



Fatores associados à mamoplastia de aumento e o aleitamento materno*

Factors associated to breast implants and breastfeeding

Factores asociados a la mamoplastia de aumento y la lactancia materna

Karla Oliveira Marcacine¹, Erika de Sá Vieira Abuchaim¹, Kelly Pereira Coca¹, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão¹

Como citar este artigo:

Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrão ACFV. Factors associated to breast implants and breastfeeding. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03363. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017037803363>

* Extraído da tese: "A mamoplastia de aumento e a prática do aleitamento materno", Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, 2017.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde da Mulher, São Paulo, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the surgical characteristics of breast implants, time elapsed since surgery, access route, implant placement and implanted volume and variables related to breastfeeding, type, first 'milk let-down', breast engorgement, pain, lesion, milk production and use of galactagogues. **Method:** A prospective cohort carried out during the hospital stay (12 to 72 hours after delivery), home care (5th to 7th day after delivery) and telephone contact (between the 30th and 32nd day postpartum) of 115 postpartum women with breast implants between 2015 and 2017. **Results:** The first evaluation identified more frequent use of oral galactagogues ($p=0.029$) by puerperal women with prepectoral implants, and of oxytocin spray by those with implants up to 270 ml ($p=0.040$). The second evaluation showed a higher pain score among those with prepectoral implants ($p=0.046$). Around the 30th day postpartum, the presence of nipple lesion ($p=0.021$), pain ($p=0.025$) and a higher pain score ($p=0.039$) was more frequent among those with mammoplasty performed less than 10 years ago. **Conclusion:** The presence of pain and a higher pain score, the occurrence of lesion and the use of oral and nasal galactagogues were associated with implant placement, implant size and time elapsed since surgery.

DESCRIPTORS

Breast Feeding; Mammoplasty; Breast Implantation; Obstetric Nursing.

Autor correspondente:

Karla Oliveira Marcacine
Rua Correia de Lemos, 571 –
Apto. 84, Chácara Inglesa
CEP 04140-000 – São Paulo, SP, Brasil
ka_marcacine@yahoo.com.br

Recebido: 02/10/2017
Aprovado: 26/03/2018

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) por 6 meses, a continuidade da amamentação e a introdução de alimentos complementares apropriados apresentam inúmeros benefícios para a saúde e a sobrevivência das crianças, além de desempenhar um importante papel na saúde das mulheres e na sociedade⁽¹⁾.

Apesar de todas as evidências disponíveis sobre a importância dessa prática, o Brasil ainda está longe de cumprir a recomendação de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾. As causas associadas à interrupção precoce da amamentação têm sido frequentemente descritas na literatura científica. No que concerne aos fatores associados à incapacidade de produção láctea, as cirurgias mamárias têm sido elencadas como uma de suas causas, podendo alterar a condição de integridade e funcionamento da mama, dependendo da técnica cirúrgica utilizada, dificultando ou mesmo impedindo a amamentação⁽²⁻³⁾.

Com a evolução da tecnologia envolvida na fabricação dos implantes de mama, bem como das técnicas cirúrgicas, esse procedimento vem crescendo no Brasil e no mundo⁽²⁾. Pesquisa mais recente da *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), realizada em 2016, mostra que essa cirurgia estética é a mais frequente no Brasil, ocupando o segundo lugar no *ranking* mundial, ficando atrás apenas dos Estados Unidos⁽⁴⁾.

A busca pelo corpo ideal, em geral, ocorre durante o período reprodutivo, entre 19 e 34 anos de idade, quando a maioria das mulheres não se preocupa com a sua capacidade futura de lactação, muitas vezes por ainda não planejar ou vivenciar a maternidade⁽⁵⁾.

Nesse sentido, é essencial que as mulheres sejam plenamente informadas, em especial aquelas em idade reprodutiva que desejam engravidar e amamentar, sobre os benefícios do aleitamento materno, bem como sobre as possíveis complicações decorrentes da mamoplastia em uma futura lactação⁽⁶⁾.

Já o profissional de saúde deve compreender a natureza da cirurgia e os prováveis resultados relacionados à amamentação. A mulher deve ainda ser acompanhada de perto por profissional capacitado, logo após o parto, para a avaliação dos sinais de produção adequada de leite e crescimento infantil, para que haja assim a promoção dos cuidados necessários em cada caso⁽⁷⁾.

Na perspectiva de identificar as repercussões do implante mamário na prática do aleitamento materno sob um olhar científico, foram analisados os estudos publicados ao longo de décadas até os dias atuais. Observa-se, além da escassez, que a maioria refere-se a estudos antigos, e poucos deles correlacionam as características cirúrgicas com os aspectos associados ao aleitamento materno. Ademais, também apresentam baixo nível de evidência, sem definições precisas quanto ao desfecho (AME), são retrospectivos, com populações pequenas, dificultando a generalização e a comparabilidade dos dados.

Diante das lacunas identificadas e da importância da orientação à mulher e da qualificação profissional, o presente

estudo buscou analisar a associação entre as características cirúrgicas da mamoplastia de aumento, como o tempo decorrido da cirurgia, via de acesso, local de implantação e volume da prótese mamária implantada e as variáveis relacionadas ao aleitamento, como o tipo, ocorrência da apojadura, ingurgitamento mamário, dor ao amamentar, lesão mamilar, produção láctea e uso de galactagogs.

