

Flávia Serpa Oliveira

## **Aleitamento materno na região do Algarve: Prevalência e fatores condicionantes**

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, na Especialidade de  
Fisioterapia na Saúde da Mulher

**Orientadora:** Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente

Março, 2024

Flávia Serpa Oliveira

## **Aleitamento materno na região do Algarve: Prevalência e fatores condicionantes**

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, na Especialidade de Fisioterapia na Saúde da Mulher

**Orientadora:** Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Maria Elisabete Martins, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Fisioterapeuta

**Arguente:** Professora Doutora Paula Clara Ribeiro Santos, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Fisioterapeuta

**Vogal:** Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Fisioterapeuta

Julho, 2024

## RESUMO

**Introdução:** O leite materno é considerado o melhor e mais completo alimento nos primeiros seis meses de vida do bebé e apesar da evidência científica crescente sobre os seus benefícios, a prevalência do aleitamento materno mantém-se abaixo do esperado. Em Portugal, existem poucos dados sobre a prevalência do aleitamento materno na região do Algarve e, nenhum dado sobre os fatores que o possam condicionar.

**Objetivo:** Determinar a prevalência e os fatores condicionantes do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida na Região do Algarve.

**Metodologia:** Estudo observacional, descritivo e transversal, com recolha de dados entre 1 de julho e 30 de setembro de 2023 através de um questionário online de autopreenchimento. A amostra, de conveniência, é constituída por 464 mães de bebés entre os seis meses e os dois anos de idade residentes na região do Algarve.

**Resultados:** A prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) foi diminuindo ao longo dos seis primeiros meses. Na alta hospitalar foi de 73,1%, no primeiro mês 75,9%, no quinto 59,5% e sexto mês 38,1%. Os fatores que se associaram a uma menor duração do AME foram: primiparidade ( $p=0,02$ ), não frequentar sessões sobre aleitamento materno durante a gravidez ( $p=0,038$ ), não ter experiência prévia em aleitamento materno ( $p=0,011$ ), experiência prévia negativa ( $p=0,001$ ), menor duração da experiência prévia ( $p<0,001$ ), toma de leite artificial no hospital ( $p<0,001$ ), menor habilitação literária ( $p=0,011$ ), ausência de contacto pele com pele no parto ( $p<0,001$ ), cesariana ( $p<0,001$ ). Os fatores que se revelaram preditivos da duração do AME foram: toma de leite artificial no hospital (Beta = -0,402,  $p < 0,001$ ) e a duração da experiência prévia (Beta=0,206,  $p = 0,003$ ).

**Conclusão:** A realização deste estudo, tendo em conta que foi o primeiro do género na região do Algarve, foi importante para ajudar a caracterizar a região no panorama nacional sobre a prevalência do aleitamento materno e fatores condicionantes. Os resultados obtidos poderão ser utilizados para a elaboração de estratégias locais visando a promoção, o apoio e o incentivo ao aleitamento materno em conformidade com as necessidades da população. Este estudo permite servir de referência para futuros estudos na região do Algarve, para comparação de resultados e para alargar o conhecimento nesta temática através do levantamento de outros fatores.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; prevalência; fatores condicionantes; fisioterapia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast milk is considered the best and most complete food for the first six months of a baby's life and despite growing scientific evidence of its benefits, the prevalence of breastfeeding remains below expectations. In Portugal, there is little data on the prevalence of breastfeeding in the Algarve region and no data on the factors that may influence it.

**Objective:** To determine the prevalence and conditioning factors of breastfeeding in the first six months of life in the Algarve Region.

**Methods:** Observational, descriptive and cross-sectional study, with data collection between July 1st and September 30th, 2023 through a self-completed online questionnaire. The convenience sample consists of 464 mothers of babies between six months and two years of age living in the Algarve region.

**Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding decreased during the first six months. At hospital discharge it was 73.1%, in the first month 75.9%, in the fifth month 59.5% and in the sixth month 38.1%. Factors associated with a shorter duration of exclusive breastfeeding were: primiparity ( $p=0.02$ ), not attending breastfeeding classes during pregnancy ( $p=0.038$ ), no previous experience of breastfeeding ( $p=0.011$ ), negative previous experience ( $p=0.001$ ), shorter duration of previous experience ( $p\leq 0.001$ ), use of formula in the hospital ( $p\leq 0.001$ ), lower educational level ( $p=0.011$ ), lack of skin-to-skin contact during childbirth ( $p\leq 0.001$ ), cesarean section ( $p\leq 0.001$ ). The predictive factors for duration of exclusive breastfeeding were: receiving formula in hospital (Beta = -0.402,  $p < 0.001$ ) and the duration of previous experience (Beta = 0.206,  $p = 0.003$ ).

**Conclusion:** Carrying out this study, considering that it was the first of its kind in Algarve, was important to help characterize the region in the national panorama on the prevalence of breastfeeding and conditioning factors. The results obtained can be used to develop local strategies to promote, support and encourage breastfeeding according to the needs of the population. This study will serve as a reference for future studies in the Algarve region, in order to compare results and increase knowledge on the subject by studying other factors.

**Keywords:** Breastfeeding; prevalence; conditioning factors; Physiotherapy.

## INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é um alimento vivo, único, cuja composição varia de mulher para mulher e ao longo da lactação (González, Carosella, & Fernández, 2021). Ele adapta-se às necessidades exclusivas de cada bebé e fornece todos os nutrientes necessários ao longo dos primeiros seis meses de vida, influenciando, dessa maneira, o percurso do desenvolvimento infantil (Hernández-Cordero & Pérez-Escamilla, 2022; Christian et al., 2021; Patil et al., 2020).

Além dos macro e micro nutrientes essenciais para a sobrevivência infantil, o LM contém uma grande variedade de outros componentes bioativos que lhe conferem propriedades imunológicas e anti-inflamatórias, o que permite modular a composição da microbiota intestinal e o desenvolvimento do sistema imunitário do bebé (North, Gao, Allen, & Lee, 2022; Christian et al., 2021; González et al., 2021).

Segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os cuidados com a maternidade, "as mães devem ser desencorajadas a dar qualquer alimento ou líquido além do LM, a menos que haja indicação médica", uma vez que compromete o contacto inicial entre mãe e bebé e o estabelecimento e manutenção da amamentação (OMS & UNICEF, 2021).

A OMS recomenda que o aleitamento materno (AM) seja iniciado na primeira hora após o nascimento, que a criança seja amamentada exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e que a partir dos seis meses sejam introduzidos alimentos complementares adequados com amamentação continuada até aos dois anos de idade ou mais (Alayón et al., 2022; Hernández-Cordero & Pérez-Escamilla, 2022; Naja et al., 2022; OMS, 2018; OMS & UNICEF, 2021; OMS, 2023). O AM exclusivo (AME) é definido pela OMS como alimentação exclusiva por LM (incluindo leite extraído ou de ama de leite) sem introdução de outro alimento ou bebida, nem mesmo água, sendo permitido apenas a ingestão de soro de reidratação oral (SRO), gotas e xaropes prescritos, como vitaminas, minerais e medicamentos (Alayón et al., 2022; OMS & UNICEF, 2021).

Durante os primeiros dois anos de vida o AM é considerado um componente fundamental de uma dieta alimentar saudável, sendo o AME nos primeiros seis meses de vida considerado o *gold standard* da saúde pública a nível mundial pelos seus reconhecidos benefícios para a criança, a mãe e a sociedade (Hernández-Cordero & Pérez-Escamilla, 2022; Amoo, Popoola, & Lucas, 2022), sabendo-se que quanto maior for a duração e a exclusividade da amamentação, maiores serão os benefícios (Kronborg & Foverskov, 2020).

Os benefícios do AM para a criança incluem a diminuição do risco de: otite média (Patil et al., 2020; Pérez-Escamilla, Martinez, & Segura-Pérez, 2016; Prentice, 2022), infeções gastrointestinais (Amoo et al., 2022; North et al., 2022; OMS & UNICEF, 2012; Patil et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2016; Rueda, Bright, Roussos-Ross, & Montoya-Williams, 2022; Tolppola et

al., 2022), infecções respiratórias (Amoo et al., 2022; OMS & UNICEF, 2012; Patil et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2016; Rueda et al., 2022; Tolppola et al., 2022), mortalidade infantil (OMS & UNICEF, 2012; Pérez-Escamilla et al., 2016; Rueda et al., 2022; Tolppola et al., 2022), obesidade (Amoo et al., 2022; Hernández-Cordero & Pérez-Escamilla, 2022; Horta, Rollins, Dias, Garcez, & Pérez-Escamilla, 2023; OMS & UNICEF, 2012; Pérez-Escamilla et al., 2016; Prentice, 2022; A. I. Rito et al., 2019; Sarki, Parlesak, & Robertson, 2019; Tolppola et al., 2022), diabetes (OMS & UNICEF, 2012; Patil et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2016; Prentice, 2022; Tolppola et al., 2022), síndrome da morte súbita (Patil et al., 2020), má oclusão (Patil et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2016); e quociente de inteligência (QI) mais alto que o dos bebês que não foram amamentados (Alayón et al., 2022; Amoo et al., 2022; Prentice, 2022; Tolppola et al., 2022).

Em relação às mães lactantes, o AM está associado à diminuição do risco de: hemorragia pós parto (Pérez-Escamilla et al., 2016; Rueda et al., 2022), cancro da mama e do ovário (Alayón et al., 2022; Chowdhury et al., 2015; North et al., 2022; Pérez-Escamilla et al., 2016; Prentice, 2022; Qiu, Zhong, Hu, & Wu, 2022; Rueda et al., 2022; Tolppola et al., 2022), cancro da tiroide (Rueda et al., 2022), diabetes tipo 2 (Alayón et al., 2022; Chowdhury et al., 2015; North et al., 2022; Pérez-Escamilla et al., 2016; Rueda et al., 2022), hipertensão arterial (HTA) (North et al., 2022), depressão (Alayón et al., 2022; Alimi, Azmoude, Moradi, & Zamani, 2022; Tolppola et al., 2022). E, quando o AM é exclusivo ou predominantemente exclusivo durante os primeiros seis meses, prolonga a amenorreia lactacional (Chowdhury et al., 2015; Pérez-Escamilla et al., 2016; Prentice, 2022).

