



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

*Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros  
Face ao Aleitamento Materno*

**Aluna:** Lic. Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa

Bragança, julho de 2025

## MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

### Relatório de Estágio de Natureza Profissional

#### *Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno*

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Viana do Castelo e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho nº 12705/2022 em Diário da República, 2ª série — N.º 211 — 2 de novembro de 2022

**Aluna:** Lic. Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa

**Orientadoras:** Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo

Bragança, julho de 2025

Sousa, J. F. R. C. (2025). Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno. Relatório de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

**Descritores:** Amamentação; Atitudes; Conhecimentos em saúde; Enfermeiros; Prática.

**A seguinte parte do presente relatório ENP (Artigo) foi submetido:**

Sousa, J. F. R. C., Correia, T.I.G., & Azevedo A.F.R. (2025). Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno. Revista Servir. Portugal

**A seguinte parte do presente relatório ENP (Artigo) foi publicado (comunicação oral):**

Sousa, J. F. R. C., Correia, T.I.G., & Azevedo A.F.R. Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno. I Jornadas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ULS do Nordeste – Boas Práticas em Obstetrícia. Bragança. Portugal. 2024

Sousa, J. F. R. C., Correia, T.I.G., & Azevedo A.F.R. Aleitamento Materno: Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros. XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor. Vila Nova de Famalicão. Portugal. 2024.

*Às minhas filhas **Mi e Kika**, amores da minha vida e minhas  
almas gémeas. Obrigada (e desculpem) meus amores  
maiores;  
Ao meu **Companheiro de vida** que nunca me deixou cair, mesmo  
quando nem eu mesma acreditava que era possível dar mais um  
único passo em frente;  
À minha **Mãe** e mãe de todos lá em casa nas  
minhas ausências;  
E à **Avó Lina** e ao **Avô Rocha**, por serem a luz  
que nunca se apaga.*

## Agradecimentos

A realização deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional marca o culminar de um ciclo desafiante, enriquecedor e profundamente transformador. Ao longo deste percurso, tive o privilégio de contar com o apoio, a orientação e o carinho de pessoas que foram fundamentais para a sua concretização.

Início esta nota de agradecimento às Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que cumprindo apenas o seu propósito de vida me fizeram apaixonar por esta área.

Por isso aqui vai:

Às minhas orientadoras e Parteiras (curiosamente) Enfermeira Sílvia e Enfermeira Helena, obrigada pela formação, apoio, cuidado e colo em todo este percurso;

À Enfermeira Carla Maia que é uma eterna insatisfeita na busca das melhores experiências para as mulheres que conosco se cruzam (e me desafia constantemente);

À Enfermeira Liliana Pires e Enfermeira Filipa Freitas, que pela sua forma natural, empática e descomplicada salvaram a minha jornada de amamentação;

À Enfermeira Raquel que me proporcionou o momento mais feliz da minha vida ao pôr em prática todas as evidências científicas da *Golden Hour*;

À Enfermeira Ana Patrícia, anjo da guarda do meu segundo puerpério;

A toda a equipa de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste que me acolheu de forma exemplar tornando o processo formativo nesta experiência tão enriquecedora;

Às minhas professoras, Professora Doutora Teresa Correia e Professora Ana Azevedo, o meu sincero agradecimento pela partilha generosa de saberes, pelo rigor académico e pelo estímulo constante à superação;

Às minhas amigas Ema e Neuza, que entre fraturas e cuidados continuados nunca me deixaram cair nem desviar da rota que estava traçada há bem mais tempo do que imaginávamos (Bragança é mais bonita convosco, obrigada de coração);

Não podia nunca deixar de agradecer à minha amiga Isa, que transformou a sua casa em nossa casa. Obrigada por nos acolheres, e por teres o coração do tamanho do mundo, capaz de acolher todos que aí precisam de estar.

À minha amiga Sara, deslocada geograficamente, mas sempre perto e com um sorriso pronto para nos fazer lembrar do que realmente importa;

E por último...à minha irmã do coração. A minha Alícia, a que me fez acreditar que certamente nos conhecemos de outras vidas tal foi a ligação que nos aproximou. Obrigada

pelos olhares, pelos abraços, pelos silêncios, pelas esperas e por me resgatares de sítios muito fundos de onde eu achei que não podia sair. Eu precisava e ti na minha vida sem saber (e um dia ainda vou engravidar para ter a sorte de te ter como parteira. Foi esta profissão que te escolheu).

Amigas, fomos companheiras incansáveis de jornadas longas e exigentes, agradeço pelo companheirismo, pela entreatajuda e pelas partilhas que tornaram este caminho mais leve e significativo. Juntas construímos muito mais do que conhecimento, construímos laços que perdurarão para além da sala de aula, do bloco de partos e da sala da Isa.

Esta conquista é minha, mas também é nossa, pois só aqui cheguei com a vossa ajuda.

Muito obrigada!

***“Não baixes os braços,  
arriscas-te a fazê-lo dois segundos antes do milagre”***

Provérbio Árabe (Autor desconhecido)

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	12
RESUMO .....	13
<i>ABSTRACT</i> .....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL....	17
1.1. Caracterização do Serviço de Obstetrícia da ULSNE .....	18
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	22
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	22
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.....	23
2.3. Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica .....	40
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	42
4. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO - CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE AO ALEITAMENTO MATERNO.....	46
4.1. Introdução.....	46
4.1.1. Evolução histórica da amamentação .....	46
4.1.2. Transição para a maternidade e amamentação .....	47
4.1.4. Estratégias implementadas de apoio ao aleitamento materno ao nível dos cuidados de saúde .....	48
4.1.5. As perspetivas e conhecimento das mães .....	48
4.1.6. Formação dos enfermeiros face ao aleitamento materno .....	49
4.2. Justificação do estudo.....	50
4.3. Importância do estudo para a população alvo .....	50
4.4. Questão de investigação .....	51
4.5. Objetivo geral .....	51
4.5.1. Objetivos específicos.....	51
4.6. Metodologia.....	51
4.6.1. Tipo de estudo.....	51
4.6.2. População e amostra .....	52

4.6.3. Instrumentos de recolha de dados.....	52
4.6.4. Variáveis de Investigação .....	54
4.6.5. Recolha de dados .....	58
4.6.6. Tratamento de dados.....	59
4.6.7. Procedimentos éticos .....	60
4.7. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	61
4.8. Discussão dos resultados .....	89
4.8.1. Características sociodemográficas da amostra .....	89
4.8.2. Variáveis profissionais.....	89
4.8.3. Variáveis obstétricas .....	90
4.8.4. Caracterização das escalas: ECEAM e EAAPSAM.....	91
4.9. Conclusões do estudo .....	97
5. CONCLUSÃO GERAL .....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	100
APÊNDICES .....	118
APÊNDICE A – Pedido de autorização para a utilização da Escala de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno .....	118
APÊNDICE B - Pedido de autorização para a utilização da Escala dos Conhecimentos dos Enfermeiros sobre Aleitamento Materno .....	118
APÊNDICE C - Autorização dos autores para aplicação das escalas validadas. ....	120
APÊNDICE D - Pedido de parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste para realização de estudo de investigação com necessidade de aplicação de instrumento de colheita de dados. ....	121
APÊNDICE E - Parecer favorável da Comissão de ética da ULSNE .....	122
APÊNDICE F – Compromisso de honra e declaração de interesses.....	123
APÊNDICE G - Declaração das orientadoras científicas e pedagógicas .....	124
APÊNDICE H – Consentimento informado esclarecido e livre .....	125
APÊNDICE I - Instrumento de recolha de dados.....	127
APÊNDICE J – COMprovativo de Submissão de Artigo Científico.....	138

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Experiências mínimas obrigatórias obtidas de acordo com a legislação .....	41
<b>Tabela 2</b> - Operacionalização das variáveis independentes .....	54
<b>Tabela 3</b> - Fatores da ECEAM .....	56
<b>Tabela 4</b> - Categorias, Dimensões e itens da EAAPSAM .....	57
<b>Tabela 5</b> - Grupos de corte da EAAPSAM.....	58
<b>Tabela 6</b> - Caraterísticas sociodemográficas da amostra .....	61
<b>Tabela 7</b> - Caraterísticas profissionais da amostra e relativas à formação específica em aleitamento materno .....	62
<b>Tabela 8</b> - Caraterização dos fatores da ECEAM .....	65
<b>Tabela 9</b> - Caraterização das dimensões da EAAPSAM .....	66
<b>Tabela 10</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à idade .....	68
<b>Tabela 11</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao género .....	69
<b>Tabela 12</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao estado civil.....	71
<b>Tabela 13</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao tempo de serviço....	73
<b>Tabela 14</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à categoria profissional .....	74
<b>Tabela 15</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao local de trabalho ....	75
<b>Tabela 16</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao tempo de serviço....	77
<b>Tabela 17</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao tempo de serviço com grávidas e /ou puérperas .....	79
<b>Tabela 18</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à formação em aleitamento materno .....	81
<b>Tabela 19</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à frequência em ações de formação nos últimos dois anos.....	82
<b>Tabela 20</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao facto de ser CAM e/ou IBCLC. ....	84
<b>Tabela 21</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao facto de ter formação para apoiar mulheres no processo de amamentação .....	85
<b>Tabela 22</b> - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao facto de o inquirido ter filhos biológicos .....	87

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

CAM - Conselheira de Aleitamento Materno

CH - Cuidados Hospitalares

CSP - Cuidados Saúde Primária

DGS - Direção Geral de Saúde

EAAPSAM - Escala de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno

ECEAM - Escala de Conhecimentos dos Enfermeiros Sobre o Aleitamento Materno

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FIGO - *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

HPP - Hemorragia Pós-Parto

IBCLC - *International Board Certified Lactation Consultant*

ICN - *International Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPB - Instituto Politécnico de Bragança

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

MESMO - Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RENP - Relatório de Estágio de Natureza Profissional

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TP - Trabalho de Parto

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTAD - Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro

## RESUMO

**Introdução:** O Estágio de Natureza Profissional (ENP) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), constitui uma etapa essencial na consolidação de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais. Este Estágio decorreu na Unidade Local de Saúde do Nordeste, entre fevereiro e julho de 2024, no serviço de Obstetrícia onde se incluí o Bloco de Partos.

Este Relatório apresenta uma reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas, análise das experiências obrigatórias e um estudo de investigação intitulado: “Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno”.

**Objetivo:** Analisar as atividades desenvolvidas no ENP, enquadrando a aquisição de competências do EEESMO com base em evidência científica, bem como evidenciar capacidades de investigação em contextos clínicos complexos, nomeadamente descrever os conhecimentos e atitudes face ao aleitamento materno dos enfermeiros da ULSNE e relacioná-los com as variáveis sociodemográficas, profissionais e obstétricas.

**Metodologia:** Este relatório reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas durante o ENP, conforme os referenciais legais e da Ordem dos Enfermeiros, evidenciando a aquisição das experiências obrigatórias. Incluí ainda uma investigação observacional, transversal e analítica, com o objetivo de que avaliou os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno, envolvendo 127 profissionais de uma unidade hospitalar do norte de Portugal. A recolha de dados decorreu entre junho e outubro de 2024, com questionários sociodemográficos e duas escalas validadas: ECEAM (Lopes, 2013) e EAAPSAM (Marinho, 2003). A análise estatística, realizada com o SPSS (v.29.0), recorreu a testes não paramétricos, considerando um nível de significância de 5%. O estudo teve aprovação da Comissão de Ética da instituição.

**Resultados:** É possível afirmar que foram obtidas as competências comuns e específicas do EEESMO bem como a aquisição das experiências mínimas obrigatórias. O processo de aprendizagem supervisionada permitiu uma reflexão crítica constante, favorecendo a melhoria da qualidade assistencial e contribuindo para a otimização do impacto positivo na saúde das mulheres e famílias acompanhadas.