MÉTODO

Trata-se de um recorte de um Projeto de pesquisa maior, “O Impacto da Mamoplastia Redutora e de Aumento na *Performance* da Amamentação”, realizado a partir de um estudo de coorte prospectivo em hospital privado localizado na cidade de São Paulo, com 240 mulheres, sendo 125 do grupo sem cirurgia e 115 do grupo com mamoplastia de aumento. Para o objetivo proposto, selecionaram-se apenas as mulheres com mamoplastia de aumento, primíparas, entre 12 e 72 horas de pós-parto, que não tinham tido apojadura, estavam amamentando e que conheciam as características do procedimento cirúrgico analisado.

Elegeram-se como critérios de exclusão mulheres com qualquer patologia prévia e/ou gestacional associada; cuja gestação atual caracterizou-se como múltipla; com malformação mamilar; com diagnóstico de mamas tuberosas; que se submeteram à troca da prótese mamária ou reoperação ou que realizaram qualquer outra cirurgia mamária que não a mamoplastia de implante; que realizaram cirurgia em uma única mama; que apresentaram complicações relacionadas à mamoplastia de aumento (processos infecciosos, hematomas, seromas, ruptura do implante, contratura capsular, entre outras); mulheres cujos recém-nascidos tivessem sido internados em Unidade de Terapia Intensiva e/ou que fossem prematuros e/ou com peso inferior a 2.500 gramas, ou que tivessem tido alguma patologia ao nascer e/ou malformação orofacial; mulheres que se declararam não alfabetizadas e/ou com *deficit* cognitivos, independentemente da escolaridade, incapazes de leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); com deficiências auditivas e/ou visuais e desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoas.

Para responder ao objeto da pesquisa, estabeleceu-se como variável de desfecho primária o tipo de aleitamento praticado, e como variáveis de desfecho secundárias, aquelas relacionadas ao aleitamento e às características cirúrgicas da mamoplastia de aumento.

Três instrumentos foram desenvolvidos especificamente para este estudo, e todos foram previamente testados por meio de um projeto-piloto. O primeiro instrumento foi aplicado na 1ª avaliação, durante o atendimento hospitalar, que ocorreu entre 12 e 72 horas após o parto e contemplou o registro dos dados sociodemográficos (idade materna, situação conjugal, escolaridade e profissão), dos relacionados ao parto e nascimento (tipo de parto, idade gestacional, peso da criança ao nascer e sexo da criança), ao aleitamento (tipo, período de ocorrência da apojadura, presença de ingurgitamento mamário, de dor ao amamentar e lesão mamilar, produção láctea e uso de galactagogs), ao exame físico das mamas e referentes à cirurgia mamária (tempo decorrido da cirurgia,

categorizado em até 10 anos e mais que 10 anos; via de acesso para a implantação, obtida por meio da avaliação da cicatriz e categorizada em periareolar, inframamária e outras (axilar e umbilical); local de implantação, categorizado em pré-peitoral e retropeitoral e volume implantado em cada mama, categorizado em menor ou igual a 270 ml e maior que 270 ml).

O segundo instrumento foi utilizado na 2ª avaliação, durante o atendimento domiciliar, realizada entre o 5º e o 7º dia após o parto. Os dados contemplados foram: exame físico das mamas, aqueles relacionados ao aleitamento materno, à avaliação da produção láctea e observação da mamada.

Para a avaliação da produção láctea, utilizou-se de uma bomba de extração láctea elétrica de maneira simultânea, por 10 minutos⁽⁸⁾, com vácuo de pressão de sucção de 190,7±8,8 milímetros de mercúrio (mmHg)⁽⁹⁾ e ritmo de 50 a 60 movimentos por minuto⁽²⁾, calibrados por meio de instrumento específico e profissional capacitado. Antes da extração, não houve manipulação ou massagem das mamas, e realizou-se o teste de flexibilidade areolar. O volume de leite extraído foi avaliado em mililitros, a partir da aspiração do conteúdo com seringa descartável de 20 ml.

O terceiro instrumento foi aplicado na 3ª avaliação, por meio de contato telefônico, entre o 30º e o 32º dia após o parto, e constituiu-se em um formulário que incluiu dados relacionados ao aleitamento materno e informações sobre as condições das mamas (lesão e dor).

Nos três instrumentos, o escore de dor ao amamentar foi avaliado pela Escala Numérica Verbal graduada de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10, a pior dor já sentida⁽¹⁰⁾. A intensidade da dor foi então classificada, em número absoluto.

A coleta de dados iniciou-se em janeiro de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, do Comitê de Ética do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, sob o número 855.285/2014, e mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos sujeitos da pesquisa, tendo sido finalizada em abril de 2017.