As mudanças sociais no Século XX resultaram numa diminuição substancial da prevalência do AM em vários países, principalmente naqueles com maiores níveis de riqueza ou em crescimento. Preocupações com esse declínio levaram a um aumento de estudos científicos sobre o AM e os seus benefícios (Prentice, 2022). Foram, também, feitos esforços no sentido de promover e proteger o AM ao longo dos anos através de políticas e estratégias globais (Rueda et al., 2022; Patil et al., 2020), tais como: o Código Internacional de *Marketing* de Substitutos do LM, em 1981, através da OMS com o objetivo de regular a utilização e comercialização dos substitutos do LM; a declaração conjunta da OMS e do Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para proteger, promover e apoiar o AM, em 1982; a Declaração *Innocenti*, em 1990; a Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê (IHAB), em 1992; a Estratégia Global para a Alimentação de lactentes e crianças pequenas (IYCF) em 2002; em 2004, a *World Breastfeeding Trends Initiative* (WBTi), criada com o objetivo de ajudar os países a avaliar e comparar o progresso na implementação da IYCF; em 2017, o *Global Breastfeeding Collective* (GBC) (uma parceria de importantes agências internacionais lideradas pela OMS e pela UNICEF, com o objetivo de melhorar universalmente os investimentos no AM), que tem como meta para 2025 uma prevalência de 50% para AME aos 6 meses e, como meta

para 2030 uma prevalência de 70% para iniciação do AM na primeira hora de vida, 70% para AME aos 6 meses, 80% para AM no primeiro ano e 60% aos dois anos (Montaigne & Stilwell, 2015; Patil et al., 2020; Prentice, 2022; Rueda et al., 2022; WBTi, 2023; Zakarija-Grković et al., 2020; OMS & UNICEF, 2022).

Os governos desempenham um papel fundamental na proteção da saúde das mulheres e crianças através da melhoria de políticas e programas de apoio ao AM (OMS & UNICEF, 2022). As evidências mostram que as práticas de AM podem ser melhoradas por meio de intervenções realizadas em diferentes contextos, tais como: políticas de apoio ao AM no local do trabalho, campanhas nacionais de informação, promoção da literacia em saúde nas escolas, informações fornecidas por profissionais de saúde durante a gravidez e após o nascimento, implementação da IHAB em maternidades (incluindo o contacto pele com pele, os métodos canguru e copinho), a aplicação do Código Internacional de *Marketing* de Substitutos do LM (principalmente nos serviços de saúde e maternidades) e a importância da continuidade dos cuidados e apoio ao AM (Hernández-Cordero & Pérez-Escamilla, 2022; Tomori, Hernández-Cordero, Busath, Menon & Pérez-Escamilla, 2022).

Segundo as evidências mais recentes, existem fatores sociodemográficos, pré-natais, perinatais e psicossociais maternos que estão associados a uma menor duração do AME, entre eles: menor idade (Cohen et al., 2018; Kronborg & Foverskov, 2020), menor nível de escolaridade (Cohen et al., 2018), tabagismo (Cohen et al., 2018; Patil et al., 2020), obesidade (Turcksin, Bel, Galjaard, & Devlieger, 2012 citado por Cohen et al., 2018) primiparidade (Kronborg & Foverskov, 2020; Wu, Tang, & Wacharasin, 2022), múltiparas com experiência prévia curta em AM (Huang, Ouyang, & Redding, 2018; Kronborg & Foverskov, 2020), parto por cesariana (Cohen et al., 2018; Patil et al., 2020; Wu et al., 2022), separação da díade (ausência de contacto pele com pele ou de alojamento conjunto) (Cohen et al., 2018), introdução de substitutos do LM na maternidade (Pérez-Escamilla et al., 2022), não frequentar sessões pré natais sobre AM (Cohen et al., 2018; Kehinde, O'Donnell, & Grealish, 2022) e falta de apoio do pai na amamentação (Koksal, Acikgoz, & Cakirli, 2022; Kronborg & Foverskov, 2020).

Posto isso, e apesar dos reconhecidos benefícios do AM, verificou-se um aumento modesto nos últimos anos da sua prevalência a nível mundial, ficando aquém dos valores recomendados pela OMS e pela GBC (Alayón et al., 2022; Amoo et al., 2022). Segundo OMS & UNICEF (2022), a nível mundial, em 2015-2021, 47% dos recém-nascidos iniciaram a amamentação na primeira hora após o nascimento e 48% das crianças com menos de seis meses de idade foram amamentadas exclusivamente, tendo a região Europeia a menor prevalência de todas as regiões da OMS (Zakarija-Grković et al., 2020; Theurich et al., 2019).

Em relação a Portugal, os dados disponíveis sobre a prevalência do AM foram recolhidos entre 1995 e 2014 através dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) (1995/96, 1998/99, 2005/06 e 2014) e da plataforma de Registo do Aleitamento Materno (RAM) (Direção Geral da Saúde, 2014; Kislaya, Braz, Dias, & Loureiro, 2016).

Segundo os INS, que recolheram apenas dados sobre a prevalência do AME, houve um aumento da prevalência do AME aos seis meses entre 1995 e 2006 e uma diminuição de 4,3% em 2014 (20,6% em 1995/96, 26,7% em 1998/99, 36,6% em 2005/06 e 32,3% em 2014).

Já a RAM foi lançada em 2010 pela Direção Geral da Saúde (DGS) com o objetivo de criar uma base de dados nacional em conformidade com os indicadores da WBTi, sendo o registo realizado pelos hospitais/maternidades e as unidades de cuidados de saúde primários (UCSP). Desde a sua criação, apenas um relatório do RAM foi divulgado (2014), sendo que na região do Algarve as únicas unidades de saúde participantes foram as duas unidades hospitalares do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (Direção Geral da Saúde, 2014; Montaigne & Stilwell, 2015; Kislaya, Braz, Dias, & Loureiro, 2016). Portanto, nesta região foram apenas recolhidos os dados referentes ao AM desde o nascimento até a alta hospitalar.

Segundo os relatórios RAM e WBTi, 84,1% dos bebés foram amamentados na primeira hora de vida e a percentagem em AME foram as seguintes: 76,67% na alta hospitalar, 88,1% às 5/6 semanas de vida, 51,6% aos dois meses, 52,8% aos 3 meses, 35% aos 4 meses, 22,1% aos 5 meses (Direção Geral da Saúde, 2014; Montaigne & Stilwell, 2015). Os dados apresentados indicam uma prevalência elevada do AME até a alta hospitalar, diminuindo gradualmente ao longo dos meses, sofrendo uma diminuição considerável no quarto e no quinto mês de vida do bebé.

Para além do relatório RAM, existem alguns dados relativos à prevalência do AM em Portugal divulgados nos relatórios *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), um sistema de vigilância da obesidade infantil criado pela OMS Europa para monitorizar a obesidade infantil através de dados sobre o estado nutricional infantil de crianças em idade escolar do 1.º Ciclo do Ensino básico (6-8 idade) (Rito et al., 2023).

No último relatório COSI (2022), 41,8% dos participantes fizeram AM por 6 meses ou mais e 22% fizeram AME por seis meses ou mais. A região do Algarve foi a região com o maior número de crianças amamentadas (92,1%), sendo que 7,3% dos participantes nunca foram amamentados, 17,1% fizeram AM por 4 a 6 meses e 25,7% fizeram AME por 6 meses ou mais (Rito et al., 2023).

Apesar de existirem em Portugal alguns estudos científicos publicados nos últimos anos sobre o AM e os fatores que o condicionam, os mesmos foram realizados maioritariamente nas regiões Centro (Duarte et al., 2019; Silva, 2013), Norte (Silva, Flor-de-Lima & Soares, 2021; Lanzaro, Santos, Guerra, Hespagnol & Esteves, 2015; Caldeira, Moreira & Pinto, 2007; Lopes & Marques,

2004) e em Lisboa (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes, 2006; Sandes et al., 2007; Barges & Carvalho, 2011; Branco et al., 2023), não tendo sido encontrado nenhum estudo realizado na região do Algarve.

Assim, o objetivo deste estudo é determinar a prevalência e os fatores condicionantes do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida na Região do Algarve.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal, cuja recolha de dados decorreu entre 1 de julho e 30 de setembro de 2023 através de um questionário online de autopreenchimento.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Conselho de Administração da ARS Algarve, I.P (06/2023).

### **Participantes**

A amostra em estudo é de conveniência, constituída por 464 mães de bebés com idade compreendida entre os seis meses e os dois anos, residentes na região do Algarve e que cumpriam os seguintes critérios: critérios de inclusão: saber ler, escrever e compreender o português e dar o consentimento expreso informado para participar no estudo. Critério de exclusão: existir contra-indicação à amamentação.

O tamanho da amostra foi calculado através do *software EpiInfo*, considerando-se para o cálculo o número de utentes inscritos nos centros de saúde do Algarve nascidos entre 1 de julho de 2021 e 31 de dezembro de 2022 (5869 utentes), um erro de amostragem de 5% e um intervalo de confiança de 95%. Assim sendo, o tamanho mínimo da amostra aconselhado foi de 361 sujeitos.

### **Variáveis em estudo**

As variáveis em estudo são a prevalência do AME nos primeiros 6 meses de vida do bebé, idade materna, habilitações literárias, paridade, frequência em sessões sobre AM durante a gravidez, toma de LA na maternidade, experiência de AM prévia, tabagismo, contacto pele com pele no parto, apoio do/a companheiro/a no AM e tipo de parto.

As variáveis foram agrupadas em: sociodemográficas, maternas/obstétricas/bebé, AM-gravidez, AM- experiência hospitalar, AM- experiência após alta hospitalar, AM- experiência anterior.

## **Instrumento**

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário de autopreenchimento online através da plataforma *Google Forms*.