A amostra do estudo foi constituída por 127 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (89,76%), com uma média de idade de 44,52 anos.

No que respeita aos conhecimentos, os resultados globais da ECEAM indicam um nível considerado “bom” ( $3,77 \pm 0,48$ ). O fator com melhor desempenho foi “Propriedades da Amamentação” ( $4,27 \pm 0,45$ ), ao passo que o fator “Procedimentos Técnicos” registou a pontuação mais baixa ( $3,22 \pm 0,54$ ), sugerindo lacunas ao nível da operacionalização prática dos cuidados com a amamentação.

Relativamente às atitudes, a EAAPSAM revelou uma atitude positiva por parte dos enfermeiros, com um score médio total de 191,82 ( $\pm 21,79$ ). A dimensão com maior pontuação foi “Crenças acerca os benefícios da amamentação” ( $4,69 \pm 0,46$ ), evidenciando a valorização do aleitamento materno. No entanto, a dimensão “Atitude face a decisão de não amamentar” ( $3,93 \pm 0,83$ ) apresentou os valores médios mais baixos, o que poderá refletir uma menor predisposição para lidar com mães que optam por não amamentar. Enfermeiros com filhos, formação específica e que se sentem preparados para apoiar o aleitamento apresentaram níveis superiores de conhecimento e atitudes mais favoráveis.

**Conclusão:** Conclui-se que o ENP permitiu atingir os objetivos, promovendo a articulação entre a prática clínica especializada e investigação baseada em evidência. O estudo desenvolvido evidencia a importância da formação contínua e da experiência prática no apoio qualificado ao aleitamento materno. Esta trajetória formativa reforçou a identidade profissional, ética e crítica, necessária ao exercício da enfermagem especializada centrada na mulher e na qualidade dos cuidados.

**Descritores:** Amamentação; Atitudes; Conhecimentos em saúde; Enfermeiros; Prática.

## ***ABSTRACT***

**Introduction:** The Professional Internship (ENP) in Maternal and Obstetric Health Nursing (ESMO) is an essential step in the consolidation of technical, scientific, ethical and relational skills. This internship took place at the Northeast Local Health Unit, between February and July 2024, in the Obstetrics service, which includes the Delivery Room.

This report presents a critical reflection on the skills developed, analysis of mandatory experiences and a research study entitled: “Nurses’ Knowledge and Attitudes towards Breastfeeding”.

**Objective:** Analyze the activities developed in the ENP, framing the acquisition of EEESMO skills based on scientific evidence, as well as highlighting research capabilities in complex clinical contexts particularly to describe the knowledge and attitudes towards breastfeeding of ULSNE nurses and relate them to sociodemographic, professional and obstetric variables;

**Methodology:** This report critically reflects on the activities developed during the ENP, in accordance with legal and Portuguese Nursing Association references, highlighting the acquisition of mandatory experiences. It also includes an observational, cross-sectional and analytical study that assessed nurses' knowledge and attitudes towards breastfeeding, involving 127 professionals from a hospital unit in the north of Portugal.

Data collection took place between June and October 2024, with sociodemographic questionnaires and two validated scales: ECEAM (Lopes, 2013) and EAAPSAM (Marinho, 2003). Statistical analysis, performed with SPSS (v.29.0), used non-parametric tests, considering a significance level of 5%. The study was approved by the institution's Ethics Committee.

**Results:** It is possible to state that the common and specific skills of EEESMO were obtained, as well as the acquisition of the minimum mandatory experiences. The supervised learning process allowed for constant critical reflection, favoring the improvement of the quality of care and contributing to the optimization of the positive impact on the health of the women and families.

The study sample consisted of 127 nurses, mostly female (89.76%), with an average age of 44.52 years.

Regarding knowledge, the overall results of the ECEAM indicate a level considered “good” ( $3.77 \pm 0.48$ ). The factor with the best performance was “Properties of Breastfeeding” ( $4.27 \pm 0.45$ ), while the factor “Technical Procedures” recorded the lowest score ( $3.22 \pm 0.54$ ), suggesting gaps in the practical operationalization of breastfeeding care.

Regarding attitudes, EAAPSAM revealed a positive attitude on the part of nurses, with a total average score of 191.82 ( $\pm 21.79$ ). The dimension with the highest score was “Beliefs about the benefits of breastfeeding” ( $4.69 \pm 0.46$ ), demonstrating the value placed on breastfeeding. However, the dimension “Attitude towards the decision not to breastfeed” ( $3.93 \pm 0.83$ ) presented the lowest values, which may reflect a lower predisposition to deal with mothers who choose not to breastfeed. Nurses with children, specific training and who feel prepared to support breastfeeding presented higher levels of knowledge and more favorable attitudes.

**Conclusion:** It is concluded that the ENP allowed the objectives to be achieved, promoting the articulation between specialized clinical practice and evidence-based research. The study developed highlights the importance of continuous training and practical experience in qualified support for breastfeeding. This training trajectory reinforced the professional, ethical and critical identity, necessary for the practice of specialized nursing centered on women and the quality of care.

**Descriptors:** Breastfeeding; Attitudes; Health knowledge; Nurses; Practice.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) constitui uma etapa essencial e estruturante na formação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), designados como parteiras na legislação europeia. Este estágio tem como objetivo consolidar competências técnicas, científicas, éticas e humanas, permitindo a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante a formação teórica em contextos reais. A qualificação é regulamentada e certificada, garantindo a capacidade do EEESMO para atuar conforme o disposto no artigo 8.º, n.º 3 e 4, da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. O ENP integra o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 211, de 2 de novembro de 2022, e tem os seguintes objetivos:

- Aplicar conhecimentos no planeamento, execução e avaliação dos cuidados especializados em ESMO;
- Interpretar a complexidade da intervenção no âmbito da enfermagem especializada, sustentada na evidência científica, na prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção;
- Integrar os princípios éticos e legais que orientam a profissão, com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica;
- Participar na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção em Saúde Materna e Obstétrica;
- Documentar os cuidados/intervenções de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica;
- Sistematizar evidência e integrar o conhecimento técnico-científico, ético e relacional, bem como a capacidade de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica face a problemas complexos e imprevisíveis.

Os objetivos do ENP estão alinhados com o enquadramento legal vigente, nomeadamente a Lei n.º 9/2009, de 4 de março (p. 1478); o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio (p. 13560-13565); o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (p. 4744-4750); o Aviso n.º 3917/2021, de 3 de março (p. 257-259); e o Aviso n.º 3916/2021, de 3 de março (p.

237-256), bem como com as experiências mínimas obrigatórias consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei n.º 9/2009, na redação dada pela Lei n.º 25/2014, de 2 de maio (p. 2587-2588).

Este Relatório tem como objetivo descrever o processo de aprendizagem, refletir sobre o percurso enquanto estudante do MESMO na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) – Unidade Hospitalar de Bragança, entre fevereiro e julho de 2024 e ser objeto de apresentação e avaliação em provas públicas.

O plano de estudos do MESMO é composto por quatro semestres, sendo que os dois primeiros são de carácter teórico-prático e os dois últimos são de prática clínica, incluindo o Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e o ENP.

Optou-se pelo Serviço de Obstetrícia da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança, para a realização do ENP. Assim, foi garantida a aquisição de competências no domínio dos cuidados especializados a grávidas, parturientes, puérperas, recém-nascidos e suas famílias, de acordo com o regulamento do MESMO da Escola Superior de Saúde (ESSa) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e os objetivos definidos do ENP.

Este relatório encontra-se estruturado conforme as normas do Mestrado, IPB/IPVC/UTAD, contemplando:

- Uma caracterização do serviço onde decorreu o ENP;
- A reflexão sobre as competências comuns e específicas do EEESMO desenvolvidas durante o estágio;
- Uma análise crítica da aquisição das experiências mínimas exigidas para a obtenção da especialidade;
- Uma investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com o tema "Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros face ao Aleitamento Materno".

A elaboração deste relatório baseou-se em evidência científica, com pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados indexadas, como *PubMed*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Scielo* e *B-On*. A referenciação bibliográfica segue as normas da *American Psychological Association* (APA).

### **1.1. Caracterização do Serviço de Obstetrícia da ULSNE**

O Serviço de Obstetrícia onde decorreu o estágio está integrado na ULSNE, engloba três unidades hospitalares (Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela) e 14 centros de saúde: Alfândega da Fé, Bragança I - Sé, Bragança II - Santa Maria, Carrazeda de Ansiães,

Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela I, Mirandela II, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais.

A ULSNE é uma entidade pública empresarial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, atua nas áreas de Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados Hospitalares (CH), Urgências, Emergência e Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Saúde Pública (Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde, 2023).

O Serviço de Obstetrícia da ULSNE localiza-se no terceiro piso do edifício central do Hospital de Bragança, prestando assistência essencialmente à população do distrito. Durante o estágio, devido a obras de requalificação e aquisição de novos equipamentos no âmbito do programa de incentivo à qualificação dos blocos de parto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o serviço foi temporariamente deslocado para uma estrutura modular localizada no rés-do-chão, paralela ao serviço de urgência. Essa mudança exigiu uma reestruturação organizacional, na qual participei, contribuindo com sugestões de melhoria e adaptação.

### **Estrutura Física**

O Serviço de Obstetrícia é composto pelos seguintes espaços; Sala de espera/admissão, sala de urgência e WC de apoio, sala de recurso para armazenamento de material e roupa, WC de apoio ao internamento, cinco enfermarias individuais para grávidas, puérperas e utentes com patologias obstétricas e ginecológicas (duas com WC privado), gabinete de enfermagem, gabinete da enfermeira gestora, gabinete da equipa médica, vestiário, sala de observações com duas camas e WC privado, berçário, sala de partos com duas unidades distintas e um reanimador neonatal, sala de sujos, WC para funcionários e copa.

Uma limitação funcional que foi identificada foi a ausência de uma sala de trabalho específica para a enfermagem, o que obriga à realização dessa prática na sala de partos, comprometendo a privacidade e tranquilidade da mulher/casal durante o trabalho de parto. Ao contrário de outros hospitais, este serviço também abrange a urgência de obstetrícia e ginecologia, consulta externa destas especialidades, vigilância pré-natal e interrupção voluntária da gravidez. O bloco de partos esteve em pleno funcionamento, mas as cesarianas ocorrem no bloco cirúrgico do 1.º piso, obrigando a grávida a passar pelo serviço de urgência, um constrangimento adicional nesta fase de transição.

## **Recursos Humanos**

A equipa multidisciplinar do serviço é composta por 14 EEESMO, 1 Enfermeira gestora, 3 Médicos ginecologistas-obstetras vinculados ao hospital, 7 Assistentes operacionais e 1 Administrativa.

Dada a carência de médicos, a escala é frequentemente assegurada por médicos tarefeiros. O serviço recebe apoio das especialidades de anestesiologia, pediatria, nutrição e serviço social mediante referênciação. Para outras especialidades hospitalares, é necessário um pedido formal de colaboração.

A gestão da equipa de enfermagem e assistentes operacionais é da responsabilidade da enfermeira gestora do serviço. A distribuição de enfermeiros por turno é a seguinte:

- Manhã: 3 enfermeiros;
- Tarde: 2 enfermeiros;
- Noite: 2 enfermeiros.

Em cada turno, um enfermeiro é destacado para a sala de partos e urgência, enquanto os restantes se distribuem de acordo com a classificação das utentes internadas. Quando há consultas externas agendadas, um enfermeiro adicional é destacado para a consulta de especialidade.

## **Recursos Materiais**

Durante o estágio, os recursos materiais utilizados eram os já existentes no serviço, dado que a aquisição de novos equipamentos ocorreu após a finalização da intervenção estrutural. Algumas limitações foram identificadas, nomeadamente nos equipamentos de cardiocografia, contudo estava prevista a aquisição de novos equipamentos.

