



Experiência de amamentação de mulheres após mamoplastia

Breastfeeding experience of women after mammoplasty
Experiencia de lactancia de mujeres después de mamoplastía

Jhébica de Freitas Camargo¹, Thais de Souza Silva Modenesi¹, Marcos Antônio Gomes Brandão², Ivone Evangelista Cabral², Mônica Barros de Pontes³, Cândida Caniçali Primo¹

Como citar este artigo:

Camargo JF, Modenesi TSS, Brandão MAG, Cabral IE, Pontes MB, Primo CC. Breastfeeding experience of women after mammoplasty. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03350. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020003350>

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem, Vitória, ES, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal do Espírito Santo, Hospital Universitário Cassiano Antônio Morais, Banco de Leite Humano, Vitória, ES, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe and interpret the experience of breastfeeding among women who underwent mammoplasty surgery prior to motherhood. **Method:** A descriptive, qualitative study developed with women attended at a Human Milk Bank between 2014 and 2015. Data analysis was based on the content analysis method and supported by the Interactive Theory of Breastfeeding. **Results:** 13 women participated in the study. Four categories emerged: 1) Success (or lack thereof) in Exclusive Breastfeeding; influence of maternal and child biological conditions; 2) Maternal feelings: perception about breastfeeding; 3) Decision making on the continuity of breastfeeding or the use of formula; 4) The role of health professionals in protecting, promoting and supporting breastfeeding: Information (or lack thereof) on the implications of the surgery. **Conclusion:** Unfavorable biological conditions of the women who underwent mammoplasty generated unsuccessful experiences in exclusive breastfeeding and limited their decision-making, despite their desire to breastfeed.

DESCRIPTORS

Breast Feeding; Mammoplasty; Breast Implantation; Weaning; Nursing Theory; Milk Banks.

Autor correspondente:

Cândida Caniçali Primo
Universidade Federal do Espírito Santo,
Departamento de Enfermagem
Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe
CEP 29040-090 – Vitória, ES, Brasil.
candida.primo@ufes.br

Recebido: 08/07/2017
Aprovado: 27/02/2018

INTRODUÇÃO

Algumas mulheres buscam a cirurgia mamária, por razões estéticas ou terapêuticas, em um período da vida em que a gravidez e a amamentação não são imaginadas, e/ou em que não há o questionamento da influência da cirurgia na amamentação⁽¹⁾.

Dados do *International Study on Aesthetic/Cosmetic Procedures*, de 2013, apontam o Brasil como o segundo país com maior número de mamoplastias redutoras (77.644) e/ou de aumento (313.703)⁽²⁾. O país ocupou a segunda posição no *ranking* mundial de cirurgias de mama, com 14,9%, muito próximo dos 15% dos Estados Unidos. Dessas, as cirurgias mais procuradas pelas mulheres foram o aumento da mama e a correção de mamas caídas, ambas ocupando o segundo lugar, na comparação entre os dois países, respectivamente com 12,7% e 9,2%⁽²⁾. Entre adolescentes, as cirurgias plásticas aumentaram 141% entre 2008 e 2012⁽³⁾. Mesmo com o aumento do número de cirurgias plásticas estéticas e os riscos e limitações que elas podem trazer à amamentação⁽⁴⁾, pouco tem sido produzido para esclarecer as experiências, os significados e os sentimentos de mulheres que vivenciaram esse processo. É inquestionável as vantagens que a amamentação proporciona para mulher, criança, família e sociedade, principalmente relacionadas a melhores indicadores de saúde maternos e neonatais, e também à redução da mortalidade neonatal e gastos com a saúde⁽⁵⁾. Entretanto, a mamoplastia redutora ou de aumento influenciam as condições da amamentação, determinando consequências sobre a tomada de decisão da mulher na escolha da iniciação ou duração desta prática⁽⁴⁻⁸⁾.

O início e a duração da amamentação dependem, em parte, da capacidade feminina de decidir sobre o que considera melhor, e a maioria das mulheres são incentivadas a escolher a amamentação. Essa escolha representa uma tomada de decisão que sofre influência de fatores culturais, sociais, econômicos e dos sistemas de apoio⁽⁴⁻⁵⁾. Já no caso particular daquelas submetidas à mamoplastia, os efeitos da cirurgia podem criar condições que tornam essa tomada de decisão substancialmente diferente da de uma mulher sem exposição prévia à mamoplastia⁽⁶⁻⁸⁾. Desse modo, o presente estudo questiona: qual é a experiência de mulheres submetidas à mamoplastia em relação à amamentação? O objetivo foi descrever e interpretar a experiência de amamentar entre mulheres que realizaram a cirurgia de mamoplastia antes da maternidade.