A construção do questionário teve por base as orientações da ESSA para elaboração de inquéritos e o questionário construído por Caldeira et al. (2007). A validação de conteúdo do questionário foi realizada através de um painel de Delphi, constituído por cinco peritos na área do AM. Foi necessário realizar duas rondas até haver consenso dos peritos acima de 80% em todas as perguntas. Em seguida, o instrumento foi submetido ao pré teste com uma amostra representativa da população em estudo, constituída por dez mães para que fosse avaliada a clareza das perguntas e a facilidade de preenchimento. Após a conclusão desta etapa, chegou-se à versão final do instrumento. Este é constituído por 44 perguntas (respostas abertas, fechadas, de escolha múltipla ou dicotómicas) agrupadas em cinco partes (sociodemográficas, maternas/obstétricas/bebé, AM- gravidez, AM- experiência hospitalar, AM- experiência após alta hospitalar, AM- experiência anterior) e com uma duração média de preenchimento de cinco minutos.

## **Procedimentos**

Após a construção e validação do questionário e a aprovação do estudo pela comissão de ética, foi realizada a divulgação do questionário (aplicado na plataforma *online Google Forms*) nas redes sociais, nas creches de Instituições particulares de solidariedade social (IPSS) do Algarve, nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Algarve e através de profissionais a trabalhar na área materno infantil assim como associações e organizações em prol do AM (SOS amamentação, Liga La Leche Portugal, Rede amamenta Algarve). A divulgação do questionário foi feita através de um *link* e *QR code* de acesso ao mesmo. A recolha de dados decorreu entre 1 julho e 30 setembro de 2023.

A proteção dos dados foi garantida pelo anonimato e pela confidencialidade dos mesmos de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

A análise dos dados recolhidos foi realizada através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 28.0.

Para a estatística descritiva foi utilizada a análise de frequências para as variáveis com escala qualitativa (nominal e ordinal), e para as variáveis quantitativas foi usada a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo.

Antes de iniciar a estatística inferencial foi verificada a normalidade dos grupos através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e os desvios pouco severos através do valor de simetria e de achatamento (desvios pouco severos: simetria entre -3 e 3 e achatamento entre -7 e 7) (Kline, 2016).

O teste paramétrico *t de student* para amostras independentes foi utilizado para testar a associação da variável duração do AME com as seguintes variáveis: paridade; frequência de sessões sobre AM durante a gravidez; experiência prévia em AM (nas dimensões: sim/não e positiva/negativa); toma de LA na maternidade; contacto pele com pele no parto; tabagismo (hábitos tabágicos durante a gravidez e durante o AM); apoio do/a companheiro/a no AM; habilitações literárias. As habilitações literárias foram recodificadas em 2 grupos (ensino básico e secundário; e ensino superior), uma vez que as médias do ensino básico e do secundário eram idênticas, e o curso técnico profissional estar equiparado ao ensino secundário.

Foi calculado o tamanho do efeito através do *D de cohen* para o *t de Student*, sendo os valores de referência:  $\geq 0,20$  magnitude baixa,  $\geq 0,50$  magnitude média e  $\geq 0,80$  magnitude alta (Cohen, 1988).

Para estudar a relação entre a duração do AME com as variáveis contínuas idade materna e duração do AM anterior recorreu-se ao coeficiente de correlação de *pearson*.

O teste ANOVA de *Welch* foi utilizado para verificar a relação entre a duração do AME com o tipo de parto, uma vez que não foi cumprido o pressuposto da homogeneidade de variâncias (verificado através do teste de *Levene*). O tamanho do efeito foi verificado através do valor de *Eta* ao quadrado e recorreu-se ao teste *posthoc* de *Games--Howell* para verificar exatamente quais os grupos que diferiam entre si.

Para finalizar a estatística inferencial foi feita uma análise multivariada com recurso a uma regressão múltipla para verificar qual ou quais variáveis referidas nos objetivos específicos, que revelaram um efeito significativo na estatística uni variada, eram predictoras da variável em estudo. Para isso, verificou-se, à priori, a normalidade dos resíduos, encontrando-se desvios pouco severos à mesma. As variáveis nominais dicotómicas foram transformadas em variáveis *dummy* (códigos 0/1) e a independência dos resíduos foi testada com o teste *Durbin Watson* (valor entre 1 e 3 - independência dos resíduos).

Considerou-se o valor de  $p < 0,05$  para identificar diferenças estatisticamente significativas.

## RESULTADOS

Foram recolhidas 503 respostas ao questionário, destas, 39 foram excluídas por não corresponderem aos critérios de inclusão (idade do bebé). Sendo assim, a amostra foi constituída por 464 questionários.

## Caracterização da amostra

A amostra é constituída por mulheres entre os 18 e os 49 anos, com uma média de idade de 33,99 anos, sendo as faixas etárias dos 26-33 anos e dos 34-41 anos as que apresentaram maior percentagem de respostas (39,7% e 46,6% respetivamente). 97,4% da amostra tem companheiro/a e caracteriza-se por ter entre 1 a 5 filhos, sendo que 55,2% são primíparas e 44,8% são múltíparas. Em relação às habilitações literárias, 40,7% tem curso superior, 22,4% tem o ensino secundário e apenas 0,6% tem o 2º ciclo.

A maioria trabalha por conta de outrem (70,5%) e já regressou ao trabalho depois do bebé nascer (85,6%). Das 397 mães que regressaram ao trabalho/estudo apenas 27,2% estiveram 6 meses ou mais em casa com o seu bebé, onde o mínimo foram 3 dias e o máximo 730 dias (M= 187,74 dias).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográficas da amostra.

Características	Média (DP)	Intervalo (Min-Máx)	Frequência	%
<b>Idade (anos)</b>				
18-25	33,99 (5,27)	18-49	33	7,1
26-33			184	39,7
34-41			216	46,6
42-49			31	6,7
<b>Habilitações Literárias</b>				
Ensino básico - 2º ciclo			3	0,6
Ensino básico - 3º ciclo			25	5,4
Secundário			104	22,4
Curso técnico profissional			52	11,2
Curso superior			189	40,7
Mestrado / Doutoramento			91	19,6
<b>Situação Conjugal</b>				
Com companheiro/a			452	97,4
Sem companheiro/a			12	2,6
<b>Paridade</b>				
Primípara	1,57 (0,73)	1-5	256	55,2
Múltipara			208	44,8
<b>Regresso ao trabalho/estudo</b>				
Sim			397	85,6
Não			38	8,2
Não se aplica (desempregada/dona de casa)			29	6,3
<b>Quando regressou ao trabalho/estudo (dias)</b>				
< 6 meses	187,74 (86,28)	3-730	289	72,8
≥ 6 meses			108	27,2
<b>Situação Profissional Durante AM</b>				
Trabalho por conta de outrem			327	70,5
Trabalho por conta própria			60	12,9
Desempregada			28	6
Dona de casa			43	9,3
Estudante			6	1,3

(DP = desvio padrão; Máx = máximo; Mín = mínimo)

Relativamente aos dados maternos/obstétricos e do bebé, a maioria da amostra (88,4%) teve 6 ou mais consultas de acompanhamento da gravidez e apenas 8,8% eram fumadoras durante a gravidez. Da amostra, 1,5% teve uma gravidez gemelar e a duração da gestação variou entre as 28 e

as 42 semanas, sendo que 95,3% teve uma gravidez de termo. O tipo de parto da amostra analisada obteve valores semelhantes entre a cesariana e o parto vaginal (44,4% e 44%, respetivamente).

A idade dos bebés variou entre os 6 e os 24 meses, e 47,8% dos bebés são do sexo masculino. A média de peso dos bebés ao nascer foi de 3237,36g e 6,9% nasceram com baixo peso, sendo o valor mínimo de 944g.

76,9% da amostra refere ter feito contacto pele com pele logo a seguir ao parto, sendo que a duração inferior a 1 hora foi a mais frequente (43,9%). 6,9% dos bebés foram internados durante o período neonatal, a alimentação predominante durante o internamento e após a alta da neonatologia foi o aleitamento misto (65,6% e 50%, respetivamente).

Tabela 2 – Dados Maternos/Obstétricos/ Bebé

<b>Características</b>	<b>Média (Dp)</b>	<b>Intervalo (Min-Máx)</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Consultas acompanhamento gravidez (n°)</b>				
< 6 consultas	9,38 (3,83)	0-30	54	11,6
≥ 6 consultas			410	88,4
<b>Gravidez gemelar</b>				
Sim			7	1,5
Não			457	98,5
<b>Hábitos tabágicos na gravidez</b>				
Sim			41	8,8
Não			423	91,2
<b>Duração da gestação (semanas)</b>				
Pré-termo (< 37 semanas)	39,04 (1,61)	28-42	22	4,7
Termo (≥37 semanas)			442	95,3
<b>Idade do bebé (meses)</b>	16,02 (6,37)	6-24		
<b>Sexo do bebé</b>				
Masculino			222	47,8
Feminino			242	52,2
<b>Peso do bebé (ao nascer- gramas)</b>				
< 2500g	3237,36 (482,36)	944-4800	32	6,9
≥2500g			432	93,1
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal			204	44
Instrumentalizado			54	11,6
Cesariana			206	44,4
<b>Contacto pele com pele (parto)</b>				
Sim			357	76,9
Não			107	23,1
<b>Duração do contato pele com pele</b>				
Menos de 1 hora			156	43,9
1 hora ou mais			152	42,8
Não me lembro			47	13,2
<b>Internamento período neonatal</b>				
Sim			32	6,9
Não			432	93,1
<b>Alimentação no internamento neonatal</b>				
Aleitamento materno exclusivo			10	31,3
Aleitamento artificial			1	3,1
Aleitamento misto			21	65,6
<b>Alimentação após alta neonatologia</b>				
Aleitamento materno exclusivo			15	46,9

Aleitamento artificial	1	3,1
Aleitamento misto	16	50

(DP = desvio padrão; Máx = máximo; Mín = mínimo)

As tabelas 3, 4 e 5 apresentam os resultados relativos aos dados sobre o aleitamento materno na gravidez, na experiência hospitalar e após a alta hospitalar. Algumas perguntas (Acesso à informação, Como foi dado LA, Problemas durante primeiras semanas de AM, Profissional que deu apoio, Apoio familiar/amigos, Motivos da interrupção do AM) foram construídas de forma que as respostas permitissem a escolha de uma ou mais opções, explicando dessa forma o facto da soma das percentagens ser superior a 100%.