Os dados foram coletados em três etapas pela pesquisadora e por uma equipe de enfermeiras que possuíam experiência com o manejo básico do aleitamento materno e foram devidamente treinadas e capacitadas para a realização da presente coleta. A primeira etapa ocorreu no ambiente hospitalar, entre 12 e 72 horas após o parto. Diariamente, realizou-se o levantamento das puérperas internadas, e, por meio das informações descritas nos prontuários, foram selecionadas aquelas que poderiam, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, fazer parte do estudo. Na sequência, estas foram abordadas em seus respectivos quartos, com a finalidade de checagem dos dados contidos nos prontuários, bem como para a verificação da presença ou não da mamoplastia de aumento. A partir dessas informações, a escolha da ordem das mulheres para o início da coleta dos dados foi feita de maneira aleatória, por meio de sorteio. Após esse processo, a puérpera era novamente abordada e fazia-se a apresentação do estudo e o convite para a participação

dele. Mediante a aceitação, a mulher era incluída após a assinatura do TCLE.

Já na segunda etapa, realizou-se a avaliação das mulheres e crianças, entre o 5º e o 7º dia pós-parto, por meio de visita domiciliar, em horário previamente agendado e aproximado da mamada. Na terceira etapa, realizou-se a coleta dos dados por meio de contato telefônico entre o 30º e o 32º dia após o parto.

Os períodos analisados foram estabelecidos para a avaliação das variáveis que interferem diretamente no processo do aleitamento materno à medida que ocorrem as modificações fisiológicas da lactação, contemplando sua fase inicial (12 a 72 horas após o parto), o período de apojadura (5º ao 7º dia após o parto) e o de estabelecimento dessa prática (30º ao 32º dia após o parto).

Ao longo do seguimento, registraram-se algumas perdas, na avaliação entre o 5º e o 7º dia após o parto, 19 puérperas recusaram a visita domiciliar, e 13 apresentaram lesão friável e/ou dor à extração láctea com o uso da bomba elétrica e foram excluídas, totalizando assim 83 mulheres. Já aos 30 dias pós-parto, 88 mulheres responderam ao contato telefônico.

Os dados coletados foram armazenados em planilha Excel, e o nível de significância considerado foi de 5%. Para os dados quantitativos, foram utilizados média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo, e, quando associados aos dados categóricos dicotômicos, foram analisados utilizando-se dos testes t de Student e Mann-Whitney. Já a associação dos dados categóricos foi analisada por meio do Teste Exato de Fisher.

Para o desenvolvimento do presente estudo consideraram-se as diretrizes e normas da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Ao analisar o perfil sociodemográfico das mulheres e as características de nascimento das crianças, observou-se que a idade média das participantes foi de 33 anos, 99,2% delas tinham companheiro, 99,1% estudaram até o Ensino Superior (incompleto/completo) e 83,6% trabalhavam em profissão de nível superior no momento da coleta dos dados. No que se refere às características do parto e nascimento, 73,6% tiveram parto cesárea, a média de idade gestacional foi de 39 semanas, o peso ao nascer de 3.286,2±339,1, e o sexo masculino foi mais frequente (53,9%).

Quanto às características cirúrgicas, das 115 mulheres estudadas, 74,8% delas haviam realizado a cirurgia há até 10 anos, 88,7% delas apresentaram incisão inframamária, e a média de volume implantado foi de 267 ml (267±48,4), sendo o máximo de 400 ml e o mínimo de 100 ml, e 52,1% relataram que a prótese estava inserida no espaço pré-peitoral.

Para a análise da variável volume implantado, estabeleceu-se, a partir da média encontrada, a sua categorização dicotômica em menor que 270 ml e maior ou igual a 270 ml.

A Tabela 1 demonstra o tipo de aleitamento praticado de acordo com as características cirúrgicas, nos três momentos avaliados.

Tabela 1 – Informações relacionadas ao tipo de aleitamento materno praticado nos três momentos avaliados, segundo as características cirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

GRUPOS	n	12 a 72 horas após o parto Tipo de Aleitamento (%)			n	5º ao 7º dia após o parto Tipo de Aleitamento (%)			n	30º ao 32º dia após o parto Tipo de Aleitamento (%)		
		Exclusivo	Não exclusivo	P-Valor		Exclusivo	Não exclusivo	P-Valor		Exclusivo	Não exclusivo	P-Valor
Tempo decorrido da Cirurgia												
≤10 anos	86	93,0	7,0	0,269	62	77,4	22,6	0,999	66	59,0	41,0	0,999
>10 anos	29	86,2	13,8		21	81,0	19,0		22	59,1	40,9	
Via de Acesso												
Periareolar	13	100,0	0,0	0,591	8	100,0	0,0	0,193	10	60,0	40,0	0,999
Inframamária	90	92,2	7,8		65	77,0	23,0		68	60,3	39,7	
Local de Implantação												
Pré-peitoral	60	96,7	3,3	0,076	43	81,4	18,6	0,418	47	55,3	44,7	0,658
Retropeitoral	50	86,0	14,0		35	71,4	28,6		36	61,1	38,9	
Volume Implantado												
≤270mL	48	93,7	6,3	0,717	37	83,8	16,2	0,254	39	61,5	38,5	0,482
>270mL	52	90,4	9,6		33	69,7	30,3		35	51,4	48,6	

Teste Exato de Fisher.

Os dados da Tabela 2 demonstram os resultados referentes à apojadura, ao ingurgitamento mamário e à produção láctea, que

foram avaliados entre o 5º e o 7º dia após o parto, os quais não demonstraram relação com as características cirúrgicas analisadas.

