

# Aleitamento Materno

## Guião para entrevista telefónica (momento basal - M3)

**Instruções de Preenchimento**

Para efeito de tratamento dos dados (leitura óptica), este questionário deve ser preenchido utilizando caneta ou esferográfica preta ou azul.

Para responder:       
 No caso de pretender corrigir:

**ID:**

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Lactente:

/  /   
 DD MM AAAA

**Sexo do Lactente:**

Masculino  Feminino

Data de 1º Contacto:

/  /

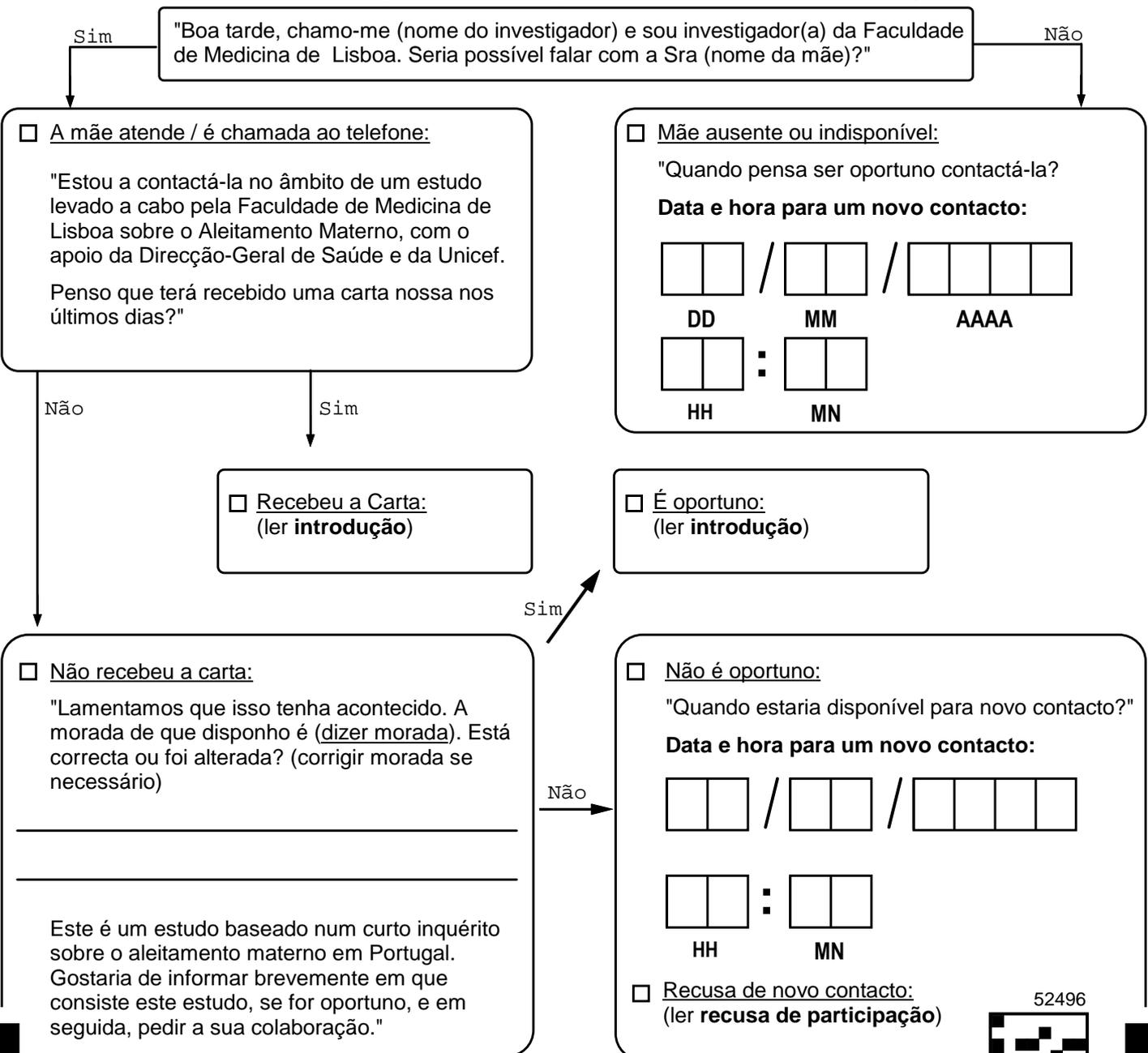
Data de 2º Contacto:

