

Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation

Padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida em mulheres submetidas a cirurgia de redução de mamas e implantes

Regina Aparecida de Andrade¹, Kelly Pereira Coca², Ana Cristina F. V. Abrão³

Resumo

Objetivo: Descrever o padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida da criança em mulheres que se submeteram a dois tipos de cirurgias mamárias – redução e implante – e comparar com o padrão praticado por mulheres que não se submeteram às cirurgias.

Métodos: Coorte prospectiva controlada com 25 mulheres submetidas a cirurgia redutora, 24 a cirurgia de implante e 25 sem cirurgia de mama, que tiveram seus filhos no Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo (SP). Os dados foram coletados por meio de avaliações realizadas entre 48 e 72 horas, entre os quinto e sétimo dias e 30 dias após o parto. Para análise dos dados, usaram-se os testes qui-quadrado, exato de Fisher, curva de Kaplan-Meier e regressão de Cox.

Resultados: A probabilidade de uma criança estar em aleitamento exclusivo no final do primeiro mês de vida foi de 29% em mulheres com cirurgia redutora e 54% nas com cirurgia de implante, e 80% nas mulheres sem cirurgia. A probabilidade do aleitamento misto estar presente neste mesmo período foi de 68% entre mães com cirurgia de redução, 32% com cirurgia de implante e apenas 16% entre as mulheres sem cirurgia mamária. O risco de uma criança estar em aleitamento não exclusivo foi cinco vezes maior entre mães do grupo submetido a redução, quando comparado àquelas do grupo sem cirurgia ($p = 0,002$). Para o grupo de mulheres com implante, o risco de uma criança estar em aleitamento não exclusivo foi 2,6 vezes aquele observado entre crianças cujas mães fazem parte do grupo sem cirurgia ($p = 0,075$).

Conclusão: A cirurgia redutora de mama e de implante refletiu em menor taxa de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida da criança.

J Pediatr (Rio J). 2010;86(3):239-244: Aleitamento materno, mamoplastia, implante mamário, enfermagem.

Abstract

Objective: To describe the breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to two types of surgery – breast reduction and augmentation – and to compare it with the pattern exhibited by women who had no surgery.

Methods: Controlled prospective cohort with 25 women submitted to reduction surgery, 24 submitted to augmentation surgery and 25 with no breast surgery, who gave birth at Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil. The data were obtained from assessments carried out 48 to 72 hours, between the 5th and 7th days, and 30 days after delivery. The following tests were used for data analysis: chi-square test, Fisher's exact test, Kaplan-Meier curve and Cox regression.

Results: The probability of an infant being on exclusive breastfeeding at the end of the first month of life was 29% in women with reduction surgery, 54% in those with augmentation surgery, and 80% in women who had no surgery. The probability of mixed breastfeeding being adopted during this same period amounted to 68% among women with reduction surgery, 32% in those with augmentation surgery, and only 16% among those without any breast surgery. The risk of an infant being on non-exclusive breastfeeding was five times greater in women submitted to reduction surgery when compared to those women with no surgery ($p = 0.002$). Among women with augmentation surgery, the risk of an infant being on non-exclusive breastfeeding was 2.6 times greater than that observed in infants whose mothers had no breast surgery ($p = 0.075$).

Conclusion: Breast reduction and augmentation surgeries led to lower rates of exclusive breastfeeding in the first month of life.

J Pediatr (Rio J). 2010;86(3):239-244: Breastfeeding, mammoplasty, breast augmentation, nursing.

1. Enfermeira neonatal e obstétrica. Mestre, Ciências, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.
2. Enfermeira obstétrica. Especialista, Aleitamento Materno, International Board of Lactation Consultants Examiners (IBLCE). Doutoranda, Enfermagem Obstétrica, UNIFESP, São Paulo, SP.
3. Doutora. Professora, Departamento de Enfermagem, Disciplina de Enfermagem Obstétrica, UNIFESP, São Paulo, SP. Diretora, Centro de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno, Banco de Leite Humano, UNIFESP, São Paulo, SP.