Tabela 2 – Informações relacionadas ao período de ocorrência da apojadura, ingurgitamento mamário e produção láctea segundo as características cirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

População Analisada	n	Período de ocorrência da apojadura (%)			Ingurgitamento mamário (%)			Produção láctea (Média ± DP*)			
		Entre 2º/3º dpp	A partir 4º dpp	P-Valor	Sim	Não	P-Valor	Mama Direita	P-Valor	Mama Esquerda	P-Valor
Tempo decorrido da cirurgia											
≤10 anos	62	54,9	45,1	0,209	27,4	72,6	0,276	27,4±24,0	0,375	28,8±23,8	0,741
>10 anos	21	71,4	28,6		42,9	57,1		20,1±12,6		28,1±19,4	
Via de acesso											
Periareolar	8	25,0	75,0	0,065	37,5	62,5	0,682	32,6±41,1	0,979	31,7±34,6	0,999
Inframamária	65	61,5	38,5		27,7	72,3		24,3±19,8		27,4±22,5	
Local de implantação											
Pré-peitoral	43	65,2	34,8	0,253	32,6	67,4	0,999	26±21	0,429	29,9±23,7	0,487
Retropeitoral	35	51,4	48,6		31,4	68,6		24,2±24,2		26,4±22,9	
Volume implantado											
≤270mL	37	67,6	32,4	0,224	35,1	64,9	0,434	28,2±25,7	0,194	31,5±26,5	0,307
>270mL	33	51,5	48,5		24,3	75,7		22,1±19,1		23,3±17,4	

Teste Exato de Fisher. *Mann-Whitney. DP=Desvio-padrão. dpp=dias de pós-parto.

Quanto ao uso de ocitocina spray, os resultados demonstraram que essa medicação foi mais frequentemente utilizada, entre o 5º e o 7º dia após o parto, pelo grupo de mulheres com próteses menores, quando comparado àquele com

próteses maiores, e essa diferença foi significativa (p=0,040). Já o uso de galactogogos orais, na primeira avaliação, foi mais frequente entre aquelas com implante pré-peitoral (p=0,029), como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Informações relacionadas ao uso de ocitocina spray e galactagogs orais segundo as características cirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

População Analisada	n	12 a 72 horas após o parto			n	5º ao 7º dia após o parto			n	30º ao 32º dia após o parto		
		Sim	Não	P-Valor		Sim	Não	P-Valor		Sim	Não	P-Valor
USO DE OCITOCINA SPRAY (%)												
Tempo decorrido da Cirurgia												
≤10 anos	86	28	72	0,811	62	30,7	69,3	0,166	66	3	97	0,097
>10 anos	29	24,1	75,9		21	14,3	85,7		22	13,7	86,3	
Via de Acesso												
Periareolar	13	38,5	61,5	0,296	8	37,5	62,5	0,378	10	10	90	0,429
Inframamária	90	22,2	77,8		65	21,5	78,5		68	4,4	95,6	
Local de Implantação												
Pré-peitoral	60	26,7	73,3	0,999	43	20,1	79	0,311	47	2,1	97,9	0,576
Retropeitoral	50	28	72		35	31,4	68,6		36	5,6	94,4	
Volume Implantado												
≤270mL	48	25	75	0,656	37	19	81	0,04	39	7,7	92,3	0,617
>270mL	52	30,7	69,3		33	42,4	57,6		35	2,9	97,1	
USO DE GALACTAGOGOS ORAIS (%)												
Tempo decorrido da Cirurgia												
≤10 anos	86	10,5	89,5	0,448	62	19,3	80,7	0,168	66	40,9	59,1	0,804
>10 anos	29	3,4	96,6		21	4,8	95,2		22	36,4	63,6	
Via de Acesso												
Periareolar	13	0	100	0,591	8	0	100	0,586	10	20	80	0,307
Inframamária	90	8,9	91,1		65	12,3	87,7		68	39,7	60,3	
Local de Implantação												
Pré-peitoral	60	8,3	91,7	0,999	43	7	93	0,029	47	34	66	0,37
Retropeitoral	50	10	90		35	25,7	74,3		36	44,4	55,6	
Volume Implantado												
≤270mL	48	10,4	89,6	0,734	37	16,2	83,8	0,76	39	41	59	0,999
>270mL	52	7,7	92,3		33	21,2	78,8		35	42,9	57,1	

Teste Exato de Fisher.

