente estudo, foram as seguintes as conclusões extraídas dos resultados obtidos:

1. Os tipos de ingurgitamento mamário identificados foram: lobar 14 (56,0%), seguido de lobar/ampolar 6 (24,0%) e glandular 5 (20,0%).

2. Os setores da mama mais comprometidos pelo ingurgitamento mamário foram os quadrantes inferiores externos esquerdo (QIEE) e direito (QIED), que apresentaram uma frequência de 25 (100,0%) e 23 (92,0%) respectivamente. Quanto aos quadrantes superiores, os externos direito (QSED) e esquerdo (QSEE) apresentaram frequência de 18 (72,0%) e 17 (68,0%), respectivamente.

3. A maior frequência de ingurgitamento mamário, nos três tipos estudados, foram em puérperas cujos recém-nascidos estavam na menor faixa de peso; das 25 (100,0%) puérperas deste estudo, 12 (48,0%) tinham filhos na menor faixa de peso (2650 a 3000g); 7 (28,0%) puérperas os filhos pesavam entre 3000 e 3300 g, 4 (16,0%) puérperas tinham recém-nascidos com peso entre 3300 e 3600 g e 2 (8,0%) puérperas os filhos estavam na faixa de peso entre 3600 e 3900g.

A atividade de sucção do recém-nascido interferiu no tratamento do ingurgitamento mamário. Para mães cujos recém-nascidos foram classificados como "sonolento", o tempo de regressão dos sintomas foi maior em relação os recém-nascidos categorizados "ativo". Para o ingurgitamento lobar o tempo médio de remissão foi de 9h para "sonolento" e 5h 24min para "ativo". Quanto ao lobar/ampolar o tempo médio foi de 10h para "sonolento" e de 8h para "ativo". Já em relação ao ingurgitamento glandular, o tempo médio foi de 12h para "sonolento" e de 7h para "ativo".

4. À medida que o Procedimento Sistematizado de Assistência de Enfermagem foi aplicado, houve uma diminuição do setor mamário comprometido e do tempo em cada mamada para aplicação do método.

O tempo constatado para regressão total dos sintomas do ingurgitamento mamário foi de 6h 9min para o tipo lobar, 8h 5min para lobar/ampolar e 11h para o glandular.

A eficácia do tratamento proposto foi comprovado pelo fato de que nenhum

caso de ingurgitamento mamário apresentou agravo dos sintomas mas, sim, remissão.

A aplicação do vibrador elétrico possibilitou a execução de massagens em todos os setores da mama, sem provocar queixa de sensação dolorosa pelas puerperas.

SILVA, I. A. Systematized procedure of nursing care of puerpera with mammary engorgement. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23,(2): - , Aug. 1989.

This research approaches a systematized Procedure of Nursing Care to puerperas with mammary engorgement. The author verified the kind of engorgement most frequent, mammary sector most affected and some interference factors in the evolution of mammary engorgement.

UNITERMS: *Mammary engorgement. Nursing care, Breast feeding.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, P. B. & CARDOSO, T. S. Efeitos da ocitocina em forma de nebulização sobre a lactação: comunicação preliminar. *Rev. Ginecol. Obstetr.*, Rio de Janeiro, 116(supl.1):37-49, abr. 1965.
2. ALCALA, M. U. et alii **Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência.** São Paulo, Superintendência Médico Hospitalar de Urgência, 1982. 47p.
3. APLEBAUM, R. M. Techniques of breast feeding. *Environment Child Health*, London, 21(5):273-279, Oct. 1975
4. ARAÚJO, J. O. & MARETTI, M. Propedêutica da gravidez: anamnese e exame físico. In: REZENDE, J. **Obstetícia.** 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. cap.9, p. 170- 83.
5. BARNES, G. R. Management of breast feeding. *JAMA*, Chicago, 151(3):192-9, Jan. 1953.
6. BETHEA, D. C. Alterações normais do corpo durante o puerpério. In: ——— **Enfermagem obstétrica básica.** 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. cap.13, p.211-16.
7. DELASCIO, D. & DE LUCCA, L. A. Considerações sobre o ingurgitamento mamário: profilaxia e terapêutica pela ocitocina nasal. *Rev. Ginecol. Obstetr.*, Rio de Janeiro, 116(supl.1):27-37, abr. 1965.
8. ——— & GUARIENTO, A. Lactação. In: ——— **Obstetícia normal Briquet.** 3.ed. São Paulo. Sarvier, 1981. cap.24, p.389-94.
9. ——— **Semiologia obstétrica.** In: ——— **Obstetícia normal Briquet.** 3.ed. São Paulo, Sarvier, 1981. cap.13, p.191-2.
10. DUTTON, M. A. A breast feeding protocol. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.*, Philadelphia, 8(3):151-5, May/June 1979.
11. FERNANDES, M. & FERNANDES, R. Ocitocina intra-nasal no tratamento do ingurgitamento mamário. *Rev. Ginecol. Obstetr.*, Rio de Janeiro, 116(supl.1):65-73, abr. 1965.
12. GARDNER, E. et alii. Veias, drenagem linfática e mama. In: ——— **Anatomia.** 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1971. cap.12, p.113-18.
13. HAMMBRAEUS, L. Proprietary milk versus human breast milk in infant feeding. *Pediatr. Clin. North. Am.* Philadelphia, 24(2):17-36, Feb. 1977.
14. HELSING, E. & KING, F. S. Getting breast feeding started. *Nurs. J. India*, New Delhi, 75(8):181-3, Aug. 1984.
15. IFFRIG, M. C. Early breast feeding with alternate massage. *Int. J. Nurs. Stud.*, Oxford, 4(8):193-200, Aug. 1967.
16. JELLIFE, D. B. & JELLIFE, E. F. P. Breast is best. *New Engl. J. Med.*, Boston, 297(17):912-15, Oct. 1977.
17. ———. The volume and composition of human milk in poorly nourished communities: a review. *Am. J. Clin. Neutr.*, Bethesda, 31(3): 492-515, Mar. 1978.