/  /

Data de 3º Contacto:

/  /   
 DD MM AAAA

(seleccionar a resposta obtida e proceder de acordo com instrução)



## Introdução e consentimento para participação no estudo

"Estamos a realizar um estudo sobre a situação do Aleitamento Materno em Portugal para o qual precisamos de entrevistar mais de 500 mães que tenham dado à luz há cerca de 3 meses. O seu contacto, tal como os contactos das restantes participantes, foi-nos disponibilizado pelo Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães, o Instituto responsável pelo Rastreio Nacional de Doenças Metabólicas, com a sua autorização. Relembro que o seu nome foi seleccionado absolutamente ao acaso para participar neste inquérito com recolha de dados por entrevista telefónica.

Nesta entrevista telefónica serão colocadas questões relacionadas com o nascimento, o aleitamento materno e a família do seu bebé.

Esta entrevista terá a duração aproximada de 15 minutos. E daqui a 3 meses iremos contactá-la novamente para responder a uma segunda entrevista telefónica com a duração de 5 a 10 minutos.

Todos os dados por si fornecidos vão ser tratados de forma confidencial e anónima, não sendo possível identificá-la (nem a si nem ao seu bebé). Os resultados deste estudo serão depois apresentados como estatísticas de especial interesse para médicos e pessoas que trabalhem com crianças.

A sua participação é muito importante para nós, e se decidir participar é livre de mudar de ideias a qualquer momento.

Gostaria de saber se tem qualquer dúvida ou questão sobre este estudo?

Gostaria de saber se aceita participar no estudo respondendo a esta entrevista telefónica?"

Sim

Não

Aceita Participação:  
Iniciar **Entrevista Telefónica**

Recusa Participação:  
"Compreendo a sua posição e respeito-a inteiramente, por isso não lhe quero roubar mais tempo. Permite-me perguntar-lhe porque decide não participar, de modo a melhoramos o nosso estudo?"

(sugestões se não existir resposta: não tem tempo, pelo tema do estudo, não quer participar...)?

"Peço desculpa pelo incómodo e agradeço o tempo dispendido."

52496



## Bloco Elegibilidade

"Vamos começar por lhe colocar algumas questões iniciais que nos garantem que preenche os requisitos para fazer parte do nosso estudo."

### 1. Após o nascimento, o seu bebé esteve internado numa unidade de cuidados intensivos ou especiais?

- Sim (UCI/UCE) -> Agradecer e concluir a entrevista  
 Não

**Infelizmente alguns bebés nascem com problemas ou com malformações**

### 2. O seu bebé nasceu com alguma malformação grave?

- Sim -> Agradecer e concluir a entrevista  Não

### 3. O médico que a acompanha/acompanhou deu-lhe alguma indicação para não iniciar o aleitamento materno?

- Sim -> Agradecer e concluir a entrevista  Não

Se **sim**, pode indicar qual foi a razão?

**Muito obrigada pelas suas respostas. Iremos prosseguir então com a realização da nossa entrevista com a sua permissão.**

## Bloco Aleitamento Materno

### 1. Em primeiro lugar, gostaria de lhe perguntar se amamentou ou está a amamentar o seu bebé?

- Nunca amamentou -> Passar à pergunta 13  
 Amamentou e já parou  
 Ainda está a amamentar

### 2. Até agora, quantas semanas amamentou no total?

Semanas **Se responder em meses traduzir para o número de semanas**

### 3. Neste momento, o seu bebé toma algum dos seguintes alimentos ou bebidas regularmente ou de forma continuada (Não contabilizar o consumo episódico/pontual)?