MÉTODO

Para compreender a complexidade do estudo, adotou-se a Teoria Interativa de Amamentação, uma teoria de médio alcance que propõe descrever, explicar, prever e prescrever o fenômeno da amamentação, examinando os fatores que antecedem, que influenciam e que são consequentes ao processo de amamentar. Baseada em evidências científicas e no Modelo Conceitual de Sistemas Abertos de Imogene King, essa teoria foi desenvolvida dedutivamente para compor 11 conceitos inter-relacionados e abordar a

amamentação como um processo de interação dinâmica. Essa escolha teórica baseia-se em três justificativas: seu nível de abrangência (médio alcance), que torna as inferências sobre dados empíricos mais próximas da realidade do que na adoção de um modelo conceitual ou grande teoria; o foco da teoria (amamentação); e sua natureza filosófica de base interacionista, tornando a experiência entre sistemas pessoais, interpessoais e sociais mais compreensível e explícita. Ademais, incorpora elementos que podem facilitar a descrição da experiência de amamentar de mulheres que foram submetidas à mamoplastia, entre eles: as condições biológicas; o papel materno; os sistemas organizacionais de proteção, promoção e apoio e a tomada de decisão da mulher. Ao reconhecer que o sucesso da amamentação requer da mãe e da criança condições biológicas adequadas, como anatomia das mamas da mulher, produção de leite, anatomia e fisiologia do sistema estomatognático da criança, a Teoria Interativa de Amamentação pode contribuir para compreender o presente estudo, de natureza qualitativa⁽⁹⁾.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, desenvolvida em um Hospital Universitário no estado do Espírito Santo. Participaram mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: realizaram cirurgia de mamoplastia redutora e/ou de aumento; estavam amamentando e eram cadastradas e atendidas pelo Banco de Leite Humano do Hospital, cenário da pesquisa, no período de julho de 2014 a julho de 2015. Como critérios de exclusão, consideraram-se aquelas mulheres que residiam em municípios fora da região metropolitana, e as que realizaram cirurgia bariátrica. Do total de 20 mulheres atendidas no serviço dentro do período do estudo, 13 atenderam aos critérios propostos e aceitaram participar do estudo. O trabalho de campo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob CAAE n.º 30385714500005060.

Para a coleta de dados, utilizou-se de entrevista orientada por um roteiro semiestruturado contendo dados sociodemográficos da mulher (idade, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, tipo de trabalho, uso de álcool e tabaco na gestação); perguntas sobre a gestação (número de gestações, de consultas pré-natal e tipo de parto); perguntas sobre a amamentação (tipo de amamentação, tamanho das mamas, tipo de mamilo, orientações no pré-natal); perguntas sobre a cirurgia (tipo, motivo, tempo, incisão cirúrgica); perguntas sobre a prótese (tipo, local de inserção e tamanho). E dados do recém-nascido: sexo, idade gestacional de nascimento pelo método de Capurro, Apgar no primeiro minuto, amamentação na primeira hora de vida e peso ao nascimento. Perguntou-se ainda: *Como foi a experiência da amamentação para você?*

A entrevista foi agendada por telefone, ocorrendo em sala reservada e privativa, no domicílio da mulher ou no Banco de Leite Humano, após seu atendimento. Cada entrevista durou aproximadamente 30 minutos. Os depoimentos, gravados em sistema MP3, foram transcritos integralmente para formar o *corpus* textual de análise. Para assegurar o anonimato, a participante foi identificada como entrevistada E, na sequência em que a entrevista aconteceu (E1, E2, E3..., E13).

Aplicou-se a análise de conteúdo categorial segundo Bardin⁽¹⁰⁾, em suas três fases: 1) pré-análise, com a leitura exaustiva do material empírico; 2) exploração do material para conferir inteligibilidade às unidades de registro e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação à luz da Teoria Interativa de Amamentação e da literatura científica sobre o tema.

Na pré-análise, eliminou-se do *corpus* textual o dito não relacionado à pergunta formulada na entrevista; na exploração do material procurou-se dar completude aos enunciados para que o conteúdo fosse explicitamente apresentado. No tratamento dos resultados, buscaram-se as classes de palavras, radicais de palavras que permitissem agrupar os conteúdos em núcleos de sentidos, formando a árvore de palavras e suas relações entre elas.

Posteriormente, os dados foram interpretados tendo por referência a Teoria Interativa de Amamentação, especialmente sua estrutura conceitual e suas afirmativas relacionais. E a partir dessa análise emergiram quatro categorias empíricas: (In)Sucesso na Amamentação Exclusiva: a influência das condições biológicas da mulher e da criança; Sentimentos Maternos: uma expressão da percepção da mulher sobre amamentação; Experiências de tomada de decisão sobre a continuidade da amamentação ou uso de complemento; O papel dos profissionais na proteção, promoção e apoio a amamentação: (Des)Informação das implicações da cirurgia.

RESULTADOS

As 13 mulheres, que realizaram cirurgia de mamoplastia redutora e/ou de aumento antes de terem filhos, tinham entre 29 e 39 anos, 76,9% eram casadas, 46,2% possuíam ensino superior, 46,2% tinham renda familiar de seis a 10 salários-mínimos, e 53,8% das mulheres trabalhavam fora. Nenhuma fez uso de bebida alcoólica e tabaco (cigarro) durante a gestação. No perfil clínico, 61,5% eram primíparas e 61,5% foram submetidas a parto cesáreo. Quanto ao recém-nascido, 61,5% eram do sexo feminino, 92,3% nasceram a termo, 69,2% nasceram com Apgar de 8 a 10, 84,6% foram amamentados na primeira hora de vida, e 84,6% nasceram com mais de 3 kg.