18. KEMBERLING, S. R. Supporting breast feeding. *Pediatrics*, Springfield, 63(63):60-3, Jan. 1979.
19. LEITÃO, A. Massagem. In:——— *Elementos de fisioterapia*. 2.ed. Rio de Janeiro, Arte Nova, 1974. p.272-3.
20. LINHARES, E & MONTENEGRO, C. A. B. Distúrbios e patologia da lactação: mastites. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. cap.46, p. 937-42.
21. LUBCHENCO, L. O. Avaliação do peso e idade gestacional. In: AVERY, G. B. *Neonatologia: fisiopatologia e cuidados do recém-nascido*. Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1978. cap. 10, p.125-44.
22. MURDAUGH, A. & MILLER, L. E. Helping the breast feeding mother. *Am. J. Nurs.*, New York, 72(8): 1420-23, Aug. 1972.
23. NEWTON, M. & NEWTON, N. R. Breast abscess: a result of lactation failure. *Surg. Gynecol. Obstetr.*, Chicago, 91(6):651-55, Mar. 1950.
24. ——— The letdown reflex in human lactation. *J. Pediatr.*, Saint Louis, 33(8):698-704, Dec. 1948.
25. ——— Post partum engorgement of the breast. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, Saint Louis, 61(3):664-67, Mar. 1951.
26. OGDEN, K. M. & MACKETH, R. Good nipples promote successful breast feeding. *J. Pediatr.*, Saint Louis, 46(2):210-14, Feb. 1955.
27. PHILIP, A. G. S. Alimentação. In:——— *Neonatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. cap. 11, p. 99-105.
28. REEDER, S. R. et alii. Assistência actual de maternidad. In:——— *Enfermeria materno infantil*. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1978. cap.1, p.3-14.
29. ——— Cuidados de enfermeria durante el puerpério. In:——— *Enfermeria materno infantil*. Washington, Organization Panamericana de la Salud, 1978. cap.20, p.347- 75
30. RIOEDAM, J. & COUNTRYMAN, B. A. Basics of breast feeding. *J.Obstet.Gynecol.Neonatal Nurs.*, Philadelphia, 9(4):207-13, July/Aug. 1980.
31. SHIMO, A. K. K. et alii. Mama puerperal: uma proposta de cuidados. *Femina*, Rio de Janeiro, 13(2):159-62, feb. 1985.
32. TEDESCO, J. J. A. & WOISKI, J. R. Aleitamento natural: importância, cuidados, dificuldades, passagem de drogas e inibição da lactação. In: PIATO, S. *Diagnóstico e terapêutica em mastologia*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979. cap.12, p.153-176.
33. WALLER, H. K. A reflex governing to out flow of milk from the breast. *Lancet*, London, 1(6229):69-72, Jan. 1943.
34. WORTHINGTON – ROBERTS, B. S. Lactação e leite humano: considerações nutricionais. In: WORTHINGTON – ROBERT, B. S.; VERMEERSCH, J.; WILLIAMS, S. R. *Nutrição na gravidez e lactação*. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1986. cap.7, p.187-240.
35. ZIEGEL, E. E. & CRANLEY, M. S. Características do recém-nascido normal. In:——— *Enfermagem obstétrica*. 8.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. cap.26, p.465.

Recebido para publicação em 25/04/89.