Em torno do 30º dia pós-parto, a presença de dor (p=0,025) e lesão mamilar (p=0,021) foi mais observada naquelas mulheres com mamoplastia realizada havia menos de 10 anos, como demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Informações relacionadas à presença de dor ao amamentar e lesão mamilar segundo as características cirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

População Analisada	n	12 a 72 horas após o parto			n	5º ao 7º dia após o parto			n	30º ao 32º dia após o parto		
		Sim	Não	P-Valor		Sim	Não	P-Valor		Sim	Não	P-Valor
DOR AO AMAMENTAR (%)												
Tempo decorrido da Cirurgia												
≤10 anos	86	39,5	60,5	0,508	62	66,1	33,9	0,999	66	19,7	80,3	0,025
>10 anos	29	31,0	69,0		21	66,7	33,3		22	45,4	54,6	
Via de Acesso												
Periareolar	13	53,9	46,1	0,232	8	75,0	25,0	0,999	10	30,0	70,0	0,689
Inframamária	90	35,6	64,4		65	67,7	32,3		68	22,1	77,9	
Local de Implantação												
Pré-peitoral	60	35,0	65,0	0,843	43	72,1	27,9	0,232	47	29,8	70,2	0,319
Retropeitoral	50	38,0	62,0		35	57,1	42,9		36	19,4	80,6	
Volume Implantado												
≤270mL	48	33,3	66,7	0,308	37	73,0	27,0	0,315	39	23,1	76,9	0,445
>270mL	52	44,3	55,7		33	60,6	39,4		35	31,4	68,6	
LESÃO MAMILAR (%)												
Tempo decorrido da Cirurgia												
≤10 anos	86	46,5	53,5	0,286	62	83,9	16,1	0,514	66	18,1	81,9	0,021
>10 anos	29	34,5	65,5		21	76,2	23,8		22	45,4	54,6	
Via de Acesso												
Periareolar	13	69,2	30,8	0,071	8	75,0	25,0	0,611	10	30,0	70,0	0,682
Inframamária	90	40,0	60,0		65	84,6	15,4		68	20,6	79,4	
Local de Implantação												
Pré-peitoral	60	41,7	58,3	0,848	43	83,7	16,3	0,567	47	27,6	72,4	0,445
Retropeitoral	50	44,0	56,0		35	77,1	22,9		36	19,4	80,6	
Volume Implantado												
≤270mL	48	43,7	56,3	0,554	37	83,8	16,2	0,760	39	20,5	79,5	0,302
>270mL	52	50,0	50,0		33	78,8	21,2		35	31,4	68,6	

Teste Exato de Fisher.

No que diz respeito ao escore de dor, entre o 5º e o 7º dia após o parto, identificou-se maior escore de dor naquelas mulheres com implante pré-peitoral ($p=0,046$). Já em

torno do 30º dia, o maior escore ($p=0,039$) foi observado entre as puérperas que realizaram a mamoplastia havia menos de 10 anos.

Tabela 5 – Informações relacionadas ao escore de dor ao amamentar, nas mamas direita e esquerda, segundo as características cirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

População Analisada	n	12 a 72 horas após o parto Escore de dor ao amamentar (Média ± DP*)				n	5º ao 7º dia após o parto Escore de dor ao amamentar (Média ± DP*)				n	30º ao 32º dia após o parto Escore de dor ao amamentar (Média ± DP*)			
		Mama Direita	P-Valor	Mama Esquerda	P-Valor		Mama Direita	P-Valor	Mama Esquerda	P-Valor		Mama Direita	P-Valor	Mama Esquerda	P-Valor
Tempo decorrido da cirurgia															
≤10 anos	86	1,8±2,8	0,927	2,1±3,0	0,302	62	4,2±3,5	0,460	4,1±3,5	0,810	66	0,6±1,8	0,039	0,8±2,1	0,55
>10 anos	29	1,9±3,1		1,6±3,0		21	4,8±3,8		4,3±3,7		22	1,1±1,8		1,5±2,1	
Via de acesso															
Periareolar	13	2,3±3,2	0,629	3,0±3,3	0,143	8	6,2±4,1	0,131	6,1±4,0	0,120	10	1,5±2,7	0,140	1,3±3,2	0,992
Inframamária	90	1,8±2,9		1,8±3,0		65	4,4±3,5		4,0±3,4		68	0,4±1,3		1,0±2,0	
Local de implantação															
Pré-peitoral	60	1,5±2,6	0,416	1,8±2,7	0,786	43	5,1±3,5	0,058	4,8±3,6	0,046	47	0,7±1,5	0,869	1,0±4,9	0,347
Retropeitoral	50	2,1±3,2		2,0±3,2		35	3,6±3,4		3,3±3,2		36	0,8±2,2		0,8±2,4	
Volume implantado															
≤270mL	48	1,2±2,2	0,107	1,4±2,4	0,052	37	4,9±3,2	0,490	4,1±3,1	0,573	39	0,6±1,6	0,663	0,9±2,1	0,507
>270mL	52	2,4±3,3		2,6±3,3		33	4,7±3,9		4,4±3,9		35	1,0±2,2		2,2±2,4	

*Mann-Whitney. DP=Desvio-padrão.

DISCUSSÃO

Ao analisar a taxa de AME e sua relação com o tempo decorrido da cirurgia, via de acesso, local de implantação e volume implantado, não foram observadas diferenças significantes entre os grupos analisados nas três avaliações. Ao comparar a prevalência do AME nos três momentos avaliados, pôde-se observar um decréscimo nessa prática em relação às quatro características cirúrgicas avaliadas, demonstrando que quanto maior o período pós-parto, maior o risco de desmame, o que corrobora as taxas encontradas na população geral, como foi evidenciado na última Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, publicada em 2009⁽¹¹⁾.