Os dados sobre o aleitamento materno- Gravidez mostram que 79,1% das mães referem ter recebido informação sobre AM durante a gravidez, sendo as fontes de informação mais frequentes a aula de preparação para o parto (67,6%), os livros (43,9%), sites (43,6%) e sessão de esclarecimento/ Workshop (34,3%).

Tabela 3 – Dados sobre aleitamento materno - Gravidez

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Informação sobre AM durante a gravidez</b>		
Sim	367	79,1
Não	97	20,9
<b>Acesso à informação</b>		
Sessão de esclarecimento/ Workshop	126	34,3
Aula de preparação para o parto	248	67,6
Livros	161	43,9
Sites	160	43,6
Redes sociais/Podcasts	8	2,2
Família/amigos (as)	5	1,4
Experiência anterior em AM	8	2,2
Formação anterior em AM	4	1,1

Em relação ao AM durante o internamento pós-parto, 85,3% das mães referem ter amamentado na primeira (1ª) hora de vida do bebé. Das 68 mães que não amamentaram na 1ª hora de vida, 34,8% referem que o bebé não foi colocado a mamar, 27,5% referem que o bebé foi levado para o serviço de neonatologia, 14,5% referem que estavam sob o efeito de anestesia geral e 1,4% referem que não quiseram amamentar.

78,9% das inquiridas receberam apoio profissional na amamentação durante o internamento, enquanto 12,1% consideraram que não foi necessário ajuda na amamentação.

Em relação à toma de leite artificial (LA) no internamento, 45,3% das mães referem que foi oferecido LA ao bebé e que o modo de administração mais frequente foi o copo (60%) seguido do biberão (45%).

Na alta do internamento pós-parto, 73,1% das mães estavam a alimentar os seus bebés com aleitamento materno exclusivo e 22,8% com aleitamento misto.

Tabela 4 – Dados sobre aleitamento materno - Experiência hospitalar

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>AM na 1ª hora de vida</b>		
Sim	396	85,3
Não	68	14,7
<b>Razão para não ter AM na 1ª hora de vida</b>		
Não tinha leite/colostró	6	8,7
Mamilos planos/invertidos	4	5,8
Bebé não pegava na mama	5	7,2
Decisão da mãe	1	1,4
Não puseram o bebé para mamar	24	34,8
Anestesia geral	10	14,5
Bebé foi levado para neonatologia	19	27,5
<b>Apoio profissional em AM no internamento pós-parto</b>		
Sim	366	78,9
Não	42	9,1
Não foi necessário	56	12,1
<b>Toma de LA no internamento pós-parto</b>		
Sim	210	45,3
Não	254	54,7
<b>Como foi dado LA</b>		
Biberão	95	45
Copo	127	60
Seringa	20	9,5
Sonda	12	5,7
<b>Alimentação alta maternidade</b>		
Aleitamento materno exclusivo	339	73,1
Aleitamento artificial	19	4,1
Aleitamento misto	106	22,8

97,8% das mães amamentaram os seus bebés e a duração do AM variou entre 0 e 730 dias (M= 336,25 dias). 50,2% das inquiridas referiu ainda estar a amamentar, portanto o registo da duração do AM dessas mães é referente à idade do bebé no momento do preenchimento do questionário.

86,6% fizeram aleitamento materno exclusivo (AME), sendo a duração mínima 0 dias e a duração máxima 243 dias (M= 119,35 dias).

O aleitamento misto foi praticado por 40,3% das inquiridas, tendo sido iniciado entre o dia do nascimento e os 396 dias (M= 63,63 dias).

Das 19 mães que referem não ter amamentado nas primeiras semanas, 10 não amamentaram os seus bebés e as restantes 9 amamentaram apenas no internamento pós-parto, variando entre 1 a 4 dias de duração. Após a alta hospitalar já não estavam a amamentar.

No que diz respeito ao surgimento de problemas durante as primeiras semanas de amamentação, os mais frequentes foram: gretas/fissuras nos mamilos (53,2%), dores durante a mamada (44%) e dificuldade em que o bebé pegasse na mama (28,4%). 20,7% das mães referem não ter tido problemas.

33% receberam apoio profissional durante a amamentação e o profissional com maior frequência foi o enfermeiro (61,8%), seguido da conselheira em aleitamento materno (53,3%).

68,1% consideram ter recebido apoio da família e amigos durante a fase da amamentação, sendo o/a companheiro/a a figura mais frequente (87,9%), seguida pela mãe (56,5%).

Os motivos mais frequentes apontados para a interrupção da amamentação pelas 231 mães que já não amamentam, foram: "Pouco leite/bebê ficava com fome" (31,2%), "O bebê perdeu o interesse" (26,4%), "Desmame natural" (25,5%) e "O bebê não pegava na mama" (18,6%).

Em relação aos hábitos tabágicos, 89,4% das inquiridas não fumaram durante o período em que amamentaram.

Tabela 5 – Dados sobre aleitamento materno - Experiência após alta hospitalar

<b>Características</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Intervalo (Min-Máx)</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Aleitamento Materno</b>				
Sim			454	97,8
Não			10	2,2
<b>Duração AM (dias)</b>	336,25 (232,73)	0-730		
<b>Ainda está a amamentar</b>				
Sim			233	50,2
Não			231	49,8
<b>Aleitamento Materno exclusivo</b>				
Sim			402	86,6
Não			62	13,4
<b>Duração AM exclusivo (dias)</b>	119,35 (75,84)	0-243		
<b>Aleitamento Misto (AM+LA)</b>				
Sim			187	40,3
Não			277	59,7
<b>Início aleitamento misto (dias)</b>	63,63 (87,08)	1-396		
<b>Problemas durante primeiras semanas de AM</b>				
Gretas/ fissuras (feridas nos mamilos)			247	53,2
Dores durante a mamada			204	44
Mastíte			65	14
Dificuldade em que o bebê pegasse na mama			132	28,4
O bebê não aumentava de peso			62	13,4
O bebê perdeu peso			52	11,2
O bebê aumentava pouco de peso			4	0,9
Candidíase mamária			2	0,4
Não tive problemas			96	20,7
Não amamentei			19	4,1
<b>Apoio profissional no AM</b>				
Sim			153	33
Não			160	34,5
Não amamentei			19	4,1
Não foi necessário			132	28,4
<b>Profissional que deu apoio</b>				
Médico			11	7,2
Enfermeiro			94	61,8
Fisioterapeuta			7	4,6
Consultora de lactação			19	12,5
Conselheira em AM			81	53,3
Terapeuta da fala			4	2,6
Osteopata			1	0,7
Doula			2	1,3
<b>Apoio familiar e de amigos (as) durante AM</b>				
Sim			316	68,1

Não	129	27,8
Não amamentei	19	4,1
<b>Apoio familiares/amigos (as)</b>		
Companheiro/a	277	87,9
Mãe	178	56,5
Familiares	120	38,1
Amigas/amigos	109	34,6
<b>Motivo da interrupção do AM</b>		
Mamilos gretados/ feridos	26	11,3
Pouco leite /bebê ficava com fome	72	31,2
O bebê chorava muito	28	12,1
O bebê não pegava na mama	43	18,6
O bebê não aumentava de peso	23	10
O bebê ficou doente	8	3,5
Não gostava de amamentar	11	4,8
Nova gravidez	2	0,9
Doença da mãe	5	2,2
Tive que voltar ao trabalho/estudo	15	6,5
Estava a tomar medicação	8	3,5
Falta de tempo	9	3,9
O bebê perdeu o interesse	61	26,4
Desmame natural	59	25,5
Decisão da mãe	9	3,9
Hipoplasia mamária	2	0,9
Fiquei sem leite	5	2,2
Introdução alimentar	3	1,3
Privação de sono/cansaço	6	2,6
Mastite	7	3
Abcesso	3	1,3
Mamilos invertidos	3	1,3
<b>Hábitos tabágicos durante a amamentação</b>		
Sim	49	10,6
Não	415	89,4

DP = desvio padrão; Máx = máximo; Mín = mínimo

No que diz respeito à experiência prévia em AM, das 208 múltíparas inquiridas, 188 amamentaram os filhos anteriores entre 1 a 2435 dias (M=500,98 dias). 81,9% considerou a experiência positiva, enquanto 18,1% consideraram-na negativa.

Tabela 6 – Dados sobre aleitamento materno - Experiência anterior

Características	Média (Dp)	Intervalo (Min-Máx)	Frequência	%
<b>Experiência prévia em AM</b>				
Sim			188	40,5
Não			20	4,3
Não aplicável (primíparas)			256	55,2
<b>Duração do AM na experiência prévia</b>	500,98 (451,82)	1-2435		
<b>Avaliação da experiência prévia</b>				
Positiva			154	81,9
Negativa			34	18,1

DP = desvio padrão; Máx = máximo; Mín = mínimo

Relativamente à prevalência do AM e do AME, verifica-se que aos 15 dias, 94% das inquiridas estavam em AM e 78,9% em AME, e que aos 6 meses 74,4% mantinham o AM enquanto apenas 38,1% estavam em AME.

Tabela 7 – Prevalência do AM e AME

Idade	Frequência	%
<b>15 dias</b>		
AM	438	94
AME	366	78,9
<b>1 mês</b>		
AM	431	92,9
AME	352	75,9
<b>2 meses</b>		
AM	408	87,9
AME	338	72,8
<b>3 meses</b>		
AM	395	85,1
AME	320	69
<b>4 meses</b>		
AM	374	80,6
AME	303	65,3
<b>5 meses</b>		
AM	361	77,8
AME	276	59,5
<b>6 meses</b>		
AM	345	74,4
AME	177	38,1

(AM= Aleitamento Materno; AME= Aleitamento Materno Exclusivo)

Em relação à estatística inferencial, no que diz respeito à associação entre a duração do AME e a idade materna, os desvios à normalidade eram pouco severos tanto na variável idade (assimetria (SK)= -0,1; curtose (KU)= -0,13) quanto na variável duração do AME (SK= -0,62; KU=-1,26). Portanto foi possível usar a correlação paramétrica de *pearson*, cujos resultados revelam uma relação inversa muito fraca não significativa entre as variáveis [ $r = -0,031$ ,  $p = 0,500$ ].