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, e baseada em dissertação de Mestrado apresentada pela primeira autora à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, em 2006.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar este artigo: de Andrade RA, Coca KP, Abrão AC. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):239-244.

Artigo submetido em 09.02.09, aceito em 05.03.10.

doi:10.2223/JPED.2002

Introdução

Inúmeros são os estudos que mostram os benefícios do aleitamento materno, não só às crianças amamentadas, como à mãe, família e sociedade¹. Esses benefícios são ainda maiores quando a amamentação é praticada de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança, como recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS)².

A amamentação é um processo complexo que envolve não só os aspectos fisiológicos, mas também os de ordem psicossociocultural. Do ponto de vista fisiológico, para que a mulher consiga produzir leite em quantidade adequada para suprir as necessidades de seu filho, é preciso que tenha uma estrutura mamária (alvéolos, ductos e ampolas lactíferas) íntegra, que permita um estímulo à produção e sua consequente excreção³.

As cirurgias plásticas mamárias, dependendo da técnica cirúrgica utilizada, alteram essa condição de integridade e funcionamento, dificultando ou mesmo impedindo a amamentação⁴.

Esta é uma questão importante, pois em muitos países e, sobretudo, no Brasil é cada vez maior o número de mulheres que se submetem a esse procedimento. Pesquisa realizada em 2006⁵ mostrou que, dentre as cirurgias estéticas mais realizadas, as de mamas corresponderam a 38%, 23% foram de implantes e 15% de cirurgias redutoras. Pesquisa realizada em 2009 mostrou taxas semelhantes⁶.

A maioria das publicações sobre o assunto traz uma discussão em relação aos tipos de cirurgia de mama e o desempenho das mulheres na amamentação, sem que haja uma comparação entre as cirurgias especificamente.

Nesse sentido, este trabalho propôs descrever o padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida da criança em mulheres que se submeteram a dois tipos de cirurgias mamárias – redução e implante – e comparar com o padrão praticado por mulheres que não se submeteram às cirurgias.

Método

Foi realizada pesquisa com uma coorte prospectiva controlada com mulheres internadas no Hospital Israelita Albert Einstein, situado na cidade de São Paulo (SP). A maternidade, situada em dois andares diferentes, atende cerca de 240 puérperas por mês, apresentando de 13 a 15% de mulheres com cirurgia estética mamária. Embora a instituição não tenha o título "Hospital Amigo da Criança", apresenta uma rotina que apoia e estimula a amamentação. O recém-nascido é colocado para mamar, ainda na sala de parto e, após 1 hora em berço aquecido no berçário, é encaminhado ao alojamento conjunto. Neste local, a primeira mamada é monitorada por uma enfermeira que fornece informações quanto à técnica de amamentação.

No estudo, foram incluídas puérperas com gravidez única, cujos filhos estavam em aleitamento materno. Os critérios de exclusão considerados foram: puérperas que relataram pouca produção de leite no primeiro mês pós-parto em amamentação anterior; presença de doenças e mamilos

pseudoinvertidos ou invertidos; realização de mais de um tipo de cirurgia plástica das mamas; recém-nascidos pré-termo e/ou com peso de nascimento abaixo de 2.500 g e recém-nascidos com alguma doença. Esses critérios foram usados tanto para mulheres com cirurgia plástica como para aquelas que não foram submetidas a cirurgia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), e iniciou-se após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta dos dados foi realizada entre dezembro de 2004 e julho de 2005. Para as mulheres que preenchiam os critérios de elegibilidade, diariamente realizava-se a entrevista, seguida de exame físico e avaliação dos aspectos relacionados à amamentação. Primeiro, foram identificadas as mulheres com cirurgia de implante e redução. Os controles foram selecionados no mesmo andar dos casos, porém, como havia um maior número delas, realizou-se um sorteio. Os dados obtidos na entrevista foram:

- *Características maternas* – idade e escolaridade em anos completos; número de gestações; paridade; tipo de parto; tipo de cirurgia de mama, classificada como sem cirurgia, cirurgia redutora ou de implante; e tipo de aleitamento praticado. A variável tipo de aleitamento foi analisada seguindo a classificação adotada pela OMS⁶, que determina o aleitamento materno exclusivo quando a criança recebe apenas o leite materno; predominante quando recebe leite materno, água ou líquidos à base de água, tais como chá e sucos; aleitamento misto quando recebe leite materno e outro leite; e aleitamento artificial quando recebe somente leite artificial.
- *Características neonatais* – idade gestacional, sexo e peso ao nascer.