O serviço dispõe de um reanimador neonatal moderno, mas não possui incubadora de transporte para recém-nascidos em estado crítico, sendo necessário aguardar a chegada da incubadora do serviço de neonatologia antes de iniciar o transporte.

A adaptação ao novo espaço constituiu um período conturbado pela dispersão de material, embora este estivesse devidamente identificado. Cada enfermaria estava equipada com cama, berço, mesa de cabeceira, mesa e cadeira, além de rampa de oxigénio, sistema de aspiração e campainha.

O berçário dispunha de mesa de trabalho, cadeirão, balança e materiais de apoio aos cuidados, mas não possuía banheira, sendo o banho do recém-nascido realizado em bacias esterilizadas. A sala de partos, embora equipada para duas parturientes, possuía apenas um reanimador neonatal, havendo outro disponível no serviço, no exterior da sala, para

apoio. O carro de emergência estava localizado na entrada da sala de partos por questões estruturais.

A gestão dos recursos materiais é da responsabilidade da enfermeira gestora, com a colaboração de toda a equipa. Os pedidos de material são efetuados às terças e quintas-feiras para o serviço de aprovisionamento e serviços farmacêuticos, com base no stock e consumos previstos.

### **Funcionamento e Organização**

O Serviço de Obstetrícia funciona 24 horas por dia, incluindo a urgência. O horário da equipa de enfermagem segue um regime de rotação de turnos: Manhã: 08:00 - 15:00; Tarde: 15:00 - 22:00; Noite: 22:00 - 08:00.

Os cuidados são prestados segundo o método individual de trabalho, permitindo um acompanhamento personalizado e promovendo uma relação terapêutica mais eficaz. As práticas de cuidados seguem protocolos estabelecidos, garantindo uniformidade nas intervenções. Durante o estágio, foi possível verificar que alguns protocolos estavam desatualizados ou careciam de aprovação, baseando-se em referências de outras instituições. Acredito que para este facto muito contribuem os médicos tarefeiros que ali trabalham, pois, cada profissional tende a aplicar os protocolos dos seus hospitais de origem, no entanto, essa diversidade permitiu a aquisição de novos conhecimentos e a promoção de reflexões sobre as práticas instituídas.

## **2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

### **2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

As competências comuns do enfermeiro especialista são todas aquelas que são compartilhadas por todas as áreas de especialidades de enfermagem *“demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, 2019).

As competências comuns estão organizadas em quatro domínios sendo eles:

- ✓ Responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Gestão de cuidados;
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

A enfermagem especializada deve seguir padrões éticos, legais e profissionais rigorosos, orientados pelos princípios da Ordem dos Enfermeiros (2019) e pelo Código Deontológico (Lei n.º 156/2015). O enfermeiro especialista promove cuidados centrados na dignidade, autonomia e justiça, assegurando privacidade, consentimento informado e conduta ética em contextos complexos. Durante o ENP, a minha prática refletiu estes princípios, sob supervisão dos EEESMO, garantindo conformidade com os valores da profissão e promovendo a tomada de decisão partilhada entre profissionais de saúde, e mulher e/ou família.

#### **Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade**

A qualidade dos cuidados exige uma abordagem contínua de avaliação, humanização e incorporação de boas práticas (Magalhães, 2017; OE, 2019). Apesar da existência de diretrizes, como a Orientação n.º 2/2023 (atualizada em 2024), persistem obstáculos à sua implementação, revelando a necessidade de uma cultura organizacional mais dinâmica (Rodrigues et al., 2022). Destaca-se, contudo, o avanço na promoção do parto fisiológico, exigindo compromisso coletivo, formação contínua e superação de barreiras institucionais para garantir cuidados centrados na mulher e na família.

### **Competência do domínio da gestão dos cuidados**

A gestão eficaz dos cuidados é essencial para assegurar respostas clínicas seguras, eficientes e baseadas na evidência (Magalhães, 2017). O enfermeiro especialista desempenha um papel estratégico na coordenação e adaptação dos cuidados, respeitando os rácios definidos legalmente (DL n.º 184/2019; OE, 2020). A autonomia adquirida durante o ENP, apoiada pela equipa orientadora, favoreceu o desenvolvimento de competências de gestão, priorização e trabalho interdisciplinar.

### **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

A aprendizagem contínua sustenta o desenvolvimento do enfermeiro especialista, integrando teoria, evidência científica e uma abordagem holística (Silva & Mendes, 2021; OE, 2019; REPE, 2015). No ENP, aprofundei competências técnicas e relacionais em áreas críticas da saúde materna e obstétrica — como cardiotocografia, amamentação e situações de emergência — num ambiente colaborativo que promoveu a evolução profissional e a melhoria da prática.

## **2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica**

A aquisição de competências na especialização em ESMO de acordo com o Regulamento n.º 391/2019, publicado em *Diário da República*, 2.ª série - N.º 85, a 3 de maio de 2019, requer uma abordagem formativa que integre o desenvolvimento clínico, a humanização do cuidado e o apoio à transição para a maternidade. Neste contexto, a fundamentação teórica da presente investigação apoia-se em três modelos de referência sendo elas Patricia Benner, Jean Watson e Ramona Mercer.

A teoria de Patricia Benner – *From Novice to Expert* (1984) – fornece uma estrutura sólida para compreender o processo de desenvolvimento das competências profissionais ao longo da prática clínica. O modelo de Benner propõe cinco estágios de desenvolvimento profissional, que vão do iniciante ao especialista, representando a evolução do enfermeiro na construção do conhecimento, no aprimoramento do julgamento clínico e na prática baseada na experiência (Benner, P., 2001). Esta teoria é particularmente relevante para programas de especialização, pois valoriza a aprendizagem experiencial e a reflexão na ação, essenciais na prática obstétrica, onde a tomada de decisão rápida e fundamentada é frequentemente necessária. A supervisão clínica assumiu, neste processo, um papel facilitador essencial à reflexão crítica sobre a minha prática, à integração do

conhecimento teórico com a experiência e o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais fundamentais.

Complementarmente, a teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (1979) assume particular importância na área da saúde materna, ao enfatizar a dimensão relacional do cuidado e a necessidade de uma abordagem centrada na mulher (Watson, J., 2008). A aplicação dos seus conceitos permite que o enfermeiro atue de forma empática e ética, promovendo o respeito pela experiência única de cada mulher no ciclo gravídico-puerperal. Esta perspectiva foi fundamental para garantir uma assistência humanizada, especialmente durante o parto e no apoio à amamentação.

Por fim, a teoria de Ramona Mercer (1980), centrada no processo de aquisição do papel materno, oferece uma compreensão aprofundada sobre as fases de adaptação vivenciadas pelas mulheres no período pós-parto (Mercer, R. T., 2004). Esta abordagem permite ao enfermeiro reconhecer e intervir nas necessidades emocionais, sociais e de identidade das puérperas, promovendo o fortalecimento do vínculo mãe-bebé, o empoderamento materno e o bem-estar da tríade.

A integração destas três perspectivas teóricas ofereceu uma base abrangente e coerente para a formação especializada em enfermagem de saúde materna e obstétrica, articulando competências técnicas, relacionais e psicoemocionais, que são indispensáveis para a prestação de cuidados qualificados, sensíveis e transformadores.

Neste contexto, procedo à reflexão sobre as competências específicas consolidadas no âmbito do ENP.

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

O Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015) uniformizou o acompanhamento das gestantes, garantindo a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados Hospitalares (CH). Nas gestações fisiológicas, a equipa de saúde familiar realiza o acompanhamento inicial, cabendo ao EEESMO a preparação para o parto e parentalidade, iniciada geralmente após a 28.<sup>a</sup> semana.

A consulta hospitalar de obstetria inicia-se habitualmente a partir das 35 semanas, com frequência quinzenal até às 38 semanas, passando a semanal até ao parto, podendo ocorrer referenciação em qualquer fase conforme avaliação do risco materno-fetal. A primeira consulta é fundamental para recolher informação clínica detalhada, apoiada no Boletim de Saúde da Grávida, essencial para a continuidade e qualidade do cuidado.

Durante o Estágio de Natureza Profissional (ENP), identifiquei um défice na implementação de sistemas de informação específicos, como o ObsCare e o partograma digital, recorrendo-se exclusivamente ao SClínico, software inadequado para a área obstétrica. As consultas pré-natais proporcionaram a oportunidade para a prestação de cuidados especializados, incluindo monitorização cardiotocográfica, educação para a saúde, analgesia e preparação para o parto, além da realização de exames e deteção do *Streptococcus* do grupo B.

Sendo o único serviço obstétrico do distrito, tive contacto com mulheres de diversos contextos culturais, exigindo que os cuidados respeitassem as escolhas, crenças e valores das utentes. No serviço de urgência obstétrica, geri de forma autónoma e interdependente diversas complicações, tais como hemorragias em diferentes trimestres, abortamento incompleto, gravidez ectópica, restrição do crescimento intrauterino, oligoâmnios, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, ameaça de parto pré-termo e rutura prematura de membranas, algumas com necessidade de internamento ou transferência.

As admissões resultaram de urgência, consulta externa ou internamento eletivo, este último principalmente para indução ou cesariana eletiva.

Observou-se uma taxa de cesarianas superior a 50%, valor significativamente acima do recomendado pela OMS (10-15%), suscitando preocupações quanto às possíveis complicações materno-infantis (OMS, 2015; Cavaggioni et al., 2020).

O abortamento é um tema sensível na sociedade, estimando-se que ocorra em aproximadamente 10% de todas as gestações (ACOG, 2018). Desses casos, 80% manifestam-se no primeiro trimestre e são maioritariamente atribuídos a alterações cromossómicas fetais. De acordo com a ACOG (2018), os principais fatores de risco incluem idade materna avançada e histórico prévio de abortamento.

Nas situações de trabalho de abortamento, foi adotada uma atitude expectante. Se a mulher apresentasse condições físicas e clínicas estáveis e não necessitasse de internamento era agendada uma consulta de reavaliação no prazo de 15 dias. Nos casos de abortamento incompleto, a utente foi internada para a realização do protocolo de esvaziamento uterino, utilizando prostaglandina E1 (misoprostol) por via vaginal, nestas situações a eficácia do protocolo foi confirmada através de ecografia transvaginal, e na eventualidade de insucesso do método medicamentoso, recorreu-se ao esvaziamento cirúrgico. Durante a administração de prostaglandinas E1, tornou-se essencial a monitorização dos sinais vitais, vigilância da perda hemática vaginal e, em caso de

sintomatologia associada, a administração de analgesia e antieméticos. Realizei colheita dos produtos da concepção e realizei o respetivo envio para anatomia patológica.

Mulheres com fator Rh negativo receberam imunoglobulina anti-D para evitar isoimunização. Paralelamente, foi dada atenção especial ao processo de luto da mulher e dos seus conviventes significativos, sendo promovida, sempre que necessário, a referenciação para apoio psicológico.

A diabetes gestacional caracteriza-se pela resistência insulínica diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez (Godinho, 2023), constituindo um desafio relevante para grávidas e profissionais de saúde, devido ao aumento do risco de complicações maternas, fetais e neonatais. Em Portugal, a prevalência estimada em 2018 era de 8,8% (Observatório Nacional de Diabetes, 2019), tendência que continua a aumentar globalmente, com implicações significativas para a saúde materno-fetal (Sweeting et al., 2022).

