



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Dedico este trabalho aos dois grandes amores da minha vida, ao meu companheiro Luís e ao nosso filho Duarte pelo seu apoio incondicional, pela sua paciência e aceitação, por todo tempo que lhes “roubei” sem uma única cobrança, sem eles nada seria possível.

Agradecimentos

Porque este trabalho não resultou apenas do meu esforço, mas de todo o apoio que recebi agradeço:

À Professora Doutora Emília Coutinho, minha orientadora, por todo apoio, paciência infindável, dedicação, orientação, disponibilidade e amizade

Ao Luís, meu amor, por me incentivar sempre, por querer mais e melhor para mim, por estar sempre lá.

À minha família, pais e irmãs, que me conhecem melhor que ninguém, sempre acreditaram em mim e me apoiaram. Por todo o amor, bem como sacrifícios, pelos ensinamentos, princípios e valores que me transmitiram, pela amizade e cumplicidade.

A todos o meu sincero e honesto: Obrigado!!!

Resumo

Enquadramento: A amamentação desempenha um papel crucial na saúde, crescimento e desenvolvimento do bebé e traz benefícios também para a mãe.

Objetivo: Avaliar a influência do tipo de parto no aleitamento materno.

Metodologia: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura para identificar estudos relevantes a incluir que respondam aos critérios de inclusão previamente delineados. Fez-se pesquisa de estudos datados no friso temporal de 2014 a 2019, nos idiomas português, espanhol e inglês, recorrendo às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: Pubmed, Clinical Queries | Clinical Study Categories | Etiology, Broad, EBSCOhost. O *corpus* da revisão ficou constituído por 12 artigos.

Resultados: Ficou demonstrado que o início da amamentação é significativamente diferente tendo em conta o tipo de parto. A cesariana e o parto por fórceps associado a trabalhos de parto longos e a admissão de recém-nascidos em unidades neonatais influenciam negativamente o sucesso da amamentação. As mulheres com um parto vaginal prévio à cesariana têm aumentada a probabilidade de iniciar precocemente a amamentação. Há uma associação entre o tipo de parto, a administração de ocitocina e a cessação do aleitamento materno. As mulheres cujo parto foi uma cesariana emergente ou eletiva são as que revelam maior risco de cessação do aleitamento materno exclusivo. A admissão por rotina, em unidades neonatais, bem como o afastamento das suas mães de recém-nascidos saudáveis nascidos por cesariana são promotores do aleitamento artificial. A dor do pós-parto por cesariana é inibidora da capacidade materna para cuidar e amamentar recém-nascido. As mulheres que estimulam precocemente a lactação revelaram-se mais motivadas para amamentação. A ausência de informação e apoio sobre o aleitamento materno assumem-se também como preditores de um início tardio do aleitamento materno. A Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés é um elemento protetor no que concerne ao início precoce do aleitamento. As taxas de amamentação são influenciadas também pela duração do contacto pele-a-pele.

Conclusão: Os resultados configuram-se como um contributo para proporcionar práticas e cuidados de enfermagem diferenciados e especializados no âmbito do aleitamento, tendo como objetivo a otimização das taxas nacionais de prevalência do aleitamento materno. O Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia deve considerar e explorar a maneira pela qual as mulheres que tiveram um parto por cesariana podem ser mais apoiadas para promoção do aleitamento materno precoce.

Palavras-chave: Parto; Aleitamento materno.

Abstract

Background: Breastfeeding plays a crucial role in the baby's health, growth and development and also benefits the mother.

Objective: To assess the influence of the type of delivery on breastfeeding.

Methodology: A systematic literature review was carried out to identify relevant studies to include that meet the inclusion criteria previously outlined. Research on studies dated in the time frame from 2014 to 2019 was carried out, in Portuguese, Spanish and English, using the following electronic database platforms: Pubmed, Clinical Queries | Clinical Study Categories | Etiology, Broad, EBSCOhost. The review corpus consisted of 12 articles.

Results: It was demonstrated that the beginning of breastfeeding is significantly different considering the type of delivery. Cesarean section and forceps delivery associated with long labor and the admission of newborns to neonatal units negatively influence breastfeeding success. Women with vaginal deliveries prior to cesarean section are more likely to start breastfeeding early. There is an association between the type of delivery, the administration of oxytocin and the cessation of breastfeeding. Women whose delivery was an emergent or elective cesarean section are those who show the highest risk of cessation of exclusive breastfeeding. Routine admission to neonatal units, as well as the removal of their mothers from healthy newborns born by caesarean section are promoters of artificial breastfeeding. Postpartum pain by caesarean section inhibits the mother's ability to care for and breastfeed a newborn. Women who stimulate early lactation were more motivated to breastfeed. The lack of information and support on breastfeeding is also assumed to be predictors of late breastfeeding initiation. The Baby Friendly Hospital Initiative is a protective element regarding early breastfeeding. Breastfeeding rates are also influenced by the duration of skin-to-skin contact.

Conclusion: The results are configured as a contribution to provide differentiated and specialized nursing practices and care in the scope of breastfeeding, with the objective of optimizing the national rates of prevalence of breastfeeding. The Specialist Maternal Health and Obstetrics Nurse should consider and explore the way in which women who have had a caesarean delivery can be further supported to promote early breastfeeding.

Keywords: Parturition; Breastfeeding.

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

et al. - e outros autores

JBI - *Joanna Briggs Institute*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

Introdução.....	21
Parte I - Fundamentação teórica.....	25
1. Parto: evolução e tipos	27
2. Aleitamento materno.....	31
2.1. Aleitamento materno no mundo.....	34
2.2. Aleitamento materno em Portugal	38
Parte II – Estudo empírico	41
1. Procedimentos Metodológicos	43
1.1. Formulação do problema.....	43
1.2. Critérios de inclusão e de exclusão	44
1.3. Estratégia de busca dos estudos.....	44
1.4. Localização e seleção dos estudos	45
1.5. Avaliação crítica dos estudos	48
3. Resultados.....	51
3.1. Discussão dos resultados.....	58
Conclusão.....	63
Referências bibliográficas.....	65

Lista de quadros

Quadro 1. Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores	45
Quadro 2. Síntese do estudo de Lau, Y., Tha, P.H., Tin Ho-Lim, S.S., Wong, L.Y., Lim, P.I., Nurfarah, B.Z.M.C.N., & Shorey, S. (2018) An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation	52
Quadro 3. Síntese do estudo de Wallenborn, J.T., Graves, W.C., & Masho, S.W. (2017). Breastfeeding Initiation in Mothers with Repeat Cesarean Section: The Impact of Marital Status	52
Quadro 4. Síntese do estudo de Morillo, A., F-C., Duquea, M.D., López, A.B.H., Miguel, C.M. et al. (2019). Cessation of breastfeeding in association with oxytocin administration and type of birth. A prospective cohort study	53
Quadro 5. Síntese do estudo de McLennan, J.D. (2016). Changes in caesarean section rates and milk feeding patterns of infants between 1986 and 2013 in the Dominican Republic.....	53
Quadro 6. Síntese do estudo de Albokhary, A.A., & James, M.J.P. (2014). Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia?	54
Quadro 7. Síntese do estudo de Zhang, F., Yang, Y., Baie, T. et al. (2018). Effect of pumping pressure on onset of lactation after caesarean section: A randomized controlled study.....	54
Quadro 8. Síntese do estudo de Mukunyaa, D., Tumwineb, J.K., Nankabirwa, V. et al. (2017). Factors associated with delayed initiation of breastfeeding: a survey in Northern Uganda.....	55
Quadro 9. Síntese do estudo de Esteves, T.M.B, Daumas, R.P., Oliveira, M.I.C., Andrade, C.A.F., & Leite, I.C. (2015). Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009	55
Quadro 10. Síntese do estudo de Redshaw, M.B.A., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes.....	56
Quadro 11. Síntese do estudo de Taha, Z., Hassan, A.A., Wikkeling-Scott, L., & Papandreou, D. (2019). Prevalence and Associated Factors of Caesarean Section and its Impact on Early Initiation of Breastfeeding in Abu Dhabi, United Arab Emirates	56

Quadro 12. Síntese do estudo de Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., & Tough, S.C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum.....57

Quadro 13. Síntese do estudo de Prado, D.S., MendesII, R.B., Gurgel, R.K. et al. (2018). The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and longterm outcomes58

Lista de figuras

Figura 1. Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)	48
---	----

Lista de tabelas

Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos.....	44
Tabela 2. Teste de Relevância I	46
Tabela 3. Teste de relevância II.....	47
Tabela 4. Grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos JBI.....	49
Tabela 5. Grelha de avaliação crítica para estudos de coorte JBI.....	50
Tabela 6. Grelha para avaliação crítica de um estudo controlado randomizado.....	50

Introdução

O aleitamento materno é a principal fonte de alimento para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebé, e segundo Marinho, Andrade e Abraão (2015, p.190), é considerado o único alimento capaz de atender as necessidades fisiológicas do metabolismo dos lactentes com menos de seis meses. Os mesmos autores referem também que, sendo o meio de “alimentação mais antiga e eficiente da espécie humana, o leite materno é extremamente importante para a saúde materno-infantil e deve ser continuado até o segundo ano de vida da criança” (p.190), com muitos benefícios para mãe, bebé e toda a família.

A amamentação oferece ainda proteção contra o desenvolvimento de doenças na infância e mais tarde na vida adulta, tais como a diabetes *mellitus*, pressão arterial elevada e obesidade (Cock, Manniën, Geerts, Klomp & Jonge, 2015, p. 1; Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway & Tough, 2016, p. 2). Os benefícios maternos da amamentação incluem uma involução mais rápida do útero e menor risco de hemorragia após o nascimento, além de diminuir uma menor incidência da diabetes tipo 2 e cancro da mama e ovários (Prior, Santhakumaran, Gale, Philipps, Mod & Hyde, 2012, p. 1114). Os referidos autores narram que os benefícios da amamentação agem numa relação de resposta à sua duração, pelo que o aumento da duração da amamentação resulta em mais benefícios para a saúde infantil. A amamentação tem benefícios de saúde a curto e longo prazo para mãe e filho. Os primeiros benefícios para a criança incluem a morbilidade reduzida do trato urinário, respiratório, infeções gastrointestinais e do ouvido médio e menos doenças atópicas (Cock et al., 2015, p. 1).

O leite materno é considerado “o melhor alimento para nutrição infantil, pois contém a quantidade de nutrientes essenciais, sofrendo mudanças na composição condizentes à necessidade em cada fase do desenvolvimento infantil” (Senra, Madeira, Mansur, Rodrigues et al., 2018, p. 10). Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (2003, p. 2003) recomenda que os bebés sejam amamentados exclusivamente durante os seis primeiros meses de vida para terem um crescimento e desenvolvimento ideais. No entanto, as taxas de iniciação e de duração do aleitamento materno são extremamente variáveis entre e dentro de vários países.

A amamentação na primeira hora após o parto tem sido citada como um importante preditor da continuidade da amamentação (Meedya, Fahy & Kable, 2010, p. 136; Hobbs et al., 2016, p. 2). O contacto pele a pele tem sido indicado para melhorar o início, a manutenção e a duração da amamentação. Os atrasos no início da amamentação, como nos casos de parto por cesariana, estão associados à reduzida capacidade de

amamentação, diminuição da receptividade do bebé e suprimento insuficiente de leite, que são preditivos da duração reduzida da amamentação (Zanardo, Pigozzo, Wainer, Marchesoni, Gasparoni, Di Fabio, Cavallin, Giustardi & Trevisanuto, 2013, p. 38).

Além das características maternas, o início e a duração da amamentação podem ser afetados por práticas durante o intra-parto e pós-parto, bem como pelas características do bebé. O estudo de Bramson, Lee, Moore, Montgomery, Neish, Bahjri et al. (2010, p. 136) mostra efeitos positivos do contacto precoce pele a pele entre a mãe e o recém-nascido e sem a promoção de alimentação suplementar a recém-nascidos amamentados, a menos que seja por indicação médica. Além disso, o mesmo estudo revela que a idade gestacional ao nascimento, o peso ao nascer, o uso da analgesia epidural e a ocitocina foram associadas ao sucesso na amamentação. Não obstante, estes fatores que predizem o sucesso da amamentação, Cock et al. (2015, p. 2) referem que há estudos que mostram que o tipo de parto e o local onde o mesmo ocorre desempenham um papel importante na amamentação.

Em relação às variáveis obstétricas, Margotti e Margotti (2017, p. 861) referem que há evidências de que o aleitamento materno e a sua duração associam-se ao tipo de parto, com crianças nascidas por cesariana eletiva a apresentarem risco de abandono de aleitamento materno precoce.

Apesar dos benefícios conhecidos de nutrir crianças exclusivamente com o leite materno, as taxas de iniciação e continuação do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros meses de vida são menos do que ideais (Palla & Kitsantas, 2017, p. 167) As experiências durante o trabalho de parto e parto podem afetar a lactação e os resultados da amamentação. O nascimento vaginal induzido foi associado, no estudo de Ahluwalia, Li e Morrow (2012, p. 231), a baixas taxas de iniciação da amamentação. Além disso, os partos por cesariana estão associados a taxas mais baixas de iniciação e menor duração da amamentação em comparação com a realização de um parto normal, o que se pode dever a um atraso no contacto pele-a-pele, às complicações físicas pós-operatórias da mãe e aos efeitos anestésicos (Palla & Kitsantas, 2017, p. 167).

É com base neste contexto que se pretende desenvolver uma revisão sistemática da literatura, que tem como objetivo: Averiguar se o tipo de parto influencia o aleitamento materno.

Estruturalmente, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes, diferentes na sua natureza, mas complementares. Assim, na primeira parte, reservada à fundamentação teórica, começa-se por abordar o parto, a sua evolução e tipos. Segue-se uma abordagem ao aleitamento materno, fazendo-se uma referência ao aleitamento

materno no mundo e em Portugal. Na segunda parte apresenta-se a revisão sistemática da literatura, começando-se por referenciar todos os processos metodológicos inerentes à mesma, seguindo-se a apresentação dos resultados e sua discussão. O trabalho termina com as conclusões mais relevantes e a implicação das mesmas para a prática profissional.

1. Parto: evolução e tipos

O parto consiste num momento de transição marcado por “aspectos biológicos, psicológicos e sociais, juntos com transformações físicas e emocionais, onde a parturiente necessita de compreensão e apoio para assumir a sua nova função de mãe” (Almeida, Alcântara & Araújo, 2018, p. 13).