Os dados foram coletados por meio de três avaliações realizadas com as mães e crianças, sendo a primeira durante a internação da puérpera, a partir de 48 até 72 horas após o parto; as segunda e terceira realizadas no domicílio, entre o quinto e o sétimo dia e em torno de 30 dias após o parto, respectivamente.

A amostra inicial foi de 90 mulheres. No decorrer das avaliações, por desistência de algumas participantes, a amostra final compreendeu 74 mulheres. Diante desse número amostral, calculou-se o poder do teste da associação entre tipo de aleitamento e grupo nas três avaliações. Fixou-se o nível de significância (erro tipo I) em 5%, obtendo 44,2% para a primeira avaliação, 91,6% para a segunda e 87,4% para a terceira. A probabilidade de a diferença ser detectada foi de aproximadamente 87% na segunda avaliação e maior que 90% na terceira avaliação.

Na análise estatística, para comparação entre os grupos, utilizou-se o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher para variáveis qualitativas e *one-way* ANOVA às quantitativas. O tempo até a ocorrência do aleitamento não exclusivo e aleitamento misto foi avaliado pela construção das curvas de Kaplan-Meier, e a comparação entre elas foi realizada por meio do teste *log-rank*. Como parte da análise univariada, avaliou-se o risco até a ocorrência de um dos dois tipos de aleitamento. Para a análise multivariada, empregou-se o modelo de regressão de Cox. Todos os testes estatísticos

realizados foram bicaudais, e adotou-se um p menor do que 0,05 para indicar significância estatística⁷.

O banco de dados foi armazenado em uma planilha do Microsoft Excel, e a análise foi realizada utilizando o *software* SPSS 12.0 para Windows.

Resultados

As características maternas dos grupos mostraram-se homogêneas em termos de idade e escolaridade ($p > 0,05$), a média de idade das mulheres foi de 33 anos e observou-se uma alta porcentagem de mulheres com nível superior. Quanto aos dados obstétricos, apesar da primiparidade ter sido encontrada na maioria das mulheres dos grupos submetidos a implante e redução, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar diferença quando comparado ao grupo sem cirurgia ($p = 0,068$). Houve maior porcentagem de parto cirúrgico entre as mulheres do grupo redução quando comparado aos demais grupos, porém sem significância estatística ($p = 0,351$). Quanto às características neonatais, encontrou-se que o sexo masculino foi mais frequente entre os filhos das mulheres dos grupos redução e sem cirurgia quando comparado ao grupo implante, porém mais uma vez sem significância estatística ($p = 0,247$). Além disso, verificou-se que todas as crianças eram a termo e com peso adequado à idade gestacional (Tabela 1).

Para verificar o padrão de aleitamento materno praticado pelas crianças dos grupos estudados, foram construídas curvas de sobrevida pela técnica de Kaplan-Meier para aleitamento materno exclusivo e misto. Como o aleitamento predominante ocorreu apenas em dois casos no período avaliado, não foi possível a construção de curvas de sobrevida.

No primeiro mês, o aleitamento materno exclusivo foi estatisticamente diferente entre os grupos avaliados ($p < 0,001$). O grupo sem cirurgia apresentou frequência de aleitamento

exclusivo maior do que o observado nos grupos com cirurgia redutora e implante. A probabilidade de uma criança estar em aleitamento exclusivo no final do primeiro mês de vida foi de 29% no grupo com cirurgia redutora, 54% no grupo implante e 80% no grupo sem cirurgia (Figura 1).