(IN)SUCESSO NA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA: A INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES BIOLÓGICAS DA MULHER E DA CRIANÇA

Das condições biológicas, observa-se predomínio de mulheres com mamas de tamanho normal/médio, mamilos protrusos ou semiprotrusos. A maioria foi submetida à cirurgia redutora das mamas ou à mamoplastia redutora e de aumento, com incisão T-invertido e periareolar, havia mais de 5 anos antes de ficar grávida.

Embora a maioria (84,6%) dos recém-nascidos tenha sido amamentado na primeira hora após o nascimento, a duração da amamentação exclusiva não se manteve, pois, no momento da entrevista, somente três mulheres continuavam

a fazê-lo exclusivamente. A Tabela 1 caracteriza as condições biológicas das participantes e o tipo de amamentação desenvolvido. Essa caracterização inicial é relevante na interpretação dos discursos das mulheres que apontaram o fracasso em amamentar exclusivamente, que, de certo modo, viria a emergir em contraponto às condições externas de suas mamas e de seus mamilos.

Tabela 1 – Características referentes às condições biológicas das mulheres com mamoplastia e ao tipo de amamentação – Vitória, ES, Brasil, 2014-2015.

Variáveis Clínicas	N	%
Tamanho das mamas		
Normal/Médio	8	61,5
Hipertrófica	5	38,5
Tipo de mamilo		
Protruso/Semiprotruso	12	92,3
Pseudoinvertido	1	7,7
Tipo de cirurgia		
Mamoplastia de Aumento	2	11,8
Mamoplastia Redutora	7	76,9
Mamoplastia Redutora e de Aumento	4	23,5
Tempo de cirurgia		
<5 anos	2	11,8
5-10 anos	6	35,3
11-15 anos	5	29,4
>15 anos	4	23,5
Tipo de incisão cirurgia		
T-invertido e Periareolar	11	91,7
Inframamária	2	8,3
Tipo de amamentação		
Exclusiva	3	23,1
Não exclusiva	10	76,9
Total	13	100,0

Para a mulher que foi submetida à mamoplastia antes da vivência e experiência com a maternidade, o sucesso ou o insucesso da amamentação foi experiência latente e oculta, até que se percebeu a existência de possibilidades de as condições biológicas após a cirurgia limitarem ou não o processo de amamentar.

Ela sugava bem o meu peito, mas não saía leite, eu tinha leite, sentia a mama cheia, mas não saía leite. Eu fiz de tudo para tentar amamentar (E4).

Eu tive dificuldade na amamentação, a técnica de enfermagem espremia meu peito bastante e tinha praticamente dois ductos mamários que jorravam leite, e o resto ficava pingando um pouquinho de leite, e eu tive muita fissura (E7).

Eu tive dificuldade durante a amamentação, não tinha (...) uma produção de leite suficiente para amamentá-lo, saía leite, mas era pouquinho (E11).

As experiências de fracasso com a amamentação demarcavam condições biológicas relacionadas à cirurgia redutora da mama, tais como poucos ductos mamários funcionantes, sensação de mama cheia, mas sem eficiência na ejeção do leite e ordenha com baixo resultado. Tais dificuldades se somaram aos problemas típicos da amamentação, como a fissura mamária, por exemplo.

Nesses depoimentos há elementos que indicam danos aos dutos, ao tecido glandular, ou à inervação da mama. Tais aspectos levaram a impactos funcionais, como baixa produção de leite humano e ingurgitamento por falta de vazão do leite, como expressos nos depoimentos a seguir.

Meu leite foi secando, foi diminuindo a produção, então meu peito parou de encher (E13).

Eu achava que estava com baixa produção de leite, mas o leite que não saía, porque empedrou as mamas algumas vezes, empedrou (E3).

Meu peito encheu de leite, eu sentia o peito cheio de leite! Mas o leite não tinha vazão (E2).

A pega inadequada da criança refere-se às condições biológicas da criança, com interações mãe-filho ineficazes. O posicionamento inadequado de ambos e a deficiente sucção-pega da criança na mama marcaram o depoimento das mulheres que não conseguiram amamentar.

Eu tinha pouco leite, mas mesmo com pouca produção ela continuou mamando (E1).

Bom, no início ela não conseguia pegar o bico do peito, não sabia fazer a pega correta, depois quando ela aprendeu a pega correta, a produção de leite já era pouca (E5).

Ela não tinha uma pega correta, a boquinha dela era muito pequena, então até a pega dela ajustar no peito foi um processo demorado (E10).

Esses depoimentos demonstram interação entre condições biológicas das mães e das crianças com efeitos sobre a amamentação, especialmente pelas particularidades das mamas que foram reduzidas cirurgicamente e determinando modificações visíveis e externas (*saída de leite por dois ductos*) e invisíveis e internas (*sensação de cheia, mas sem a saída do leite*). Foram aspectos determinantes para a maioria das mulheres deixarem de amamentar exclusivamente.

Todas as mulheres que não amamentaram realizaram cirurgia redutora com incisão cirúrgica T-invertido e periareolar, enquanto, das que conseguiram manter a amamentação exclusiva, duas realizaram mamoplastia de aumento com a incisão cirúrgica inframamária, e uma fez cirurgia redutora com T-invertido e periareolar, sendo estas primíparas.