De acordo com Gameiro (2016, p. 25), por norma, a experiência de parto é complexa e penosa para a mulher, todavia, esta é uma experiência que depende de distintos fatores, na medida em que se trata de “um processo que tem como objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero através do canal de parto”.

Fatia e Tinoco (2016, p. 308) referem que “o trabalho de parto consiste na duração de um processo fisiológico em que o feto, membranas amnióticas, líquido amniótico, cordão umbilical e placenta são deslocados do útero e expelidos, através da vagina, para o exterior”. Este é o “culminar de uma série de alterações, no útero e no colo, de origem endócrina e parácrina emanadas da mãe e do feto”. No ser humano, o trabalho de parto e parto caracterizam-se “por contrações uterinas que levam ao apagamento e dilatação cervical, levando à progressão do feto ao longo do canal de parto até ao nascimento”. Esta é uma fase que é “precedida por uma atempada preparação do útero e do colo do útero com contrações indolores, denominadas de contrações de Braxton-Hicks e consequente amolecimento, apagamento e perda estrutural do colo” (p. 308).

Machado (2012, p. 320) refere que “por trabalho de parto entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo do uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”. A mesma autora refere que, de uma forma genérica, o trabalho de parto pode ser dividido em três diferentes estadios, nomeadamente: “dilatação, período expulsivo e dequitação”, os quais têm características e tempos bem definidos”.

Gameiro (2016, p. 25) refere que o primeiro estadio do trabalho de parto, “inicia-se com as primeiras contrações regulares e termina quando o colo se encontra com a dilatação completa”. É o estadio mais demorado que se subdivide em três fases: “a fase latente, a fase ativa e a fase de transição”. O segundo estadio do trabalho de parto ocorre desde da dilatação completa até a expulsão do feto, com “uma duração média de 20 minutos nas múltiparas e 50 minutos nas nulíparas”. O terceiro estádio “decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta” e o último e quarto estádio “dura em média duas horas após a expulsão da placenta”, consistindo “no período de recuperação imediata em que a homeostase se restabelece”. Neste período, a observação é muito importante para que haja a identificação de possíveis complicações.

O parto pode ser classificado em eutócico, classificado em natural ou normal; ou em distócico, parto realizado com intervenções instrumentais, nomeadamente fórceps, ventosa ou cesariana. O parto normal distingue-se do parto natural pois, apesar de ser um parto vaginal, requer muitas vezes intervenções técnicas, como anestésias, recurso a oxitocina para indução ou aceleração do trabalho de parto, episiotomia ou recurso a ventosas, fórceps, entre outras.

Em conformidade com Rodrigues (2016, p. 377), “o parto normal é definido pela reunião de um conjunto de critérios ímpares, os quais lhe conferem essa classificação ou *status*”. De acordo com a mesma autora, tendo em consideração a Confederação Internacional de parteiras, o parto normal é o “parto natural na sua essência: um processo dinâmico em que o trabalho de parto se inicia, desenvolve e completa-se com o nascimento espontâneo de um feto de termo e em posição vértice, sem qualquer interrupção (farmacológica, cirúrgica ou médica), em que se assiste e respeita a fisiologia materno-fetal, no seu contexto psicossocial”.

O parto distócico, de acordo com Rodrigues (2016, p. 382), “compreende três categorias distintas: o parto pélvico vaginal; o parto vaginal instrumentalizado e a cesariana”. A mesma autora diz que se entende por parto vaginal distócico a extração do feto com recurso a dispositivos instrumentais (fórceps ou ventosa) e a tomada de decisão, neste nível de elevada intervenção, deve ponderar como fatores prioritários o impacto na saúde materna, fetal e neonatal *versus* alternativas possíveis (cesariana ou conduta expectante)”.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 001/2015, p. 1) refere que a cesariana consiste numa “laparotomia, seguida de extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez.”

Quanto à urgência da cirurgia, esta pode ser classificada como:

- cesariana programada – quando o motivo da cirurgia não implica que seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada;
- cesariana urgente – situação clínica que requer resolução num período que não ultrapasse os 180 minutos desde a decisão até à incisão da pele;
- cesariana emergente – situação onde existe perigo eminente de saúde para o feto e/ou parturiente, a incisão da pele deve ocorrer até 15 minutos (DGS, 001/2015, p. 1).

Existe indicação para cesariana nas “situações que impossibilitam ou contraídicam o parto vaginal, incluindo-se nestas últimas todas as que constituem um risco para a vida da mãe ou do feto” (Graça, 2012, p.689). De acordo com a DGS (001/2015), destacam-se como indicações para o parto por cesariana: - Patologia materna (exemplos: grávida

seropositiva para VIH com elevado número de cópias virais; infeção herpética genital ativa; doença cardiovascular ou pulmonar grave; doença inflamatória intestinal com envolvimento anal ou vaginal, carcinoma invasor do colo); - Anomalia fetal (exemplos: mielomeningocele; hidrocefalia com macrocefalia; defeitos da parede abdominal com exteriorização hepática; teratoma sacrococcígeo volumoso); - Patologia própria da gravidez (exemplos: placenta prévia total; placenta acreta; suspeita de descolamento da placenta; restrição do crescimento fetal com fluxo diastólico umbilical ausente ou invertido; cardiotocograma patológico); - Cirurgia uterina prévia (exemplos: duas cesarianas anteriores; miomectomia; cirurgia de reconstrução uterina; rotura uterina prévia); - Situação ou apresentação fetal anómala (exemplos: situação transversa; apresentação de face com mento posterior); - Gravidez múltipla (exemplos: gravidez trigemelar; gravidez com o primeiro feto em apresentação pélvica); - Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica; - Tentativa de indução do trabalho de parto sem sucesso; - Trabalho de parto estacionário; - Estado fetal não tranquilizador intraparto.

Roudsari, Zakerihamidi e Khoei (2015, p. 166) referem que, numa perspetiva social e cultural, as perceções sobre o parto prendem-se a relatos principalmente associados a um acontecimento desagradável, associados à dor física, à pressão psicológica no momento do parto e às intervenções inadequadas de obstetrícia. Estes aspetos negativos também são enfatizados muitas vezes pelos meios de comunicação social. Considerando os efeitos negativos destas perspetivas sobre o parto, algumas mulheres optam pela cesariana, o que também se associa, em algumas sociedades, apenas a uma representação de *status* social elevado ou uma “tendência” na sociedade. No seu estudo, os autores verificaram que a maioria das mulheres residentes na cidade de Tonekabon, no Irão, considera o parto vaginal como um evento doloroso e uma experiência exaustiva, levando-as a optar pela cesariana por considerarem ser um procedimento simples e indolor, geralmente preferida devido ao medo do parto vaginal.

Fazendo Latifnejad-Roudsari, Zakerihamidi, Merghati-Khoei e Kazemnejad (2014, p. 28), num estudo etnográfico, constataram que as normas culturais e os valores e as redes sociais são fatores que interferem consideravelmente na escolha do parto por cesariana. O seu estudo demonstra que algumas mulheres consideraram o parto como algo sagrado com base nas suas crenças religiosas o que as levou a optar pelo parto vaginal.

A gravidez, o parto e transição para a parentalidade são processos fisiológicos, mas são acontecimentos sociais e culturalmente moldados, tornando-se num evento importante na vida das mulheres, famílias e comunidades. O parto não se refere apenas à reprodução individual - ter um filho, tornar-se mãe - mas também está associado à reprodução social - à maneira pela qual a sociedade e a cultura são reproduzidas. O parto é um processo que cria

novas pessoas e novos papéis sociais: o feto torna-se numa pessoa social, a mulher torna-se mãe e novas famílias são formadas (McCourt, 2014, p. 9).

2. Aleitamento materno

O leite humano é o alimento natural e ideal para bebês nos primeiros 6 meses de vida, pois fornece todos os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Além do mais promove a ligação mãe-filho, estando associado a um risco reduzido de infecção e doença durante a infância (asma, dermatite, obesidade ou diabetes) e, na mãe, com uma redução do risco de cancro de mama e do ovário e de diabetes tipo 2 (Ramiro-González, Marrón, Canedo-Argüelles, Olcina, Rico, Claramonte & Gavín, 2018, p. 32).

Segundo Pereira (2015, s.p.), “as primeiras etapas da produção de leite são controladas por hormonas ou mensageiros químicos no sangue”. Ao longo da gestação, “as hormonas ajudam o desenvolvimento e o aumento da mama”, que “começam a produzir colostro”. Depois do parto, “as hormonas da gestação diminuem”. A mesma autora refere que há duas hormonas – “prolactina e ocitocina” – que são “importantes para ajudar na produção e no fluxo ou ejeção de leite. Sob a influência da prolactina, as mamas começam a produzir maiores quantidades de leite. Em geral, são necessárias entre 30 e 40 horas após o nascimento até que um grande volume de leite seja produzido. O colostro já está presente quando o bebé nasce”. A prolactina consiste numa hormona responsável pelos “alvéolos produzirem leite” que funciona posteriormente à mamada do bebé, para que ocorra “a produção de leite para a mamada seguinte”. Pereira (2015) refere ainda que “a prolactina também pode deixar a mãe sonolenta e relaxada”, sendo o “nível de prolactina” “elevado nas primeiras duas horas após o parto”, bem como é elevado à noite”, o que leva a inferir que “o aleitamento materno noturno” possibilita maior “secreção de prolactina”.

Por sua vez, a ocitocina tem como resultado a “contração das células musculares ao redor dos alvéolos”, fazendo com que o leite flua pelos ductos, o que se torna de extrema importância de modo a que o “bebé receba o leite”. Este processo é denominado de “reflexo da ocitocina, ou reflexo de ejeção de leite. Ele pode ocorrer diversas vezes durante uma mamada. O reflexo pode dar uma sensação diferente ou ficar menos perceptível” ao longo do tempo (Pereira, 2015, s.p.). A mesma autora refere que existem “sinais do reflexo da ocitocina: contrações uterinas dolorosas, às vezes com aumento momentâneo de sangramento, sede súbita, saída de leite da mama, onde o bebé não está a mamar, pressão (fisgada) na mama”. Todavia, argumenta que as mulheres “nem sempre têm uma sensação física”. De modo que o leite seja ejectado, o bebé, suga rapidamente, quando este reflexo começa a funcionar o ritmo de sucção do bebé muda de rápido para lento e sente-se deglutir goles profundos e lentos (cerca de um por segundo)”.

A amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida pode reduzir cerca de 13% da mortalidade infantil. É uma das estratégias de medição para melhorar a nutrição do bebê e a sua sobrevivência (Belachew, Tewabe, Asmare, Hirpo, Zeleke & Muche, 2018, p. 1). Os mesmos autores referem que todos os anos, cerca de 10 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos são causadas por consequência direta ou indireta da desnutrição. Além disso, um risco 3,2 vezes maior de complicações graves de desnutrição é observado em lactentes não amamentados por aleitamento materno comparados às crianças com aleitamento materno exclusivo. É por essa razão que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) e a UNICEF (2009) emanaram a recomendação global de otimização do aleitamento materno exclusivo para bebês com menos de 6 meses de idade e com continuidade até aos 2 anos de idade.

A OMS (2003, pp. 7-8) recomenda a amamentação exclusiva com aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida e amamentação continuada e combinada com alimentos complementares até pelo menos aos 2 anos de idade. O mesmo organismo consubstancia a sua recomendação com o facto de a amamentação ser uma maneira inigualável de fornecer alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis do bebê, sendo também uma parte integral do processo reprodutivo com implicações importantes para a saúde das mães.

Assim, como recomendação global de saúde pública, os lactentes devem ser amamentados exclusivamente com leite materno durante os primeiros 6 meses de vida para alcançar um crescimento, desenvolvimento e saúde ideais. Posteriormente, para atender às crescentes exigências nutricionais, os bebês devem receber alimentos complementares nutricionalmente adequados e seguros enquanto a amamentação continua por até 2 anos ou mais. Mesmo sendo um ato natural, a amamentação também é um comportamento apreendido. Praticamente todas as mães podem amamentar desde que tenham informações precisas e apoio no seio familiar, na comunidades e por parte do sistema de saúde. As mães devem ter acesso a uma ajuda prática qualificada de, por exemplo, enfermeiros treinados e consultores certificados em lactação, que podem ajudar a construir a confiança das mães, melhorar a técnica da amamentação e prevenir ou resolver problemas inerentes ao processo de amamentação (OMS, 2003, p. 8).

Nas últimas três décadas, segundo Victora, Bahl, Barros, França, Horton, Krusevec et al. (2016, p. 475), as evidências que suportam as recomendações sobre o aleitamento materno evoluíram acentuadamente. Os mesmos autores referem que os resultados de estudos epidemiológicos e o crescente conhecimento dos papéis da epigenética e as origens do desenvolvimento da saúde e da doença têm dado um forte apoio à importância da promoção do aleitamento materno para as mães e filhos.

Silva, Pellegrinelli, Pereira, Passos e Santos (2017, p. 1662) fazem alusão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que tem como principal finalidade “promover, proteger e apoiar” o aleitamento materno, através da mobilização de “profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades a realizarem mudanças nas políticas e rotinas desses ambientes”. De acordo com os mesmos autores, esta “iniciativa contempla os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, a serem “seguidos pelos hospitais no período pré-natal, no nascimento e após o parto”.

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” têm como objetivo sobretudo, “treinar profissionais no sentido de informar as gestantes e nutrizes acerca dos benefícios da amamentação, bem como o manejo correto do lactente, além de fornecer informações sobre a lactação, estímulos para a produção do leite materno e resolução de dificuldades para os possíveis problemas durante a amamentação” (Silva et al., 2017, p. 1662). Os “Dez Passos” compreendem, como descrevem os mesmos autores:

- 1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde;
- 2- Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3- Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
- 4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê;
- 5- Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6- Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica;
- 7- Praticar o Alojamento Conjunto – permitir que mãe e bebê permaneçam juntos, 24 horas por dia;
- 8- Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda;
- 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
- 10- Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde” (Silva et al., 2017, p. 1662).

Por sua vez, as sete medidas para ser considerada Unidade de Saúde Amiga dos Bebês, nos termos da UNICEF, referenciada pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebês (2016, s.p.), são as seguintes:

- “1 Ter uma política de aleitamento materno, escrita, afixada para ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde.
- 2 Dar formação a toda a equipa para que implemente essa política.
- 3 Informar todas as grávidas e suas famílias sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
- 4 Apoiar as mães a estabelecerem e manterem o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.

5 Encorajar o aleitamento materno após os 6 meses, e até aos dois anos ou mais conjuntamente com a introdução de alimentação complementar apropriada, adequada e segura.