Quanto ao tempo decorrido da cirurgia, apenas um estudo recente, retrospectivo, relacionou essa variável com a taxa de AME e, diferentemente do presente estudo, identificou que as mulheres com cirurgia de aumento realizada há até dois anos anteriores ao nascimento apresentaram frequências semelhantes de AME às frequências encontradas em mulheres que haviam realizado o procedimento há mais tempo⁽¹²⁾.

No que se refere à via de acesso, na literatura analisada, apenas duas pesquisas procederam a essa descrição⁽¹³⁻¹⁴⁾, no entanto, somente uma delas avaliou a correlação entre a taxa de AME e o tipo de incisão⁽¹⁴⁾.

A primeira, realizada em 1993, refere-se a um estudo retrospectivo com 26 mulheres que apresentavam mamoplastia de aumento relatando que apenas algumas mulheres deixaram de amamentar aos 3 meses, e a grande maioria continuou oferecendo leite materno por 6 meses ou mais. Os autores identificaram ainda que 11 delas apresentavam

incisão inframamária, sete, periareolar, e uma, axilar⁽¹³⁾, entretanto, as descrições do tipo de incisão não totalizaram o número de mulheres estudadas ($n=26$), ou seja, para sete delas, não houve a caracterização dessa variável. Além disso, não há informações sobre o número de mulheres com cada tipo de incisão que amamentaram exclusivamente e por quanto tempo.

Já o segundo estudo foi realizado retrospectivamente na Universidade de Porto Rico, em 2010, com 105 mulheres com mamoplastia de aumento, 49 com incisão periareolar e 56 com inframamária. Identificou-se que a taxa de sucesso do aleitamento materno exclusivo diminuiu aproximadamente em 25%, e a necessidade de utilizar leite artificial aumentou em 19%, independentemente do tipo de incisão⁽¹⁴⁾. Esses resultados ratificam os encontrados na atual pesquisa, pois, apesar de não ter sido evidenciado pelo teste estatístico, observou-se que aquelas mulheres com incisão inframamária apresentaram maiores taxas de AME em todos os momentos analisados.

Nesse sentido, mulheres com incisões periareolares apresentam cinco vezes mais chances de produção láctea insuficiente, devido aos danos nos dutos, tecido glandular ou inervação da mama, resultando na perda parcial ou total do reflexo de sucção, redução da produção láctea e, consequentemente, desmame precoce⁽¹⁵⁾.

Em relação ao local de implantação e ao volume implantado, na literatura analisada, não foram encontrados estudos que investigaram essa associação. Apesar de os resultados não demonstrarem diferença significativa, as mulheres com implantes pré-peitorais apresentaram maior taxa de AME até o período de 5 a 7 dias após o parto,

fato que pode ser justificado pela compressão da glândula mamária, que, especialmente na apojadura, encontra-se intumescida, com os alvéolos e os dutos dilatados, podendo facilitar a ejeção láctea, promovendo a sensação de produção láctea adequada. Entretanto, após a fase da lactogênese II, a regulação da produção passa a ser autócrina e com o esvaziamento regular da glândula mamária, há uma redução das pressões interalveolares⁽¹⁶⁾, podendo revelar a redução da lactação nas mulheres com implantes pré-peitorais e, conseqüentemente, necessidade de complementação com leites artificiais.

É importante salientar que a duração do AME pode estar associada não somente a fatores fisiológicos relacionados à mamoplastia de aumento. Em geral, as mulheres que optam pela realização desse procedimento podem ter expectativas e crenças diferentes daquelas que não o realizaram. Elas podem apresentar menor autoestima e autoconfiança, não se sentindo capazes de satisfazer as necessidades da criança. Alternativamente, podem ser menos perseverantes quando confrontadas com obstáculos e dificuldades inerentes ao processo de amamentação⁽¹⁷⁾, o que também favorece o desmame precoce.

No que diz respeito à ocorrência de ingurgitamento mamário observou-se que o percentual encontrado nos grupos analisados é coerente com o descrito na literatura geral, a qual apresenta uma incidência que varia amplamente de 28,3%⁽¹⁸⁾ a 89%⁽¹⁹⁾. No entanto, os estudos não retratam a associação entre o ingurgitamento e a mamoplastia de aumento, apenas descrevem que nos casos em que há incisões periareolares, devido à secção dos dutos e à presença do implante, em especial os pré-peitorais, pela compressão da glândula mamária, poderia ocorrer a redução ou a incapacidade da drenagem láctea⁽²⁰⁾, com piora da distensão alveolar e até aumento da obstrução, o que não foi evidenciado na presente pesquisa.

Quanto à produção láctea, a literatura analisada e os resultados da presente pesquisa não são consensuais. Um estudo americano utilizou a bomba elétrica Lactina, com extração simultânea, para avaliar a produção láctea de duas puérperas com mamoplastia de aumento com incisão periareolar a partir do 4º dia após o parto e demonstrou que houve redução significativa da produção láctea ao longo do tempo, em ambos os casos, todavia, tratava-se de mulheres com partos prematuros, uma delas trigemelar e com internação dos recém-nascidos na unidade de terapia intensiva, o que pode ter influenciado os resultados encontrados⁽⁵⁾. Outras pesquisas utilizaram diferentes formas de medida da produção, como a ordenha manual⁽²¹⁾, o ganho ponderal^(15,22) e o relato das mulheres⁽²³⁻²⁴⁾, e concluíram que as cirurgias de aumento interferem negativamente na produção láctea^(15,22), especialmente aquelas com incisão periareolar^(15,22). Apenas um estudo afirmou que o procedimento cirúrgico não afetava a capacidade de produção⁽²⁴⁾. Além das diferenças populacionais, o tipo de extração utilizada e a não padronização do uso da bomba elétrica quanto à frequência de extração, tempo, ritmo e pressão de sucção podem justificar a discordância dos dados apresentados.