O experimentar o fracasso por conta de uma decisão tomada no passado, para a maioria delas havia mais de 5 anos, produziu sentimentos que influenciaram a sua percepção sobre a amamentação e o seu papel de mãe.

SENTIMENTOS MATERNS: UMA EXPRESSÃO DA PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE AMAMENTAÇÃO

As mulheres entrevistadas vivenciaram sentimentos e emoções com as tentativas de amamentar durante a interação

mãe-filho. Foram apontadas percepções negativas com o fracasso e percepções positivas relacionadas ao sucesso.

Predominou os sentimentos negativos de tristeza (*com choro*), frustração, preocupação e culpa, os quais somaram-se ao sofrimento, nervosismo, ansiedade e sensação de *sentir-se péssima*.

Eu chorei muito, porque eu queria muito, a gente sabe dos benefícios que tem a amamentação. Para mim foi triste, porque eu não consegui amamentar. Foi frustrante, a verdade foi essa (E2).

Foi muito frustrante quando não consegui amamentar, eu chorei muito... me senti muito culpada (E3).

Foi muito difícil a amamentação, sofri muito com a amamentação. Eu fiquei muito nervosa, muito ansiosa (E7).

Amamentação era uma coisa que eu queria muito e não consegui, quando eu penso assim, tudo que eu passei com ela, eu fico muito frustrada (E5).

Para aquelas que viveram sentimentos negativos, a experiência de amamentar foi algo traumático e difícil.

A experiência com a amamentação foi bem traumática. Eu me senti péssima, quando eu vi que eu não tinha leite suficiente. Foi bem difícil, tanto para mim quanto para ele, eu nunca pensei em desistir, mas eu não consegui amamentar, e eu cheguei a me culpar um pouco (E11).

Os sentimentos positivos que duas mulheres expressaram foram resultado do amor materno incondicional idealizado acerca da maternidade e da persistência em manter a amamentação.

É muito bom amamentar, apesar da trabalhadeira toda no começo, é você revelando seu amor de mãe pelo seu filho (E10).

Eu estou conseguindo amamentar, ele está com 4 meses de vida e mamando só no peito (E9).

Os sentimentos negativos (maioria das expressões) e positivos (apenas 2 em 13) representam, respectivamente, o fracasso, que levou ao insucesso da amamentação, e o sucesso, com a persistência em prosseguir amamentando.

TOMADA DE DECISÃO NA CONTINUIDADE DA AMAMENTAÇÃO OU USO DE COMPLEMENTO

Das 13 participantes, 10 complementaram a nutrição da criança, devido à comprovada baixa produção e falta de vazão do leite, com fórmula por translactação e mamadeira. Nos depoimentos, disseram que o leite era insuficiente e não sustentava a criança, que foi acompanhada por progressiva perda de peso, constatada nas avaliações de acompanhamento de puericultura. As tentativas de amamentar exauriram a mulher e a criança. Além disso, os depoimentos das mulheres apontaram a translactação como um procedimento difícil, demandante, cansativo e trabalhoso.

Eu não tinha leite, nenhum leite, então desde a maternidade eu entrei com complemento. Eu fazia a fórmula por translactação, todas as vezes (E11).

Todas as vezes que ela mamou o complemento, fiz por translactação. Deve ter sido de 2 em 2 horas também. Até os 5 meses fiz complemento por translactação (E12).

Saía pouco leite e não alimentava, ela começou a emagrecer muito, e ficava nervosa. Então, lá pelo sétimo dia fui dando o complemento na sonda. Fazia a translactação sempre, e era bem cansativo, principalmente de madrugada, então acabei introduzindo a mamadeira (E5).

Foi difícil fazer a translactação. Ela não sabia mamar na mamadeira, mas eu já estava cansada de fazer translactação, ela já estava com 5 meses e meio, então eu dei a mamadeira. A pediatra falou que ela estava perdendo peso, ela emagreceu 500 g e não tinha mais o que fazer, eu tinha que complementar (E7).

Eu tenho pouco leite. Ele mama, mama, mama e não se dá por satisfeito, aí depois que eu dou o complemento na sondinha é que ele fica satisfeito (E13).

Meu bebê começou a perder muito peso, eu não percebi que eu estava com baixa produção de leite, então a gente entrou com a complementação, e ele ganhou peso e voltou ao normal (E3).

O primeiro mês oferecia meu leite e o complemento todo no finger. Quando ele fez 1 mês, entrei com a mamadeira (E2).

Em verdade, a tomada de decisão das mulheres foi “limitada” às condições de sobrevivência da criança, que, devido às sucessivas perdas ponderais, levaram à introdução de complementação com fórmula, logo na primeira semana de vida. O bem-estar da criança prevaleceu sobre o desejo da mulher de manter a amamentação exclusiva, ao mesmo tempo que revela as condições diferenciadas para as mulheres que foram submetidas à mamoplastia antes da maternidade.

PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO: (Des) INFORMAÇÃO SOBRE AS IMPLICAÇÕES DA CIRURGIA

A maioria das mulheres desconhecia a influência da cirurgia que realizaram no passado sobre o processo da amamentação. A elas não foi explicado qualquer risco associado ao fracasso da amamentação.

O médico não me explicou sobre a possibilidade da cirurgia influenciar na amamentação (E2).

O médico nem tocou no assunto de que a cirurgia poderia influenciar na amamentação (E6).