6 Providenciar um ambiente acolhedor que favoreça a prática do aleitamento materno.

7 Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao aleitamento materno e a comunidade local”.

Em suma, a *Iniciativa Amiga dos Bebés* objetiva primordialmente “proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores”¹. Por conseguinte, a classificação de um organismo como Entidade Amigas dos Bebés atribui-se ao Hospitais que cumpram as dez medidas para ser considerada um *Hospital Amigo dos Bebés*, definidas pela OMS e pela UNICEF, ou no caso das Unidades e as ACeS são preconizadas as sete medidas para ser considerada uma *Unidade Amiga dos Bebés*. Em ambos os caso, estas medidas têm por missão garantir que as mães e os bebés recebam todo o apoio adequado e informações atualizadas durante o período pré-natal e pós-natal no que se refere à alimentação infantil, às vantagens e procedimentos para haja sucesso do aleitamento materno².

2.1. Aleitamento materno no mundo

Na década de 1970, as taxas de amamentação em grande parte do mundo desenvolvido estavam a passar por um declínio constante. O fabrico e o *marketing* das empresas da fórmula infantil, combinados com as mudanças culturais, facilitaram a redução do aleitamento materno, levando as organizações internacionais de saúde pública a combater o seu declínio. Embora as taxas de amamentação em todo o mundo tenham aumentado desde a década de 1970, estas têm sido variáveis (Lubold, 2019, p. 1). Neste sentido, a mesma autora realizou uma análise para examinar os fatores que levam à distribuição diferencial das taxas de aleitamento materno entre três países, Irlanda, Suécia e Estados Unidos, acompanhando e expandindo o trabalho de Galtry, datado de 2003. Galtry examinou os efeitos da política do mercado de trabalho e de fatores socioculturais nas taxas de aleitamento materno em três países de elevado rendimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Suécia, Estados Unidos e Irlanda.

¹ Acedido em “A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno”. Disponível em: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

² *Ibidem*

Galtry escolheu especificamente três países com taxas de aleitamento materno muito diferentes em 1997: a Irlanda com 38% de início da amamentação, Estados Unidos com 64% e Suécia com 97%. Embora as taxas de aleitamento materno tenham aumentado nos três países até 2019, desde a pesquisa de Galtry, as disparidades entre os mesmos permanecem. Lubold (2019, p. 2) realizou a sua investigação baseando-se na análise das conclusões de Galtry e na dimensão adicional de um componente de saúde pública e no foco em iniciativas internacionais de amamentação, especificamente na Iniciativa do Hospital Amigo da Criança. Verificou que as licenças de amamentação, políticas de apoio no local de trabalho e as políticas de assistência à infância nos três países em análise, combinadas com programas para a primeira infância, incentivam e facilitam o aleitamento materno, podendo ser um modelo de apoio para as mulheres.

Ramiro-González et al. (2018, pp. 34-38) realizaram um estudo para determinar a prevalência e a duração do aleitamento materno exclusivo; analisar as razões para não iniciar ou abandonar a amamentação e descrever os fatores associados ao início e duração do aleitamento materno exclusivo. Trata-se de um estudo transversal com recurso a dados da linha de base de coorte ELOIN, obtidos através de um questionário epidemiológico, com uma amostra de 2627 crianças nascidas entre 2008 e 2009 da Comunidade de Madrid. Os resultados mostram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 77,6%; a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses foi de 25,4% e a prevalência da amamentação aos 2 anos foi de 7,7%. Os motivos mais comuns para abandonar a amamentação foram leite insuficiente (36%), o regresso da mãe ao trabalho (25,9%). As variáveis associadas ao início ou à manutenção do aleitamento materno exclusivo foram: mãe com mais de 35 anos, *status* económico médio-alto, mães estrangeiras residente em Espanha há menos de 10 anos e ter participado em programas sobre a amamentação.

Belachew et al. (2018, p. 1) referem que, a nível mundial, mais de 40% das crianças menores de 6 meses são beneficiadas com a prática do aleitamento materno exclusivo, uma percentagem mais baixa no continente africano, onde menos de um terço dos bebés com menos de 6 meses de idade é amamentando exclusivamente com leite materno. No seu estudo, cujo objetivo foi avaliar a prevalência da prática exclusiva do aleitamento materno e fatores associados em mães com filhos menores de 6 meses na cidade de Bahir Dar, noroeste da Etiópia, em 2017, ficou demonstrado que a prevalência da prática exclusiva de amamentação foi de 86,4%. As mães com um bebé de 0 a 1 mês de idade, domésticas e que não são influenciadas pela cultura local eram mais propensas a praticar a amamentação exclusiva do que as suas homólogas. A maioria das mães praticava o aleitamento materno exclusivo. A idade do bebé e a ocupação da mãe foram os fatores determinantes para exclusividade da prática de amamentação Belachew et al. (2018, pp. 2-6).

Um outro exemplo é Itália que, segundo Milinco, Cattaneo, Macaluso, Materassi, Di Toro e Ronfani (2019, p. 1), 16 anos após a acreditação do primeiro Hospital Amigo da Criança, em 2001, as práticas de amamentação no referido país continuam aquém das recomendações. Até março de 2018, apenas 26 das mais de 500 maternidades eram amigas do bebê. A taxa de início do aleitamento materno aumentou de 81,1 para 85,5% entre 2000 e 2013, mas a duração média foi de apenas 8,3 meses e a porcentagem de bebês com menos de seis meses de idade amamentados exclusivamente com leite materno foi de 42,7% (48,7% em 0-1, 43,9 % em 2-3 e 38,6% em 4-5 meses). De acordo com os mesmos autores, estes números nacionais ocultam variações regionais, com taxas mais altas de amamentação no norte do que no sul de Itália. Mas mesmo onde as taxas e as práticas de amamentação são melhores, a situação está longe do ideal e deixa de cumprir as recomendações da política nacional de amamentação exclusiva até aos seis meses de vida do bebê. Por conseguinte, realizaram um estudo para avaliar o efeito das ações implementadas, em termos de prevalência de aleitamento materno exclusivo. Os autores realizaram um estudo de coorte, com dados administrativos recolhidos rotineiramente. Todas as mulheres que pariram em 2016 e registaram os seus recém-nascidos na prática pediátrica, incluindo apenas mães de recém-nascidos com mais de 30 semanas de gestação. As principais ações empreendidas foram: recurso a acompanhamento da amamentação; garantir acesso diário ilimitado a profissionais de saúde em caso de dificuldades na amamentação; provimento de apoio individual às mães que amamentam numa sala específica e conselhos sobre a técnica da amamentação; agendamento de reuniões semanais de pequenos grupos para apoio à amamentação. Cada criança foi acompanhada durante cinco meses. Os principais resultados do estudo foram a duração do aleitamento materno exclusivo (apenas leite materno e nenhum outro líquido ou sólido, exceto gotas de xaropes com suplementos nutricionais ou medicamentos) e prevalência em cinco meses. Um total de 265 recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas foi registado na prática pediátrica durante o período do estudo. A taxa de aleitamento materno exclusivo aos cinco meses de idade foi superior ao relatado para toda a população infantil da região de Friuli Venezia Giulia (62,3% vs. 42,9%) no mesmo período de tempo. A implementação de práticas pediátricas favoráveis à amamentação e a aplicação de medidas de apoio à técnica da amamentação melhorou a taxa e a duração da amamentação exclusiva (Milinco et al., 2019, pp. 4-7).

Ratnayake e Rowe (2018) avaliaram a prevalência de aleitamento materno exclusivo e as barreiras para sua a sua continuidade até aos 6 meses de vida do bebê, no distrito de Kandy, Sri Lanka. Foi realizado um estudo transversal com base clínica, de agosto a novembro de 2016, em seis áreas selecionadas aleatoriamente no distrito de Kandy. Foram

recrutadas 354 mães com bebês com 6 meses de vida, atendidas nas clínicas de bem-estar infantil. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário, com dados de recordação da mãe desde o nascimento. Foi realizada uma discussão em *focus group* com 21 mães que interromperam o aleitamento materno exclusivo precocemente. As crianças que receberam apenas leite materno e nenhum alimento adicional, com exceção de medicamentos e vitaminas durante os primeiros 6 meses foram usadas como definição de aleitamento materno exclusivo. A prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses foi de 50,8% (180/354). As mães empregadas, com pouco conhecimento sobre a amamentação exclusiva e as atitudes negativas da mãe em relação à amamentação exclusiva foram fatores associados à cessação precoce do aleitamento materno exclusivo. A discussão com o *focus group* revelou relatos controversos sobre o aleitamento materno exclusivo, sobretudo no que se refere à influência de práticas culturais que desencorajam o aleitamento materno exclusivo e as dificuldades em obter a licença maternidade assumiu-se como uma das maiores barreiras para o aleitamento materno exclusivo. Os autores concluíram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses não foi satisfatória e foram identificadas barreiras no sistema de saúde, na cultura familiar e a nível profissional das mães para o aleitamento materno exclusivo. Para melhorar ainda mais a prevalência do aleitamento materno exclusivo, essas questões necessitam de ser abordadas e proceder-se a mudanças necessárias na legislação implementada no Sri Lanka (Ratnayake & Rowe, 2018, pp. 2-7).

Em 2016, Bosi, Eriksen, Sobko, Wijnhoven e Breda realizaram uma investigação para atualizar as práticas atuais de aleitamento materno exclusivo e o desenvolvimento de políticas da amamentação na região europeia da OMS. As informações sobre as políticas nacionais de amamentação foram recolhidas principalmente da Sétima Reunião da OMS de Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, com consultadoria de coordenadores e projetos da União Europeia. Foram investigados dados de cinquenta e três Estados Membros da OMS da Europa, considerando-se as taxas de início precoce da amamentação, amamentação exclusiva e amamentação continuada até 1 ano, na região europeia da OMS. Os resultados indicam que o aleitamento materno exclusivo diminuiu consideravelmente após 4 meses e eram baixas em crianças menores de 6 meses de idade. A maioria dos países com dados existentes relatou ter uma política nacional de amamentação e o estabelecimento de um comité nacional sobre amamentação ou alimentação de bebês e crianças pequenas. A maioria dos países com dados existentes relatou ter Hospitais Amigos do Bebê, embora a proporção desses hospitais, no total, foi baixa na maioria dos países. Os autores concluíram que as práticas de amamentação na região europeia da OMS, especialmente as taxas de aleitamento materno exclusivo até, pelo menos aos 6 meses de vida do bebê, estão longe

de cumprir com as recomendações da OMS. Existem diferenças marcantes entre os países nas práticas de amamentação, adoção de políticas de alimentação de bebés e crianças pequenas e baixa proporção de Hospitais Amigos do Bebê (Bosi et al., 2016, pp. 754-759).

A recomendação do aleitamento materno exclusivo é altamente apoiada por comunidades, organizações e cientistas internacionais. Assim, a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno tem sido uma prioridade de saúde pública e os Estados-Membros da OMS adotou, em 2002, a Estratégia Global para Crianças e Alimentação de crianças pequenas, que defende políticas nacionais abrangentes que promovam, protejam e apoiem as práticas alimentares dos bebés e das crianças pequenas. Além disso, a Declaração de *Innocenti* (UNICEF, 2014), a Iniciativa dos Hospitais Amigos da Criança (UNICEF, 2014), a OMS com o Plano de Implementação da Nutrição Materno-Infantil (2011) e as Metas Globais da Nutrição para a Assembleia Mundial da Saúde 2025 (2014) desempenham coletivamente um importante papel no aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo e na monitorização da sua continuidade até pelo menos aos 2 anos, caso seja possível (Bosi et al., 2016, p. 754).

2.2. Aleitamento materno em Portugal

Em Portugal, “as taxas de aleitamento materno continuam inferiores às recomendações mundiais” (Lanzaro, Santos, Guerra, Hespanhol & Esteves, 2015, p. 101). Tendo por base esta evidência, os mesmos autores realizaram um estudo de coorte retrospectivo para determinar a prevalência do aleitamento materno e exclusivo aos 6 meses numa população urbana e numa população rural do Norte de Portugal. Objetivaram identificar os fatores que pudessem influenciar a duração da amamentação e reconhecer os seus determinantes de início e de abandono. Aplicaram um questionário telefónico, com recolha de dados referentes às crianças nascidas entre 2007-2011, inscritas em unidades de saúde familiar de um meio urbano e de um meio rural. Foram estudadas 333 crianças (47% do género feminino), com registo de uma prevalência do aleitamento materno aos 6 meses de 50,0% e 51,2% e a do aleitamento materno exclusivo de 17,1% e 18,7%, respetivamente, no meio urbano e rural. Os determinantes com a maior duração da amamentação foram ter emprego durante a gravidez e 6 meses depois do parto ($p=0,006$), parto vaginal ($p=0,002$), ter permanecido pelo menos cinco meses em casa após o parto ($p=0,004$) e a não introdução de fórmula láctea no hospital ($p<0,001$), este último fator também se relacionou diretamente com a amamentação exclusiva ($p<0,001$). Por conseguinte, os mesmos autores registram, que, no Norte do país, apesar das diferenças

sociais existentes entre a população urbana e rural, não existem diferenças significativas entre elas no que diz respeito à prevalência do aleitamento materno aos 6 meses, com destaque para a correlação positiva da exclusividade da amamentação aos 6 meses com a evicção de fórmulas lácteas, particularmente ao longo do período pós parto, parto por via vaginal e implementação de medidas laborais que favorecem a prática do aleitamento materno.

De acordo com um estudo do Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, publicado em 2017³, e da Escola Nacional de Saúde Pública, entre 1995/96 – 1998/99 – 2005/06 – 2014, confirmou-se uma evolução positiva nas práticas de aleitamento materno em Portugal aos três e quatro meses, com registo de ter duplicado a prevalência de aleitamento materno em exclusivo. O estudo foi realizado com uma amostra constituída por 5912 mulheres na faixa etária dos 15 aos 55 anos, registando-se um aumento significativo de mulheres residentes em Portugal Continental a amamentarem em exclusivo pelo menos até aos 3 meses, de 34,6% em 1995/96 para 60,6% em 2014. O mesmo estudo mostra que houve igualmente um aumento da percentagem de mulheres que responderam os inquéritos e que amamentavam em exclusivo pelo menos até aos 4 meses, passando de 26,8% entre 1995/96 para 48,5% em 2014. Estes resultados são explicados, segundo a mesma fonte, com a optimização das ações que foram desenvolvidas no âmbito do programa Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés e com a aplicação das medidas de promoção do aleitamento materno recomendadas. Contribuíram também positivamente as modificações legislativas no que se refere ao período de licença de maternidade que foram implementadas em Portugal.