A probabilidade de o aleitamento misto estar presente ao final do primeiro mês foi de 68% no grupo redução, 32% no grupo implante e de apenas 16% no grupo sem cirurgia (Figura 2); mais uma vez, foi observada diferença significativa entre os grupos ($p < 0,001$).

Os dados da Tabela 2 apresentam as estimativas de risco para o aleitamento materno exclusivo e misto, conforme as características avaliadas.

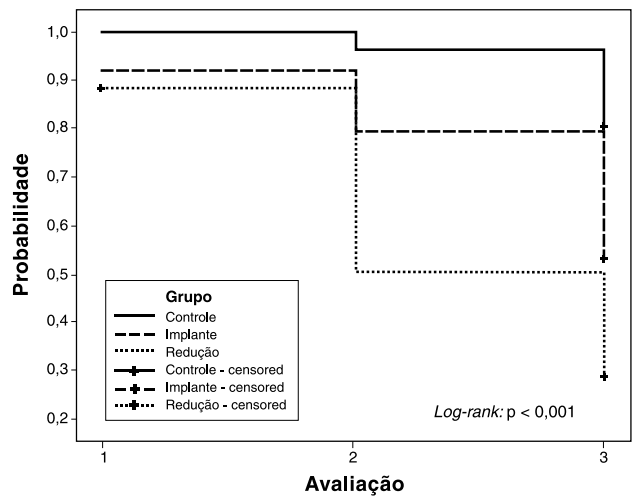


Figura 1 - Curva de Kaplan-Meier para o tempo até a ocorrência do aleitamento não exclusivo

Tabela 1 - Dados demográficos, obstétricos e neonatais, segundo grupo

Características	Grupo			p
	Redução, n (%) (n = 25)	Implante, n (%) (n = 24)	Sem cirurgia, n (%) (n = 25)	
Idade da mãe (anos)	33±4,6	32±6,2	34±4,3	0,273*
Escolaridade (nível superior)	20 (80,0)	20 (83,3)	24 (96,0)	0,234†
Primigestação	14 (56,0)	11 (45,8)	7 (28,0)	0,129‡
Primiparidade	16 (64,0)	13 (54,2)	8 (32,0)	0,068‡
Parto cirúrgico	23 (92,0)	19 (79,2)	19 (76,0)	0,351†
Idade gestacional (semanas)	38,3±0,8	38,8±1,2	38,4±0,9	0,154*
Peso (g)	3.218,0±386,3	3.147,5±339,0	3.322,8±403,8	0,269*
Sexo masculino	16 (64,0)	10 (41,7)	15 (60,0)	0,247‡

* One-way ANOVA.

† Generalização do teste exato de Fisher.

‡ Qui-quadrado.

Peso e idade (da mãe e gestacional) expressos em média ± desvio padrão.

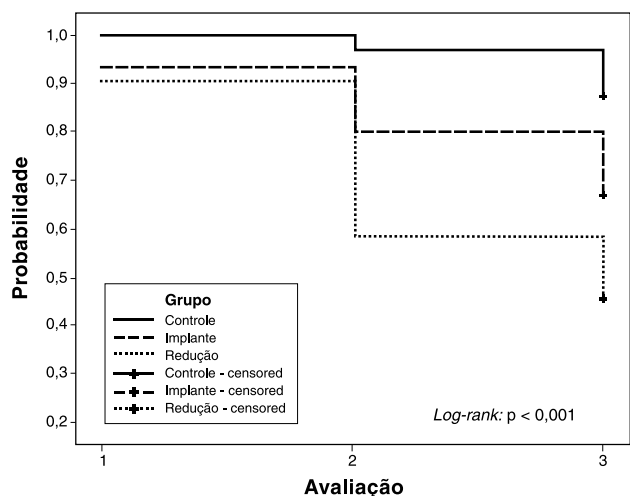


Figura 2 - Curva de Kaplan-Meier para o tempo até a ocorrência do aleitamento misto

Para o aleitamento exclusivo, observou-se que somente a variável grupo apresentou significância estatística ($p = 0,005$), não sendo necessária a análise multivariada.