Na literatura estudada, não foram encontradas pesquisas que correlacionassem as características cirúrgicas com o uso de galactagogos. Os resultados do presente estudo identificam o uso mais frequente de ocitocina spray pelas mulheres com volume implantado de até 270 ml, entre o 5º e o 7º dia após o parto. Esse dado pode estar relacionado com a maior compressão sobre a glândula exercida pelos implantes maiores, fazendo com que as mulheres com próteses menores percebam precocemente a redução da ejeção e produção láctea, com conseqüente uso desse insumo.

Já os galactagogos orais foram mais utilizados pelas puérperas com implante pré-peitoral entre o 5º e o 7º dia após o parto. Esses resultados podem ser pela maior compressão da glândula mamária na presença do implante pré-peitoral, podendo ocorrer a redução da drenagem láctea e maior uso dessas medicações no período após a apojadura.

Esses resultados também podem apontar para o uso indiscriminado e cada vez mais comum dos galactagogos na prática diária, sendo prescrito, na grande maioria das vezes, sem avaliação clínica prévia, e não da maneira adequada, por profissional capacitado.

No que se refere à presença da dor ao amamentar e à ocorrência de lesão mamilar, na literatura analisada, não foram encontradas pesquisas similares que permitissem a comparabilidade dos resultados identificados, todavia, sabe-se que, nas mulheres com mamoplastia de aumento, a dor pode resultar não somente do processo da amamentação, mas também do trauma do procedimento cirúrgico⁽²⁵⁾.

Nesse sentido, uma publicação americana identificou que 20% das mulheres que realizaram a mamoplastia de aumento relatam dor após 5 anos do procedimento⁽²⁵⁾, o que corrobora os dados encontrados, nos quais as mulheres que realizaram a cirurgia há até 10 anos relataram mais frequentemente a presença de dor, assim como maior escore. Esse quadro pode ser agravado no período da apojadura, em especial, nos casos de implante pré-peitoral, devido à pressão da prótese sobre a glândula mamária, que já se encontra intumescida, edemaciada e dolorida.

Destaca-se como limitação do estudo as perdas amostrais decorrentes de um estudo de seguimento.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu concluir que a presença e o maior escore de dor, a ocorrência de lesão e o uso dos galactagogos orais e nasal estiveram associados ao local de implantação, ao tamanho da prótese e ao tempo decorrido da cirurgia.

Conhecer as características cirúrgicas e sua associação com as variáveis relacionadas ao aleitamento materno auxilia esclarecer a população feminina que deseja realizar a mamoplastia de aumento e posteriormente amamentar, bem como aquelas que estão amamentando. Ademais, proporciona a capacitação profissional para o manejo adequado das dificuldades associadas ao aleitamento materno e para a complexidade desse processo na presença do implante mamário, favorecendo a assistência integral e individual a essa população, facilitando ou proporcionando a vivência do aleitamento materno, seja ele exclusivo ou não.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre as características cirúrgicas da mamoplastia de aumento, tempo decorrido da cirurgia, via de acesso, local de implantação e volume implantado e as variáveis relacionadas ao aleitamento, tipo, apojadura, ingurgitamento mamário, dor, lesão, produção láctea e uso de galactagogs. **Método:** Coorte prospectiva realizada entre 2015 e 2017, com 115 puérperas com mamoplastia de aumento durante a internação hospitalar (12 a 72 horas após o parto), atendimento domiciliar (5º ao 7º dia após o parto) e contato telefônico (entre o 30º e o 32º dia após o parto). **Resultados:** Na primeira avaliação, identificou-se o uso mais frequente de galactagogs orais ($p=0,029$) por puérperas com implante pré-peitoral, e de ocitocina spray por aquelas com prótese de até 270 ml ($p=0,040$). Na segunda avaliação, observou-se maior escore de dor naquelas com implante pré-peitoral ($p=0,046$). Em torno do 30º dia pós-parto, a presença de lesão mamilar ($p=0,021$), de dor ($p=0,025$) e seu maior escore ($p=0,039$) foram mais frequentes naquelas com mamoplastia realizada havia menos de 10 anos. **Conclusão:** A presença e o maior escore dor, a ocorrência de lesão e o uso dos galactagogs orais e nasal estiveram associados ao local de implantação, ao tamanho da prótese e ao tempo decorrido da cirurgia.