Oliveira (2016, p. 4) avaliou a prevalência do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida do bebé, identificando as variáveis que influenciaram o seu abandono, com estudo da relação entre a duração do aleitamento materno, a faixa etária e a escolaridade da mãe. Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico, com uma amostra constituída por 83 mães de filhos inscritos na UCSP Vagos 1 (sede), que foram à referida Unidade para a consulta de saúde infantil aos 6 meses de vida do filho, no período compreendido entre julho de 2013 e junho de 2014. O estudo revela que as mães tinham uma “idade média de 29,4 ± 4,8 anos, 71% eram casadas, 59% primíparas e 34,6% tinham o 12º ano de escolaridade”. Todas as mulheres relataram ter realizado as consultas regulares de vigilância da gravidez, particularmente realizadas pelo médico de família

³ *Evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde*. 29-09-2017. Acedido em <http://www.insa.min-saude.pt/a-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-nas-ultimas-duas-decadas-dados-dos-inqueritos-nacionais-de-saude/>

(49,5%). A “média de peso ao nascer foi de 3251 ± 724 gramas”. Na alta, 75% das mulheres amamentavam o filho exclusivamente, uma percentagem que reduziu para 57,7% aos 3 meses e para 46,1% aos 6 meses. Ficou registado que o principal fator determinante do abandono do aleitamento materno “foi a má progressão ponderal (42,9%)”. Assim, o autor concluiu que a taxa de aleitamento materno à saída da maternidade (75%) situava-se abaixo de outros estudos realizados em Portugal, com uma redução gradativa, ainda que lenta, nos primeiros 6 meses. O autor refere que as taxas encontram-se inferiores às recomendações internacionais e à meta portuguesa, o que serve de chamada de atenção para a carência ou pouca adequação das estratégias nas maternidades de referência, devendo, assim, as mães com menos idade e com baixa escolaridade ser “o alvo de atividades de promoção de amamentação” (Oliveira, 2016, p. 4).

Duarte, Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral e Dionísio (2019, p. 357) realizaram um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional para determinarem se as características sociodemográficas e obstétricas têm interferência na prevalência do aleitamento materno. A sua amostra era constituída por 1102 mulheres de Portugal Continental, com idade média de 32 anos (± 5.87). Os seus resultados revelam que a idade materna é “uma variável determinante na prevalência aos 6 e 24 meses”, o estado civil interferiu significativamente nas mulheres que amamentavam aos 24 meses e que tinham companheiro; a escolaridade também foi uma “variável determinante na amamentação aos 6 e 24 meses”. No que se refere à vigilância da gravidez e ao número de consultas de vigilância da gravidez realizadas, os mesmos autores constaram diferenças estatisticamente significativas em relação à “prevalência da amamentação aos seis meses” e o facto de o parto ter sido eutócico. Não foram registadas “diferenças significativas na frequência de aulas de preparação para o parto e a prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses”. Os mesmos autores concluíram que “como existe uma multiplicidade de fatores que influênciam a motivação, a prática e manutenção do aleitamento materno”, recomendam “programas que promovam a manutenção”, bem como a existência de “apoio dos profissionais de saúde para ajudar a superar as dificuldades encontradas, prevenindo o abandono precoce do aleitamento materno” (Duarte et al., 2019, p. 357).

1. Procedimentos Metodológicos

Objetivando a sistematização do conhecimento atual sobre a importância de se estudar se o tipo de parto pode influenciar o aleitamento materno, realizou-se uma revisão sistemática da literatura.

As revisões sistemáticas promovem uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes num único documento, através de métodos rigorosos e transparentes. Uma revisão sistemática visa sintetizar e resumir o conhecimento existente, ou seja, tem como objetivo descobrir as evidências relevantes para uma questão (*Joanna Briggs Institute, 2020*). De acordo com o mesmo organismo, as revisões sistemáticas, também conhecidas como sínteses de pesquisa visam recuperar evidências e sintetizar os resultados dessa pesquisa em evidências aplicáveis à prática. Seguem um processo de pesquisa estruturado que requer métodos rigorosos para garantir que os resultados sejam confiáveis e significativos.

A revisão sistemática da literatura deve seguir um protocolo ou plano claramente definido onde os critérios sejam claramente estabelecidos antes da revisão. Trata-se de uma pesquisa abrangente e transparente, realizada em várias bases de dados, que pode ser replicada e reproduzida por outros pesquisadores. Implica o planejamento de uma estratégia de pesquisa bem pensada, com foco específico ou que responda a uma pergunta definida. Permite, assim, identificar o tipo de informação pesquisada, criticada e relatada dentro de prazos delimitados e quando são realizadas no âmbito da saúde estão ligadas à prática baseada em evidências (JBI, 2020).

A revisão sistemática da literatura que se vai desenvolver tem como intuito validar evidência científica sobre a influência do tipo de parto no aleitamento materno, permitindo orientar e clarificar boas práticas ao nível de Saúde Materna e Obstétrica.

1.1. Formulação do problema

Uma revisão sistemática da literatura pode ter um conjunto de objetivos a serem alcançados, mas a formulação do problema, a partir do qual evolui a questão da pesquisa, é o objetivo principal (JBI, 2020), sendo esta formulada com base no método PI[C]OD. Partindo desta premissa, definiu-se a seguinte questão de investigação:

- O tipo de parto influencia o aleitamento materno?

O objetivo principal deste trabalho é avaliar a influência do tipo de parto no aleitamento materno.

1.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Como forma de se selecionarem os estudos primários para esta revisão sistemática da literatura, aplicou-se o método PI[C]OD): *participants* - participantes [P]; *interventions* - intervenções [I]; *comparators* – comparações [C], caso existam; *outcomes* – resultados [O] e *study – design* [D], desenho do estudo: Com recurso a estes elementos, foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão (cf. tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
[P] Participantes	Parturientes; puérperas	Apenas recém-nascidos admitidos em cuidados intensivos neonatais imediatamente após o parto
[I] Intervenção	Tipo de parto	-
[C] Comparações/contexto estudo	Mulheres com parto eutócico e distócico	Todos os estudos que não abordem o tipo de parto
[O] Resultados	Influência do tipo de parto no aleitamento materno	Estudos que não avaliem a influência do tipo de parto na amamentação
[D] Desenho	Estudos transversais, estudos transversais exploratórios, estudos de coorte prospetivos, estudos descritivos correlacionais, estudos controlados randomizados, estudos transversais comparativos, estudos de coorte	Outros desenhos para além dos de inclusão

1.3. Estratégia de busca dos estudos

Para a identificação de estudos relevantes em conformidade com os critérios definidos, realizaram-se pesquisas que incluíram os estudos que datam entre 2014 a 2019, nos idiomas português, espanhol e inglês, recorrendo às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: Pubmed, Clinical Queries | Clinical Study Categories | Etiology, Broad, EBSCOhost.

Foram utilizados os termos previamente citados, conjugados com os operadores booleanos da seguinte forma: ("Breast Feeding"[Mesh]) AND "Cesarean Section"[Mesh]; nos Clinical Queries | Systematic Reviews systematic[*sb*] AND (("Breast Feeding"[Mesh]) AND "Cesarean Section"[Mesh]); nos Clinical Queries | Clinical Study Categories | Etiology, Broad (Etiology/Broad[*filter*]) AND (("Breast Feeding"[Mesh]) AND "Cesarean

Section"[Mesh]); na EBSCOhost Chilbirth AND Breastfeeding And Cesarean Section; Parturition AND Breast Feeding AND Cesarean Section, Child birth AND Breastfeeding AND Delivery, na Pubmed ("Breast Feeding"[Mesh]) AND "Cesarean Section"[Mesh].

1.4. Localização e seleção dos estudos

Os descritores supracitados, em língua portuguesa e inglesa, foram utilizados igualmente nos referidos motores de busca científicos, com o objetivo de realizar uma pesquisa mais profunda e para a obtenção dos textos completos das publicações que tinham sido identificadas.

Quadro 1. Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores

	Motor de busca científica	Descritores	Período temporal	Limitadores	Resultados
S1	Pubmed	("Breast Feeding"[Mesh]) AND "Cesarean Section"[Mesh]	2014-2019	Full texto Língua: português, inglês, espanhol Seres humanos	135
S2	Clinical Queries Systematic Reviews	systematic[sb] AND ("Breast Feeding"[Mesh]) AND "Cesarean Section"[Mesh]	2014-2019	Full texto Língua: português, inglês, Seres humanos	7
S3	Clinical Queries Clinical Study Categories Etiology, Broad	(Etiology/Broad[filter]) AND ("Breast Feeding"[Mesh]) AND "Cesarean Section"[Mesh]	2014-2019	Full texto Língua: português, inglês, Seres humanos	145
S4	EBSCOhost	1.º Chilbirth AND Breastfeeding And Cesarean Section	2014-2019	Full texto Língua: português, inglês, Seres humanos	195
		2.º Parturition AND BreastFeeding AND Cesarean Section			22
		3.º Child birth AND Breastfeeding AND Delivery			99

Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 603 artigos. Assim, numa primeira fase foram removidos os estudos que estavam duplicados nas bases de dados (n=268). Numa segunda fase, e após análise dos artigos através dos seus títulos e resumos chegámos a um total de 335 artigos. Depois excluíram-se 121 artigos pela data de publicação, 21 por não estarem disponíveis para aceder nas bases de dados, tendo ficado 193 para aplicação do teste de relevância I, com a finalidade de se refinar a seleção de artigos (cf. tabela 2), como sugerido por Pereira e Bachion (2006, p. 493), segundo os quais, trata-se de uma lista clara de perguntas que devem ser respondidas pelos investigadores, com exclusão dos artigos com pelo menos uma resposta negativa. Assim, foram excluídos

72 pela ausência de texto integral, 24 pela língua original não ser a definida como critério de inclusão, 19 foram excluídos porque se travam de revisões sistemáticas da literatura, 27 porque eram estudos qualitativos. Assim, transitaram para o teste de relevância II 51 estudos.

Tabela 2. Teste de Relevância I

Referência do estudo:		
Questões:	Sim	Não
1. O estudo está de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO		
<ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parturientes; puérperas ▪ Tipo de parto ▪ Amamentação • EXCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicações referentes a cartas de leitor, revisões sistemáticas da literatura, estudos qualitativos e artigos de opinião e comentários 		
2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?		
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos publicados entre 2014 e 2019 		
3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?		
<ul style="list-style-type: none"> • Português • Inglês • Espanhol 		
4. O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i> ?		
5. Estudo envolve seres humanos?		

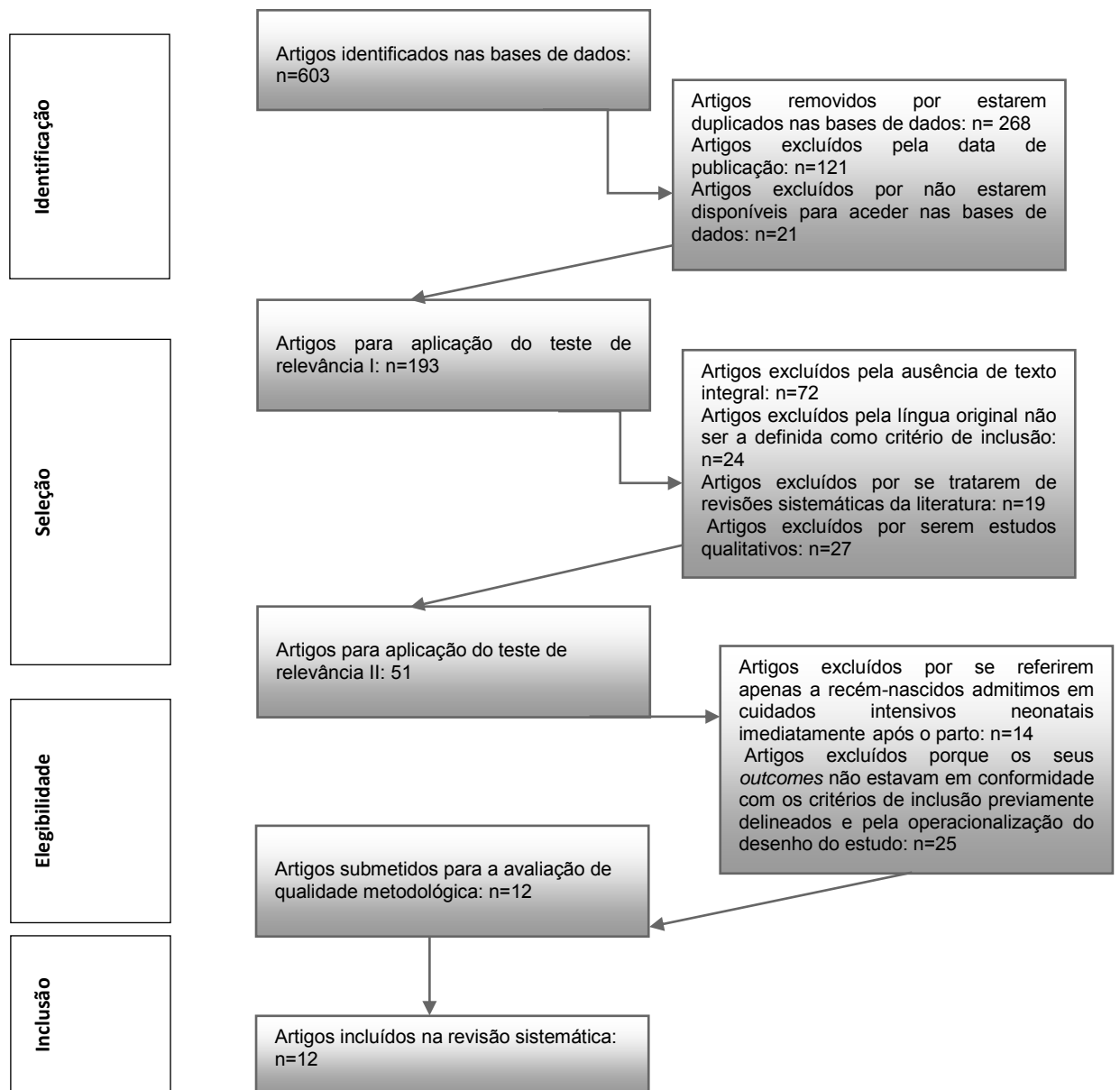
Depois da aplicação do Teste de Relevância I, foi aplicado o Teste de Relevância II aos 51 artigos conservados, lidos na sua íntegra e analisados de acordo com os critérios de inclusão (cf. tabela 3). O Teste de Relevância II implica a formulação de novas questões para que se possa orientar a decisão quanto à inclusão ou exclusão dos estudos que constarão da amostra final. Essas questões são elaboradas para que as respostas sejam afirmativas ou negativas. À semelhança do Teste de Relevância I, se uma questão for de resposta negativa, o estudo é excluído (Pereira & Bachion, 2006, p. 494).