	Sim	Não	NS / NR	Se sim, o bebé quando lhe começou a dar ... Que idade tinha? Até:	
a. Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Semanas
b. Chá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Semanas
c. Leite artificial (de lata/adaptado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Semanas
d. Outros alimentos (ex. papas, sopa, fruta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Semanas

**Se responder em meses traduzir para o número de semanas**

**Só para quem respondeu que sim ao (c.) leite artificial:  
(Se não passar à pergunta 5)**

### 4. Existem vários motivos apontados para o início do leite artificial. Dos seguintes, pode dizer-me qual ou quais foram os motivos para a senhora iniciar o leite artificial? (Mais do que uma opção de resposta)

- Sensação de que o bebé ficava com fome  
 Incerteza sobre a qualidade do seu próprio leite ("leite fraco")  
 Incerteza sobre a quantidade do seu próprio leite ("leite secou")  
 Dificuldades na adaptação do bebé à mama ("má pega")  
 Razões de comodidade  
 Razões estéticas  
 Recomendação de profissional de saúde  
 Sugestão de membro da família  
 Dificuldade em conciliar com a vida profissional  
 Complicações mamárias. Qual foi a principal?

- Aparecimento de uma contra-indicação ao aleitamento materno  
 Considerou que era altura de começar  
 Outro motivo. Qual?   
 Não sabe/ não responde

### 5. O bebé tomou outras vitaminas para além da vitamina D?

- Sim. Em que meses?  1º Mês  2º Mês  3º Mês  
 Não

**Em relação à decisão de aleitamento materno....**

### 6. Poderia indicar-me quando tomou a decisão de amamentar? Se foi:

- Antes do parto  
 Após o parto  
 Não sabe / Não responde

### 7. E qual ou quais os motivos porque decidiu amamentar? (Mais do que uma opção de resposta)

- a.  Por reconhecimento de vantagens para o bebé  
b.  Por reconhecimento de vantagens pessoais maternas  
c.  Por recomendação/ conselho médico  
d.  Por recomendação/ conselho de outros profissionais de saúde  
e.  Por recomendação/ conselho da família  
f.  Outro motivo. Qual?   
g.  Não sabe/ não responde

### 7.1 (Se mais do que um referido): Dos que me indicou, qual o motivo principal porque decidiu amamentar?

Colocar a Letra correspondente

52496



**8. Considera que existem vantagens associadas ao aleitamento materno para o bebé?**

- Sim
- Não
- Não sabe / Não responde

**8.1. Se sim, poderia indicar-me qual ou quais?**

(Não ler, solicitar as opções referidas, até a um máximo de 3 opções)

- Nutricionais (promoção do crescimento/desenvolvimento)
- Imunológicas: anti-infecciosas ou imuno-alérgicas (defesas do organismo)
- Psicológicas (reforço auto-estima, sensação de prazer no aleitamento materno)
- Prevenção da Diabetes Mellitus
- Prevenção da obesidade
- Prevenção de linfomas
- Prevenção de doenças inflamatórias intestinais crónicas tais como doença de crohn, colite ulcerosa
- Reforço da relação mãe-bébé
- Outro motivo. Qual?
- Não sabe/ não responde

**9. E considera que o aleitamento materno lhe traz vantagens pessoalmente?**

- Sim
- Não
- Não sabe / Não responde

**9.1. Se sim, qual ou quais?**

(Não ler, solicitar as opções referidas, até a um máximo de 3 opções)

- Facilitação da recuperação física pós parto, incluindo aceleração do retorno ao peso ideal
- Diminuição do risco de cancro da mama
- Diminuição do risco de cancro do ovário
- Diminuição do risco de cancro do útero
- Contracepção
- Psicológicas (reforço auto-estima, sensação de prazer no aleitamento materno)
- Reforço da relação mãe-bébé
- Económicas
- Outro motivo. Qual?
- Não sabe/ não responde

**10. Quando decidiu amamentar, até quando pensou fazê-lo?**

- Até o leite acabar
- Até ao bebé querer
- Tempo recomendado pelo médico
- Até regressar ao trabalho
- Outro tempo. Especificar:
- Não planeou tempo específico para amamentar
- Não sabe / Não responde

**11. Para si, isso corresponderia a quantos meses?**

Meses

*Se não souber ou não responder colocar 99 como resposta*

**12. Como classificaria a sua motivação para amamentar numa escala de 1 a 5, em que 1 é nenhuma motivação e 5 excelente motivação**

Antes do parto?

- 
- Nenhuma 1 2 3 4 5 Excelente  
Motivação motivação

Imediatamente após o parto (1a semana)?

- 
- Nenhuma 1 2 3 4 5 Excelente  
Motivação motivação

Actualmente, aos 3 meses de vida do bebé?