Está associada a desfechos adversos como pré-eclâmpsia, parto distócico, risco acrescido de diabetes tipo 2, macrossomia fetal, hipoglicemia neonatal, prematuridade e traumatismos obstétricos (Kouhkan et al., 2022). A intervenção precoce e a gestão eficaz da condição são essenciais, sendo o EEESMO uma figura central na promoção da literacia em saúde, capacitando a grávida para a autogestão da glicémia, da dieta e da adoção de estilos de vida saudáveis. Além disso, as intervenções de enfermagem são determinantes na deteção e gestão de complicações ao longo da gravidez e do parto, contribuindo para melhores resultados maternos e neonatais (Köpsén et al., 2023).

Durante o ENP, participei no acompanhamento de um parto e pós-parto imediato de uma grávida com diabetes gestacional. Durante o parto, foi necessária a gestão de complicações como distocia de ombros (Kouhkan et al., 2022) e laceração perineal de 1.º grau (Vieira, 2018).

No pós-parto, as intervenções centraram-se na monitorização glicémica, recuperação perineal, apoio à amamentação e educação para os cuidados neonatais. A amamentação e o contacto pele a pele na primeira hora de vida evidenciaram benefícios significativos, como a prevenção da hipoglicemia neonatal, estabilização térmica e melhor adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Allen et al., 2019).

A pré-eclâmpsia é uma complicação médica da gravidez, tem uma prevalência global de 1 a 5%, é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna e neonatal (Dimitriadis et al., 2023). É caracterizada pelo aumento da pressão arterial sistólica para valores superiores a 140mmHg e da pressão arterial diastólica superior a 90mmHg numa

mulher previamente normotensa, após as 20 semanas de gestação, associada a outra complicação como proteinúria, disfunção orgânica materna ou disfunção útero-placentária (Hegazy et al, 2024).

Os fatores de risco para a pré-eclâmpsia são a história de pré-eclâmpsia numa gravidez anterior, doença renal crônica, trombofilia, idade materna superior a 35 anos, obesidade, nuliparidade entre outras (FEBRASGO, 2017). Os sinais e sintomas associados identificam-se como cefaleia, visão turva, dor abdominal, escotomas, edemas ou convulsões (FEBRASGO, 2017).

As complicações materno-fetais da pré-eclâmpsia cursam com o descolamento prematuro da placenta, acidente vascular cerebral, edema agudo do pulmão, insuficiência renal, agravamento clínico para síndrome de HELLP (*Hemolytic anemia, elevated liver enzymes and Low Platelet Counts*) e diabetes, sendo que bebês de uma gravidez com pré-eclâmpsia têm riscos aumentados de parto prematuro, morte perinatal, deficiência do neurodesenvolvimento e doença cardiovascular e metabólica em idade adulta (Dimitriadis et al, 2023). A prevenção das complicações supracitadas está diretamente relacionada com a vigilância da gravidez, diagnóstico e tratamento precoces e a definição do momento adequado para o término da gravidez (Kahhale et al., 2018).

A ameaça de parto pré-termo é definida como a ocorrência de contrações uterinas frequentes e regulares sem alterações cervicais antes das 37 semanas de gestação. Pode ter origem multifatorial e a causa associada muitas vezes é desconhecida sendo que as mais comuns passam pela gravidez múltipla, história anterior de parto pré-termo, hidrâmnios, antecedentes de cirurgia abdominal e causas infecciosas (Pereira et al., 2016). A conduta por mim adotada mediante a presença de uma ameaça de parto pré-termo foi pautada pela idade gestacional e sintomatologia tendo por base o protocolo institucional. Sendo que grávidas com idade gestacional inferior a 35 semanas careciam de transferência hospitalar, iniciando tocolise com atosibano segundo o esquema protocolado e prescrição médica e maturação pulmonar nos casos devidamente indicados. A rotura prematura de membranas é definida como a rotura das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto, podendo ser classificada em precoce, prematura, pré-termo ou a termo (Cruz et al., 2018; Zavalagarcia et al., 2018). Afeta cerca de 10% das gestações, sendo responsável por 30 a 40% dos partos pré-termo e por aproximadamente 20% das mortes perinatais.

A etiologia da rotura prematura de membranas é multifatorial, podendo resultar de procedimentos invasivos, como amniocentese, ou ocorrer espontaneamente, associada a

fatores como gestação múltipla, polidrâmnios, antecedentes obstétricos, infecções, tabagismo, inserção marginal do cordão, incompetência cervical e alterações imunológicas do líquido amniótico. A infecção bacteriana é considerada a causa mais prevalente (Zugaib, 2016).

As principais complicações incluem parto pré-termo, descolamento prematuro da placenta, prolapso do cordão umbilical, corioamnionite, sépsis materna e, para o feto, síndrome de dificuldade respiratória, hipóxia, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e morte perinatal (Cruz et al., 2018; ACOG, 2020).

Durante a prática clínica, prestei cuidados a grávidas com rotura prematura de membranas a termo. Quando relatada a perda de líquido, a abordagem incluiu avaliação física, sinais vitais, consulta do boletim de saúde da grávida, despiste de sinais de infecção intrauterina e avaliação do bem-estar materno-fetal, através de cardiotocografia e análise das características do líquido amniótico (cor, odor e momento da rutura).

Seguindo o protocolo institucional, foi proposta a hospitalização e adotei uma conduta expectante nas primeiras 12 horas após a rutura, uma vez que 60% das grávidas entram em trabalho de parto espontaneamente nas primeiras 24 horas (NICE, 2014). Caso isso não ocorra, procede-se à indução do parto. Em contexto de rotura prematura de membranas, aplica-se também a profilaxia antibiótica intraparto com ampicilina (dose inicial de 2 g e 1 g a cada 4 horas), sendo a sua continuidade determinada por prescrição médica, sobretudo perante resultados de rastreio desconhecidos ou gestação a termo.

A indução do trabalho de parto consiste na estimulação artificial das contrações uterinas com o objetivo de iniciar o parto antes do seu início espontâneo (OMS, 2018). A sua prevalência tem aumentado nos países desenvolvidos, estimando-se que ocorra em 20 a 30% dos partos (West et al., 2017), o que se confirmou durante a experiência clínica, com um número expressivo de partos induzidos.

De acordo com a OMS (2018), a indução do trabalho de parto deve ser realizada apenas quando os benefícios superam os riscos, sendo indicada em situações como idade gestacional  $\geq 41$  semanas, algumas patologias maternas ou fetais, morte fetal intrauterina e rotura prematura de membranas em gestações  $\geq 35$  semanas. Está contraindicada antes das 39 semanas, exceto se o bem-estar materno-fetal estiver comprometido (DGS, 2015). Os riscos associados incluem padrões cardiotocográficos anómalos, necessidade de parto instrumentado ou cesariana emergente, distocia de ombros, prolapso do cordão, rotura uterina e hemorragia pós-parto (Catán et al., 2013).

As estratégias de indução incluem métodos farmacológicos (ocitocina, prostaglandinas E1 e E2) e mecânicos (rotura artificial das membranas e balão intrauterino) (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Medicina Materno-Fetal, 2022). Na prática observada, a indução iniciou-se frequentemente com dinoprostona (Propess®), sobretudo em grávidas com Índice de Bishop <7 ou em casos de rotura prematura de membranas. Este fármaco promove a maturação cervical, mas apresenta contraindicações como hipersensibilidade, estado fetal não tranquilizador, apresentação não cefálica, entre outras.

As induções realizaram-se em regime de internamento, iniciando-se com avaliação materna e fetal e monitorização cardiotocográfica. O Propess® foi administrado no fundo do saco vaginal posterior, com vigilância contínua nas duas horas subsequentes. Foram também promovidas medidas não farmacológicas como deambulação e uso de bola de Pilates. A grávida foi informada sobre potenciais efeitos adversos. Se necessário, a indução prosseguiu com ocitocina, 30 minutos após a remoção do Propess®.

Durante a prática, observei um caso de taquissístolia induzida por Propess®, prontamente identificado através da cardiotocografia contínua. A situação foi comunicada à equipa médica e o fármaco removido. Em alguns casos, foi necessária a administração de salbutamol como tocolítico de emergência (Cunningham, F. G., et al., 2018)

Nos casos com Índice de Bishop  $\geq 7$ , iniciou-se diretamente a perfusão de ocitocina, com titulação progressiva da dose consoante a resposta uterina e o traçado cardiotocográfico. Os perfusões superiores a 150 ml/h exigiram algália vesical, respeitando-se o limite de 1000 ml em seis horas. A ocitocina apresenta riscos como hiperestimulação uterina, rotura uterina, estado fetal não tranquilizador e HPP.

A interrupção voluntária da gravidez (IVG), na ULSNE é realizada por dois médicos que não são objetores de consciência e prestam assistência às mulheres que a solicitam. A minha experiência neste contexto permitiu-me adquirir um conhecimento mais aprofundado sobre esta realidade, quer pela elevada procura do serviço para esta prática, quer pelos obstáculos que muitas mulheres enfrentam ao tomar esta decisão de forma consciente e informada.

A afluência a esta unidade de cuidados para a realização da IVG inclui utentes provenientes de diversas regiões do país, evidenciando as dificuldades de acesso a esta intervenção em várias zonas de Portugal. Este fenómeno sugere desigualdades na prestação deste cuidado de saúde, possivelmente relacionadas com a escassez de profissionais não objetores de consciência, a limitação dos serviços disponíveis ou a falta de informação acessível às mulheres sobre os seus direitos e opções.

O plano de parto, foi desenvolvido por enfermeiros, com o objetivo de facilitar a comunicação entre grávidas e profissionais de saúde, além de encorajar tomadas de decisão, devidamente informadas sobre escolhas, riscos e resultados de TP. Assim, desde a sua criação, o PP tem-se tornado cada vez mais popular nos países ocidentais em defesa da autonomia das mulheres durante o parto. (Pennell et al., 2011; Aragon et al., 2013 citado por Medeiros, R. et al., 2019).

O EEESMO ativamente envolvido na assistência ao parto reúne as melhores condições para apoiar a construção de um plano de parto, principalmente por ter a clareza das reais possibilidades que poderão ser oferecidas às grávidas nos serviços (Medeiros, 2019).

Apesar do plano de parto ser uma recomendação da OMS e Direção Geral da Saúde (DGS), lamentavelmente não se encontra implementado de uma forma sistemática na ULSNE. Segundo Boff (2022) a utilização do plano de parto ainda é limitada, visto que muitos profissionais de saúde, hospitais e grávidas desconhecem a existência do documento ou possuem pouco conhecimento sobre ele, reduzindo as hipóteses da sua utilização. Ainda que incentivada a sua realização com o objetivo de esclarecer a mulher e/ou casal de forma que esta se sentisse empoderada e capacitada na sua tomada de decisão, foi possível verificar a falta de adesão à sua utilização uma vez que ainda existe implementado o modelo biomédico e a mulher e/ou casal atribuí única e exclusivamente à equipa de saúde qualquer decisão relativa ao seu TP e parto.

Durante o internamento o acompanhamento das grávidas pela pessoa significativa mereceu especial atenção da minha parte. Verifiquei alguma resistência por parte dos profissionais de saúde no cumprimento deste direito descrito no n.º 3 a 5 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, que reconhece “*à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida*”, nomeadamente no primeiro estadio de TP, no entanto foi possível escrutinar e evidenciar a importância deste elemento até mesmo na sala de parto. Bohren et al., (2017) concluí que um apoio contínuo durante o TP por uma pessoa significativa, conduz a uma menor incidência de partos distócicos, a uma menor duração do mesmo, melhor experiência de parto, melhoria da eficácia na amamentação e estabelecimento de relação na tríade mãe-pai-filho.

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;**

O TP define-se como uma alteração progressiva do colo uterino pela ação de contrações uterinas regulares que promovem a progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. (Monteiro et al., 2020).

Segundo a OMS (2018), podemos dividir o TP em quatro períodos designados por dilatação, expulsão, dequitação e hemostase.