Tabela 3. Teste de relevância II

Referência do estudo:		
Questões:	Sim	Não
1. O estudo está de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parturientes; puérperas ▪ Tipo de parto • EXCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicações referentes a cartas de leitor e artigos de opinião e comentários ▪ Estudos que não abordem o tipo de parto e que não avaliem a influência do tipo de parto na amamentação ▪ Apenas recém-nascidos admitidos em cuidados intensivos neonatais imediatamente após o parto 		
2. O desenho do estudo vai de encontro ao predefinido?		
<ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos transversais, estudos transversais exploratórios, estudos de coorte prospectivos, estudos descritivos correlacionais, estudos controlados randomizados, estudos transversais comparativos, estudos de coorte • EXCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Outros desenhos para além dos de inclusão 		
3. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?		
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos publicados entre 2014 e 2019 		
4. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?		
<ul style="list-style-type: none"> • Português • Inglês • Espanhol 		
5. Estudo envolve seres humanos?		
6. Os <i>outcomes</i> do estudo vão ao encontro do predefinido?		
<ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos que estudem as variáveis: tipo de parto e amamentação • EXCLUIR <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão 		

Após a aplicação do Teste de Relevância II, excluíram-se 14 estudos, uma vez que apenas se tratavam apenas de recém-nascidos admitidos em cuidados intensivos neonatais imediatamente após o parto, excluíram-se 25 dado que os seus *outcomes* não estavam em conformidade com os critérios de inclusão previamente delineados e pela operacionalização do desenho do estudo, tendo-se conservado 12 artigos, os quais, por sua vez, foram submetidos à análise da qualidade metodológica. Estas etapas encontram-se no diagrama que representa o PRISMA (cf. figura 1), onde é possível observar as 4 etapas de seleção dos artigos: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

Figura 1. Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)



1.5. Avaliação crítica dos estudos

Realizou-se a avaliação da qualidade metodológica dos 12 artigos conservados. O objetivo da avaliação crítica é avaliar a qualidade metodológica de um estudo e determinar até que ponto um estudo excluiu ou minimizou a possibilidade de viés no seu *design*, conduta e análise. O viés refere-se a erros sistemáticos no desenho, condução e análise de estudos quantitativos que podem afetar a validade das inferências desses estudos. A

avaliação crítica dos estudos incluídos numa revisão sistemática é realizada com o objetivo explícito de identificar o risco de diversos vieses nesses estudos (*Joanna Briggs Institute, JBI, 2020*).

Foi com base nestes pressupostos que se fez a avaliação da qualidade metodológica de cada estudo incluído na presente revisão sistemática da literatura. Assim, utilizou-se para os estudos de Lau, Tha, Tin Ho-Lim, Wong, Lim, Nurfarah, e Shorey, (2017), de Wallenborn, Graves e Masho (2018), de Wallenborn, Graves e Masho (2017), de McLennan (2016), de Mukunyaa, Tumwineb, Nankabirwa et al. (2017), de Esteves, Daumas, Oliveira, Andrade e Leite (2015), de Redshaw, Hennegan e Kruske (2014), de Albokhary e James (2014) e de Taha, Hassan, Wikkeling-Scott e Papandreou (2019) a grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos das JBI (cf. tabela 4).

Tabela 4. Grelha de avaliação crítica para estudos transversais analíticos JBI

	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. Os dois grupos foram semelhantes e recrutados da mesma população?				
2. As exposições foram medidas de forma semelhante para designar pessoas para grupos expostos e não expostos?				
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?				
4. Foram identificados fatores de confusão?				
5. Estratégias para lidar com fatores de confusão foram expostas?				
6. Os grupos/participantes não conheciam os resultados no início do estudo (ou no momento da exposição)?				
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?				
8. O tempo de acompanhamento foi informado e razoável para ser longo o suficiente para que os resultados ocorressem?				
9. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, os motivos para a perda do acompanhamento foram descritos e explorados?				
10. Foram abordadas estratégias para o acompanhamento incompleto utilizado?				
11. Foi utilizada a análise estatística apropriada?	X			

Avaliação geral: Incluído Excluído

Para os estudos de Morillo, Duquea, López, Miguel et al. (2019), de Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway e Tough (2016) e de Pradol, MendesII, Gurgel et al. (2018) foi aplicada a grelha de avaliação crítica para estudos de coorte da JBI (cf. tabela 5).

Tabela 5. Grelha de avaliação crítica para estudos de coorte JBI

	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. Os dois grupos foram semelhantes e recrutados na mesma população?				
2. As exposições foram medidas de maneira semelhante para atribuir as pessoas para os grupos expostos e não expostos?				
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?				
4. Foram identificados fatores de confusão?				
5. Foram enunciadas as estratégias utilizadas para lidar com os fatores de confusão?				
6. Os grupos/participantes estavam livres do resultado no início do estudo (ou no momento da exposição)?				
7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?				
8. O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para obter os resultados?				
9. O acompanhamento foi concluído e, se não, quais foram os motivos para perda de seguimento descrita e explorada?				
10. Foram enunciadas as estratégias para o <i>terminus</i> do acompanhamento utilizado?				
11. A análise estatística usada foi apropriada?				
Avaliação geral:	Incluído	Excluído		

Conforme a sugestão de Roque, Bugalho e Carneiro (2007, p. 43), aplicou-se ao estudo de Zhang, Yang, Baie et al. (2018) a grelha para avaliação crítica de um estudo controlado randomizado (cf. tabela 6).

Tabela 6. Grelha para avaliação crítica de um estudo controlado randomizado

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A gama de doentes foi bem definida?				
2. O diagnóstico da doença estava bem caracterizado?				
3. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?				
4. Os doentes foram aleatorizados?				
5. A aleatorização foi ocultada?				
6. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido aleatorizados inicialmente (intenção-de-tratar)?				
7. O método de aleatorização foi explicado?				
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?				
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus fatores de prognóstico conhecido?				
10. Com exceção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?				
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?				
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?				
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?				
14. O seguimento (follow-up) final foi superior a 80%?				
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR, RRA, NNT) foi importante?				
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?				
17. Esse efeito tem importância clínica?				
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aos da prática clínica do médico individual?				
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?				
20. Os benefícios do tratamento sobrepoem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?				
Total=				

3. Resultados

A etapa seguinte consiste num resumo narrativo onde se descrevem os objetivos ou finalidades dos artigos incluídos no *corpus* de análise, conceitos adotados e resultados relacionados com a questão de partida da revisão. Os resultados foram classificados nas principais categorias conceituais, tais como: “tipo de estudo”, “participantes”, “objetivos” e “evidências estabelecidas”, sendo apresentada para cada categoria uma explicação clara. Esta seção engloba uma descrição geral das fontes incluídas, com referência a uma tabela detalhada das características de cada estudo incluído que consta da ferramenta de extração de dados. Deste modo, os resultados são apresentados numa tabela síntese dos estudos incluídos, seguindo-se as sugestões do JBI (2020), segundo o qual a apresentação dos resultados pode mapear o material revisto de uma forma lógica, diagramática ou tabular e/ou em formato descritivo, desde que esteja em consonância com o objetivo da revisão.

De acordo com Lau et al. (2018) (cf. quadro 2), o início da amamentação é significativamente diferente tendo em conta o tipo de parto. Segundo os autores, a cesariana e o parto por fórceps associado a trabalhos de parto longos, bem como a admissão de recém-nascidos em unidades neonatais influenciam negativamente o sucesso da amamentação. Por outro lado, fatores associados diretamente ao recém-nascido, como a idade gestacional, o peso, sexo, índice de Apgar ou a analgesia epidural, não tiveram influência significativa na amamentação.

Quadro 2. Síntese do estudo de Lau, Y., Tha, P.H., Tin Ho-Lim, S.S., Wong, L.Y., Lim, P.I., Nurfarah, B.Z.M.C.N., & Shorey, S. (2018) An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation

Tipo de estudo	Estudo transversal exploratório
Objetivo do estudo	Determinar as relações entre os fatores intraparto, características neonatais, contacto pele a pele e início precoce da amamentação após parto espontâneo vaginal e cesariana ou parto vaginal cirúrgico. Comparação entre os grupos
Participantes	915 díades mãe-recém-nascidos
Evidências estabelecidas	80,5% das mulheres teve parto vaginal espontâneo, 4,7% com uso de fórceps, 6,6% cesariana eletiva e 8,2% tiveram uma cesariana de emergência. O início da amamentação foi significativamente diferentes entre o grupo de parto vaginal espontâneo e o parto por cesariana ($p < 0,05$). As mulheres com cesariana e parto vaginal com aplicação de fórceps ($\beta = -13$; $p < 0,001$), a duração do trabalho de parto ($\beta = -8$; $p = 0,17$) e a admissão do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais ($\beta = -0,07$; $p = 0,014$) associaram-se significativamente e negativamente com o início da amamentação. O uso de petidina e analgesia epidural, as complicações intraparto, idade gestacional, sexo da criança, índice de Apgar, e peso ao nascimento não demonstraram efeitos significativos ($p > 0,05$) no início da amamentação em toda a amostra. As mulheres com contacto pele-a-pele imediato revelaram mais probabilidade de iniciar a amamentação precoce nos diferentes tipos de parto. No parto vaginal espontâneo, as mulheres que apresentaram menor probabilidade de iniciar a amamentação foram as que os seus recém-nascidos foram admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatais e apresentaram um índice de Apgar < 7 no 1 minuto. O estudo considerou um tamanho de amostra relativamente pequeno para subgrupos de mulheres com cesariana eletiva, cesariana de emergência e grupos de mulheres com uso de fórceps ($n = 43-75$). Como tal, as comparações entre os subgrupos mostraram probabilidade reduzida de detetar efeitos reais no início da amamentação devido ao baixo poder estatístico. As mulheres com cesariana ou o parto vaginal com fórceps revelam limitações na mobilidade materna, dor e dificuldades de posicionamento, limitações que podem interromper o início precoce da amamentação.

Segundo Wallenborn et al. (2017) (cf. quadro 3), o início precoce da amamentação é afetado pelo tipo de parto, nomeadamente em mulheres com uma ou mais cesarianas; sendo que aquelas que têm um parto vaginal prévio à cesariana veem aumentada a probabilidade de iniciar precocemente a amamentação. De acordo com os autores supracitados, o estado civil não está associado à amamentação.

Quadro 3. Síntese do estudo de Wallenborn, J.T., Graves, W.C., & Masho, S.W. (2017). Breastfeeding Initiation in Mothers with Repeat Cesarean Section: The Impact of Marital Status.

Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Investigar se existe uma associação entre a repetição de cesariana e o início da amamentação, tendo em conta os grupos de mulheres distribuídos por estado civil. Comparação entre as mulheres que nunca amamentaram e já amamentaram.
Participantes	34,854 mulheres: 8,302 nunca amamentaram e 26,552 já amamentaram
Evidências estabelecidas	Após o ajuste para possíveis fatores de confusão, as mulheres casadas que tiveram uma cesariana repetida apresentaram 2,2 vezes (IC 95%=1,69–2,77) maior probabilidade de não iniciarem precocemente a amamentação em comparação com mulheres com o primeiro parto vaginal e atualmente com cesariana. Da mesma forma, as chances de não iniciar a amamentação foram de 76% (IC 95%=1,47-2,12) maior entre as mulheres com cesariana repetida em comparação com as mulheres com o primeiro parto vaginal e agora com cesariana. Não houve associações entre as mulheres não casadas.

Morilloa et al. (2019) (cf. quadro 4) associam o tipo de parto, a administração de ocitocina e a cessação do aleitamento materno. No seu estudo, as mulheres cujo parto foi uma cesariana emergente ou eletiva são aquelas cujo risco de cessação do aleitamento materno exclusivo é maior. De acordo com o estudo, não foi encontrada relação entre a dose de ocitocina administrada durante o parto e a interrupção do aleitamento materno

exclusivo. As mulheres cujo parto foi uma cesariana eletiva sem recurso a ocitocina cessaram mais precocemente o aleitamento materno exclusivo (um, três e seis meses). Contudo, os autores referem que existem outras causas para a cessação do aleitamento materno ou nomeadamente o uso de chupeta a reintegração profissional materna antes dos seis meses, a primiparidade e ausência de conhecimentos sobre amamentação nomeadamente a não frequência de grupos de apoio.

Quadro 4. Síntese do estudo de Morillo, A., F-C., Duquea, M.D., López, A.B.H., Miguel, C.M. et al. (2019). Cessation of breastfeeding in association with oxytocin administration and type of birth. A prospective cohort study

Tipo de estudo	Estudo de coorte prospetivo
Objetivo do estudo	Testar se a administração de ocitocina e o tipo de parto estão associados à cessação do aleitamento materno exclusivo em diferentes períodos; investigar se a dose administrada de ocitocina está associada à interrupção do aleitamento materno exclusivo.
Participantes	529 mulheres primíparas. Quatro grupos foram estabelecidos com base no tipo de parto (vaginal ou cesariana) e administração intraparto de ocitocina e sem administração de ocitocina. Foi realizado acompanhamento para avaliar a consolidação do aleitamento materno exclusivo aos 1, 3 e 6 meses.
Evidências estabelecidas	Durante o acompanhamento, a proporção de aleitamento materno exclusivo diminuiu em todos os grupos. Depois do ajuste para variáveis de confusão, o grupo com cesariana de emergência e cesariana eletiva teve o maior risco de cessação do aleitamento materno exclusivo (odds ratio [intervalo de confiança de 95%], 2,51 [1,53-4,12]). Não foi encontrada associação entre a dose de ocitocina administrada durante o parto e a interrupção do aleitamento materno exclusivo. O parto por cesariana eletiva sem ocitocina está associado à interrupção do aleitamento materno exclusivo aos 1, 3 e 6 meses de vida. A cessação do aleitamento materno exclusivo associou-se também ao uso de chupeta, reintegração profissional, primiparidade e não ter participado de um grupo de apoio à amamentação. Estas mulheres revelaram maior risco de abandono de aleitamento materno exclusivo durante o acompanhamento do que os outros grupos (OR 2,51; IC95% 1,53-4,12).