- 
- Nenhuma 1 2 3 4 5 Excelente  
Motivação motivação

***Se interrompeu o aleitamento materno, passar à pergunta 14.***

***Se ainda está a amamentar, passar à pergunta 15.***

**Apenas para quem nunca amamentou**

**13. Quando decidiu não amamentar?**

- Antes do parto
- Após o parto
- Não sabe / Não responde

**14. Dos seguintes motivos frequentemente referidos pelas mulheres, qual ou quais os motivos porque decidiu não amamentar ou interromper o aleitamento materno?**

(Mais do que uma opção de resposta)

- a.  Sensação de que o bebé ficava com fome
- b.  Incerteza sobre a qualidade do seu próprio leite ("leite fraco")
- c.  Incerteza sobre a quantidade do seu próprio leite ("leite secou")
- d.  Dificuldades na adaptação do bebé à mama ("má pega")
- e.  Razões de comodidade
- f.  Razões estéticas
- g.  Recomendação de profissional de saúde
- h.  Sugestão de membro da família
- i.  Dificuldade em conciliar com a vida profissional
- j.  Complicações mamárias. Qual foi a principal?
- l.  Aparecimento de uma contra-indicação ao aleitamento materno
- m.  Considerou que já era tempo suficiente
- n.  Outro motivo. Qual?
- o.  Não sabe/ não responde

**14.1 (Se mais do que um referido): Dos que me indicou, qual o motivo principal porque decidiu não amamentar ou interromper o aleitamento materno?**

Colocar a Letra correspondente

**15. Foi aconselhada por alguém ou pela leitura de informação específica a amamentar?**

Sim  Não

Se **sim**, por quem ou como (a mãe pode escolher mais que uma opção) - (Dar opções):

- Médico  Folhetos de puericultura
- Enfermeiro  Revistas/Livros
- Aulas de preparação de parto  Não sabe / Não responde
- Familiar/Amigos

**16. Gostava agora de lhe perguntar qual foi a opinião do pai do bebé em relação ao aleitamento materno?**

- Favorável
- Contra
- Indiferente
- Não sabe / Não responde

**17. E qual foi a opinião da sua mãe em relação ao aleitamento materno?**

- Favorável
- Contra
- Indiferente
- Não sabe / Não responde

**18. A senhora quando nasceu foi amamentada?**

- Sim  Não  Não sabe / Não responde

**Bloco Gravidez**

**Agora iremos colocar-lhe algumas perguntas relativamente aos seus filhos e à sua gravidez...**

**1. Quantos filhos tem, incluindo este?**

Filhos

**Se é o primeiro filho ir para pergunta 4**

**2. Com que idade teve o primeiro filho?**

Anos

**3. Dos seus outros filhos, deu de mamar a quantos?**

Filhos

**3.1 Se pelo menos um, qual o tempo médio de aleitamento materno:**

Meses

**3.2 E, de uma maneira geral, sentiu-se satisfeita com essa(s) experiência(s)?**

Sim  Não  Não sabe / Não responde

**Em relação a esta última gravidez...**

**4. Foi planeada?**

Sim  Não  Não sabe / Não responde

**5. Quantas consultas médicas teve durante esta última gravidez?**

Consultas

**Se não teve nenhuma consulta saltar para a pergunta 7**

**6. Com quantas semanas de gravidez estava quando foi à primeira consulta?**

--	--

 Semanas

**6.1 Onde se realizaram a maioria das consultas?**

- Centro de saúde     Maternidade/Hospital público  
 Hospital privado     Consultório particular / Clínica Privada

Outro local. Qual? \_\_\_\_\_ 

--	--

Não sabe/ não responde

**7. Frequentou algum tipo de curso de preparação para o parto?**

- Sim     Não     Não sabe / Não responde

**7.1 Se sim, por quem foram dadas essas aulas?**

- Médico  
 Enfermeiro  
 Outro. Quem? \_\_\_\_\_ 

--	--

Não sabe / Não responde

**7.2 Se sim, como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação com o apoio prestado? (1 muito má a 5 muito boa)**

	<input type="checkbox"/>					
Muito Má	1	2	3	4	5	Muito Boa

Não Sabe / Não Responde

**8. Gostaria agora de lhe perguntar se, durante a gravidez, esteve exposta ao tabaco?**

- Sim     Não     Não sabe / Não responde

**8.1 Se sim, por conviver com fumadores ou por fumar?**

- Fumadora Activa  
 Fumadora Passiva  
 Não sabe / Não responde

(Se respondeu **Fumadora Activa**), em média quantos cigarros fuma por dia?