O parto, sendo um evento fisiológico, onde prevalecem os valores sociais, culturais, emocionais e afetivos (Azevedo et al., 2020), pode ser vivenciado na maioria das vezes pelas mulheres e bebés sem intercorrências. Atualmente a OMS (2018) recomenda práticas assistenciais onde a mulher é a protagonista do seu parto, considerando as suas preferências e desse modo diminuir as intervenções desnecessárias.

No acompanhamento das utentes em TP procurei seguir o preconizado pela OMS - Experiência de Parto Positiva e pela [Orientação nº 2/2023 de 10/05/2023](#), atualizada a 26/03/2024, da DGS, assim após a admissão da grávida com diagnóstico de TP foi avaliada a temperatura, pressão arterial, avaliação da frequência cardíaca fetal que no caso era realizada através de cardiotocografia, contrariamente à sua monitorização com doppler como recomendado. Ainda na fase latente realizei a cateterização de veia periférica, ainda que esta intervenção não mereça a concordância de todas as entidades consultadas para a redação da norma supracitada.

Apesar da analgesia epidural ter sido o método de alívio da dor mais utilizado, foram incentivadas também técnicas não farmacológicas como a deambulação, adoção de posição verticalizadas, diminuição da intensidade das luzes, utilização de bola de *pilates*, musicoterapia e aromaterapia. O serviço apresenta uma atitude muito conservadora no que se refere a métodos não farmacológicos havendo a necessidade da equipa de enfermagem e grávidas articularem esforços na implementação destas técnicas. Tive ainda oportunidade de colaborar na aplicação de *Transcutaneous electrical stimulation*, um método de estimulação elétrica transcutânea utilizado no alívio da dor (Cecchi Salata et al., 2024).

Quando solicitada a analgesia epidural pela grávida, esta era admitida na sala de partos, e colocada perfusão de solução polielectrolítica com glucose a 5% previamente à abordagem do neuroeixo. Colaborei com o anestesista no posicionamento da parturiente, realizamos a avaliação do pulso radial e pressão arterial a cada 5 minutos até 20 minutos após administração de bolus epidural. A prática no Serviço de Obstetria passa pela administração contínua de analgesia pois ainda não existe a modalidade de *Patient-*

*controlled epidural analgesia*. As minhas intervenções passaram também pela vigilância de reações secundárias aos fármacos, alertando sempre a parturiente para o facto de que estes podem ocorrer, nomeadamente hipotensão, prurido, náuseas e vómitos, tremores, bloqueio motor e retenção urinária. Foi possível ainda fazer avaliação da Escala Modificada de *Bromage* que permite avaliar o nível sensitivo e motor do bloqueio. Após o bloqueio é de extrema importância registar as micções da parturiente, caso não existam registos nas últimas 6 horas, deve ser verificada a presença de globo vesical e sempre que este se verificava foi proposto à parturiente o esvaziamento com cateter vesical de esvaziamento.

A realização e interpretação de cardiocografia obrigou a um grande investimento e estudo da minha parte. Para a realização da cardiocografia, apliquei as Manobras de Leopold com o objetivo de identificar o número de fetos, a apresentação, a posição e a atitude fetal, bem como verificar o encravamento da apresentação e o foco de auscultação (Preyer O et al., 2019), estas manobras tornaram-se essenciais, mas por outro lado em situações específicas como grávidas obesas, ou com placenta de implantação anterior tive alguma dificuldade na sua interpretação.

Durante a cardiocografia foi solicitado à grávida a adoção de uma posição confortável, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo diminuindo a compressão da veia cava inferior, permitindo a correta perfusão uteroplacentária e a oxigenação fetal. (Silver, Branch, & Goldenberg, 2019), respeitando o protocolo do serviço a duração da cardiocografia decorria entre 20 a 30 minutos com possibilidade de prolongar este tempo sempre que se justificasse.

Existem diferentes classificações do traçado cardiocográfico na literatura, sendo a mais utilizada em Portugal a classificação da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO). Esta define cinco variáveis (linha de base, variabilidade, acelerações, desacelerações e contrações), assim os traçados são classificados como normais, suspeitos ou patológicos (Silveira et al, 2018), é considerado normal sempre que apresenta uma linha de base entre os 110 e os 160 batimentos por minuto, variabilidade entre os 5 e 25 batimentos por minuto e sem desacelerações repetitivas (Ayres-de-Campos et al., 2015), é assumido como suspeito quando pelo menos um critério de normalidade não se encontra presente, sem apresentar características patológicas, como a linha de base inferior a 110 batimentos por minuto, variabilidade reduzida ou aumentada, padrão sinusoidal e a presença de desacelerações tardias e repetitivas ou prolongadas (Silveira et al., 2018). Um traçado patológico pode indicar o risco de hipoxia fetal.

Durante o ENP tive oportunidade de realizar amniotomia, indo de encontro às recomendações atuais, era avaliada a evolução de TP, a apresentação e descida fetal, fazendo contenção do polo fetal até que este se encontrasse apoiado de forma a minimizar o risco de laterocidência ou prolapso do cordão umbilical. A amniotomia é uma intervenção que consiste na rotura artificial da bolsa amniótica com o auxílio de uma pinça *Kocker* ou do amniótomo, a sua prática por rotina está desaconselhada (ACOG, 2018), existindo critérios específicos para a sua realização como a necessidade de verificar características do líquido amniótico, necessidade de abreviar o TP (que acontece pela libertação de prostaglandinas e consequentemente aumento e frequência das contrações uterinas), necessidade de monitorização contínua por escalpe fetal e em situações de TP estacionário.

A amniotomia altera a fisiologia do TP requerendo uma vigilância mais próxima do mesmo. São espectáveis intercorrências como alterações na frequência cardíaca fetal, risco de prolapso do cordão umbilical e risco de infeção fetal (Mahdy et al., 2022). Após a realização de amniotomia foi realizado o registo no partograma, com a especificação da hora de rotura bem como das características do líquido amniótico nomeadamente quantidade, coloração e cheiro (Mahdy et al., 2022). O registo da hora da rotura permite uma adoção de conduta para a profilaxia antibiótica.

Ainda que a Orientação nº 2/2023 de 10/05/2023, atualizada a 26/03/2024 recomende a adoção por parte da mulher, da posição mais confortável também durante o período expulsivo, durante o ENP só tive oportunidade de assistir a um parto em posição de quatro apoios em detrimento de todos os outros em que a parturiente se encontrava em posição ginecológica semi-sentada. A escassez destas experiências deve-se a inexperiência dos profissionais de saúde na assistência a partos em movimento. Ainda hoje e contrariamente ao que nos dizem as últimas evidências científicas é privilegiada a posição ginecológica em prejuízo de posições mais verticalizadas que permitem que as contrações sejam mais eficazes, aumentando o diâmetro da pelve e desta forma favorecida a descida e encravamento do bebé (Amaro et al., 2021). Verifiquei a prevalências de um modelo assistencial baseado no modelo biomédico de assistência ao parto ao invés dos modelos de cuidados centrados na mulher como preconiza a OMS (2018) no documento *Recommendations for intrapartum care for a positive childbirth experience*.

Na fase ativa do segundo estadio do TP a frequência e intensidade das contrações aumenta, conhecido como reflexo de Ferguson no qual a cabeça do feto exerce pressão no colo do útero, provocando distensão dos tecidos e criando um mecanismo de feedback

que aumenta a produção de ocitocina. (Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da OE N.º 22/2022). Durante esta fase acontece a acomodação progressiva da apresentação fetal face à estrutura materna, a dinâmica da passagem no canal de parto do feto em apresentação cefálica de vértice acontece em seis momentos, sendo eles: encravamento, descida, flexão da cabeça, rotação interna, extensão da cabeça e rotação externa.

Neste momento tive oportunidade de propor às parturientes a massagem perineal, que na sua maioria concordaram com a sua realização, foram ainda encorajadas a seguirem o seu próprio impulso para a realização de esforços expulsivos. Em contrapartida, as mulheres com dilatação completa, mas sob analgesia epidural com bloqueio sensitivo foram incentivadas a adiar a realização de esforço expulsivo, até que sentissem vontade espontânea para o fazer desde que houvesse condições materno-fetais para este adiamento (OMS, 2018).

Estudos recentes (Edqvist et al., 2017; Rocha et al., 2018) demonstram que os puxos espontâneos promovem melhores desfechos perineais, favorecendo a integridade do períneo (Ferreira-Couto et al., 2017). Durante a fase ativa do período expulsivo, recomenda-se aplicar técnicas preventivas de trauma perineal, como massagem perineal, compressas quentes e proteção manual, sempre respeitando as preferências da mulher.

A massagem perineal tem mostrado eficácia na preservação do períneo, especialmente quando associada ao uso de lubrificante (Gaheen et al., 2021; Zang et al., 2023). Já as compressas quentes, apesar de não garantirem menor incidência de lacerações de 1.º e 2.º grau, ajudam a reduzir dor e prevenir lacerações graves, sendo uma técnica segura, simples e acessível.

Ainda que a última Orientação emitida pela DGS (2024) relativa à assistência ao parto recomende a realização da episiotomia quando existem sinais da iminência de uma laceração perineal ou quando esta já se iniciou, esta é uma das recomendações que não reuniu consenso das organizações que colaboraram na redação da mesma Orientação. A OMS em 1996 recomendava o seu uso em apenas 10% dos partos ainda que seja difícil estabelecer uma taxa aceitável. A FIGO (2019) por sua vez aconselha que a taxa da sua ocorrência se encontre entre os 10% e os 28%. As complicações associadas a esta prática passam por hemorragia pós-parto, dispareunia, disfunções sexuais e incontinência urinária (OMS, 2018).

Na unidade hospitalar onde decorreu o ENP verificou-se uma taxa de prevalência de 49% de episiotomias em partos eutócicos, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019

(Macedo, 2021), mostrando que estamos muito longe de atingir o objetivo recomendado pelas organizações nacionais e internacionais.

A técnica por mim utilizada no momento da exteriorização da cabeça fetal foi a técnica *hands on*, recomendada pela DGS (2024) e pela OMS (2018), esta técnica consiste no controlo da velocidade da deflexão do feto fazendo leve pressão sobre a cabeça do mesmo com uma mão, enquanto a outra empurra levemente o períneo da mãe (Jansova et al. 2017).

Acompanhei ainda uma situação de distocia de ombros, esta que é considerada uma emergência obstétrica, definida como a falha na libertação do ombro fetal, maioritariamente o ombro anterior, 60 segundos após a extração da cabeça fetal, nesta situação verifica-se a retração da cabeça fetal no períneo da parturiente, a sua incidência é de 0,2 a 3% aumentando de acordo com o peso fetal, os fatores de risco associados são obesidade e baixa estatura materna, diabetes gestacional, macrossomia fetal e distocia de ombros em gravidez anterior.

Na presença desta emergência, foi seguido o protocolo institucional. Foi verbalizado o diagnóstico em voz alta garantido a mobilização da equipa, simultaneamente foi chamada a equipa médica e iniciada manobra de *McRoberts* que consiste na hiperflexão das coxas maternas sobre o seu abdómen para diminuir a procedência do promontório, juntamente com a manobra de Rubin I onde é realizada uma pressão supra-púbica. Estas manobras foram eficazes na resolução da distócica, não se verificando a necessidade de intervenção da equipa médica.

Aquando do nascimento era verbalizada a hora exata e procedemos à colocação do recém-nascido em contacto pele a pele com a mãe garantindo as condições de segurança de ambos. Esta prática tem documentadas inúmeras vantagens tanto maternas como neonatais como regulação da temperatura, estabilização da frequência cardíaca, manutenção da glicemia e facilidade de adaptação à vida extrauterina (Moore, E. R., et al, 2016). Neste momento realizei, sempre que necessário, estimulação do recém-nascido através de estimulação céfalo-caudal, garantida a permeabilidade das vias aéreas e mantida a temperatura com a aplicação de lençóis quentes.