McLennan (2016) (cf. quadro 5) verificou que as taxas de aleitamento materno exclusivo têm uma quebra significativa associada ao crescente número de cesarianas. Contudo, há um aumento da amamentação parcial, ou seja, aleitamento materno e administração de fórmula láctea é. Desta forma, o parto por cesariana aparece significativamente relacionado com ausência do aleitamento materno na primeira hora de vida.

Quadro 5. Síntese do estudo de McLennan, J.D. (2016). Changes in caesarean section rates and milk feeding patterns of infants between 1986 and 2013 in the Dominican Republic

Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Avaliar a relação entre o parto por cesariana e a amamentação entre diferentes amostras e indicadores de amamentação: amamentação na primeira hora após o parto; recurso a leite artificial, aleitamento materno exclusivo no momento do estudo.
Participantes	Mulheres entre 15 e 49 anos de idade e bebés até aos 6 meses de idade.
Evidências estabelecidas	Mais de 90% das crianças foram amamentadas com leite materno exclusivo, com uma quebra ao longo dos 6 meses. A prevalência de cesarianas aumentou, com uma representatividade de 63% dos partos em 2013. A percentagem de mulheres que amamentam continuamente durante o tempo da pesquisa caiu de 23,9% em 1986 para 6,1% em 2013, com um aumento concomitante de amamentação parcial durante o mesmo período (44,8 vs. 57,7%). O parto por cesariana relacionou-se significativamente com o recém-nascido não amamentado com leite materno exclusivo na 1 hora após o parto e aleitamento com introdução de fórmula láctea.

Albokhary e James (2014) (cf. quadro 6) identificaram a cesariana como tipo de parto que diminui a probabilidade de amamentar na primeira hora de vida e às 24 horas de vida do recém-nascido. A admissão por rotina, em unidades neonatais, bem como o afastamento das suas mães de recém-nascidos saudáveis nascidos por cesariana são promotores do aleitamento artificial. Os autores referem ainda que a dor do pós-parto por cesariana foi inibidora da capacidade materna para cuidar e amamentar recém-nascido.

Quadro 6. Síntese do estudo de Albokhary, A.A., & James, M.J.P. (2014). Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia?

Tipo de estudo	Estudo descritivo-correlacional, com enfoque transversal
Objetivo do estudo	Investigar se o tipo de parto influenciou os resultados da amamentação
Participantes	60 primigestas, escrutadas num período de 2 meses, de junho a julho de 2011, no Hospital Universitário King AbdulAziz (KAUH) na Cidade de Jeddah, Reino da Arábia Saudita.
Evidências estabelecidas	As mulheres que tiveram parto eutócico revelaram maior probabilidade de amamentar na primeira hora e às 24 horas após o parto do que aquelas cujo parto foi por cesariana. As mães cujo parto foi por cesariana afirmaram que a dor interferiu na sua capacidade de segurar, amamentar e cuidar do seu bebé. Os bebés saudáveis a termo no hospital em estudo são rotineiramente separados das suas mães e recebem suplementação de fórmula láctea. As evidências reforçam a importância da gestão e controlo adequado da dor, manter os recém-nascidos com as suas mães para permanecerem juntos 24 horas por dia e evitar as indicações não medicamente indicadas para o suplemento de fórmula láctea.

Zhang et al. (2017) (cf. quadro 7) apontam como agente motivador para o aleitamento materno a estimulação mecânica da lactação duas horas pós-cesariana, apesar dos resultados primários serem satisfatórios e aumentarem o sucesso da amamentação; a dor e a fadiga materna relacionadas com a estimulação/extração mecânica de leite materno são observados como redutores do aleitamento materno o exclusivo. Em suma, as mulheres que estimulam precocemente a lactação revelaram-se mais motivadas para amamentação.

Quadro 7. Síntese do estudo de Zhang, F., Yang, Y., Baie, T. et al. (2018). Effect of pumping pressure on onset of lactation after caesarean section: A randomized controlled study

Tipo de estudo	Estudo controlado randomizado
Objetivo do estudo	Explorar o efeito das pressões de sucção geradas por uma bomba de mama no início da lactação e no aleitamento materno após cesariana
Participantes	164 mulheres randomizadas de forma aleatória: um grupo de alta pressão (extração mecânica de leite materno -150 mmHg, 56 mulheres), um grupo de baixa pressão (extração mecânica de leite materno -100 mmHg, 55 mulheres) e um grupo de controlo (53 mulheres).
Evidências estabelecidas	A estimulação mecânica da mama foi realizada 2 horas após a cesariana (6 vezes ao dia e 30 minutos por vez) até ao início da amamentação. Os desfechos primários foram o momento do início da amamentação, o suprimento de leite e a satisfação da mãe na amamentação. Os desfechos secundários foram a dor relacionada com a extração mecânica de leite materno, trauma do mamilo e fadiga materna que reduziram a amamentação com leite materno exclusivo. Todavia, a extração mecânica de leite materno aumentou a confiança das mães na amamentação. O aumento da dor nos mamilos agravou o início do aleitamento materno, embora não houvesse significância estatística. As mulheres com estimulação precoce da sucção revelaram-se mais motivadas para a amamentação.

Mukunyaa et al. (2017) (cf. quadro 8), com base no seu estudo, referem como principais fatores associados ao início tardio da amamentação o tipo de parto,

nomeadamente a cesariana, bem como a ausência de informação e apoio sobre o aleitamento materno. Assim, as mulheres com o maior nível de escolaridade tiveram menos probabilidades de iniciar tardiamente o aleitamento materno.

Quadro 8. Síntese do estudo de Mukunyaa, D., Tumwineb, J.K., Nankabirwa, V. et al. (2017). Factors associated with delayed initiation of breastfeeding: a survey in Northern Uganda.

Tipo de estudo	Estudo transversal comparativo
Objetivo do estudo	Determinar a prevalência e os fatores associados ao início tardio da amamentação
Participantes	930 mães de crianças com menos 2 anos do distrito de Lira, norte do Uganda
Evidências estabelecidas	Das 930 participantes, 448 atrasaram o início da amamentação (não amamentar na primeira hora de vida do bebé), das quais 416 (92,9%) tiveram parto vaginal e 32 (7,1%) parto por cesariana; 152 (33,9%) não amamentaram inicialmente o seu bebé, contrariamente a 296 (66,1%) que amamentaram; apenas 193 (43,1%) tiveram aconselhamento sobre a amamentação durante a gravidez; 68 (15,2%) tiveram complicações durante o parto; 425 (94,9%) bebés nasceram a termo; 260 (58,0%) mulheres foram responsáveis pelo início da amamentação. Quase metade [48,2%, intervalo de confiança de 95% (IC) (44,3–52,1)] das mães atrasou o início da amamentação. Os fatores significativamente associados ao atraso no início do aleitamento materno em análises multivariáveis incluíram o parto por cesariana Odds Ratio 11,10 IC95% (3,73-33,04), não amamentação com leite materno inicial [Odds Ratio 2,02 IC95% (1,41-2,88)], parto no domicílio [Odds Ratio 1,43 IC95% (1,04-1,97)] e a mãe como responsável pelo início da amamentação em comparação com um profissional de saúde ou familiar [Odds Ratio 1,73 IC95% (1,33-2,26)]. As mães com mais escolaridade tiveram menos probabilidade [Odds Ratio 0,54 IC95% (0,30-0,96)] em adiar o início da amamentação em comparação com as que não possuíam escolaridade.

De acordo com Esteves et al. (2015) (cf. quadro 9), a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés é um elemento protetor no que concerne ao início precoce do aleitamento materno, uma vez que estes hospitais, segundo os autores, têm menores taxas de início tardio do aleitamento materno em comparação com outras instituições. Contudo, o mesmo estudo refere que o parto por cesariana e a desinformação, nomeadamente a falta de apoio profissional, estão associados ao início tardio da amamentação.

Quadro 9. Síntese do estudo de Esteves, T.M.B, Daumas, R.P., Oliveira, M.I.C., Andrade, C.A.F., & Leite, I.C. (2015). Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009.

Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Analisar os fatores associados ao início tardio da amamentação (não amamentar na primeira hora de vida).
Participantes	673 puérperas internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município do Rio de Janeiro, Brasil
Evidências estabelecidas	A prevalência de início tardio da amamentação foi de 49,2%. O parto num Hospital Amigo da Criança teve um efeito protetor contra o atraso no início da amamentação (Odds Ratio=0,17; IC95%: 0,05-0,55), enquanto a cesariana (Odds Ratio=5,95; IC95%: 3,88-9,12) e o desconhecimento do resultado do exame para o VIH até ao parto (Odds Ratio=2,16; IC95%: 1,04-4,50) aumentaram a hipótese de atraso na amamentação na primeira hora de vida do bebé. O início tardio da amamentação foi significativamente maior entre as mães que não realizaram a vigilância da gravidez (79,2%), submetidas a cesariana (70%), que desconheciam o seu <i>status</i> sorológico para o VIH na hora do parto (66,2%) ou que referiram que os profissionais de saúde não esclareceram as suas dúvidas sobre a amamentação (59,2%). Nos Hospitais Amigos da Criança, o início tardio foi menor (32,7%) em comparação com os outros hospitais (66,4%).

Redshaw et al. (2014) (cf. quadro 10) apresentam o parto vaginal e o contacto pele-a-pele imediato como promotores do aleitamento materno no nascimento e na alta clínica, apresentando resultados diferentes às 13 semanas de vida do recém-nascido. Segundo os mesmos autores e em conformidade com o seu estudo, as taxas de amamentação são influenciadas pela duração do contacto pele-a-pele. O estudo demonstra ainda que as mulheres cujo parto foi uma cesariana iniciaram mais tardiamente a amamentação.

Quadro 10. Síntese do estudo de Redshaw, M.B.A., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes

Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Descrever o momento, o tipo e a duração do contacto precoce com o recém-nascido e os fatores demográficos e clínicos (incluindo o tipo de parto); investigar o impacto do contacto precoce com o recém-nascido no aleitamento materno, saúde e bem-estar após o nascimento.
Participantes	4574 mulheres
Evidências estabelecidas	Das mulheres com parto vaginal não assistido (n=2647), 97% mantiveram o bebé consigo cinco minutos após o nascimento, 94% tiveram contacto pele-a-pele e 64% inicialmente mantiveram contacto com o bebé por mais de 20 minutos. No grupo das mulheres que tiveram um parto vaginal assistido (n=1536), 90% seguraram o seu bebé durante cinco minutos, 89% tiveram contacto pele-a-pele e 46% mantiveram o bebé consigo por mais de 20 minutos, com uma duração média do primeiro contacto com o bebé de 36,5 minutos (mediana de 20 minutos). No caso das mulheres com parto por cesariana (n=1385) 67% tiveram contacto com o recém-nascido nos primeiros cinco minutos após o nascimento, 49% com contacto pele-a-pele e 33% seguravam o recém-nascido mais de 20 minutos, com uma duração média do primeiro contacto de 37,69 minutos (mediana de 10 minutos). As mulheres que tiveram um parto vaginal, contacto precoce pele-a-pele e com mais duração de contacto inicial com o recém-nascido estiveram associadas a taxas mais elevadas de início da amamentação e amamentação na alta, mas não amamentar às 13 semanas. As mulheres com parto por cesariana iniciaram mais tardiamente a amamentação.

Taha et al. (2019) (cf. quadro 11) verificaram que a cesariana está associada a menores taxas de início precoce aleitamento materno, sendo, por isso, o parto por cesariana (eletiva ou emergente) apontado como fator de risco ao início precoce do aleitamento materno, face aos partos por via vaginal que estão associados ao aumento significativo da amamentação precoce.

Quadro 11. Síntese do estudo de Taha, Z., Hassan, A.A., Wikkeling-Scott, L., & Papandreou, D. (2019). Prevalence and Associated Factors of Caesarean Section and its Impact on Early Initiation of Breastfeeding in Abu Dhabi, United Arab Emirates

Tipo de estudo	Estudo descritivo-correlacional, com enfoque transversal
Objetivo do estudo	Descrever a prevalência de cesarianas e avaliar o seu efeito no início da amamentação em mães de crianças menores de dois anos, no Abu Dhabi, Emirados Árabes Unidos.
Participantes	1624 mulheres, das quais um terço (30,2%) teve parto por cesariana. Entre estas, 71,1% teve cesariana eletiva e 28,9% cesariana de emergência.
Evidências estabelecidas	Mais da metade de todas as mães (62,5%) iniciou a amamentação precoce. A cesariana está associada a menor taxas de início precoce de amamentação. As taxas de início precoce da amamentação foram de 804 (79,2%), com um IC 95% (76,4, 82,0), 162 (16,0%) IC 95% (10,4, 21,6) e 49 (4,8%) IC 95% (1,2, 10,8) entre os partos por cesarina eletiva e cesariana de emergência, respetivamente. Quanto aos partos vaginais, apurou-se (Odds Ratio= IC (95%), (2,17-3,56, p<0,001) que estes estiveram mais associados à probabilidade de um início precoce da amamentação. O parto por cesariana, em geral, e a cesariana de emergência, em particular, foi o principal fator de risco para o atraso do início da amamentação.

Hobbs et al. (2016) (cf. quadro 12) constaram que o tipo de parto está significativamente associado à intenção de amamentar. Descrevem ainda que as mulheres cujo parto foi uma cesariana eletiva tinham intenção de não amamentar. Relativamente às mulheres que experienciaram parto vaginal, as taxas de amamentação são significativamente maiores, mesmo em comparação com mulheres submetidas a cesariana emergente em que o período de amamentação não vai além das 12 semanas de vida do recém-nascido.

Quadro 12. Síntese do estudo de Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., & Tough, S.C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum

Tipo de estudo	Estudo de coorte prospetivo
Objetivo do estudo	Examinar o tipo de parto e início da amamentação, duração e dificuldades relatadas pelas mães aos 4 meses pós-parto
Participantes	3021 mulheres, das quais 2279 (75%) tiveram parto vaginal e 739 (25%) tiveram parto por cesariana (15% (n=438) com cesariana de emergência e 10% (n=301) cesariana eletiva. A média de idade foi de 32 anos±4,4. A maioria das mulheres era casada, com elevado nível de escolaridade, caucasianas e nascidas no Canadá.
Evidências estabelecidas	A maioria da amostra, independentemente do tipo de parto, tinha intenção de amamentar (96%, n=2846) e iniciou precocemente a amamentação (98%, n=2954). Das mulheres que iniciaram precocemente a amamentação (n=2954), 62% (n=1832) relataram ter mais de uma dificuldade com a amamentação (mamilos doridos e sensação de mama tumefacta). O tipo de parto foi significativamente associado ao facto de a mulher ter planeado amamentar (p=0,003) e início precoce da amamentação (p=0,012). Uma percentagem elevada de mulheres cujo parto foi a cesariana eletiva não tinha intenção de amamentar ou não iniciaram a precocemente a amamentação (7,4%; 4,3%, respetivamente), quando comparadas às mulheres com partos vaginais (3,4%; 1,8%, respetivamente) e a cesariana de emergência (2,7%; 2,5%, respetivamente). As mulheres com cesariana de emergência revelaram mais dificuldades para amamentar (41%) e utilizaram mais recursos antes (67%) e após (58%) a alta hospitalar, quando comparadas com as que tiveram parto vaginal (29%, 40% e 52%, respetivamente) e as que tiveram cesariana eletiva (33%, 49% e 41%, respetivamente). As mulheres com cesariana eletiva tiveram mais probabilidade (OR=1,61; IC95%: 1,14, 2,26; p=0,014) de interrupção da amamentação antes das 12 semanas pós-parto em comparação com aquelas que tiveram parto vaginal.