--	--

 Cigarros

## Bloco Parto

**1. Onde ocorreu o parto? Especificar onde.**

Hospital Público. Qual? \_\_\_\_\_ 

--	--

Hospital Particular. Qual? \_\_\_\_\_ 

--	--

Em casa

Outro sítio. Qual? \_\_\_\_\_ 

--	--

Não sabe / Não responde

**2. Que tipo de parto teve?**

- Normal, vaginal  
 Cesariana -> Passar à pergunta 6  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_ 

--	--

  
 Não sabe / Não responde

**3. O seu trabalho de parto foi provocado?**

- Sim     Não     Não sabe / Não responde

**4. Durante o parto, foi administrada epidural?**

- Sim     Não     Não sabe / Não responde

*As próximas questões dizem respeito ao período logo após o parto.*

**5. Durante quanto tempo esteve internada na maternidade após o parto?**

- < 24 horas  
 24-48 horas  
 > 48 horas  
 Não teve parto no hospital -> Passar ao bloco seguinte  
 Não sabe / Não responde

**6. Teve algum problema de saúde após o parto?**

- Sim     Não     Não sabe / Não responde

**7. O seu bebé foi colocado junto de si logo na primeira hora de vida?**

- Sim     Não     Não sabe / Não responde



8. Quanto tempo passou entre o parto e a 1ª mamada?

--	--	--

Minutos

*Se responder em horas traduzir para o número de minutos*

9. Durante a estadia na maternidade, o seu bebé esteve a maior parte do tempo junto de si?

Sim  Não  Não sabe / Não responde

10. Na maternidade, o bebé mamava sempre que queria?

Sim  Não  Não sabe / Não responde

11. Na maternidade, que alimentos ou bebidas foram dados ao seu bebé? (ler opções)

Sim Não NS / NR

- |                     |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Leite da mãe     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Leite artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Água             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Chá              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Outros. Qual?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

--	--

12. Na maternidade, foram-lhe oferecidos kits de amostras ou publicidade a marcas de leite artificial?

Sim  Não  Não sabe / Não responde

13. Na maternidade, algum profissional de saúde lhe ensinou como amamentar?

Sim  Não  Não sabe / Não responde

14. Na maternidade, algum profissional de saúde lhe explicou como manter o aleitamento se precisasse de estar separada do seu filho?

Sim  Não  Não sabe / Não responde

## Bloco Acompanhamento de Aleitamento Materno

1. Alguma vez, algum profissional de saúde lhe falou sobre os benefícios do aleitamento materno?

Sim  Não  Não sabe / Não responde

1.1 Se **sim**, quando?

(pode assinalar mais do que uma opção - ler as opções)

Nas consultas durante a gravidez. Quem?

Médico de família  Médico obstetra  Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1 2 3 4 5 Muito Boa

Não Sabe / Não Responde

Nas aulas de preparação para o parto. Quem?

Médico de família  Médico obstetra  Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1 2 3 4 5 Muito Boa

Não Sabe / Não Responde

Na maternidade. Quem?

Médico obstetra  Pediatra  Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1 2 3 4 5 Muito Boa

Não Sabe / Não Responde



Nas consultas após o parto. Quem?

Médico de família     Pediatra     Médico obstetra

Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1    2    3    4    5    Muito Boa

Não Sabe / Não Responde

**2. Algum profissional de saúde lhe falou sobre as dificuldades no aleitamento materno, tais como: complicações mamárias, técnica correcta para amamentar ou outras e como superar essas dificuldades?**

Sim     Não     Não sabe / Não responde

**2.1 Se sim, quando? (pode assinalar mais do que uma opção) - ler as opções**

Nas consultas durante a gravidez. Quem?

Médico de família     Médico obstetra     Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1    2    3    4    5    Muito Boa

Não sabe / Não responde

Nas aulas de preparação para o parto. Quem?

Médico de família     Médico obstetra     Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1    2    3    4    5    Muito Boa

Não Sabe / Não Responde

Na maternidade. Quem?