Em nenhum momento o médico me explicou sobre a possibilidade da cirurgia influenciar na amamentação (E8).

Outras, no entanto, referem ter questionado sobre essas possíveis implicações, mas os profissionais garantiram que a cirurgia não traria quaisquer efeitos negativos para a amamentação.

O médico garantiu que não iria influenciar na amamentação (E7).

Na época da cirurgia eu questionei o médico sobre a possibilidade da cirurgia influenciar na amamentação, mas ele falou que não haveria problema nenhum, que a cirurgia não iria influenciar na amamentação (E13).

E um menor número de mulheres recebeu informação quanto às possíveis consequências da cirurgia na amamentação, mas, naquele momento de vida, na adolescência, desconheciam a importância da amamentação para o filho e si mesmas.

Eu lembro que o médico falou alguma coisa, que eu poderia ter dificuldade em amamentar, só que naquela época com 13-14 anos eu não sabia o que era amamentar, não sabia da importância da amamentação (E3).

As mulheres relataram que, diante das dificuldades para amamentar, procuraram apoio nos Bancos de Leite Humano e de profissionais de saúde (enfermeiras e médicos pediatras) e receberam orientação, ajuda, suporte e conforto.

Eu acho que é muito importante o trabalho do Banco de Leite. Vocês dão um conforto para a gente. Até mesmo para saber lidar com o bebê, com a alimentação dele e ajuda a gente também a saber e a valorizar o que a gente faz (E11).

Fui várias vezes ao Banco de Leite, elas me ajudavam a colocar ela para mamar. Teve um dia que eu fui três vezes, no mesmo dia, para poder acompanhar, os horários dela mamar no peito. (...) Me ensinaram a fazer translactação com o complemento na maternidade e também no Banco de Leite, eu amamentava e fazia a translactação (E5).

Eu vim no Banco de Leite uma vez e tive ajuda com a amamentação, e em casa um enfermeiro também me ajudou (E2).

A enfermeira, na minha casa, massageava a minha mama, antes de eu dar o peito, e passava o leite no bico. Ela me ajudou muito. (...) Eu fui ao Banco de Leite para pedir orientação, e no Banco de Leite me ensinaram a usar a sonda, aí eu comecei a usar a sondinha (E4).

DISCUSSÃO

Muitos dos sentimentos negativos ou positivos expressos pelas mulheres participantes da pesquisa são os mesmos experimentados por outras que também se engajam ou tentam amamentar. No entanto, as condições particulares das mudanças biológicas após a cirurgia redutora ou de aumento da mama influenciaram a tomada de decisão, limitada pelas necessidades de sobrevivência da criança. Essa decisão baseou-se em diferentes elementos que outras mulheres dispõem, e que não têm relação com uma mamoplastia antes de amamentar.

As condições biológicas da mulher geraram experiências de insucesso na amamentação exclusiva. Suas mamas apresentavam características e funções que limitavam a amamentação, como a quantidade reduzida de ductos, mesmo estando as glândulas mamárias residuais ativas e funcionantes. A lactação ocorre em níveis de atividades celulares, moleculares e comportamentais, incluindo a anatomia das mamas da mulher, a produção de leite materno e a anatomia e fisiologia do sistema estomatognático dos recém-nascidos⁽⁹⁾.

Assim, o processo de lactação é imprescindível à amamentação, garantindo os meios para que a mulher forneça leite humano à criança, independentemente se está no pós-parto imediato ou tardio. Caso contrário, poderá haver problemas como a hipogalactia ou hiperlactação, ou mesmo condições comportamentais que afetam o início e a duração da amamentação⁽¹¹⁻¹³⁾.

A mamoplastia redutora foi o tipo de cirurgia que a maioria das participantes da pesquisa foi submetida antes da maternidade, e exerceu mais impacto negativo na amamentação exclusiva, quando comparada à cirurgia de aumento. No entanto, ambas as cirurgias apresentaram impacto negativo no quesito amamentação quando comparadas com a sua não realização⁽⁸⁾. Também, a lactação pode ser afetada pela técnica utilizada na cirurgia, desde que altere a integridade e o funcionamento da estrutura mamária⁽⁶⁻⁷⁾. A probabilidade de amamentar exclusivamente no primeiro mês de vida entre mulheres submetidas ou não à mamoplastia é muito diferente. As que não realizaram a cirurgia têm 80% de probabilidade de amamentação exclusiva, as submetidas à mamoplastia de aumento com implante de prótese, 54%, e as com cirurgia de redução, 29%⁽⁸⁾. Das submetidas à cirurgia de redução, algumas não conseguem amamentar exclusivamente seus filhos até o sexto mês⁽⁶⁻⁷⁾, o que converge para as experiências verificadas nas participantes.

Revisão sistemática sugere que mulheres submetidas à mamoplastia de aumento com implante de prótese irão amamentar exclusivamente por menor tempo que as sem prótese mamária⁽⁸⁾. Soma-se a essas condições limitantes o problema consequente do ingurgitamento mamário, que prejudica a vazão do leite, o conforto da mulher e a pega correta da criança, contribuindo para o surgimento de fissuras⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Todas essas situações adversas são potencialmente ampliadas pelas mudanças estruturais e funcionais das mamas após a cirurgia.