A laqueação tardia do cordão umbilical consiste no corte do mesmo passados 1 a 2 minutos após o nascimento ou então até o mesmo parar de pulsar desde que haja condições clínicas para isso (DGS, 2024). O corte tardio resulta no aumento das reservas de ferro, diminui a necessidade de suplementação até aos seis meses de vida, e reduz complicações pós-parto, ainda que aumente o risco de icterícia neonatal (Rabe et al.,

2019). O acompanhante ou a parturiente eram sempre que possível incentivados a realizar o corte.

De seguida tinha início o 3º estágio do TP também denominado dequitadura, período que compreende o tempo decorrido entre o nascimento e a expulsão completa da placenta, decorre num tempo de até 30 minutos, sendo que 60 minutos é considerado um período prolongado e a sua duração máxima não deve de exceder os 120 minutos (Cunningham, F. G., et al., 2018). Após o nascimento era colocada perfusão 10 unidades internacionais de ocitocina em 500ml de soro fisiológico.

O processo de extração da placenta, à exceção de duas situações, uma delas em que houve a necessidade de extração manual e outra de extração cirúrgica, foi predominantemente espontânea, mantendo uma gestão ativa e/ou abordagem pontual, segundo as recomendações da OMS (2018). A gestão com abordagens pontuais engloba diversas práticas, sendo que a mais frequente na prática deste Serviço consiste na administração de ocitocina, na realização de corte tardio do cordão umbilical e tração controlada do mesmo.

Após verificar o descolamento placentar através da realização das manobras de *Kustner*, era iniciada a manobra de *Brandt-Andrews*. A mulher nesta fase foi incentivada a fazer esforços expulsivos de modo a facilitar a expulsão da placenta, logo que a placenta aflorava à vulva, era iniciada a manobra de *Dublin*, de forma a garantir a exteriorização completa da placenta e membranas (Gonçalves, M., & Rodrigues, C.,2020).

Após a exteriorização da placenta era verificado o Globo de Segurança de *Pinard*, e observada a perda sanguínea vaginal. A massagem uterina sustentada não se encontra recomendada para prevenção de hemorragia pós-parto em mulheres que receberam ocitocina profilática (OMS, 2018).

Após a dequitadura, a placenta foi colocada na mesa de parto para que se procedesse à sua observação detalhada, nomeadamente tamanho, forma, peso estimado, membranas, número e presença de cotilédones, presença de calcificações, local de inserção do cordão umbilical, comprimento, geleia de *Wharton* e número de veias e artérias.

O 4.º estágio do trabalho de parto (hemóstase), compreendido entre a expulsão da placenta e até duas horas após, é um período crítico devido às rápidas alterações fisiológicas (OMS, 2018). Nessa fase, realizava expressão uterina, verificação da integridade do períneo e canal de parto, e prestavam cuidados vulvoperineais e de conforto à puerpera. Quando necessário, procedia-se à episiorrafia ou correção de lacerações, tendo eu executado suturas de I e II grau e participado em correções de III grau com a equipa

médica. A prática de sutura contínua e intradérmica revelou-se eficaz na redução da dor, tempo de cicatrização e melhoria estética e funcional (Webb et al., 2014), embora tenha representado um desafio inicial para mim, dada a sua complexidade e impacto no pós-parto.

A crioterapia foi usada com eficácia para reduzir dor e edema perineal, aplicada por 20 minutos a cada duas horas até 12 horas após o parto (Carvalho et al., 2018).

### **Cuidados ao recém-nascido**

Uma das competências EEESMO é otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Na sala de partos, um EEESMO fica responsável pelos cuidados imediatos ao bebé, que é colocado em decúbito ventral sobre a mãe para promover o contacto pele a pele, desde que haja condições clínicas adequadas (Apgar >8 aos 5 minutos, ausência de dificuldade respiratória, mãe estável e acompanhante presente).

O contacto pele a pele, iniciado nos primeiros 10 minutos e mantido por 60 minutos, traz benefícios neonatais e maternos, como redução da dor, do stress, estimulação uterina e fortalecimento do vínculo mãe-filho (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2023). O bebé deve usar gorro e ser coberto para evitar perda de calor. Apesar dos benefícios comprovados, há resistência da equipa médica em adotar esta prática.

O Índice de Apgar é avaliado ao 1.º, 5.º e 10.º minutos, ajudando a prever a necessidade de reanimação. Após o nascimento, o recém-nascido era transferido para o reanimador para avaliação pelo pediatra e EEESMO, incluindo exame cefalo-caudal, pesagem, administração de fitomenadiona e profilaxia ocular com cloridrato de oxitetraciclina, além da colocação de pulseira de identificação.

A amamentação, recomendada a iniciar na primeira hora de vida (OMS, 2018), era incentivada apenas após a transferência da puérpera, revelando uma prática conservadora. O aleitamento precoce permite ao recém-nascido completar as nove etapas comportamentais de *Widstrom* (2019) e traz benefícios imediatos, como a liberação de ocitocina que reduz a hemorragia pós-parto e melhora a saúde da mãe e do bebé.

### **Cesariana**

A cesariana é um procedimento cirúrgico realizado pela equipa médica de obstetrícia, com o apoio da equipa do bloco operatório. Neste contexto, o EEESMO desempenha um papel fundamental, acompanhando a grávida até ao bloco operatório e assumindo a

responsabilidade pelo acolhimento e primeiros cuidados ao recém-nascido após o nascimento.

Após a extração fetal, manteve o recém-nascido em contacto com a mãe, seguindo-se a prestação dos cuidados neonatais imediatos e a avaliação pelo pediatra. No entanto, não se encontra implementada, a prática sistemática do contacto pele a pele e do início da amamentação na primeira hora de vida, conforme recomendado pela OMS (2018). Adicionalmente, não é permitida a presença do acompanhante no bloco operatório, sendo estas limitações justificadas pela alegada insuficiência de condições estruturais. Atualmente, o bloco operatório encontra-se em processo de reestruturação, esperando-se que estas modificações contemplem as adaptações necessárias para a implementação de boas práticas, beneficiando as parturientes, os recém-nascidos e as respetivas famílias.

Após os primeiros cuidados, o recém-nascido é transportado em incubadora para o Serviço de Obstetrícia, enquanto a mãe permanece sob vigilância na unidade de cuidados pós-anestésicos durante, aproximadamente, uma hora. No Serviço de Obstetrícia, são prestados os restantes cuidados ao recém-nascido na presença da pessoa significativa da parturiente. Durante o período em que a mãe permanece ausente, o recém-nascido é acolhido no berçário, permanecendo junto do acompanhante determinado pela mãe.

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

O puerpério é definido como o período de seis semanas após o parto, durante o qual ocorre uma reestruturação fisiológica e anatómica do organismo materno, resultante das alterações provocadas pela gravidez (Baratieri, T., & Natal, S., 2019). Pode ser classificado em imediato nas primeiras 24 horas, precoce até ao final da primeira semana e tardio até ao final da sexta semana pós-parto.

O internamento da mulher no pós-parto em situações de baixo risco, tem uma duração de aproximadamente 48 horas. Neste período existe uma complexidade de intervenções autónomas e interdependentes às quais o EEESMO dá resposta, facilitando o diagnóstico de intercorrências e a planificação e execução das intervenções de enfermagem adequadas às necessidades específicas e individuais de cada mulher/casal e recém-nascido.

A vigilância das perdas hemáticas nesta fase é de extrema importância podendo ser diagnosticada precocemente uma HPP. A HPP é a principal causa de morte materna a nível mundial e Portugal não é exceção. Estima-se que entre 5 a 10% das puérperas sofram desta complicação obstétrica. (Say L. 2014)

A HPP imediata é definida pela perda sanguínea maior ou igual a 500 mL nos partos por via vaginal e igual ou superior a 1000ml nos partos por cesariana nas 24 horas posteriores ao parto e é considerada tardia a que ocorre após este período e no decurso das 6 semanas após o nascimento (Say L. 2014).

O diagnóstico da HPP é clínico, evidenciando perdas hemáticas posteriores à dequitação, acompanhada de alterações de sinais vitais como diminuição da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e deterioração do estado de consciência (Vélez Álvarez, G. A., 2022). As causas associadas à HPP podem estar relacionadas com atonia uterina, traumatismo vaginal, retenção placentária e alterações da coagulação entre outras (Sentilhes L., 2016).

O puerpério é considerado um período de excelência e de elevada importância no que confere à educação para a saúde. O EEESMO tem um papel facilitador na transição e adaptação à parentalidade, capacitando as mulheres para a prestação de cuidados ao recém-nascido, mas também para o autocuidado. Existe ainda alguma dificuldade na personalização dos cuidados prestados, pois era necessário que as intervenções de enfermagem fossem de encontro às reais necessidades das puérperas e recém-nascidos.

Existe uma subvalorização deste período no que concerne à adaptação a este novo papel. Esta, sendo uma nova realidade para muitas das puérperas, e ainda que não seja nova é diferente, seria importante um acompanhamento de proximidade e de continuidade. Identifiquei a importância que um enfermeiro de referência tem na vida de uma família, ainda mais nesta fase. Estamos num período em que o acesso à informação está à distância de um clique pela internet e redes sociais, ainda que alguma informação não seja correta ou atualizada e que facilmente se sobrepõe ao apoio que o EEESMO poderia prestar.

### **2.3. Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Durante a formação académica e de forma a obter o título de EEESMO pela OE, no caso de Portugal, devem ser completadas as experiências mínimas obrigatórias consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei n.º 25/2014 de 2 de maio (p. 2587-2588)], que correspondem também à exigência da diretiva 2005/36/CE do Parlamento e Conselho Europeu e ainda com as exigências da OE em Portugal e demais legislação (do Artigo 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março relativo aos graus académicos alterado pelo Decreto –Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto.

Na Tabela 1 são apresentadas as experiências por mim obtidas no decorrer do ENP de acordo com o número de experiências mínimas obrigatórias

**Tabela 1** - Experiências mínimas obrigatórias obtidas de acordo com a legislação

<b>Experiências mínimas obrigatórias</b>	<b>Número</b>
1) Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;	159
2) Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;	64
3) Realização pelo estudante de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o estudante participar, para além daqueles, em 20 partos;	44 -Realizados 14 - Colaborados
4) Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;	1-Realizado
5) Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;	15 - Episiotomias 30 - Suturas
6) Vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;	64
7) Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais	250 - Parturiente 209 - RN
8) Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;	21
9) Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.	36

### 3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP decorreu entre fevereiro e julho de 2024, constituindo uma experiência de grande complexidade, marcada pela consolidação de conhecimentos adquiridos previamente e pelo desenvolvimento de novas aprendizagens. Este percurso permitiu a aquisição e o aperfeiçoamento de competências comuns e específicas do EEESMO, nas suas diferentes áreas de intervenção.

O ENP decorreu numa infraestrutura temporariamente adaptada, dado que o serviço se encontrava em processo de reestruturação. Esta circunstância possibilitou-me um envolvimento ativo na organização do serviço provisório, reforçando uma das competências fundamentais do enfermeiro especialista: a capacidade de adaptação a diferentes contextos e a gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Identifiquei lacunas relevantes ao nível dos recursos materiais disponíveis na unidade, com impacto potencial na qualidade e eficácia dos cuidados prestados. Ainda que estivesse prevista a atualização do equipamento aquando da conclusão das intervenções estruturais em curso, a atual limitação de dispositivos, nomeadamente para monitorização fetal, condiciona a adoção de práticas mais centradas na mulher. A futura aquisição de dispositivos de tocografia *wireless* poderá representar um avanço significativo nesse sentido, ao possibilitar uma monitorização fetal contínua, menos invasiva e compatível com a mobilidade da parturiente, em consonância com as recomendações internacionais de humanização do parto (OMS, 2018).