Pediatra     Médico obstetra     Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1    2    3    4    5    Muito Boa

Não Sabe / Não Responde

Nas consultas após o parto. Quem?

Médico de família     Médico obstetra     Pediatra

Enfermeiro

Outro. Quem? \_\_\_\_\_

--	--

Não sabe / Não responde

E como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação relativamente a essa informação?

Muito Má 1    2    3    4    5    Muito Boa

Não Sabe / Não Responde

**3. Tem médico de família?**

Sim     Não     Não sabe / Não responde

**4. Está inscrita em algum Centro de Saúde?**

Sim

Não -> Passar à pergunta 6

Não sabe / Não responde -> Passar à pergunta 6

**5. No seu centro de saúde existiam serviços de apoio ou espaços próprios para o aleitamento materno (espaço amamentação)?**

Sim     Não     Não sabe / Não responde



**5.1. Recorreu a algum desses espaços ou serviços de apoio ao Aleitamento Materno?**

- Sim  Não  Não sabe / Não responde

**5.1.1 Se sim, quando?** (pode seleccionar mais que uma opção)

- Na gravidez  Depois do parto  NS / NR

**5.1.2 Em que consistiam esses serviços/espaço de apoio?** (a mãe pode escolher mais que uma opção)

- Sessões individuais  
 Sessões em grupo  
 Espaço privado para poder dar de mamar -> Se apenas esta passar à pergunta 6  
 Outro. O quê?

**5.1.3 Que assuntos abordavam?** (pode seleccionar mais que uma opção)

- Benefícios do Aleitamento Materno  
 Complicações mamárias que podem surgir durante o AM  
 Importância do Aleitamento Materno exclusivo  
 Resolução de dificuldades ou problemas que podem surgir durante o Aleitamento Materno  
 Treino do posicionamento do bebé e pega correcta  
 Como manter o AM caso estivesse separada do seu bebé  
 Esclarecimento de dúvidas  
 Outra. Qual?

**5.1.4 Quem prestou apoio nas sessões?**(pode escolher mais que uma opção)

- Médico de família  
 Enfermeiro  
 Outro. Quem?   
 Não sabe / Não responde

**5.1.5 Como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação com sessões em geral?** (1 muito má a 5 muito boa)

- Muito Mau 1 2 3 4 5 Muito Bom

Não Sabe / Não Responde

**6. Está informada acerca da existência de grupos de apoio ao AM, fora do seu centro de saúde?**

- Sim  Não  Não sabe / Não responde

**6.1 Como tomou conhecimento da existência desses grupos?** (pode escolher mais que uma opção)

- Consultas da gravidez  Internet  
 Maternidade  Amigos  
 Consultas depois do parto  Publicidade/panfletos  
 Outro meio. Qual?   
 Não sabe / Não responde

**6.2 Recorreu a algum serviço desses grupos?**

- Sim  Não  Não sabe / Não responde

**6.2.1 Como classifica numa escala de 1 a 5 a sua satisfação com apoio prestado?** (1 muito má a 5 muito boa)

- Muito Mau 1 2 3 4 5 Muito Bom  
 Não Sabe / Não Responde

**Bloco Conhecimento do Aleitamento Materno**

*Em relação ao período de aleitamento materno....*

*(se a mãe nunca amamentou saltar este bloco)*

**1. Enquanto amamenta/amamentava, que técnicas ou truques pratica/costumava praticar para facilitar a amamentação?**

(Não ler, solicitar as opções referidas, até a um máximo de 3 opções)

- Procurar um ambiente calmo para amamentar  
 Colocar-se a si própria numa posição confortável  
 Segurar o bebé junto a si, suportando o seu dorso, ombros e pescoço  
 Alinhar a cabeça e o corpo do bebé  
 Assegurar que o corpo do seu bebé está encostado ao seu, barriga com barriga  
 Garantir que o bebé chega facilmente à mama, sem ter de girar a cabeça ou pescoço  
 Garantir que a boca do bebé está bem aberta  
 Alinhar o nariz do bebé com o mamilo  
 Garantir que o bebé mama na aréola e não apenas no mamilo  
 Outra técnica. Qual?

**2. Dos comportamentos que lhe vou ler, podia-me indicar quais pratica (ou praticava durante o período em que amamenta(va))?**

Extracção mamária de leite?