Nas afirmativas relacionais da Teoria Interativa de Amamentação, sua proposição relacional cumpre o seu papel descritivo e explicativo, posto que as condições biológicas da mulher interferem na interação dinâmica mãe-filho, no papel de mãe e na tomada de decisão da mulher⁽⁹⁾. Isso parece explicar os achados deste estudo, os quais constataram que as condições biológicas antecederam os desfechos de sucesso e insucesso da amamentação exclusiva. Pode acontecer de as condições de desenvolvimento das mamas das mulheres gerarem interferências no processo de amamentação, no entanto, as que foram submetidas à mamoplastia carregam consigo fatores limitantes que alteram a estrutura e o funcionamento do tecido mamário, ampliando o espectro de interferência sobre as condições biológicas.

Certamente os depoimentos de tristeza, frustração e culpa refletem sentimentos negativos de insucesso na amamentação, que fazem parte do repertório de tantos outros depoimentos de mulheres que desejam e tentam à exaustão manter a amamentação, independentemente das condições biológicas ligadas à cirurgia⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. No entanto, entre as mulheres que se submeterem a cirurgias nas mamas, tais emoções colidem com o desejo e a persistência em manter o aleitamento predominante com relactação e fórmula. Frente ao conhecimento dos benefícios da amamentação, a preocupação com a saúde da criança assume contornos mais relevantes no dia a dia das mulheres que não conseguiram amamentar exclusivamente⁽¹¹⁾.

Duas proposições da Teoria Interativa de Amamentação são aplicáveis a essa situação: *se a amamentação for atingida,*

haverá satisfação e o alcance transacional da amamentação diminuirá o estresse da mãe e do filho. A estrutura conceitual da teoria posiciona as condições biológicas da mulher e da criança, a percepção da mulher sobre a criança e a tomada de decisão dela, todos esses elementos em um mesmo nível, envolvendo a amamentação como interação dinâmica mãe-filho⁽⁹⁾.

O papel materno, um elemento mais externo da estrutura conceitual da teoria, tem relação com aspectos transmitidos de mãe para filha. Em algumas culturas e grupos sociais, o fracasso na amamentação traz um senso de exercício parcial desse papel⁽¹²⁾. O sucesso da amamentação exclusiva tem relação direta com o adiamento da introdução de líquidos de qualquer natureza, baseando-se na crença de que a oferta do seio materno é suficiente para nutrir a criança, de que o leite materno é mais saudável e forte. Ou seja, a mulher sente-se segura e confiante com essa prática e a visualiza como capaz de produzir bem-estar para a criança⁽¹⁸⁾. Os traços de personalidade materna estão mais associados com a duração do que com o início da amamentação. A expressão de sentimentos positivos é mais comum entre as mulheres que sentem mais segurança no ato de amamentar, prolongando a duração da amamentação, a despeito das barreiras biológicas e sociais, particularmente entre aquelas com mais suporte social e conhecimento⁽¹⁹⁾.

Nos achados deste estudo, a tomada de decisão limitada foi outro elemento característico das mulheres que vivenciaram a amamentação pós-cirurgia de mamoplastia. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), tomada de decisão é um processo que inclui a determinação de um curso de ação, “tendo por base informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos”⁽²⁰⁾. O que se verificou nos depoimentos foi a ausência, a incerteza ou a irrelevância de informações importantes sobre os efeitos da mamoplastia na amamentação. Tais aspectos influenciaram a tomada de decisão pela cirurgia e, posteriormente, geraram uma seleção de alternativa secundária frente à insuficiência de recursos biológicos para sustentar a amamentação exclusiva.

Na Teoria Interativa de Amamentação, o conceito de tomada de decisão é derivado do Modelo Conceitual de Imogene King, que a entende como um processo no qual “indivíduos ou grupos fazem uma escolha dentre alternativas para alcançar os objetivos propostos”⁽⁹⁾. Ao contrário da maioria das mulheres, as escolhas das participantes eram limitadas ao tipo de recurso a ser usado na nutrição complementar. Quando isso é relacionado aos relatos de desinformação, verificam-se falhas nos sistemas organizacionais, no papel de proteção e promoção da amamentação, no contínuo da existência da mulher, e não somente durante o período da maternidade.

Estudo francês verificou que cirurgiões não forneceram sistematicamente informações sobre a amamentação, mesmo quando solicitadas⁽⁴⁾. Mesmo quando informadas, as mulheres podem não dispor de recursos necessários para a escolha da melhor alternativa, seja por problemas de compreensão da informação ou imaturidade, por exemplo. As

cirurgias realizadas na adolescência ou no início da juventude ocorrem quando a amamentação e a gravidez concorrerem com planos mais imediatos e concretos, por exemplo, com o desejo de um ideal de beleza⁽¹⁻³⁾.

A Teoria Interativa de Amamentação aponta a imagem corporal da mulher como antecedente à amamentação, o que converge com os achados deste estudo. Tal teoria também afirma que a imagem corporal da mulher que amamenta interfere na tomada de decisão, entretanto, não explicita a condição particular de muitas participantes quando a imagem corporal refere-se a sua impressão sobre o corpo em relação à estética das mamas⁽⁹⁾. Nisso, o presente estudo avança na validação da teoria, contribuindo originalmente com importante contextualização empírica da assertiva teórica.