A crescente multiculturalidade potenciada pelo fenómeno do chamado “turismo de nascimento” exigiu uma prática clínica culturalmente competente, sensível às crenças, expectativas e decisões das utentes. Esta realidade evidencia a necessidade de reforçar a formação dos profissionais em competências transculturais e na comunicação em saúde, de forma a assegurar cuidados respeitadores e equitativos, conforme preconizado nos princípios de equidade do Serviço Nacional de Saúde e nas orientações da DGS (2021).

Adicionalmente, identifiquei a existência de lacunas significativas na literacia em saúde sexual e reprodutiva das mulheres, nomeadamente no que respeita ao conhecimento sobre o processo de parto, métodos de contraceção e cuidados no puerpério. Esta constatação reforça a urgência de implementar estratégias estruturadas de promoção da literacia em saúde, tanto ao nível individual como comunitário, valorizando o papel do EEESMO

enquanto agente de mudança e promotor de cuidados centrados na capacitação e autonomia da mulher.

Identifiquei também uma realidade que, até então, me era desconhecida: as dificuldades ao acesso à IVG. Embora a IVG seja um direito legalmente garantido em Portugal, o seu acesso efetivo continua a ser condicionado por uma série de barreiras logísticas e geográficas que dificultam o seu cumprimento.

Esta realidade revela uma falha na implementação plena das políticas de saúde pública, acabando por tornar um direito legal, acessível apenas a algumas mulheres, o que reflete uma falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde. A ausência de unidades de IVG em várias regiões do país, associada à sobrecarga das unidades que oferecem o serviço, aumenta o tempo de espera e, conseqüentemente, os riscos associados ao procedimento, comprometendo a segurança das mulheres. Esta situação evidencia uma desconexão entre a legislação e a realidade prática, sublinhando a necessidade urgente de uma reavaliação da distribuição geográfica dos serviços de saúde, bem como da melhoria das condições logísticas para facilitar o acesso de todas as mulheres ao direito à IVG.

Além disso, a burocracia e a falta de informação acessível sobre o processo de IVG, aliadas ao estigma social ainda existente, podem contribuir para o atraso na tomada de decisão e no acesso ao procedimento.

O ENP proporcionou uma valiosa oportunidade para o desenvolvimento de competências na assistência ao trabalho de parto e parto. No entanto, embora tenha sido possível vivenciar o empoderamento das parturientes e contribuir para uma experiência de parto positiva, a implementação efetiva de cuidados centrados na mulher ainda enfrenta barreiras significativas dentro dos serviços de saúde. A teoria dos cuidados centrados na mulher, que defende a parturiente como protagonista do seu próprio parto, deveria ser uma prioridade, mas a realidade prática demonstra que este modelo de cuidado está longe de ser amplamente adotado.

Persistem lacunas evidentes na formação profissional na assistência ao parto fisiológico. A falta de competências adequadas para lidar com um parto que respeite as necessidades físicas e emocionais da mulher revela uma falha estrutural na formação e nas práticas de assistência, comprometendo a qualidade do atendimento e a autonomia da mulher durante o seu parto. Apesar de existir um consenso teórico sobre a importância de respeitar as preferências da parturiente, a prática ainda é marcada por uma tendência de medicalização excessiva e intervenções desnecessárias que não vão de encontro aos princípios de um parto fisiológico.

Sem uma formação prática que promova a confiança e a competência dos profissionais, a mudança para um modelo de cuidados centrado na mulher continua a ser uma meta distante.

A experiência de assistir a um parto natural revelou-se transformadora, confirmando a necessidade de reforçar a aquisição de ferramentas que promovam a normalização deste processo como a prática dominante, em detrimento da medicalização e intervenção excessiva. A participação num parto em apresentação pélvica fetal constituiu igualmente um momento de grande aprendizagem, reforçando a importância da segurança dos cuidados e do trabalho colaborativo dentro da equipa multidisciplinar.

Em contrapartida, deparei-me com um conflito interno relativamente à realização da episiotomia. Esta intervenção atualmente desaconselhada pelas evidências científicas, devido ao seu impacto negativo na recuperação e vivência do pós-parto, reforça a necessidade de uma abordagem mais criteriosa e fundamentada, evitando o seu uso indiscriminado. A resistência a abandonar práticas ultrapassadas compromete a experiência de parto das mulheres e perpetua a medicalização desnecessária. Apesar disso, e das indicações clínicas precisas para a realização de episiotomia, a sua utilização permanece elevada, ocorrendo em 49% dos partos vaginais (Macedo, 2021).

Foi também possível constatar a existência de alguma resistência à atualização das práticas assistenciais, bem como dificuldades na implementação das normas mais recentes baseadas na evidência científica. No entanto, a presença de EEESMO em formação e a diversidade da equipa multidisciplinar permitiram fomentar a reflexão e o debate sobre a necessidade de revisão de práticas, contribuindo para uma evolução progressiva dos cuidados prestados.

Além disso, a *golden hour*, o período imediatamente após o nascimento, é um momento crucial tanto para a saúde física quanto emocional da mãe e do recém-nascido. Embora a recomendação da OMS de promover o contacto pele a pele imediato, o início precoce da amamentação e o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho seja amplamente reconhecida, na prática existem lacunas significativas na implementação dessas orientações. Fatores como logística institucional, protocolos rígidos e a medicalização do nascimento, frequentemente comprometem a realização plena dessas práticas, essenciais para o desenvolvimento do vínculo e a regulação fisiológica do recém-nascido, revelando uma falta de humanização no processo de assistência ao parto

Adicionalmente, identifiquei uma falta de familiaridade das puérperas com algumas boas práticas, o que sublinha a necessidade urgente de fortalecer as estratégias educativas e de

apoio à amamentação, especialmente nos primeiros dias de vida do bebê. A resistência, tanto de profissionais quanto de mães, em adotar métodos alternativos à administração de suplementos – como o uso do copo de amamentação, a técnica de dedo-sonda ou a seringa – em detrimento do biberão, foi notória.

No contexto do ENP, ficou evidenciada a falta de uniformização nos cuidados prestados às puérperas, o que gera potenciais dúvidas e insegurança entre as mulheres no pós-parto. A abordagem deste tema junto aos profissionais de saúde revelou-se desafiadora devido à variabilidade de condutas observadas, indicando a ausência de um protocolo claro e coeso sobre a assistência. Essa discrepância na prática clínica reflete uma fragilidade nas práticas institucionalizadas, que podem prejudicar a coerência dos cuidados e, conseqüentemente, a confiança das utentes.

O processo de aprendizagem supervisionada permitiu uma reflexão crítica constante, favorecendo a melhoria da qualidade assistencial e contribuindo para a otimização do impacto positivo na saúde das mulheres e famílias acompanhadas.

Esta experiência proporcionou momentos de introspeção sobre os limites pessoais e profissionais, especialmente no que concerne ao equilíbrio entre empatia e objetividade, e à gestão do stress emocional associado ao contexto da saúde materna e obstétrica. A necessidade de equilíbrio entre as dimensões técnica e emocional do cuidado revela-se fundamental, uma vez que a saúde materna está intrinsecamente ligada a questões emocionais intensas, tanto para as mulheres quanto para as equipas de saúde.

Em suma, o ENP foi um marco significativo na aplicação de conhecimentos teóricos em contextos reais, proporcionando uma experiência formativa que envolveu a resolução de situações clínicas desafiadoras e a aquisição de novas competências. O impacto desta vivência reflete-se no meu crescimento enquanto futura EEESMO, além de ter contribuído diretamente para a qualidade dos cuidados prestados às mulheres e suas famílias.

## **4. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO - CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE AO ALEITAMENTO MATERMO**

### **4.1. Introdução**

A amamentação é tida como um dos alicerces da saúde, do desenvolvimento e da sobrevivência infantil e os seus benefícios encontram-se bem documentados. (Meek & Noble, 2022)

As vantagens do aleitamento materno para a criança são “nutricionais, anti-infeciosas, imunológicas, cognitivas e afetivas” (DGS, 2015,). Relativamente à mãe, são demonstrados inúmeros benefícios entre eles a proteção contra o cancro da mama, onde se verifica uma maior proteção associada a uma maior experiência de amamentação (Guedes et al., 2015), diminuição do risco de cancro do ovário e também a diminuição de episódios de depressão pós-parto (Estratégia Nacional para a Alimentação do Latente e Criança Pequena, 2019).

A OMS (2018) recomenda o início da amamentação na primeira hora de vida do bebé, que esta se mantenha exclusivamente até aos 6 meses, e que dure até pelo menos aos 24 meses.

#### **4.1.1. Evolução histórica da amamentação**

Historicamente a amamentação, era a única forma de alimentar recém-nascidos, com o desmame a ocorrer gradualmente. Na Idade Média e no Renascimento, surgiram as amas de leite, refletindo a valorização do leite materno e as dinâmicas sociais da época (Salmon, 2024).

Nos séculos XIX e XX, com a industrialização e a criação de fórmulas infantis, as práticas mudaram. A fórmula foi promovida como alternativa moderna, reduzindo as taxas de amamentação. Contudo, evidências científicas destacaram os benefícios do leite materno, impulsionando um movimento de promoção da amamentação (Mills, 2024). A partir de meados do século XX, a OMS e a UNICEF passaram a recomendar amamentação exclusiva até aos seis meses, com continuação até, pelo menos, aos dois anos (Gutiérrez, 2023).

Atualmente, a amamentação é vista como o padrão biológico nutricionalmente ideal. Políticas de saúde pública promovem-na por meio de educação, formação profissional e apoio comunitário, embora a implementação ainda enfrente desafios em países como

Portugal. A investigação atual foca-se nos impactos a longo prazo da amamentação e nas melhores formas de apoiar mães em diferentes contextos (Calle et al., 2024).

#### **4.1.2. Transição para a maternidade e amamentação**

A transição para a maternidade é uma experiência profunda, envolvendo mudanças físicas, emocionais e psicológicas, que abrangem desde a gravidez até ao estabelecimento da amamentação. Segundo Ramona T. Mercer (2004) e sua teoria “*Becoming a Mother*”, essa transição exige que a mulher reconheça seu papel materno, tomando decisões conscientes que impactam o bebé desde a gravidez (Cortés et al., 2015).

Dessì et al. (2024) destacam a importância do apoio às mães, especialmente em decisões sobre amamentação, que influenciam o bem-estar emocional e podem prevenir depressão pós-parto. Programas de educação pré-natal que promovem a saúde mental materna e a relação mãe-bebé mostram-se eficazes para melhorar a experiência da amamentação (Sansone et al., 2024).

Assim, a transição para a maternidade e a amamentação exigem uma abordagem integrada, com apoio emocional, social e educacional, onde profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, têm um papel fundamental para garantir que as mães recebam as ferramentas necessárias para o sucesso na amamentação.

#### **4.1.3. Amamentação no mundo e em Portugal**

Apesar das vantagens da amamentação a curto e longo prazo, os esforços nacionais e internacionais ainda não alcançaram os resultados esperados. Em 2018, a taxa global de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses era cerca de 41%, e a manutenção da amamentação aos 24 meses, 45%, abaixo das metas globais que visam 50% em 2025 e 70% em 2030 (OMS, 2021; UNICEF, 2020).

Em Portugal, dados do Registo do Aleitamento Materno (2014) indicam que, embora 84% das mães iniciem amamentação na primeira hora de vida, a exclusividade cai para 22,1% aos 5-6 meses. Essa redução está ligada a múltiplos fatores que requerem investigação. O Inquérito Nacional sobre Aleitamento Materno (2019) reporta uma taxa de 21,8% de amamentação exclusiva até aos seis meses (DGS, 2019).