Se **sim**:

Bomba manual  Bomba eléctrica  Mamilos artificiais

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Não sabe / Não responde

Uso de um biberão?

Se **sim**, a partir de que idade?   Semanas

Uso de chupeta?

Se **sim**: Quando colocou a chupeta ao bebé pela primeira vez?

Na maternidade

Após a alta da maternidade. Quando?   Semanas

Não sabe / Não responde

Pedir ajuda no que respeita ao aleitamento materno?

Se **sim**, a quem? (pode escolher mais que uma opção)

Médico de família

Médico obstetra

Pediatra

Enfermeiro

À sua mãe

Amigas

Grupo apoio amamentação

Outro: quem? \_\_\_\_\_

Não sabe / Não responde

**3. E se alguma vez tivesse um problema relacionado com o aleitamento materno era fácil pedir ajuda ao seu médico ou outro profissional de saúde?**

Sim  Não  Não sabe / Não responde

Se **sim**, a quem recorreria? (pode escolher mais que uma opção)

Médico de família

Médico obstetra

Pediatra

Enfermeiro

Outro: quem? \_\_\_\_\_

Não sabe / Não responde

**4. Durante o período de aleitamento materno tem/teve alguém que a auxiliasse na execução das tarefas domésticas (tais como: lavar a loiça, aspirar a casa, passar a ferro, etc..)**

Sim  Não  Não sabe / Não responde

**5. Conhece algumas complicações mamárias que possam surgir durante o aleitamento materno?**

Sim  Não  Não sabe / Não responde

**5.1** Se **sim**, quais? (Não ler, solicitar as opções referidas, até a um máximo de 3 opções)

Mamas muito cheias e dolorosas

(correspondente a ingurgitamento mamário)

Inchaços mamários localizados, tipo caroços, dolorosos

(correspondentes a bloqueio do ductos)

Infecção mamária (mastite)

Fissuras mamárias

Mamilos planos ou invertidos

Produção de leite em quantidade insuficiente

Outras. Quais? \_\_\_\_\_

Não sabe / Não responde

**6. Teve alguma complicação mamária neste período de aleitamento materno?**

Sim  Não  Não sabe / Não responde

**6.1** Se **sim**, quais? (Não ler, assinalar as opções referidas, até a um máximo de 3 opções")

Mamas muito cheias e dolorosas

(correspondente a ingurgitamento mamário)

Inchaços mamários localizados, tipo caroços, dolorosos

(correspondentes a bloqueio do ductos)

Infecção mamária (mastite)

Fissuras mamárias

Mamilos planos ou invertidos

Produção de leite em quantidade insuficiente

Outras. Quais? \_\_\_\_\_

Não sabe / Não responde



## Bloco Escala Auto-Eficácia

Vou ler-lhe algumas afirmações que remetem para o grau de confiança relativamente à amamentação do seu bebé e pedir-lhe para me indicar, numa escala de 1 a 5, em que 1 é nada confiante e 5 é muito confiante, qual o número que melhor descreve como se sente

1 = nada confiante 2 = pouco confiante 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante

	1	2	3	4	5
1. Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	<input type="checkbox"/>				
2. Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	<input type="checkbox"/>				
3. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	<input type="checkbox"/>				
4. Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	<input type="checkbox"/>				
5. Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	<input type="checkbox"/>				
6. Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	<input type="checkbox"/>				
7. Eu posso sempre continuar a desejar amamentar	<input type="checkbox"/>				
8. Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	<input type="checkbox"/>				
9. Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	<input type="checkbox"/>				
10. Eu consigo sempre lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	<input type="checkbox"/>				
11. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra	<input type="checkbox"/>				
12. Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	<input type="checkbox"/>				
13. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	<input type="checkbox"/>				
14. Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	<input type="checkbox"/>				



## Bloco Dados Sócio-Demográficos

**Para terminar gostaria de lhe pedir mais apenas mais algumas informações de carácter mais geral:**

### 1. Qual é o seu estado civil?

- Solteira
- Casada ou em união de facto (vive maritalmente há pelo menos 2 anos)
- Divorciada ou separada
- Viúva
- Não sabe / Não responde