Há que se ressaltar que para mulheres jovens sem filhos seria uma conduta cirúrgica importante buscar a todo custo preservar a capacidade de lactação daquelas que querem amamentar futuramente^(4,6-7), ou ainda estimular a realização da cirurgia em fase mais tardia, quando dispusessem de recursos para uma melhor tomada de decisão, particularmente de informações consistentes e verdadeiras. A tomada de decisão dessas mulheres ocorreu em uma base limitada, na qual a maioria delas desconsideraram efeitos da mamoplastia sobre a amamentação, vindo a apresentar dúvidas e/ou questionamentos somente anos após a cirurgia, quando engravidaram^(1,21).

Na estrutura conceitual da teoria, os sistemas organizacionais de proteção, promoção e apoio relacionam-se com outros elementos já discutidos e emergiram como recursos de compensação para lidar com as limitações decorrentes das condições biológicas inadequadas à amamentação⁽⁹⁾. Intervenções baseadas na comunidade incluem grupos de aconselhamento ou educação e mobilização social, por meio de campanhas em mídias de grande alcance, bem como suporte de profissionais de saúde como parte de um processo contínuo e de qualidade, se constituindo em recursos eficazes para apoiar a amamentação⁽²²⁾. Assim, a conduta dos profissionais de saúde deve se voltar para a contribuição e o suporte, para um empoderamento das mães, que por sua vez desejam amamentar, mas que, por vezes, precisam de apoio para alcançar essa meta^(9,11,17).

Os achados do estudo revelam, no entrecruzamento das experiências das mulheres, que viver a amamentação após a cirurgia de mamoplastia, com o modelo teórico explicativo de médio alcance da Teoria Interativa de Amamentação, pode ser um processo a ser considerado e priorizado na clínica da amamentação. As verdadeiras condições biológicas das mulheres, muitas vezes desconhecidas por elas até o ato de amamentar, foram determinantes sobre a capacidade ou o poder de optar pela amamentação, trazendo relevantes implicações para as ações profissionais, na proteção, promoção e apoio à amamentação.

Sobre os limites do estudo, destacam-se o caráter recente da aplicação da Teoria, a amostragem pequena e a realidade de um grupo que frequentava o Banco de Leite Humano. A complexidade do fenômeno investigado exige que a aplicação da Teoria Interativa de Amamentação

como modelo explicativo deva ser circunscrita ao alcance paradigmático interativo da Teoria, sendo recomendável o uso de outras teorias quando a abordagem paradigmática for diferente.

Quanto ao número de participantes, 13 pode representar uma amostragem que não permite generalizações para grupos populacionais e nem se aplica a todos os tipos de mamoplastia.

CONCLUSÃO

A experiência da amamentação entre mulheres após mamoplastia foi analisada segundo os fatores que antecedem (falta de informação), influenciam (mudança nas condições biológicas) e que são consequentes ao processo de amamentar (insucesso na amamentação exclusiva). Todos esses aspectos são centrais na Teoria Interativa de Amamentação para descrever e explicar as razões de insucesso, a tomada de decisão limitada e os sentimentos de frustração, tristeza e culpa.

A maioria das mulheres não conseguiu amamentar exclusivamente e teve uma experiência de amamentação complementar, realizando translactação ou *finger* em quase todas as mamadas.

As condições biológicas inadequadas das mulheres influenciaram a percepção de sentimentos negativos frente à amamentação. Ademais, as condições biológicas desfavoráveis, provavelmente decorrentes de perdas estruturais e funcionais nas mamas, limitaram a tomada de decisão das mulheres à alimentação complementar da criança com fórmula por relactação ou mamadeira, distanciando-se de seus interesses legítimos pela amamentação exclusiva.

Os esforços empreendidos pelas mulheres para iniciar e manter a amamentação exclusiva foram exaustivos e persistentes, atingindo o aleitamento predominante, ao mesmo tempo, que mobilizaram questionamentos sobre a sua capacidade feminina para exercer o papel materno na amamentação.

Ainda, aponta-se como relevante o fato de poucas mulheres serem informadas sobre o papel da mamoplastia, os riscos e as consequências sobre a amamentação quando da obtenção do consentimento informado para a realização da cirurgia. Assim, em relação aos sistemas organizacionais, fundamentados em ações profissionais, destaca-se a necessidade de informar consistentemente as mulheres que procuram por cirurgias de mama quanto às possíveis complicações e ao potencial de risco sobre a lactação.

Destaca-se, como implicação para a prática, a propriedade do uso de teorias de enfermagem de médio alcance, quando de fato ela funciona como um referencial adequado para o desenvolvimento de estudos sobre fenômenos de interesse da ciência da enfermagem, como é o caso do cuidado à mulher e à criança na amamentação.

Do ponto de vista clínico, a proteção, a promoção e o apoio à amamentação implica respeitar as condições biológicas e comportamentais da mulher e da criança, por meio de uma escuta ativa e culturalmente sensível à problemática apresentada por cada mulher.