Também na associação entre a duração do AME e a paridade, os desvios à normalidade eram pouco severos tanto nas primíparas (SK= -0,496; KU= -1,51) quanto nas múltiparas (SK=-0,78; KU= -0,87).

Os resultados do teste *t* de *student* mostram uma diferença estatisticamente significativa de magnitude pequena entre as primíparas e as múltiparas em relação à duração do AME [ $t = 2,213$ ,  $p = 0,027$ ,  $d=0,205$ ], sendo a duração média do AME menor nas primíparas (M = 112,42) comparativamente com as múltiparas (M= 127,87).

Em relação à associação entre a duração do AME e a frequência em sessões sobre AM durante a gravidez, os desvios à normalidade eram pouco severos tanto no grupo que frequentou (SK= -0,82; KU= -0,96) quanto no grupo que não frequentou sessões sobre AM na gravidez (SK= -0,308; KU= -1,59).

O teste *t* de *student* para amostras independentes revelou uma diferença estatisticamente significativa de magnitude pequena entre os grupos em relação a duração do AME [ $t=2,089$ ,  $p=0,038$ ,  $d=0,209$ ], onde as mulheres que não frequentaram sessões sobre AM na gravidez têm uma média de duração do AME (M=109,16) mais baixa do que as mulheres que as frequentaram (M=124,92).

Para testar a associação entre a duração do AME e a experiência prévia em amamentação, foram realizados testes estatísticos para a experiência prévia em AM em três dimensões (Sim ou não (N=464), positiva ou negativa (N=188), duração do AM anterior (N=188)), verificou-se que os desvios à normalidade eram pouco severos em todos os grupos (Com experiência prévia em AM (SK= -0,82; KU= -0,962) e sem experiência prévia em AM (SK= -0,308; KU= -1,59); experiência positiva (SK= -1,067; KU= -0,143) e negativa (SK= -0,017; KU= -1,71); duração AM anterior (SK=1,18; KU=1,40) e duração AME (SK= -0,83; KU= -0,75)).

A relação entre a duração do AME e a experiência prévia em amamentação revela uma diferença estatisticamente significativa de magnitude pequena entre os grupos [ $t = 2,555$ ,  $p =0,011$ ,  $d=0,237$ ], sendo a duração do AME mais baixa no grupo que não tem experiência prévia em AM (M=112,10).

No que diz respeito a experiência anterior ter sido positiva ou negativa, os resultados mostram que existe uma diferença estatisticamente significativa de magnitude média entre os grupos [ $t = 3,290$ ,  $p <0,001$ ,  $d=0,679$ ], estando a menor duração do AME associada ao grupo de mulheres com experiência anterior negativa (M=91,68) e a maior duração do AME associada às que tiveram uma experiência anterior positiva (M=138,45).

A associação entre a duração do AME e a duração do AM na experiência anterior foi testada através do coeficiente de correlação de *pearson* cujos resultados (R= 0,269) revelam que existe uma relação de magnitude pequena entre as variáveis, embora estatisticamente significativa para  $p \leq 0,01$ .

Em relação à toma de LA na maternidade, após se verificar que os desvios à normalidade eram pouco severos (Toma de LA na maternidade: SK= 0,15; KU= -1,78; Sem toma de LA na maternidade: SK= -1,36; KU=0,82) foi feito o teste *t* de *student* para amostras independentes que revelou uma diferença estatisticamente significativa de magnitude grande ( $d =0,938$ ) entre os grupos [ $t = -9,698$ ,  $p <0,001$ ], ou seja, a toma de LA está associada a uma duração média inferior de AME (M =84,05) comparativamente com a não toma de LA na maternidade (M=148,53).

Em relação à associação entre a duração do AME e as habilitações literárias materna, os desvios à normalidade eram pouco severos tanto no ensino básico e secundário (SK= -0,35; KU= -1,48) quanto no ensino superior (SK= -0,83; KU= -0,996). Os resultados dos testes estatísticos revelam que existe uma diferença estatisticamente significativa de magnitude pequena entre os grupos

[ $t = 2,558$ ,  $p = 0,011$ ,  $d=0,243$ ], sendo a duração média do AME menor nas mulheres com ensino básico ou secundário ( $M = 108,30$ ) comparativamente com as mulheres com ensino superior ( $M=126,61$ ).

No que diz respeito à normalidade, foram detetados desvios pouco severos dos grupos na associação entre a duração do AME e as variáveis: hábitos tabágicos durante o AM (Sim:  $SK=0,79$  e  $KU=0,77$ ; Não:  $SK=0,60$  e  $KU=1,31$ ), contacto pele com pele no parto (Sim:  $SK= -0,819$  e  $KU= -0,88$ ; Não:  $SK= -0,42$  e  $KU= -1,84$ ) e apoio do/a companheiro/a no AM (Sim:  $SK= -0,82$  e  $KU= -0,93$ ; Não:  $SK= -0,55$  e  $KU= -0,50$ ).

Os resultados revelam que não existe diferença estatisticamente significativa entre a duração do AME e as variáveis: tabagismo (hábitos tabágicos durante a gravidez [ $t = -0,432$ ,  $p = 0,666$ ,  $d= -0,071$ ] e hábitos tabágicos durante o AM [ $t = 0,617$ ,  $p = 0,538$ ,  $d=0,093$ ]), e apoio do/a companheiro/a no AM [ $t = 1,112$ ,  $p = 0,267$ ,  $d=0,192$ ].

Em relação à duração do AME e o contacto pele com pele no parto, os resultados revelam uma diferença estatisticamente significativa de magnitude média entre os grupos [ $t = 3,811$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,449$ ], sendo a duração do AME mais baixo no grupo que não fez contacto pele com pele ( $M=93,57$ ).

Uma vez que não foi cumprido o pressuposto da homogeneidade de variâncias ( $p<0,001$ ), a relação entre a duração do AME e o tipo de parto foi testada através da ANOVA de *Welch*, que revelou uma diferença estatisticamente significativa de magnitude pequena entre os grupos [ $F_w(2, 149,746) = 10,040$ ,  $p<0,001$ ,  $n^2 = 0,043$ ].

Os valores do *post hoc* de *Games--Howell* revelam uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos cesariana e parto vaginal [Diferença média= $32,57$ ,  $p<0,001$ ], sendo que as mulheres que tiveram parto vaginal ( $M=134,50$ ) amamentaram durante mais tempo do que as mulheres que foram submetidas a cesariana ( $M=101,93$ ). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos vaginal e instrumentalizado [Diferença média= $5,95$ ,  $p=0,853$ ] e cesariana e instrumentalizado [Diferença média= $26,62$ ,  $p=0,057$ ].

Foi realizada uma análise multivariada (regressão múltipla) para verificar qual ou quais das variáveis estatisticamente significativas nas análises uni variadas anteriores (paridade, frequência em sessões sobre AM durante a gravidez, experiência prévia em AM, avaliação da experiência prévia em AM, duração do AM na experiência anterior, toma de LA na maternidade, habilitações literárias materna, contacto pele com pele no parto e tipo de parto) são preditoras da variável em estudo, duração do AME.

Previamente foram estudadas a normalidade e a independência dos resíduos, verificando-se desvios pouco severos à mesma e independência dos resíduos (*Durbin Watson* = 1,781).

A Regressão múltipla excluiu do modelo duas variáveis que revelaram correlações omissas (Paridade e experiência previa em AM) e as restantes variáveis incluídas na regressão explicaram em 27% a variância da variável duração do AME. As variáveis que se revelaram preditoras da duração do AME, foram: a toma de LA na maternidade (Beta = 0,373,  $p < 0,001$ ), onde os bebés a quem foi dado LA na maternidade foram os que fizeram AME durante menos tempo; e a duração do AM no filho anterior (Beta=0,213,  $p = 0,002$ ), onde quanto maior a duração do AM do filho anterior, maior a duração do AME na experiência atual.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

As metas da *Global Breastfeeding Collective* (GBC) para 2030 são que 70% das mulheres iniciem o AM na primeira hora de vida, 70% façam aleitamento materno exclusivo (AME) aos 6 meses, 80% amamentem no primeiro ano de vida e 60% mantenham o aleitamento materno (AM) até os dois anos (OMS & UNICEF, 2022).

Segundo os resultados encontrados neste estudo, 85,3% das inquiridas amamentaram na primeira hora de vida, 38,1% fizeram AME até os 6 meses, 60,36% fizeram AM no primeiro ano de vida (dos 328 bebés com idade entre os 12 e os 24 meses, 198 fizeram AM no primeiro ano) e 55,13% amamentaram até os 2 anos (dos 78 bebés com 24 meses, 43 fizeram AM aos 24 meses). Ao compararmos os resultados da amamentação na primeira hora de vida, estes são superiores aos 70% propostos pela GBC como meta para 2030. Em comparação com estudos mais recentes, a prevalência de AM na primeira hora de vida é semelhante aos 87,7% do estudo de Branco et al.(2023) realizado em Lisboa e é superior à prevalência de 76,2% encontrada por Duarte et al.(2019) num estudo conduzido na zona Centro de Portugal. Quando comparado com o relatório RAM (Direção Geral da Saúde, 2014), os valores são muito semelhantes, sendo a prevalência de bebés amamentados na primeira hora de vida em Portugal em 2013 de 84,1%. Esta percentagem alta de 85,3% de AM na primeira hora de vida pode indicar que, apesar de só existir um hospital amigo do bebé na região do Algarve, os restantes hospitais têm feito esforços no sentido de promover o AM na primeira hora após o parto. Somando-se também o facto de que 79,1% das inquiridas receberam informação sobre o AM durante a gravidez, tornando-as, provavelmente, mais informadas sobre os benefícios e importância da primeira mamada ocorrer durante a primeira hora de vida.