Prado et al. (2018) (cf. quadro 13) identificaram recém-nascidos que nasceram por cesariana como aqueles que obtiveram menores taxas de aleitamento materno. A ausência de contacto pele-a-pele imediato foi preditor de início tardio da amamentação. Assim, o parto por cesariana surge como inibidor do aleitamento materno.

Quadro 13. Síntese do estudo de Prado, D.S., MendesII, R.B., Gurgel, R.K. et al. (2018). The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and longterm outcomes

Tipo de estudo	Estudo de coorte
Objetivo do estudo	Avaliar o impacto do tipo de parto nas práticas de incentivo à amamentação e nas complicações neonatais e maternas a curto e longo prazo.
Participantes	768 puérperas de 11 maternidades de Sergipe, inquiridas nas primeiras 24 horas, 45 a 60 dias e 6 a 8 meses após o parto.
Evidências estabelecidas	Os recém-nascidos por cesariana tiveram menos contacto pele-a-pele imediatamente após o parto (cesariana de emergência: 0,18, IC 95% 0,1-0,31; cesariana eletiva: 0,36, IC 95% 0,27-0,47), com registo de menor taxa de aleitamento materno na primeira hora após o parto (cesariana de emergência: 0,43, IC 95% 0,29-0,63; cesariana eletiva: 0,44, IC 95% 0,33-0,59). As mulheres cujo parto foi cesariana eletiva revelaram uma taxa mais baixas de início precoce do aleitamento materno 0,42 (IC 95% 0,2-0,88). As mulheres submetidas a cesariana de emergência apresentaram maior risco de complicações no aleitamento materno precoce 1,3 (IC95% 1,04-1,64, p=0,037). A cesariana foi negativamente associada ao incentivo à prática do aleitamento materno.

3.1. Discussão dos resultados

De acordo com os estudos analisados, o início da amamentação é significativamente diferente tendo em conta o tipo de parto. As evidências indicam que a cesariana (eletiva e de emergência) e o parto por fórceps associado a trabalhos de parto longos constituem um fator de risco para a amamentação tardia, o que leva a inferir que o tipo de parto influencia o aleitamento materno.

Assim, o estudo de Lau et al. (2018) demonstrou que a cesariana e o parto por fórceps associado a trabalhos de parto longos, bem como a admissão de recém-nascidos em unidades neonatais influenciam negativamente o sucesso da amamentação. Por outro lado, fatores associados diretamente ao recém-nascido como a idade gestacional, o peso, sexo, índice de Apgar ou a analgesia epidural não tiveram influência significativa na amamentação. O estudo corrobora que a prática corrente de contacto pele-a-pele precoce revela um aumento da probabilidade de iniciar a amamentação independente do tipo de parto. Conclui-se que a limitação da mobilidade materna provocada pelo parto por cesariana e ou fórceps são preditores do insucesso no início precoce do aleitamento materno. De igual modo, no estudo de Wallenborn et al. (2017), ficou demonstrado que o início precoce da amamentação é afetado pelo tipo de parto nomeadamente em mulheres com uma ou mais cesarianas, tendo sido as que têm um parto vaginal prévio à cesariana que viram aumentada a probabilidade de iniciar precocemente a amamentação. De igual modo, Morillo et al. (2019) verificaram uma associação entre o tipo de parto, a administração de ocitocina e a cessação do aleitamento materno. Segundo os autores, as mulheres cujo parto foi uma cesariana emergente ou eletiva são aquelas cujo risco de cessação do aleitamento materno exclusivo é maior. De acordo com o estudo, não foi encontrada relação entre a dose de ocitocina administrada durante o parto e a interrupção do aleitamento materno exclusivo. As mulheres cujo parto foi uma cesariana eletiva sem recurso a ocitocina cessaram mais

precocemente o aleitamento materno exclusivo (um, três e seis meses). Contudo, os supracitados autores referem que existem outras causas para a cessação do aleitamento materno ou nomeadamente o uso de chupeta a reintegração profissional materna antes dos seis meses, a primiparidade e ausência de conhecimentos sobre amamentação nomeadamente a não frequência de grupos de apoio. Morilloa et al. (2019) mostraram que as mães que interromperam a amamentação exclusiva após um e três meses após o parto receberam doses mais elevadas de ocitocina durante o parto do que aquelas que mantiveram a amamentação. Em estudos anteriores (Garcia-Forteza, Gonzalez-Mesa, Blasco, Cazorla, Delgado-Rios e Gonzalez-Valenzuela, 2014; Fernández-Cañadas, Marín, Olza, Martínez, Durán, Malalana et al., 2017) não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a administração de ocitocina e o início e a duração do aleitamento materno exclusivo.

O início da lactação, ejeção do leite e vínculo entre a mãe e o recém-nascido dependem, entre outras coisas, da secreção de ocitocina. Para além de ser gerada pelas células mioepiteliais através de um mecanismo local, a ocitocina é liberada de maneira pulsátil que aumenta em frequência durante o trabalho fisiológico, atingindo um nível máximo no cérebro materno na primeira hora após o parto. A indução do trabalho de parto com ocitocina e cesariana eletiva podem alterar o estadio neuro-hormonal fisiológico da mãe e também o equilíbrio de ocitocina no recém-nascido (Garcia-Forteza et al., 2017).

De acordo com Dias, Monteiro, Oliveira, Guedes, Godinho e Alexandrino (2013), num estudo feito no Centro Hospitalar do Porto, ficou demonstrado que 90% dos recém-nascidos foram amamentados ao seio materno na primeira hora de vida. Os motivos que justificaram o atraso nos restantes recém-nascidos foram: “dificuldades na adaptação ao seio materno, cesariana com anestesia geral e complicação do recém-nascido” (p. 315). Em 31% dos recém-nascidos foi preciso, pelo menos, uma administração de leite de fórmula na maternidade. As justificações apresentadas foram: “hipogalactia e/ou perda ponderal >10% do peso ao nascimento, complicações do recém-nascido como icterícia e hipoglicemia, dificuldade na pega, cesariana com anestesia geral e complicação do recém-nascido” (Dias et al., 2013, p. 315).

De igual modo, no estudo de McLennan (2016), as taxas de aleitamento materno exclusivo tiveram uma quebra significativa associada ao crescente número de cesarianas. Porém, ficou registado um aumento da amamentação parcial, ou seja, aleitamento materno e administração de fórmula láctea. Assim, o parto por cesariana aparece significativamente relacionado com ausência do aleitamento materno na primeira hora de vida, o que corrobora o estudo de Albokhary e James (2014), que identificou a cesariana como tipo de parto que diminui a probabilidade de amamentar na primeira hora de vida e às 24 horas de vida do

recém-nascido. A admissão por rotina, em unidades neonatais, bem como o afastamento das suas mães de recém-nascidos saudáveis nascidos por cesariana são promotores do aleitamento artificial. Os autores supracitados referem ainda que a dor do pós-parto por cesariana foi inibidora da capacidade materna para cuidar e amamentar recém-nascido. Este estudo alerta para a importância do alojamento conjunto no pós-parto, bem como para o adequado controlo da dor e importância da indicação médica como único motivo para administração de leite artificial. Estes resultados são corroborados no estudo de İsik, Dag, Tulmac e Pek (2016), onde a cesariana eletiva teve efeitos negativos na amamentação. Um número significativamente maior de problemas de amamentação precoce durante o período pós-parto foi observado no grupo de mulheres com cesariana eletiva. As mulheres primíparas e múltiparas após cesariana tenderam a amamentar com menos frequência após o primeiro dia pós-parto do que as mulheres primíparas e múltiparas após parto vaginal. Numa metanálise realizada por Prior, Santhakumaran, Gale, Philipps, Modi e Hyde (2012), a taxa de iniciação do aleitamento materno foi menor após cesariana *versus* parto vaginal. Mukunyaa et al. (2017) também verificaram que os principais fatores associados ao início tardio da amamentação o tipo de parto foi a cesariana, tendo igualmente constatado concomitantemente a ausência de informação e apoio sobre o aleitamento materno. Assim, as mulheres com o maior nível de escolaridade tiveram menos probabilidades de iniciar tardiamente o aleitamento materno. Castro, Silva e Silva (2015, p. 65) referem que amamentar, para além de ser “um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, socioculturais e psicológicos da mãe”, também está muito dependente “do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde na promoção e apoio ao aleitamento materno”. Os mesmos autores reforçam alegando que “os enfermeiros deverão refletir sobre as suas práticas e a sua formação em aleitamento materno, motivando as mães não apenas numa perspetiva técnica e normativa, mas também numa vertente psicossocial, adequando as suas práticas às necessidades de cada mulher” (p. 65). Neste âmbito, Esteves et al. (2015), no seu estudo, verificaram que a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés é um elemento protetor no que concerne ao início precoce do aleitamento materno, uma vez que estes hospitais, segundo os autores, têm menores taxas de início tardio do aleitamento materno em comparação com outras instituições. Todavia, o mesmo estudo refere que o parto por cesariana e a desinformação, nomeadamente a falta de apoio profissional, estão associados ao início tardio da amamentação. Silva et al. (2015, p. 66) referem o enfermeiro tem de “saber criar um ambiente favorável ao aleitamento materno”, o que passa pelo estabelecimento de “uma relação de confiança e de ajuda para que esta prática se estabeleça com eficiência”. Os mesmos autores defendem igualmente a importância do reconhecimento da “mulher como elemento fulcral na amamentação”, com a valorização da “realidade da experiência vivida por cada mãe, o que constitui um momento

significativo para ela, de modo que a mesma, em consonância com o seu real desejo, expresse a sua opção, independente das pressões sociais a que está sujeita”.

No estudo de Zhang et al. (2018) ficou demonstrado que o agente motivador para o aleitamento materno foi a estimulação mecânica da lactação duas horas pós-cesariana, apesar dos resultados primários serem satisfatórios e aumentarem o sucesso da amamentação. A dor e a fadiga materna relacionadas com a estimulação/extração mecânica de leite materno são observados como redutores do aleitamento materno o exclusivo. Em suma, as mulheres que estimulam precocemente a lactação revelaram-se mais motivadas para amamentação. Redshaw et al. (2014) constaram que o parto vaginal e o contacto pela-pele imediato são fatores protetores e promotores do aleitamento materno no nascimento e na alta clínica, apresentando resultados diferentes às 13 semanas de vida do recém-nascido. Segundo os mesmos autores as taxas de amamentação são influenciadas pela duração do contacto pele-a-pele. O estudo revela ainda que as mulheres cujo parto foi uma cesariana iniciaram mais tardiamente a amamentação, o que está em conformidade com os estudos referenciados anteriormente e corroborado com as evidências encontradas por Taha et al. (2019), as quais revelam que a cesariana está associada a menores taxas de início precoce aleitamento materno, sendo, por tal, o parto por cesariana (eletiva ou emergente) apontado como fator de risco ao início precoce do aleitamento materno, face aos partos por via vaginal que estão associados ao aumento significativo da amamentação precoce. Na mesma linha, no estudo anterior de Hobbs et al. (2016), o tipo de parto revelou-se significativamente associado a intenção de amamentar, sendo as mulheres cujo parto foi uma cesariana eletiva as que tinham intenção de não amamentar. Relativamente às mulheres que experienciaram parto vaginal, o mesmo estudo revela que as taxas de amamentação são significativamente maiores, mesmo em comparação com mulheres submetidas a cesariana emergente em que o período de amamentação não vai além das 12 semanas de vida do recém-nascido. A corroborar este estudo, Prado et al. (2018) identificaram recém-nascidos que nasceram por cesariana como aqueles que obtiveram menores taxas de aleitamento materno. A ausência de contacto pela-pele imediato foi preditor de início tardio da amamentação. Assim, o parto por cesariana surge como inibidor do aleitamento materno. Numa revisão sistemática da literatura, uma análise de subgrupo sugeriu que a diminuição do aleitamento materno ocorreu principalmente devido ao parto por cesariana eletiva, já que as taxas de início da amamentação em bebés nascidos por cesariana de emergência e por parto vaginal foram comparáveis (*Breastfeeding and the use of human milk*, 2012).

De modo a que a iniciação e estabelecimento do aleitamento materno tenham sucesso, é importante dar-se apoio ativo à mulher ao longo do processo gravídico e após o

parto. Neste sentido, os profissionais de saúde, em especial o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, desempenham um importante papel na promoção e no apoio ao aleitamento materno exclusivo, após o parto e sua continuidade. Como tal, as mães têm de ser sensibilizadas para a prática do aleitamento materno exclusivo. Os resultados obtidos sugerem o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, no seu papel de promotor da saúde, devem continuar a reunir esforços conscientes e sustentados de modo a poder-se conseguir uma efetiva promoção e um ajustado apoio do aleitamento materno exclusivo, uma atuação que deve iniciar-se no período pré-natal, passando pelo parto, pós-parto e ao longo de todo o tempo da amamentação. Assim, compete a este profissional de saúde defender o aleitamento materno, uma ação que implica informação, orientação, aconselhando e ajudar as mães e respetivas famílias, para que a prática da amamentação, uma conduta promotora de saúde do bebé e da mãe, atinja taxas ideais.

Conclusão

O enfermeiro é por excelência o profissional de saúde que acompanha o ser humano ao longo de todo o ciclo vital acompanhando-o durante todos os processos de transição. Assim, o enfermeiro, em particular o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, tem por missão o acompanhamento de proximidade no período pré-concepcional, pré-natal, parto, pós-parto e adaptação à parentalidade.