RESUMO

Objetivo: Descrever e interpretar a experiência de amamentar entre mulheres que realizaram a cirurgia de mamoplastia antes da maternidade. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido com mulheres atendidas em um Banco de Leite Humano, entre 2014 e 2015. A análise de dados baseou-se no método de análise de conteúdo e fundamentou-se na Teoria Interativa de Amamentação. **Resultados:** Participaram 13 mulheres. Emergiram quatro categorias: (In)Sucesso na Amamentação Exclusiva: influência das condições biológicas materna e da criança; Sentimentos maternos: percepção sobre amamentação; Tomada de decisão na continuidade da amamentação ou uso de complemento; Papel dos profissionais de saúde na proteção, promoção e apoio a amamentação: (Des)Informação sobre as implicações da cirurgia. **Conclusão:** As condições biológicas desfavoráveis das mulheres que realizaram mamoplastia geraram experiências de insucesso com a amamentação exclusiva e limitaram sua tomada de decisão, a despeito do desejo de amamentar.

DESCRITORES

Aleitamento Materno; Mamoplastia; Implante Mamário; Desmame; Teoria de Enfermagem; Bancos de Leite.

RESUMEN

Objetivo: Describir e interpretar la experiencia de amamentar entre mujeres que realizaron la cirugía de mamoplastia antes de la maternidad. **Método:** Estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, desarrollado con mujeres atendidas en un Banco de Leche Materna, entre 2014 y 2015. El análisis de datos se basó en el método de análisis de contenido y se fundó en la Teoría Interactiva de la Lactancia. **Resultados:** Participaron 13 mujeres. Emergieron cuatro categorías: Éxito o fracaso en la Lactancia Exclusiva: influencia de las condiciones biológicas materna y del niño; Sentimientos maternos: percepción acerca de la lactancia; Toma de decisión en la continuidad de la lactancia o uso de complemento; Papel de los profesionales sanitarios en la protección, promoción y apoyo a la lactancia: (Des) Información acerca de la implicaciones de la cirugía. **Conclusión:** Las condiciones biológicas desfavorables de las mujeres que realizaron mamoplastia generaron experiencias de fracaso con la lactancia exclusiva y limitaron su toma de decisión, a pesar del deseo de amamentar.

DESCRIPTORES

Lactancia Materna; Mamoplastia; Implantación de Mama; Destete; Teoría de Enfermería; Bancos de Leche.

REFERÊNCIAS

- Edmonds A, Sanabria E. Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil. *Hist Cienc Saúde Manguinhos* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 13];23(1):193-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hscsm/v23n1/0104-5970-hscsm-23-1-0193.pdf>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). International Survey on Aesthetic/Cosmetic. Procedures performed in 2015 [Internet]. [cited 2018 Feb 13]. Available from: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/2016-ISAPS-Results-1.pdf>
- Lettieri GGC. The morality of surgery for aesthetic purposes in accordance with principlist bioethics. *Rev Bioét* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 13];23(3):524-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000300524&script=sci_arttext&lng=en
- Tran PL, Houdjati H, Barau G, Boukerrou M. Breastfeeding after breast surgery: patient information. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014;42(4):205-9. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2014.01.003
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (8):CD003517.
- Chiummariello S, Cigna E, Buccheri EM, Dessy LA, Alfano C, Scuderi N. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. *Aesthetic Plas Surg*. 2008;32 (2):294-7.
- Thibaudeau S, Sinno H, Williams B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: a systematic review. *Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010; 63(10):1688-93.
- Schiff M, Algert CS, Ampt A, Sywak MS, Roberts CI. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2014; 9:17. DOI: 10.1186/1746-4358-9-17
- Primo CC, Brandão MAG. Teoria Interativa de Amamentação: elaboração e aplicação de teoria de médio alcance. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1191-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0523>
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Henninger ML, Irving SA, Kauffman TL, Rompala K, Thompson MG. Predictors of breastfeeding initiation and maintenance in an integrated healthcare setting. *J Hum Lact*. 2017;33(2):256-66. DOI: 10.1177/0890334417695202
- Löf-Johanson M, Foldevi M, Rudebeck C. Breastfeeding as a specific value in women's lives: the experiences and decisions of breastfeeding women. *Breastfeed Med*. 2013;8(1):38-44.
- Alves VH, Padoin SMM, Rodrigues DP, Silva LA, Branco MBLR, Marchiori GRS. Clinical management of breastfeeding: axiological value from women's perspective. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 13];20(4):e20160100. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/en_1414-8145-ean-20-04-20160100.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: MS; 2015. (Cadernos de Atenção Básica, 23).
- Sousa L, Haddad ML, Nakano AMS, Gomes FA. A non-pharmacologic treatment to relieve breast engorgement during lactation: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 13];46(2):472-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200028&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One*. 2014;9(2):e89077. DOI: 10.1371/journal.pone.0089077
- Foley W, Schubert L, Denaro L. Breastfeeding experiences of aboriginal and Torres Strait Islander mothers in an urban setting in Brisbane. *Breastfeed Rev*. 2013;21(3): 53-61.

18. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Exclusive breastfeeding practice reported by mothers and the introduction of additional liquids. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 13]; 23(2):283-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200014&lng=en
19. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Adv Nurs*. 2014;70(3):587-98. DOI: 10.1111/jan.12219
20. Garcia TR. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
21. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, Katz LS, Vandermeer B, Babenko O. et. al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186591. DOI: 10.1371/journal.pone.0186591
22. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.