DESCRITORES

Aleitamento Materno; Mamoplastia; Implante Mamário; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: En el presente estudio se analizó la asociación entre las características quirúrgicas de la mamoplastia de aumento, tiempo transcurrido de la cirugía, vía de acceso, lugar de implantación y volumen implantado y las variables relacionadas con la lactancia, tipo, apogeo, ingurgitación mamaria, dolor, lesión, producción láctea y uso de galactagogs. **Método:** Cohorte prospectiva realizada entre 2015 y 2017, con 115 puérperas con mamoplastia de aumento durante la internación hospitalaria (12 a 72 horas después del parto), atención domiciliar (5º al 7º día después del parto) y contacto telefónico (entre el 30º y el 32º día después del parto). **Resultados:** En la primera evaluación, se identificó el uso más frecuente de galactagogs orales ($p=0,029$) por puérperas con implante pre-pectoral, y de ocitocina spray por aquellas con prótesis de hasta 270 ml ($p=0,040$). En la segunda evaluación, se observó mayor puntaje de dolor en aquellas con implante pre-pectoral ($p=0,046$). En torno al 30º día post-parto, la presencia de lesión mamilar ($p=0,021$), de dolor ($p=0,025$) y su mayor puntuación ($p=0,039$) fueron más frecuentes en aquellas con mamoplastia realizada hace menos de 10 años. **Conclusión:** La presencia y el mayor puntaje de dolor, la ocurrencia de lesión y el uso de los galactagogs orales y nasales estuvieron asociados al lugar de implantación, al tamaño de la prótesis y al tiempo transcurrido de la cirugía.

DESCRIPTORES

Lactancia Materna; Mamoplastia; Implantación de Mama; Enfermería Obstétrica.

REFERÊNCIAS

- Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and meta-analyses [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2008 Jul 27]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf
- Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 65-103.
- Widdice L. The effects of breast reduction and breast augmentation surgery on lactation: an annotated bibliography. *J Hum Lact.* 1993;9(3):161-7.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Global statistics [Internet]. Hanover: ISAPS; 2016 [cited 2017 Aug 28]. Available from: <https://www.isaps.org/pt/>
- Hill PD, Wilhelm PA, Aldag JC, Chatterton RT Jr. Breast augmentation and lactation outcome: a case report. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2004;29(4):238-42.
- Michalopoulos K. The effects of breast augmentation surgery on future ability to lactate. *Breast J.* 2007;13(1):62-7.
- Soderstrom B J. Helping the woman who has had breast surgery: a literature review. *Hum Lact.* 1993;9(3):169-71.
- Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. *J Hum Lact.* 2005;21(1):22-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334404272407>
- Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Geddes DT, Larsson M, Doherty DA, et al. Importance of vacuum for breastmilk expression. *Breastfeed Med.* 2008;3(1):11-9. DOI: 10.1089/bfm.2007.0028
- Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1996 [citado 2016 nov. 21];30(3):473-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v30n3/v30n3a09.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais e Distrito Federal [Internet]. Brasília: MS; 2009 [citado 2009 set. 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
- Roberts CL, Ampt AJ, Algert CS, Sywak MS, Chen JS. Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. *Med J Aust.* 2015;202(6):324-8.
- Hughes V, Owen J. Is breast-feeding possible after breast surgery? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 1993;18(4):213-7.
- Cruz NI, Korchin L. Breastfeeding after augmentation mammoplasty with saline implants. *Ann Plast Surg.* 2010;64(5):530-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181c925e4>
- Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol.* 1996;87(1):30-4. DOI: 10.1016/0029-7844(95)00349-5
- Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CA. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Atheneu; 2004. Anatomia e embriologia da mama; p.19-24.
- Sarwer DB. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(7 Suppl 1):110S-117S.

18. Sales AN, Vieira GO, Moura MS, Almeida SP, Vieira TO. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2000 [citado 2016 ago. 26];22(10):627-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n10/v22n10a4.pdf>
19. Amir LH. Breastfeeding--managing 'supply' difficulties. Aust Fam Physician. 2006;35(9):686-9.
20. Chiummariello S, Cigna E, Buccheri M, Dessy LA, Alfano C, Scuderi N. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. Aesthetic Plast Surg. 2008;32(2):294-7.
21. Andrade RA, Coca KP, Abrão ACFV. Padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida de mulheres submetidas a cirurgia de redução de mamas e implantes. J Pediatr (Rio J). 2010;86(3):239-44.
22. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Young D, Leff M, Orleans M. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. Birth. 1990;17(1):31-8.
23. Hedén P, Brozn G, Elberg JJ, Deraemaeker R, Murphy DK, Slicton A, et al. Long-term safety and effectiveness of style 410 highly cohesive silicone breast implants. Aesthetic Plast Surg [Internet]. 2009 [cited 2017 Set 28];33(3):430-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693778/>
24. Lund HG, Turkle J, Jewell ML, Murphy DK. Low risk of skin and nipple sensitivity and lactation issues after primary breast augmentation with form-stable silicone implants: follow-up in 4927 subjects. Aesthet Surg J. 2016;36(6):672-80. DOI: 10.1093/asj/sjv266
25. Food and Drug Administration. FDA breast implant consumer handbook [Internet]. Rockville: Silver Spring; 2004 [cited 2015 June 21]. Available from: https://www.pharmamedtechbi.com/~media/Images/Publications/Archive/The%20Gray%20Sheet/30/024/01300240015/040614_fda_breast_implant_handbook.pdf

Apoio Financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Processo n. 443997/2014-4.



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