Para o aleitamento misto, notou-se também que, com exceção da variável grupo, nenhuma outra apresentou significância estatística, porém, como a variável escolaridade apresentou p inferior a 20%, prosseguiu-se à análise por

meio de um ajuste multivariado. No modelo de regressão de Cox, foram incluídas as variáveis grupo e escolaridade, de onde se verificou que a escolaridade não se mostrou independentemente associada ao tempo, até a ocorrência do aleitamento misto (risco relativo bruto de $p = 0,445$ e ajustado de $p = 0,124$).

Discussão

O presente estudo demonstrou que as cirurgias plásticas de mama interferiram no padrão de aleitamento praticado no primeiro mês, e o impacto negativo da cirurgia redutora na amamentação exclusiva foi maior que o da cirurgia de implante, quando comparado ao grupo de mulheres sem cirurgia.

Nas últimas décadas, têm sido publicados estudos em relação à temática; no entanto, poucos apresentam um desenho prospectivo como este, que analisa os efeitos dessas cirurgias no tipo de aleitamento materno praticado.

Anterior a esta pesquisa e com resultados semelhantes, apenas um único estudo, parcialmente prospectivo e retrospectivo, foi realizado no Brasil, com 49 mulheres submetidas a cirurgia redutora de mama pela técnica de transposição, comparando-as com 96 mulheres sem cirurgia. A prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês foi de 21% em mulheres com cirurgia de redução contra 70% nas que não realizaram cirurgia. Aos 4 meses, essa prevalência caiu para 4 e 22% para os grupos com cirurgia e sem cirurgia, respectivamente⁸.

Tabela 2 - Análise univariada para aleitamento materno exclusivo e misto

	Aleitamento exclusivo			Aleitamento misto		
	Risco relativo	IC95%	p	Risco relativo	IC95%	p
Grupo			0,005			0,005
Implante <i>versus</i> controle	2,613	0,908-7,523		3,003	0,941-9,581	
Redução <i>versus</i> controle	5,029	1,847-13,698		5,852	1,959-17,477	
Idade	1,004	0,940-1,073	0,908	1,013	0,947-1,085	0,705
Escolaridade			0,228			0,124
Não superior <i>versus</i> superior	1,672	0,726-3,852		1,936	0,834-4,494	
Gestação			0,209			0,209
1 <i>versus</i> 2	1,549	0,782-3,068		1,572	0,776-3,183	
Paridade			0,505			0,505
Múltipara <i>versus</i> primípara	1,328	0,576-3,061		1,328	0,576-3,061	
Parto			0,964			0,746
Cirúrgico <i>versus</i> não cirúrgico	0,980	0,404-2,373		0,863	0,354-2,104	
Idade gestacional	0,895	0,639-1,254	0,520	0,921	0,649-1,309	0,921
Peso	1,000	0,999-1,001	0,653	1,000	0,999-1,001	0,691
Sexo			0,238			0,289
Feminino <i>versus</i> masculino	1,516	0,759-3,029		1,466	0,722-2,977	

IC95% = intervalo de confiança de 95%.

Na avaliação realizada, entre 48 a 72 horas após o parto, todas as mulheres do estudo estavam amamentando. No entanto, as curvas de Kaplan-Meier mostram que, no final da primeira semana após o parto, até por volta de 30 dias, a amamentação exclusiva entre as mulheres com cirurgia redutora e de implante foi significativamente menor quando comparada às mulheres sem cirurgia. Observou-se ainda que o impacto da redutora foi bem maior do que o da cirurgia de implante, representando o dobro de risco para aleitamento não exclusivo (5,0 no grupo redução e 2,6 implante). Resultado semelhante de repercussão da cirurgia na amamentação foi também demonstrado em pesquisa realizada com 22 mulheres submetidas tanto a cirurgia de implante como de redução, com incisões periareolares, apresentando um risco cinco vezes maior para lactação insuficiente quando comparadas com mulheres sem cirurgia⁹.