### 2. Em que país nasceu?

- Portugal
- Brasil
- País Africano de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)
- Europa Ocidental
- Europa do Leste
- Outros países da América do Sul e Central
- América do Norte
- Outros países de África
- Ásia
- Não sabe / Não responde

### 2.1 Se nasceu em Portugal, por favor indique em que distrito:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aveiro         | <input type="checkbox"/> Portalegre                 |
| <input type="checkbox"/> Beja           | <input type="checkbox"/> Porto                      |
| <input type="checkbox"/> Braga          | <input type="checkbox"/> Santarém                   |
| <input type="checkbox"/> Bragança       | <input type="checkbox"/> Setúbal                    |
| <input type="checkbox"/> Castelo Branco | <input type="checkbox"/> Viana do Castelo           |
| <input type="checkbox"/> Coimbra        | <input type="checkbox"/> Vila Real                  |
| <input type="checkbox"/> Évora          | <input type="checkbox"/> Viseu                      |
| <input type="checkbox"/> Faro           | <input type="checkbox"/> Região Autónoma da Madeira |
| <input type="checkbox"/> Guarda         | <input type="checkbox"/> Região Autónoma dos Açores |
| <input type="checkbox"/> Leiria         | <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde    |
| <input type="checkbox"/> Lisboa         |   |

### 2.2. Se não nasceu em Portugal, há quantos anos reside em Portugal?

Anos

### 3. Como é que descreveria o seu grupo étnico/raça?

- Branco
- Negro ou Mulato
- Asiático
- Latino-americano
- Outro (Qual?)
- Não sabe / Não responde

### 4. Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta ou frequentou?

- Nenhum  
(0 anos)
- 1º Ciclo do ensino básico  
4ª classe (1-4 anos)
- 2º Ciclo do ensino básico  
Preparatório (5-6 anos)
- 3º Ciclo do ensino básico  
5º ano dos liceus (7-9 anos)
- Ensino secundário  
7º ano dos liceus (10-12 anos)
- Ensino pós-secundário não superior  
(ou não terciário)
- Ensino superior universitário  
(bacharelato, licenciatura, mestrado)
- Doutoramento
- Não sabe / Não responde

### 5. E quantos anos de escolaridade completou com aproveitamento?

Anos

*Se não souber ou não responder colocar 99 anos como resposta*



**6. Das seguintes categorias, qual a que melhor descreve a sua ocupação principal actual?**

- Exerce uma profissão  
Qual?
- Estudante -> Passar à pergunta 10
- Ocupa-se das tarefas domésticas -> Passar à pergunta 10
- À procura do primeiro emprego -> Passar à pergunta 10
- Desempregada
- Reformada
- Permanentemente incapacitada
- Outra situação
- Não sabe / Não responde -> Passar à pergunta 10

**7. E qual é (era) a situação nessa profissão?**

- Trabalha por conta de outrem
- Trabalha por conta própria
- Trabalha por conta própria como empregador(a)
- Trabalha para uma pessoa de família sem receber
- Outra situação
- Não sabe / Não responde

**8. Diga-me, por favor, o número total de horas semanais que trabalha(va)?**

Horas

*Se não souber ou não responder colocar 99 anos como resposta*

**9. Contando consigo, quantas pessoas - incluindo o recém-nascido e outras crianças- vivem habitualmente em sua casa?**

Pessoas

*Se não souber ou não responder colocar 99 anos como resposta*

*[Se mora com alguém]*

**10. Podia dizer-me todas as pessoas com quem vive (a mãe do bebé)? (incluindo o recém-nascido)**

- Pai do bebé
- Outro cônjuge/companheiro
- Mãe
- Pai
- Sogro/sogra
- Avô/Avó
- Filho/Filha
- Irmão/Irmã
- Outra pessoa de família
- Outra pessoa

***Chegámos ao fim desta primeira fase do estudo, esperamos que tenha gostado de colaborar connosco!***

***Muito obrigado pela sua participação.***

***Voltaremos a contactá-la daqui a 3 meses para responder ao segundo questionário que terá a duração de apenas 5 a 10 minutos .***

***No entanto gostaríamos de saber se:***

**Há alguma altura do dia que prefira ser contactada? Especificar:**

:    
HH MM

**Prefere que liguemos para este número de telefone ou outro? Especificar:**

- Mesmo número
- Outro. Qual?