A realização da presente revisão sistemática da literatura permitiu um conhecimento aprofundado sobre a influência do tipo de parto na amamentação, nomeadamente no apoio e promoção do parto normal enquanto promotor do aleitamento materno, tendo-se constatado que a cesariana e o parto por fórceps, associado a trabalhos de parto longos, constituem-se como um fator de risco para a amamentação tardia, demonstrando que o tipo de parto influencia o aleitamento materno.

Ainda que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia não seja por si só responsável pelo tipo de parto, uma vez que são múltiplos os fatores que podem influenciar o tipo de parto, como, por exemplo, o bem-estar materno e fetal, o próprio trabalho de parto, entre muitos outros.

Desta forma e tendo em conta a realização do presente trabalho, as implicações para a prática profissional, enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, praticando e dirigindo cuidados de enfermagem diferenciados e especializados estão relacionadas com os diferentes processos de transição:

- **Pré-concepcional:** os enfermeiros especialistas em saúde materna reconhecem e procuraram estratégias para conceber, planear e organizar sessões de esclarecimento/educação para a saúde cerca da fertilidade e regulação da fecundidade, bem como sobre planeamento familiar.
- **Pré-natal:** os enfermeiros especialistas em saúde materna devem promover a saúde da mulher durante o período pré-natal desenvolvendo, dirigindo e implementando cuidados direcionados à mulher grávida nomeadamente no domínio da educação pra saúde, fazendo ensinios acerca do parto, trabalho de parto, plano de parto, amamentação (benefícios, desconfortos, entre outros). O aumento do empoderamento e conhecimento da mulher acerca do parto e da amamentação são determinantes na experiência positiva de nascimento e no sucesso da amamentação exclusiva até aos 6 meses e até aos 2 anos em complemento a outra alimentação.
- **Parto ou nascimento:** a ação do enfermeiro especialista de saúde materna centra-se na promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto otimizando a

adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Desta forma o enfermeiro deve ser um promotor das recomendações da OMS no sentido de ser um elemento fomentador da experiência positiva de nascimento atendendo à satisfação das necessidades da mulher em trabalho de parto bem como às suas preferências com o objetivo da promoção do parto normal como elemento facilitador do contacto pele-a-pele imediato e da amamentação.

- **Pós-parto e adaptação à parentalidade:** o enfermeiro especialista de saúde materna tem por principal objetivo o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de promover e potenciar a saúde da puérpera e recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Desta forma o enfermeiro deve informar e orientar sobre recursos disponíveis na comunidade que permitam responder adequadamente as necessidades da puérpera e do recém-nascido, permitindo o empoderamento da mulher na tomada de decisão esclarecida, nomeadamente a criação e a apoio de grupos formais e informais de promoção do aleitamento materno, assim como grupos de partilhas de experiências. Promover a continuidade de cuidados em meio domiciliário através da criação de grupos de visitação domiciliária pós-alta.

Urge mais e melhor investigação no sentido de provar cientificamente que as experiências de parto determinam o sucesso da amamentação. Desta forma, aponto como sugestões o investimento na criação de unidades de visitação domiciliária após a saída da maternidade, bem como a realização de estudos longitudinais de acompanhamento de uma determinada amostra populacional em aleitamento materno em diferentes tempos (nascimento, alta clínica, 6 meses e 2 anos de idade).

Antes de se dar por terminado este trabalho, importa referir que a principal limitação encontrada foi a impossibilidade de realização de metanálise, uma vez que a grande maioria dos estudos não eram controlados randomizados.

Em jeito de conclusão e após a realização do presente trabalho acredita-se que a grande mais-valia do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstetria e Ginecologia está no domínio da educação pra saúde, na medida em que o esclarecimento, o conhecimento e o empoderamento são ferramentas essenciais à experiência de parto positiva e ao sucesso da amamentação.

Referências bibliográficas

- A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Acedido em <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Ahluwalia, I.B., Li, R., & Morrow, B. (2012). Breastfeeding practices does method of delivery matter. *Matern Child Health J.*; 16(2), 231–237.
- Albokhary, A.A., & James, M.J.P. (2014). Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Med J*; Vol. 35 (11), 1400- 1403.
- Baumeister, R. F. (2013). Writing a literature review. In M. J. Prinstein & M. D. Patterson (Eds.), *The portable mentor: Expert guide to a successful career in psychology* (pp. 119-132; 2nd ed.). New York: Springer Science+ Business Media.
- Belachew, A., Tewabe, T., Asmare, A., Hirpo, D., Zeleke, B., & Muche, D. (2018). Prevalence of exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers having infants less than 6 months old, in Bahir Dar, Northwest, Ethiopia: a community based cross sectional study 2017. *BMC Res Notes*; 11, 768, 2-6. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3877-5>
- Bosi, A.T.B., Eriksen, K.G., Sobko, T., Wijnhoven, T.M.A., & Breda, J. (2016). Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutrition*; 19(4), 753–764. doi:10.1017/S1368980015001767
- Bramson, L., Lee, J.W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K. et al. (2010). Effect of early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact.*; 26(2), 130–137.
- Breastfeeding and the use of human milk (2012). *Section on Breastfeeding Pediatrics*; 827, 129–133. Acedido em <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/3/e827.full.pdf>
- Castro, J.R.S., Silva, E.M.B., & Silva, D.M. (2015). Perceção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. *Revista de Enfermagem Referência*; Série IV - n.º 6 - jul./ago./set., 65-63.
- Cock, T.P. de, Manniën, J., Geerts, C., Klomp, T., & Jonge, A de (2015). Exclusive breastfeeding after home versus hospital birth in primary midwifery care in the

- Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 15, 262, 1-8. DOI 10.1186/s12884-015-0688-8.
- Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés (2016). *Sete medidas para ser considerada unidade de saúde amiga dos bebés*. Acedido em <https://www.unicef.pt/media/2179/7-medidas-unidade-amiga-dos-bebes-fev-2012.pdf>
- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C. & Alexandrino, A.M. (2013). Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 44(6): 313-318. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2719/2754>
- Direção Geral de Saúde (DGS, 001/2015). *Trabalho de parto estacionário*. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- 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 INFAD Revista de Psicologia*; 1 - Monográfico 3, 357-366. ISSN: 0214-9877. Acedido em <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1574/1356>
- Esteves, T.M.B, Daumas, R.P., Oliveira, M.I.C., Andrade, C.A.F., & Leite, I.C. (2015). Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 31(11), 2390-2400.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In Néné, M., Sequeira, C., & Batista, M.A. (coord.) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Fernández-Cañadas, A., Marín, M.A., Olza, I., Martínez, B., Durán, M., Malalana, A. et al. (2017). The relationship of the administration of intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding initiation and duration rates. *Breastfeed Med*; 12, 98–102.
- Gameiro, J.P.M.P. (2016). *Expectativas da grávida em relação ao parto*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Faculdade das Ciências da Saúde. Acedido em https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5497/1/PG_27730.pdf
- Garcia-Fortea, P., Gonzalez-Mesa, E., Blasco, M., Cazorla, O., Delgado-Rios, M., & Gonzalez-Valenzuela, M.J. (2014). Oxytocin administered during labor and breastfeeding: a retrospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 27 (15), 1598-1603.

- Graça, L.M. da (2012). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa-Porto: Lidel.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peerreviewed journals: Secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5, 101-117.
- Higgins, J.P.T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. Melbourne: The Cochrane Collaboration. Disponível em: www.cochrane-handbook.org
- Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., & Tough, S.C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 16, 90, 2-9. DOI 10.1186/s12884-016-0876-1.
- Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., & Tough, S.C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 16, 90, 2-9. DOI 10.1186/s12884-016-0876-1.
- Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., & Tough, S.C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 16, 90.. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas da Saúde – 2017*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0482-7
- İsik, I., Dag, Z.O., Tulmac, O.B., & Pek, E. (2016). Early postpartum lactation effects of cesarean and vaginal birth. *Ginekologia Polska*; Vol. 87, 6, 426–430. DOI: 10.5603/GP.2016.0020
- Joanna Briggs Institute (2020). *Introduction to JBI Systematic reviews*. Acedido em <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/1.1+Introduction+to+JBI+Systematic+reviews>
- 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 do Norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 101-108. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/3612/5072>
- Latifnejad-Roudsari, R., Zakerihamidi, M., Merghati-Khoei, E., & Kazemnejad, A. (2014). Cultural perceptions and preferences of Iranian women regarding cesarean delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*; Vol. 19, 7, S28-S36.

- Lau, Y., Tha, P.H., Tin Ho-Lim, S.S., Wong, L.Y., Lim, P.I., Nurfarah, B.Z.M.C.N., & Shorey, S. (2017) An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr.* ;14(1), e12492. doi:10.1111/mcn.12492
- Lubold, A.M. (2019). Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries. *Int Breastfeed J*; 14, 36. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0230-0>
- Machado, M.H. (2012). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: Graça, L.M. da (2012). *Medicina Materno-Fetal* (pp. 320-328). Lisboa-Porto: Lidel.
- Margotti, E., & Margotti, W. (2017). Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, vol. 41, 114, 860-871.
- Marinho, M. dos S., Andrade, E.N. de, & Abrão, A.C.F.V. (2015). A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. *Revista Enfermagem Contemporânea*; 4(2), 189-198. ·
- McCourt, C. (2014). What is the value of applying social theory to maternity care? *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis; 23(1), 9-10.
- McLennan, J.D. (2016). Changes in caesarean section rates and milk feeding patterns of infants between 1986 and 2013 in the Dominican Republic. *Public Health Nutr.*; 19(15), 2688-2697. doi:10.1017/S1368980016000847
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth.*; 23(4), 135–145.
- Milinco, M., Cattaneo, A., Macaluso, A., Materassi, P., Di Toro, N., & Ronfani, L. (2019). Prevalence of breastfeeding in a babyfriendly pediatric practice: an experience in Trieste, Italy. *International Breastfeeding Journal*; 14, 44, 2-7. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0239-4>
- Morillo, A., F-C., Duquea, M.D., López, A.B.H., Miguel, C.M. et al. (2019). Cessation of breastfeeding in association with oxytocin administration and type of birth. A prospective cohort study. A prospective cohort study. *Women Birth.*; 32(1), e43-e48. doi:10.1016/j.wombi.2018.04.017
- Mukunyaa, D., Tumwineb, J.K., Nankabirwa, V. et al. (2017). Factors associated with delayed initiation of breastfeeding: a survey in Northern Uganda. *Global Health Action*; 10,1, 1-8. DOI: 10.1080/16549716.2017.1410975

- Oliveira, M. (2016). Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. *Pensar Enfermagem*; Vol. 20, 1, 4-15. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23735/1/Artigo1_4_15.pdf
- Palla, H., & Kitsantas, P. (2017). Mode of delivery and breastfeeding practices. *International Journal of Pregnancy & Child Birth*; 2(6), 167–172.
- Pereira, A.L., & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 27(4), 491-8.
- Pereira, M.A. (2015). *Como chega o leite materno ao bebé: anatomia da mama e fisiologia da lactação*. Porto. Acedido em http://www.aleitamentomaterno.pt/images/fisiologia_lactacao.pdf
- Prado, D.S., MendesII, R.B., Gurgel, R.K. et al. (2018). The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and longterm outcomes. *Rev Saude Publica*; 52, 95, 1-11. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000742>
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L.H., Mod, I.N., & Hyde, M.J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutrition*; 95(5), 1113–1135.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L.H., Modi, N., & Hyde, M.J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.*, 95, 1113–1135.
- Ramiro-González, M.D., Marrón, H.O., Canedo-Argüelles, C.A., Olcina, M.J.E., Rico, O.C., Claramonte, M.T. & Gavín, M.O. (2018). Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *Anales de Pediatría*; Vol. 89, 1, 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2017.09.004>
- Ratnayake, H.E., & Rowe, D. (2018). Prevalence of exclusive breastfeeding and barriers for its continuation up to six months in Kandy district, Sri Lanka. *International Breastfeeding Journal*; 13, 36, 2-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0180-y>
- Redshaw, M.B.A., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery.*; 30(5), e177-e187. doi:10.1016/j.midw.2014.02.003
- Rodrigues, S.I.B. (2016). Parto distócico. In Néné, M., Sequeira, C., & Batista, M.A. (coord.) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 382-387). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.

- Rodrigues, S.I.B. (2016). Parto normal. In Néné, M., Sequeira, C., & Batista, M.A. (coord.) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 377-381). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A.V. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica*. Lisboa: Linha Editorial, Lda.
- Roudsari, R., Zakerihamidi, M., & Khoei, E. (2015). Socio-Cultural Beliefs, Values and Traditions Regarding Women's Preferred Mode of Birth in the North of Iran. *IJCBNM*; Vol. 3, 3, 165-176.
- Senra, R.Q., Madeira, I.R., Mansur, F.M., Rodrigues, N.C.P. et al. (2018). Tipo de parto e aleitamento precoce: impacto no estado nutricional da criança com 24 meses. *Rev Ped SOPERJ*; 18(4), 10-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v18i4p10-16>
- Silva, C.M., Pellegrinelli, A.L.L.R., Pereira, S.C.L., Passos, I.R., & Santos, L.C. dos (2017). Práticas educativas segundo os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" em um Banco de Leite Humano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1661-1671. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1661.pdf>
- Taha, Z., Hassan, A.A., Wikkeling-Scott, L., & Papandreou, D. (2019). Prevalence and Associated Factors of Caesarean Section and its Impact on Early Initiation of Breastfeeding in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Nutrients*; 11(11), 2723. doi:10.3390/nu11112723
- Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J.D., França, G.V.A., Horton, S., Krasevec, J. et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*; 387, 475-490. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/292208687_Breastfeeding_in_the_21st_century_Epidemiology_mechanisms_and_lifelong_effect/link/5b04bd12a6fdccf9e4f8658c/download
- Wallenborn, J.T., Graves, W.C., & Masho, S.W. (2017). Breastfeeding Initiation in Mothers with Repeat Cesarean Section: The Impact of Marital Status. *Breastfeed Med.*; 12, 227-232. doi:10.1089/bfm.2016.0205
- WHO (2003). *World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization & UNICEF (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO. Acedido em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>

- Zanardo, V., Pigozzo, A., Wainer, G., Marchesoni, D., Gasparoni, A., Di Fabio, S., Cavallin, F., Giustardi, A., & Trevisanuto, D. (2013). Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives Disease Childhood Fetal Neonatal Edition*; 98(1), 37–41.
- Zhang, F., Yang, Y., Baie, T. et al. (2018). Effect of pumping pressure on onset of lactation after caesarean section: A randomized controlled study. *Matern Child Nutr.*; 14(1), e12486. doi:10.1111/mcn.12486