A diferença encontrada entre os grupos pode ser decorrente da diminuição da capacidade de produção de leite pela mama com redução ou que sofreu implante. No caso da redução, a dificuldade de manter a produção é mais significativa porque, além da retirada de parênquima mamário, ocorre lesão de vasos e nervos com a perda da sensibilidade mamilo-areolar¹⁰. Na cirurgia de implante, embora alguns estudos afirmem que esta não interfere na lactação^{11,12}, outros fazem referência à lactação insuficiente e baixa produção láctea, diretamente relacionada à incisão periareolar e à compressão do tecido glandular, decorrente do volume implantado e da colocação da prótese sob a glândula^{9,13-15}. Seu impacto é inferior ao da cirurgia redutora porque o dano na estrutura glandular é menor ou inexistente.

Um trabalho retrospectivo desenvolvido analisou 42 mulheres com implante e 42 sem implante, encontrando lactação insuficiente em 64% das mulheres com implante contra 7% das sem implante¹³. O mesmo autor em trabalho posterior destacou a importância do conhecimento da mulher a respeito dos fatores que interferem na amamentação, como a técnica cirúrgica, o volume de implante e as possíveis complicações¹⁶.

Embora não tenha havido diferenças significativas nas características dos três grupos, provavelmente, pelo pequeno tamanho da amostra, podem ser observadas algumas importantes diferenças que devem estar superestimando o impacto negativo da cirurgia nas taxas de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida da criança. Melhor escolaridade e parto normal podem estar associados com melhores índices de aleitamento materno exclusivo. As mulheres do grupo sem cirurgia mostraram melhor escolaridade, e as mulheres do grupo com cirurgia de redução de mamas apresentaram maior índice de cesáreas. Por outro lado, o fato de não se ter incluído na amostra mulheres que relataram insuficiência de leite em amamentações anteriores pode ter subestimado o impacto das cirurgias, já que sabidamente as mulheres com cirurgia apresentam este problema com maior frequência. Sendo assim, é provável que proporcionalmente mais mulheres com cirurgia tenham sido excluídas do estudo do que mulheres sem cirurgia por causa desse critério de exclusão. Caso essas mulheres tivessem sido incluídas no estudo, é provável que esse problema se repetisse com maior frequência entre o grupo com cirurgia.

Ao analisar o aleitamento misto praticado ao longo do primeiro mês, observou-se que, na primeira avaliação (48 a 72 horas após o parto), este estava presente, de forma semelhante, somente nos grupos de cirurgia. Já na segunda avaliação (quinto ao sétimo dia pós-parto), a complementação estava presente também no grupo controle, porém com menor frequência que nos grupos com cirurgia. O risco avaliado para a introdução do leite artificial foi seis vezes maior em mulheres do grupo redução e três vezes maior em mulheres do grupo implante em relação àquelas sem cirurgia.

Esta prática vem se mostrando presente quando são observados os dados do estudo realizado em 2000, que identificou que, em 78 mulheres submetidas a cirurgia redutora, no período de 2 semanas ou mais, apenas 15 (19,2%) estavam em aleitamento exclusivo, oito (10,3%) complementando com fórmula, 14 (17,9%) não conseguiram amamentar e ainda 52% nem tentaram amamentar¹⁷.

Pesquisa clássica realizada com mulheres submetidas a cirurgia redutora identificou presença do aleitamento materno em 73% das mulheres na alta hospitalar. Próximo ao terceiro mês, a taxa havia decrescido para 27%¹⁸.