É curioso o facto da prevalência do AM na primeira hora de vida (85,3%) ser superior em quase 10% à percentagem de contacto pele com pele (76,9%), o que pode ser explicado pelo elevado

número de cesarianas (44,4%). Portanto, algumas mães não fizeram contacto pele com pele imediato com o seu bebé, no entanto amamentaram durante essa primeira hora.

Em relação aos 38,1% de AME aos 6 meses, este valor está bem abaixo da meta de 70% da GBC para 2030 e da meta de 50% para 2025. Comparando os resultados obtidos com outros estudos realizados a nível nacional, verificou-se que a prevalência de AME aos 6 meses é superior no presente estudo face aos 23% do relatório COSI (Rito et al., 2023) referente à região do Algarve, aos 25,6% do estudo realizado em Lisboa por Branco et al.(2023) e aos 17,7% apresentados por Lanzaro et al.(2015) na região Norte. A disparidade entre os 38,1% deste estudo e os 23% do relatório COSI para a região do Algarve pode ser explicada pelo facto da recolha de dados do estudo COSI ter sido realizada em crianças dos 6 aos 8 anos, podendo ter havido viés de memória das inquiridas, assim como o facto do tamanho da amostra ser pequeno (N=235), o que pode ter influenciado os resultados do estudo.

Ao analisar os dados referentes ao AME dos primeiros 6 meses, verifica-se um decréscimo acentuado entre os 5 meses de AME (59,5%) e os 6 meses (38,1%), podendo dever-se à duração da licença parental inferior a 6 meses (o que se verificou em 72,8% da amostra) e, em muitos casos, à introdução precoce de alimentação complementar, provavelmente, devido à entrada na creche ou ama.

Em Portugal, a licença parental é paga a 100% apenas se a sua duração for até 120 dias, sendo que a opção de 150 dias é paga apenas a 80% e a licença parental alargada paga apenas a 23% (CITE, n.d.), o que compromete a duração do AME por 6 meses, uma vez que, devido a situação económica de muitos agregados familiares, apenas algumas mães terão a possibilidade de optar por uma licença parental com duração de 6 meses. Acresce a isso, o facto de muitos locais de trabalho não estarem preparados para apoiar as mães lactantes (ausência de creche integrada no local de trabalho, de espaço próprio para extração e conservação de leite materno e para amamentar), o que pode levar a que muitas mulheres acabem por introduzir LA ou alimentação complementar antes dos 6 meses. Segundo Patil et al.(2020), licenças parentais mais curtas e um ambiente de trabalho desfavorável resultam em menor duração do AME.

Apesar das recomendações da OMS sobre a duração do AME por 6 meses, o Comité de Nutrição da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica recomenda que a alimentação complementar pode ser iniciada entre os 4 e os 6 meses (Fewtrell et al., 2017), o que leva a que existam diferentes orientações por parte dos profissionais de saúde no que concerne ao início da diversificação alimentar, comprometendo a duração do AME.

No que diz respeito à duração do AM, 95,9% dos bebés eram amamentados na alta da maternidade, diminuindo gradualmente até os 6 meses, atingindo os 74,4% de prevalência, valor este

superior aos apresentados por outros estudos portugueses mais recentes (64,1% (Branco et al., 2023), 69,1% (Duarte et al., 2019), 50,5% (Lanzaro et al., 2015)). E ao comparar os resultados do AM aos 6 meses dos estudos portugueses mais recentes com os estudos mais antigos (35,4% (Lopes & Marques, 2004), 36% (Sarafana et al., 2006), 34% (Caldeira et al., 2007), 34,1% (Sandes et al., 2007), 36% (Barge & Carvalho, 2011)) verifica-se que houve um aumento significativo dessa prevalência, o que poderá significar que as políticas e estratégias adotadas ao longo dos anos tem surtido efeito, estando também a população mais sensibilizada e informada sobre a importância e os benefícios do AM. Quando comparados os resultados do AM aos 12 e aos 24 meses (60,36% e 55,13%, respetivamente) com as metas da GBC para 2030, verifica-se que o resultado para o AM aos 12 meses está abaixo da meta com uma diferença de 19,64% e que o AM aos 24 meses está muito próximo da meta de 60%.

Segundo Cohen et al.(2018), a multiparidade está positivamente relacionada com a continuação do AM, o que vai de encontro com os resultados do presente estudo e de estudos anteriores (Caldeira et al., 2007; Lopes & Marques, 2004). Estes valores podem ser explicados devido ao facto dessas mães serem mais experientes e conseguirem lidar com eventuais intercorrências durante a maternidade (Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira, 2018).

A percentagem de tabagismo rondou os 10% na gravidez (8,8%) e durante o AM (10,6%), e apesar de existir evidência científica sobre os hábitos tabágicos estarem associados a uma menor duração do AME (Cohen et al., 2018; Patil et al., 2020; Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira, 2018), não foi encontrada esta associação no presente estudo.

Um nível mais elevado de escolaridade foi associado a uma maior duração do AME, estando de acordo com a evidência disponível (Cohen et al., 2018; Sarki et al., 2019) e com outros estudos realizados em Portugal (Duarte et al., 2019; Sarafana et al., 2006; Sandes et al., 2007). Segundo Cohen et al. (2018), as mães com maior nível de escolaridade podem ter melhores condições de trabalho, o que permite que elas tenham um maior controlo no ambiente e horário de trabalho, favorecendo uma maior duração do AM.

Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre o parto por cesariana e uma menor duração do AME, resultado que vai ao encontro de outros estudos nacionais (Silva, 2013; Duarte et al., 2019; Branco et al., 2023; Silva et al., 2021; Lanzaro et al., 2015), sendo consistente com a evidência disponível (Cohen et al., 2018; Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira, 2018; Ulfa, Maruyama, Igarashi, & Horiuchi, 2023).

A percentagem de partos por cesariana foi alta (44,4%), praticamente igual ao parto normal (44%), indo de encontro com a literatura que refere que a prevalência de cesarianas tem vindo a aumentar a nível mundial (Betran, Ye, Moller, & Souza, 2021). Segundo a ERS (2023), do total de

partos realizados em 2021 em Portugal, 37,5% foram cesarianas. O Algarve foi a segunda região do país com a maior percentagem de cesarianas (37,4%), sendo que 81,5% dos partos realizados nas unidades privadas foram cesarianas enquanto nas unidades públicas essa percentagem foi de 29,2%. Este aumento crescente do número de cesarianas é preocupante não só pelos custos associados à mesma, mas também por apresentar riscos a curto e a longo prazo tanto para a mãe quanto para o bebé (OMS, 2018b). Para Ulfa et al. (2023), uma das causas do aumento da prevalência de cesarianas é a requisição materna, que segundo Angolile, Mashauri, & Max (2023), pode ser devido à forma como a cesariana é vista pela sociedade moderna, como um modo de parto normal, e não como uma cirurgia. Salientamos ainda a discrepância de cesarianas entre unidades privadas e públicas.

No que diz respeito ao AM, a cesariana está associada à diminuição ou ausência do contacto pele com pele imediato, o que provoca um atraso do início do AM e na ligação entre a mãe e o bebé (Cohen et al., 2018; Ulfa et al., 2023). De facto, 49% das inquiridas submetidas à cesariana não fizeram contacto pele com pele e correspondiam a 71,4% das mulheres que não fizeram AM na 1ª hora de vida, sendo as razões relatadas com maior frequência para o facto de não terem feito AM neste período o não ter sido colocado o bebé a mamar e terem recebido anestesia geral.

O contacto pele com pele imediato e ininterrupto facilita o reflexo de busca do recém nascido, influencia positivamente os comportamentos de pega e sucção (OMS, 2018b) e tem um impacto significativo na redução dos níveis de estresse do bebé (Karimi, Sadeghi, Maleki-Saghooni, & Khadivzadeh, 2019), estando associado positivamente ao início e continuação do AM (Cohen et al., 2018), o que corrobora os resultados do presente estudo onde a duração do AME foi estatisticamente inferior no grupo que não fez contacto pele com pele.

A percentagem de contacto pele com pele deste estudo (76,9%) é semelhante à do estudo de Duarte et al.(2019) (76,2%) realizado na zona centro, e ligeiramente inferior aos 85,8% do estudo conduzido por Branco et al.(2023) em Lisboa.

Apenas 42,8% das inquiridas afirmam ter feito contacto pele com pele imediato por uma hora ou mais, embora a última *guideline* sobre esse tema realizada por Brimdyr et al. (2023) recomende que o contacto pele com pele deve ser imediato, contínuo e deve durar pelo menos uma hora (onde os cuidados de rotina devem ser adiados e, os cuidados necessários devem ser realizados durante o contacto pele com pele) ou até que o recém nascido tenha mamado e/ou adormecido, tendo a oportunidade de progredir através das etapas comportamentais instintivas: choro de nascimento, relaxamento, despertar, atividade, descanso, rastejar, familiarização, amamentação e sono.

A oferta de LA durante o internamento pós parto foi uma variável que se associou a uma menor duração do AME, estando de acordo com a evidência científica mais recente (Escamilla et al., 2022) e com os resultados dos estudos de Lanzaro et al. (2015) e Caldeira et al. (2007). 45,3% dos

bebés receberam LA na maternidade, o que poderá estar relacionado com a elevada taxa de cesarianas ou com a carência de recursos humanos. Para a OMS (2018b) a falta de pessoal, de disponibilidade ou conhecimento não é justificativa para o uso precoce de alimentos ou líquidos adicionais, uma vez que a suplementação de rotina raramente é necessária nos primeiros dias de vida.

Segundo a OMS (2018b), na maioria dos casos a suplementação é temporária, até que o recém-nascido seja capaz de mamar e/ou a mãe esteja disponível e capaz de amamentar, o que poderá explicar a percentagem de 73,1% de AME na alta da maternidade.

45% dos bebés que receberam LA na maternidade, o leite foi administrado pelo biberão, o que segundo a OMS (2018b) deve ser evitado, uma vez que o seu uso antes do AM estar bem estabelecido pode dificultar a amamentação. O que poderá explicar as dificuldades sentidas pelas inquiridas nas primeiras semanas de vida, onde 53,2% referem ter tido gretas, 44% dores durante a mamada e 28,4% sentiram dificuldade em que o bebé pegasse na mama. Sendo que, a falta de apoio profissional nas primeiras semanas (apenas 34,5% refere ter recebido apoio) poderá ter sido também um factor agravante das dificuldades sentidas pelas mulheres.

Dos profissionais que prestaram apoio ao AM nas primeiras semanas de vida, apenas 4,6% eram fisioterapeutas. Este dado pode ser explicado porque as inquiridas tenham tido pouco contacto com fisioterapeutas nesta fase, mas pode também indicar que é necessária mais formação dos fisioterapeutas em AM, não só pós-graduada, mas também durante a sua formação profissional de base. É fundamental estarmos preparados e disponíveis para apoiar as mulheres na amamentação, sendo uma área de intervenção transversal a todas as profissões de saúde, é imperativo que estejamos todos qualificados para prestar cuidados de excelência quando necessário.

Das 464 inquiridas, 50,2% refere ainda estar a amamentar, e das 49,8% que já não amamentam, o motivo mais frequente de interrupção do AM foi a perceção de ter pouco leite ou o bebé ficar com fome (31,2%), o que corrobora a informação anterior, sendo que provavelmente estas mães não receberam apoio profissional ou, se o receberam, o mesmo poderá não ter sido adequado/eficaz. A perceção de ter pouco leite foi também o motivo mais frequente de interrupção do AM apontado pelas participantes de vários estudos realizados em Portugal (Branco et al., 2023; Caldeira et al., 2007; Lanzaro et al., 2015; Lopes & Marques, 2004; Sandes et al., 2007; T. Silva, 2013), o que demonstra que este é um problema sinalizado que continua constante ao longo desses 20 anos, independente da região de Portugal. Seria importante estudar e explorar essa perceção materna sobre a sua produção de leite, muito provavelmente atribuída à falta de conhecimento sobre o processo de produção e solicitação de leite materno, para que seja possível delinear estratégias de intervenção eficazes. Este problema levanta três vias que poderão ter que ser trabalhadas: falta de apoio profissional, apoio profissional inadequado ou crenças sociais/familiares.

A frequência na gravidez de sessões sobre AM foi uma das variáveis que se associou a uma maior duração do AME, tal com descrito na literatura (OMS, 2018b; Cohen et al., 2018; Patil et al., 2020; Gao et al., 2022). A educação pré natal sobre o AM provavelmente fornece às mulheres estratégias para lidar com os desafios que poderão surgir tanto nas primeiras semanas de amamentação como a longo prazo (Cohen et al., 2018; Gao et al., 2022).

Embora não se tenha verificado relação entre a duração do AME e o apoio do/a companheiro/a durante a fase da amamentação, a literatura refere que mulheres com companheiros que apoiam e participam ativamente no processo de AM têm maior probabilidade de amamentar com sucesso e por mais tempo (Prentice, 2022; Koksall, Acikgoz, & Cakirli, 2022; Koksall, Acikgoz, & Cakirli, 2022), mas, em contrapartida, a falta de conhecimento ou o conhecimento inadequado dos pais nesse âmbito, constitui uma das barreiras mais importantes no apoio à mãe lactante (Panahi et al., 2022). Portanto a educação e apoio aos pais sobre o AM no período pré natal e pós natal proporciona um apoio mais eficaz desses pais no AM o que aumenta a prevalência do AME e diminui a probabilidade de problemas relacionados com a amamentação (Koralage et al., 2018; Panahi et al., 2022; Cohen et al., 2018). 87,9% das inquiridas que receberam apoio familiar durante o período em que amamentaram afirmam que foram apoiadas pelos/as companheiros/as, portanto este apoio pode ter sido interpretado de diferentes formas pelas inquiridas (apenas apoio na decisão da mãe em amamentar o bebé; apoio na decisão de amamentar e partilha de tarefas domésticas/familiares/parentais; ou apoio ativo no processo da amamentação para além de partilha de tarefas domésticas/familiares/parentais), o que poderá explicar a alta percentagem de apoio do/a companheiro/a e a não existência de relação estatisticamente significativa entre essa variável e a duração do AME. Seria importante mais estudos sobre esta temática para perceber o grau de envolvimento dos/as companheiros/as no AM, assim como, o seu nível de conhecimento sobre o mesmo. Importante também realizar estudos sobre a influência das companheiras do mesmo género uma vez que não foram encontrados estudos sobre essa temática e é necessário compreender se existe diferença na perceção dos companheiros do género feminino e masculino para que se possa delinear estratégias de intervenção que vão de encontro às reais necessidades sentidas.

Segundo Patil et al.(2020), programas de educação sobre AM em contextos específicos voltados para a família (mulher, companheiro/a, avó) seria uma importante intervenção para ajudar a eliminar barreiras relacionadas a fatores sociais, culturais e ambientais. Portanto, é necessário realizar intervenções que sejam dirigidas à família, estimulando a participação ativa dos/as companheiros/as e avós e dando aos mesmos ferramentas para apoiarem de forma eficaz a mãe lactante.

Segundo Huang et al. (2018), ter experiência prévia em AM está positivamente associada ao início e duração do AME seguinte, enquanto a curta duração do AM anterior e a experiência anterior

negativa estão relacionados com uma menor duração da amamentação subsequente, o que vai de encontro com os resultados do presente estudo. Os estudos realizados por Branco et al. (2023), Caldeira et al. (2007) e Silva (2013) corroboram os resultados encontrados sobre a relação positiva da experiência prévia em AM com a maior duração do AM no filho atual. Uma experiência prévia positiva em AM pode estar relacionada com uma maior confiança, autoeficácia, motivação e intenção da mãe em amamentar o próximo bebé, enquanto que as mães sem experiência anterior em AM correm maior risco de sofrerem influencia sociocultural na sua intenção de amamentar (Huang et al., 2018).

Ao realizar a análise multivariada, a toma de LA na maternidade e a duração do AM no filho anterior foram as variáveis que se revelaram preditoras da duração do AME, portanto os bebés a quem foi dado LA na maternidade foram os que fizeram AME durante menos tempo e, no caso das mães múltiparas, quanto maior a duração do AM do filho anterior, maior a duração do AME na experiência atual.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo forneceu dados relevantes sobre a prevalência e fatores condicionantes do AM na região do Algarve, sendo atingidos os objetivos inicialmente propostos.

Por ser o primeiro estudo neste âmbito na região do Algarve, de que haja conhecimento, a partilha dos resultados encontrados é de grande importância para ajudar na caracterização do Algarve no panorama nacional e os resultados obtidos poderão ser utilizados para a elaboração de estratégias locais visando a promoção, o apoio e o incentivo ao AM em conformidade com as necessidades da população.

Não há dúvidas de que o aleitamento materno é o melhor e mais completo alimento para suprir as necessidades do bebé nos seus primeiros seis meses de vida, mas apesar disso, os resultados encontrados refletem uma prevalência do AME aos 6 meses muito inferior ao recomendado pela OMS. Para o AM ser bem-sucedido é necessário disponibilidade materna e acima de tudo apoio/suporte a vários níveis, seja ele familiar, social, profissional, de prestação de cuidados de saúde ou governamental.

A maternidade tem sido desafiada nos últimos tempos pela exigência do papel da mulher na sociedade, como mãe, cônjuge e profissional num mercado de trabalho cada vez mais competitivo e exigente que muitas vezes não vai de encontro com as necessidades da trabalhadora grávida, lactante, mãe.

Enquanto se discutem taxas de aleitamento materno exclusivo mais altas, deparamo-nos com licenças parentais inferiores a seis meses, locais de trabalho que não cumprem a lei vigente e que não

reúnem condições para acolher uma trabalhadora lactante, unidades públicas e privadas de saúde que podem não estar tão sensibilizadas para o tema, podendo por isso violar o código de *marketing* dos substitutos do leite materno, prestando cuidados menos adequados e sem estar uniformizado no âmbito do aleitamento materno.

É necessário haver investimento e comprometimento governamental para que o aleitamento materno seja uma prioridade de saúde pública. Em 20 de Dezembro de 2023, foi dado um passo importante com a publicação em diário da república do Despacho nº 13056/2023, com o propósito de constituir uma Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno em Portugal. Se a criação desta Comissão se consolidar, ela será fundamental para proteger, apoiar e promover o AM à nível nacional, sendo responsável pela implementação e monitorização da legislação e das atividades relacionadas com o AM, para que dessa forma se possa avaliar a sua evolução e colmatar a carência de dados sobre o aleitamento em Portugal.

É imprescindível haver mais formação dos profissionais de saúde e uniformização de práticas, mais unidades de saúde amigas do bebé (seja hospital ou centro de saúde), mais cantinhos de amamentação disponíveis e acessíveis na comunidade. Acima de tudo é fundamental literacia da população.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como por exemplo, o facto da amostra ter sido seleccionada por conveniência, o que não garante a representatividade da população, apesar do tamanho da amostra ter sido superior ao valor mínimo calculado.

A possibilidade de viés de memória devido ao facto de algumas perguntas do questionário serem relacionadas com o passado, recorrendo à capacidade de memória das participantes. Para minimizar este viés foi construído um questionário pouco extenso e com perguntas simples e relevantes, para além de que se considera que o AM é uma fase marcante da maternidade.

Por se tratar de um questionário de autopreenchimento online, existe o risco de ocorrer erros no seu preenchimento. Para minimizar esses riscos foi realizado um pré teste para verificar a clareza das perguntas e facilitar o seu correto preenchimento.

São necessários mais estudos, não só sobre a prevalência e fatores condicionantes do AM, mas também sobre: o nível de conhecimento e formação dos profissionais que assistem grávidas e lactantes; o levantamento das rotinas e práticas hospitalares nos internamentos de obstetrícia, neonatologia e bloco de partos; a verificação do cumprimento do código internacional de *marketing* de substitutos do leite materno, entre outros.

No entanto, este estudo pode servir de referência para futuros estudos na região do Algarve, para que mais dados possam ser acrescentados e comparados. E que sirva de incentivo para mais fisioterapeutas explorarem esta área de intervenção.