Há que se considerar que a incapacidade de produção adequada de leite ainda é uma queixa frequente, identificada entre as mulheres que amamentam, sem, contudo, significar que a mulher realmente, tenha problemas na produção. A presença da cirurgia pode potencializar uma insegurança já existente ou ser um impeditivo por questões estéticas. Estudos realizados evidenciaram essa preocupação desde a gestação, acentuando-se após o nascimento da criança^{13,19}. Acrescido a isso, destaca-se a falta de preparo dos profissionais na assistência a mulheres com dificuldade para amamentar, em especial as submetidas a cirurgias mamárias. É possível que mais mulheres submetidas a cirurgias estéticas da mama tenham sucesso na amamentação se assistidas por profissionais capacitados, com conhecimentos acerca das principais dificuldades na lactação dessas mulheres e habilidades no manejo dessas situações. Como o apoio é importante para a efetividade da amamentação²⁰, essas mulheres devem ser encorajadas a amamentar, pois muitas nem acreditam nesta possibilidade.

O presente estudo trouxe contribuições importantes ao mostrar o impacto negativo que as duas cirurgias tiveram no aleitamento materno, e que a redutora representa um risco maior para o insucesso do que a de implante e, ainda, que a introdução de outros leites ocorre precoce e semelhantemente nos dois grupos estudados, apesar de serem cirurgias com técnicas e efeitos diferentes.

Sugere-se que outras pesquisas prospectivas sejam realizadas, com maior número amostral, associando-se, entre outras questões, o tipo de aleitamento praticado com a avaliação de produção láctea para identificar a necessidade real de suplementação.

Referências

1. Kramer MS, Kakuma R. *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva*. Cochrane Database Syst Rev. 2008: CD003517. pub1.

2. World Health Assembly. Resolution WHA54.2 of 18 May 2001. Infant and young child nutrition [text on the Internet]. In: 54th World Health Assembly; 2001 May 18; Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization; 2001. [website]. Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/ea54r2.pdf. Acesso: 10/08/09.
3. Lawrence RA, Lawrence RM. Physiology of lactation. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editores. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p.65-103.
4. Chiummariello S, Cigna E, Buccheri M, Dessy LA, Alfano C, Scuderi N. *Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques*. *Aesth Plast Surg*. 2008;32:294-7.
5. Peixoto, P. Pesquisa Gallup Organization. *Jornal Folha de São Paulo*. Caderno Cotidiano. Nov 15, 2005; p.3.
6. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. [website]. São Paulo: Instituto de Pesquisa Data Folha. <http://www.cirurgioplastica.org.br/publico/pesquisa2009.ppt>. Acesso: 24/08/09.
7. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC; 1991.
8. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. *The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance*. *J Hum Lact*. 2003;19:43-9.
9. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Yong 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;17:31-8.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. Medical complications of the mother. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editores. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p.559-627.
11. Hughes V, Owen J. *Is breast-feeding possible after breast surgery?* *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1993;18:213-7.
12. Johansson AS, Wennborg H, Blomqvist L, Isacson D, Kylberg E. *Breastfeeding after reduction mammoplasty and augmentation mammoplasty*. *Epidemiology*. 2003;14:127-9.
13. Hurst NM. *Lactation after augmentation mammoplasty*. *Obstet Gynecol*. 1996;87:30-4.
14. Smith M, Kent K. *Breast concerns and lifestyles of women*. *Clin Obstet Gynecol*. 2002; 45:1129-39.
15. Hill PD, Wilhelm PA, Aldag JC, Chatterton RT Jr. *Breast augmentation & lactation outcome: a case report*. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2004;29:238-42.
16. Hurst NM. *Breastfeeding after breast augmentation*. *J Hum Lact*. 2003;19:70-1.
17. Brzozowski D, Niessen M, Evans HB, Hurst LN. *Breast-feeding after inferior pedicle reduction mammoplasty*. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:530-4.
18. Marshall DR, Callan PP, Nicholson W. *Breastfeeding after reduction mammoplasty*. *Br J Plast Surg*. 1994;47:167-9.
19. Dornaus MF. *A experiência de amamentação de um grupo de mulheres com mamoplastia redutora e de aumento [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
20. Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, et al. *Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004*. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:560-564.

Correspondência:

Ana Cristina F. V. Abrão

Alameda dos Anapurus, 541/121 - Indianópolis

CEP 04087-000 - São Paulo, SP

Tel.: (11) 5573.3371

E-mail: ana.abrao@unifesp.br