## BIBLIOGRAFIA

- Alayón, S., Varela, V., Mukuria-Ashe, A., Alvey, J., Milner, E., Pedersen, S., & Yourkavitch, J. (2022). Exclusive breastfeeding: Measurement to match the global recommendation. *Maternal and Child Nutrition*, 18(4).
- Alimi, R., Azmoude, E., Moradi, M., & Zamani, M. (2022). The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeed Med*, 17, 290–296.
- Amoo, T. B., Popoola, T., & Lucas, R. (2022). Promoting the practice of exclusive breastfeeding: a philosophic scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–15.
- Angolile, C. M., Mashauri, H. L., & Max, B. L. (2023). Global increased cesarean section rates and public health implications : A call to action. *Health Science Reports*, 1–5.
- Barge, S., & Carvalho, M. (2011). Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 518–525.
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, B., & Souza, J. P. (2021). Trends and projections of caesarean section rates : global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 1–8.
- Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Antão, R. R., Gago, C. P., ... Barroso, R. (2023). Prevalence and Predictive Factors of Exclusive Breastfeeding in the First Six Months of Life Prevalência e Fatores Preditivos do Aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros Seis Meses de Vida, 416–423.
- Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Maffei, C. T., Grady, J., ... Cadwell, K. (2023). skin contact after birth : Developing a research and practice guideline, (April), 1633–1643.
- Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: Estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23(6), 685–699.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 104, 96–113.

- Christian, P., Smith, E. R., Lee, S. E., Vargas, A. J., Bremer, A. A., & Raiten, D. J. (2021). The need to study human milk as a biological system. *American Journal of Clinical Nutrition*, *113*(5), 1063–1072.
- CITE. (n.d.). Direitos dos pais e das mães trabalhadores/as. Retrieved January 31, 2024, from <https://cite.gov.pt/direitos-dos-pais-e-das-maes-trabalhadores/as>
- Cohen, S., Alexander, D., Krebs, N., Young, B., Cabana, M., Erdmann, P., ... Saavedra, J. (2018). Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatrics*, *203*, 190-196.e21.
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Registo do Aleitamento Materno / Ram Relatório / Janeiro a Dezembro de 2013 2014*.
- Duarte, J., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., Amaral, O., & Dionísio, R. (2019). Influência das características obstétricas e maternas na prevalência do aleitamento materno. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1), 357–366.
- ERS. (2023). *Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia – partos*. Retrieved from [https://www.ers.pt/media/micix0ed/im\\_obstetrícia\\_02-2023.pdf](https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetrícia_02-2023.pdf)
- Escamilla, R. P., Fiedler, A. H., Rhodes, E. C., Vaz, J., Compte, M. V., Neves, P. A. R., & Pérez, S. S. (2022). Impact of prelacteal feeds and neonatal introduction of breast milk substitutes on breastfeeding outcomes : A systematic review and meta - analysis, *18*(October 2021), 1–22.
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Mis, N., ... Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *64*(1), 119–132.
- Gao, H., Wang, J., An, J., Liu, S., Li, Y., Ding, S., ... Chen, Y. (2022). Effects of prenatal professional breastfeeding education for the family. *Scientific Reports*, *12*(1), 10–13.
- González, H. F., Carosella, M., & Fernández, A. (2021). Nutritional risks among not exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *119*(6), E582–E588.

- Hernández-Cordero, S., & Pérez-Escamilla, R. (2022). What will it take to increase breastfeeding? *Maternal and Child Nutrition*, 18(S3).
- Horta, B., Rollins, N., Dias, M., Garcez, V., & Pérez-Escamilla, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 112(1), 34–41.
- Huang, Y., Ouyang, Y., & Redding, S. R. (2018). Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Women and Birth*.
- Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 1–9.
- Kehinde, J., O'Donnell, C., & Grealish, A. (2022). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 14, 118.
- Kislaya, I., Braz, P., Dias, C. M., & Loureiro, I. (2016). A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde, 2014, 1–3.
- Kline, R. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4<sup>a</sup> edição). New York: The Guilford Press.
- Koksal, I., Acikgoz, A., & Cakirli, M. (2022). The Effect of a Father's Support on Breastfeeding: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine*, 17(9), 711–722.
- Koralage, P., Mahesh, B., Gunathunga, M. W., Arnold, S. M., Jayasinghe, C., Pathirana, S., ... Manawadu, P. M. (2018). Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis, 1–14.
- Kronborg, H., & Foverskov, E. (2020). Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding; a Danish cohort study. *PLoS ONE*, 15(9 September), 1–15.

- Lanzaro, C., Santos, P., Guerra, A., Hespanhol, A. P., & Esteves, M. J. (2015). Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural no Norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, (46), 101–108.
- Lopes, B., & Marques, P. (2004). Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 539–544.
- Montaigne, J., & Stilwell, M. (2015). *Relatório World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)*. Portugal. Retrieved from <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/country-data/country-report/WBTi-Portugal-2015.pdf>
- Naja, F., Chatila, A., Ayoub, J. J., Abbas, N., Mahmoud, A., Abdulmalik, M. A., & Nasreddine, L. (2022). Prenatal breastfeeding knowledge, attitude and intention, and their associations with feeding practices during the first six months of life: a cohort study in Lebanon and Qatar. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 1–17.
- North, K., Gao, M., Allen, G., & Lee, A. C. (2022). Breastfeeding in a Global Context: Epidemiology, Impact, and Future Directions. *Clinical Therapeutics*, 44(2), 228–244.
- OMS. (2018a). *Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468>
- OMS. (2018b). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*.
- OMS. (2018c). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*No Title. Geneva.
- OMS. (2023). *WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. Geneva.
- OMS, & UNICEF. (2012). Global Nutrition Target 2025. Breastfeeding Policy Brief. WHO/MNH/NHD 14.7, 8.

- OMS, & UNICEF. (2021). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF)*. Geneva. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44306/9789241599290\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44306/9789241599290_eng.pdf?sequence=1)[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf)<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm><http://innocenti15.net/declaration>.
- OMS, & UNICEF. (2022). Global Breastfeeding scorecard/Global Breastfeeding Collective. Retrieved January 2, 2023, from <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/global-breastfeeding-scorecard>
- Panahi, F., Rashidi Fakari, F., Nazarpour, S., Lotfi, R., Rahimizadeh, M., Nasiri, M., & Simbar, M. (2022). Educating fathers to improve exclusive breastfeeding practices: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–12.
- Patil, D. S., Pundir, P., Dhyani, V. S., Krishnan, J. B., Parsekar, S. S., D'Souza, S. M., ... Renjith, V. (2020). A mixed-methods systematic review on barriers to exclusive breastfeeding. *Nutrition and Health*, 26(4), 323–346.
- Pérez-Escamilla, R., Hromi-Fiedler, A., Rhodes, E. C., Neves, P. A. R., Vaz, J., Vilar-Compte, M., ... Nyhan, K. (2022). Impact of prelacteal feeds and neonatal introduction of breast milk substitutes on breastfeeding outcomes: A systematic review and meta analysis. *Maternal and Child Nutrition*, 18(S3), 1–22.
- Pérez-Escamilla, R., Martinez, J. L., & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 12(3), 402–417.
- Prentice, A. M. (2022). Breastfeeding in the Modern World. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 78(suppl 2), 29–38.
- Qiu, R., Zhong, Y., Hu, M., & Wu, B. (2022). Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 1–9.

- Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., ... Breda, J. (2019). Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: The WHO European childhood obesity surveillance initiative - COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, 12(2), 226–243.
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M., Carvalho, R., Santos, T., ... Rascôa, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*. Lisboa.
- Rueda, C., Bright, M. A., Roussos-Ross, D., & Montoya-Williams, D. (2022). Exclusive breastfeeding promotion policies: whose oxygen mask are we prioritizing? *Journal of Perinatology*, 42(8), 1141–1145.
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., ... Da Silva, L. J. (2007). Aleitamento materno: Prevalência e factores condicionantes. *Acta Medica Portuguesa*, 20(3), 193–200.
- Santana, G. S., Giugliani, E. R. J., Vieira, T. de O., & Vieira, G. O. (2018). Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 94(2), 104–122.
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno : evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 9–14.
- Sarki, M., Parlesak, A., & Robertson, A. (2019). Comparison of national cross-sectional breast-feeding surveys by maternal education in Europe (2006-2016). *Public Health Nutrition*, 22(5), 848–861.
- Silva, J., Flor-de-Lima, F., & Soares, H. (2021). Aleitamento materno exclusivo: Prevalência na maternidade e durante o segundo mês de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 24, 18–20.
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno : prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223–228.
- Theurich, M. A., Davanzo, R., Busck-Rasmussen, M., Díaz-Gómez, N. M., Brennan, C., Kylberg, E., ... Koletzko, B. (2019). Breastfeeding rates and programs in europe: A survey of 11 national breastfeeding committees and representatives. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(3), 400–407.

- Tolppola, O., Renko, M., Sankilampi, U., Kiviranta, P., Hintikka, L., & Kuitunen, I. (2022). Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns—a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics, 181*(9), 3421–3428.
- Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Busath, N., Menon, P., & Pérez-Escamilla, R. (2022). What works to protect, promote and support breastfeeding on a large scale: A review of reviews. *Maternal and Child Nutrition, 18*(S3).
- Turcksin, R., Bel, S., Galjaard, S., & Devlieger, R. (2012). Review Article Maternal obesity and breastfeeding intention , initiation , intensity and duration : a systematic review. *Maternal and Child Nutrition, 1*–18.
- Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth : A scoping review. *Heliyon, 9*(6), e16235.
- WBTi. (2023). World Breastfeeding Trends Initiative. Retrieved from <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/>
- Wu, Q., Tang, N., & Wacharasin, C. (2022). Factors influencing exclusive breastfeeding for 6 months postpartum: A systematic review. *Int J Nurs Knowl, 33*, 290–303.
- Zakarija-Grković, I., Cattaneo, A., Bettinelli, M. E., Pilato, C., Vassallo, C., Borg Buontempo, M., ... Gupta, A. (2020). Are our babies off to a healthy start? The state of implementation of the Global strategy for infant and young child feeding in Europe. *International Breastfeeding Journal, 15*(1), 1–12.