Para reverter este cenário, foi criada em dezembro de 2023 a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno em Portugal (Despacho n.º 13056/2023), que visa identificar práticas locais e definir estratégias para alcançar as metas internacionais, promovendo políticas públicas sustentáveis em saúde materno-infantil.

#### **4.1.4. Estratégias implementadas de apoio ao aleitamento materno ao nível dos cuidados de saúde**

Uma das abordagens mais eficazes para apoiar a amamentação são as políticas e programas internacionais e nacionais. Desde 1991, a OMS e UNICEF promovem a Iniciativa Amiga dos Bebés (antiga Iniciativa Hospital Amigo da Criança), que incentiva práticas como o contacto pele a pele imediato após o nascimento e a não utilização de biberões ou chupetas (OMS, 2023). O objetivo é proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, influenciando a atuação dos profissionais de saúde e garantindo apoio e informação atualizada às mães.

Rollins et al. (2016) e Victora et al. (2016) destacam a importância de ampliar o conhecimento sobre os benefícios da amamentação, fortalecer as competências das mães e profissionais, e promover atitudes positivas na sociedade (Mulcahy et al., 2022). O sucesso da amamentação depende da decisão da mãe, da instauração eficaz da lactação e do suporte contínuo (Levy & Bértolo, 2012).

#### **4.1.5. As perspetivas e conhecimento das mães**

Oliveira et al. (2017) destacam que grávidas apresentam défices de conhecimento sobre maternidade e aleitamento materno exclusivo, frequentemente devido à falta de orientação no pré-natal, o que contribui para o desmame precoce. A preparação pré e pós-parto para a amamentação aumenta a duração do aleitamento exclusivo, ajudando a superar medos e tabus, especialmente com suporte familiar e profissional (Nelas et al., 2017). Paixão et al. (2019) alertam que o conhecimento adquirido no pré-natal é insuficiente e revelam lacunas no sistema de saúde, sugerindo a necessidade de avaliar o conhecimento dos enfermeiros.

Estudos indicam que fatores determinantes para o sucesso da amamentação incluem contato pele a pele precoce (Cinquetti et al., 2019; Dueñas-Espín et al., 2021), início precoce da amamentação, alojamento conjunto, amamentação em livre demanda,

ambiente favorável, informações adequadas na alta, formação dos profissionais e continuidade de cuidados (OMS e UNICEF, 2018; Balogun et al., 2017; Colaceci et al., 2020).

Ribeiro et al. (2015) verificou que apenas 62,2% das mães iniciaram a amamentação na primeira hora, com fatores como tipo de parto e falta de apoio dos enfermeiros influenciando essa taxa. Muitas mulheres enfrentam dificuldades iniciais (fissuras, dor, pega incorreta, insegurança), que podem ser superadas com aconselhamento adequado por profissionais capacitados, especialmente enfermeiros (Bicalho et al., 2021; Silva D. da et al., 2025).

Monte et al. (2013) encontrou que a falta de apoio e informações contraditórias por parte dos profissionais contribuem para o insucesso na amamentação, e que 85,9% das mães não recebeu acompanhamento pós-alta sobre o tema (Monte et al., 2013; Miranda et al., 2017; de Almeida et al., 2015). Silva et al. (2018) sugerem que muitas intercorrências iniciais estão associadas a práticas assistenciais inadequadas.

#### **4.1.6. Formação dos enfermeiros face ao aleitamento materno**

Apesar do crescente reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno, muitos profissionais de saúde apresentam lacunas em conhecimentos e competências para apoiar eficazmente a alimentação infantil (Brodribb et al., 2010; Holtzman & Usherwood, 2018; Sigman-Grant & Kim, 2016). A insuficiente capacitação é associada ao desmame precoce (Sadovnikova et al., 2020), o que torna crucial a formação atualizada e baseada em evidência para enfermeiros, que têm papel central na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (Nazareth et al., 2024).

Estudos indicam que os conhecimentos dos enfermeiros sobre amamentação são frequentemente inadequados, e muitos cursos de enfermagem não abordam o tema de forma suficiente (Yang et al., 2018; Mulcahy et al., 2022). Isso limita o suporte efetivo às mães, reforçando a necessidade de formação qualificada (Fonseca-Machado et al., 2012). Muitos enfermeiros relatam não se sentirem preparados para lidar com situações clínicas específicas da amamentação devido à falta de conhecimentos atualizados (Almeida, 2015).

Além do conhecimento técnico, são essenciais atitudes empáticas e competências comunicacionais para um apoio eficaz, que respeite as necessidades individuais das mães (Tichelman et al., 2019; McFadden et al., 2017; Shattnawi, 2017). A uniformização da informação transmitida pelos profissionais, disponibilizada também por escrito, é fundamental para garantir coerência nas orientações (Oliveira et al., 2020).

#### **4.2. Justificação do estudo**

O enfermeiro é fortemente indiciado como principal promotor da amamentação, mas para isso são necessários dois pressupostos, que sejam delineadas as condições para que mãe e bebê vivam esse processo de forma eficiente e prazerosa e o conhecimento e atitude dos profissionais de saúde (Souza, Nespoli & Zeitoune, 2016).

Considerando que a principal fonte de informação das mulheres sobre o aleitamento materno são os enfermeiros, torna-se fundamental identificar os seus conhecimentos e atitudes relativamente à amamentação. Tal análise permite reconhecer barreiras modificáveis que comprometam a duração recomendada do aleitamento materno, possibilitando, assim, a implementação de estratégias eficazes que promovam a sua prática e melhorem as taxas de prevalência do aleitamento materno

#### **4.3. Importância do estudo para a população alvo**

Segundo a OMS, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham papel crucial na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Para isso, devem estar capacitados com conhecimentos atualizados sobre os benefícios da amamentação e a gestão dos eventuais problemas, incentivando assim a adesão ao aleitamento materno (Binns et al., 2016).

Embora o suporte social seja essencial para o sucesso da amamentação, muitos profissionais ainda subestimam a sua importância. É necessário implementar novas estratégias de intervenção que reduzam o desmame precoce (Prates et al., 2014).

Dado que o conhecimento e as atitudes dos profissionais influenciam significativamente o início e a duração da amamentação, a investigação nesta área é fundamental para apoiar a definição de políticas e práticas alinhadas com os objetivos da OMS.

#### **4.4. Questão de investigação**

A questão de investigação deve seguir os seguintes pressupostos: factível, interessante, inovadora, ética e relevante. “FINER” (O’Brien & Broughton, 2017), sendo assim definida a seguinte questão de investigação:

**Quais os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno?**

#### **4.5. Objetivo geral**

Descrever os conhecimentos e atitudes face ao aleitamento materno dos enfermeiros da ULSNE e relacioná-los com as variáveis sociodemográficas, profissionais e obstétricas;

##### **4.5.1. Objetivos específicos**

Para uma compreensão detalhada e abrangente dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Relacionar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno com as variáveis sociodemográficas;
- ✓ Relacionar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno com o seu local de trabalho;
- ✓ Relacionar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno com a formação recebida nos últimos dois anos sobre o tema;
- ✓ Relacionar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno com a experiência profissional com grávidas e/ou puérperas;
- ✓ Relacionar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno com experiência prévia pessoal com amamentação.

#### **4.6. Metodologia**

##### **4.6.1. Tipo de estudo**

A pesquisa quantitativa é um método de pesquisa que permite identificar indicadores e padrões presentes na realidade, possibilitando a obtenção de dados representativos e objetivos, os quais são analisados recorrendo a métodos estatísticos (Mussi, 2020).

Tendo presente o objetivo geral deste estudo o nível de análise do mesmo, caracteriza-se como sendo de natureza observacional, transversal e analítico. Pretende-se descrever e analisar as variáveis em estudo. A sua recolha será realizada num único momento sem dar lugar a nenhuma intervenção (Zangirolami-Raimundo et al., 2018).

#### **4.6.2. População e amostra**

Para a realização deste estudo foi considerada uma população composta por 737 enfermeiros segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2023) e dados obtidos através dos recursos humanos da ULSNE. A amostra representativa da população com um grau de confiança de 95% e margem de erro de 5% teria de ter a dimensão de 253 enfermeiros, calculada através da <http://www.raosoft.com/samplesize.html>.

Definiram-se como critérios de inclusão para integrar a amostra: ser enfermeiro, a exercer funções na USLNE à data de recolha de dados.

A amostra inicial era constituída por 253 profissionais elegíveis para o estudo. Excluíram-se os enfermeiros que não se encontravam em função à data de recolha dos dados, existindo uma recusa na participação no estudo. Obteve-se para amostra final 127 enfermeiros, o que corresponde a uma taxa de resposta de aproximadamente 50,2%. Embora represente uma redução da amostra, esta taxa encontra-se dentro dos valores considerados aceitáveis em estudos de natureza semelhante, mantendo a validade e a representatividade dos dados analisados.

#### **4.6.3. Instrumentos de recolha de dados**

Os instrumentos de recolha de dados devem estar validados e adaptados ao objetivo do estudo de investigação e conseqüentemente às características da população em estudo. Para a recolha de dados, foi desenvolvido um instrumento composto por duas partes: um questionário elaborado pela investigadora, destinado à obtenção de informações sociodemográficas, profissionais e obstétricas; e um segundo instrumento que inclui duas escalas validadas para a população portuguesa - a Escala de Conhecimentos dos Enfermeiros sobre Aleitamento Materno (ECEAM) (Lopes, 2013) e a Escala de Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno (EAAPSAM) (Marinho, 2003) (Apêndice I). Os instrumentos de recolhas de dados são constituídos por cinco partes ficando assim organizado.

I parte – Caracterização sociodemográfica – Idade, género, estado civil e formação académica;

II parte – Caracterização profissional – Categoria profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tempo de serviço na prestação de cuidados a grávidas e/ou púerperas e dados relativos a formação em aleitamento materno;

III parte – Caracterização de obstétrica – número de filhos, história pessoal de amamentação, duração da amamentação, causas para o abandono ou para a decisão de não amamentar;

IV parte – Escala de Conhecimentos de Enfermeiros sobre Aleitamento Materno (Lopes, 2013) constituído por 56 afirmações em que devem ser respondidas segundo a escala de Likert de 5 pontos (Discordo totalmente; Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo; Concordo totalmente).

V parte – Escala de Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno (EAAPSAM) (Marinho, 2003) constituído por 43 afirmações que devem ser respondidas segundo a escala de Likert de 5 pontos (Discordo totalmente; Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo; Concordo totalmente).

A escala de Likert de 1 a 5 permite por um lado que não exista uma dispersão de respostas e por outro lado exista um nível de resposta neutro, não obrigando a concordância ou não de determinado item e sendo suscetível de tratamento quantitativo.

#### 4.6.4. Variáveis de Investigação

##### 4.6.4.a. Variáveis Independentes

As variáveis independentes consideradas foram operacionalizadas na Tabela 2 abaixo:

**Tabela 2** - Operacionalização das variáveis independentes

	<b>Operacionalização</b>	<b>Indicadores</b>	
<b>Variáveis independentes</b>	Idade	Conceito: “Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos, salvo se tratar de crianças com menos de 1 ano, devendo nestes casos ser expressa em meses, semanas ou dias completos” (INE, s.d.).	Em anos completos
	Género	Conceito: “Refere-se à "experiência interna e individual sentida por cada pessoa relativamente ao género com que se identifica, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído à nascença. Pode envolver, se livremente escolhido, a modificação da aparência ou do corpo por meios cirúrgicos, farmacológicos ou de outra natureza e outras expressões de género, incluindo o comportamento, o vestuário, a expressão verbal e corporal.”” ( <a href="http://www.cig.gov.pt">www.cig.gov.pt</a> ).	1- Masculino 2- Feminino 3- Outro
	Estado civil	Conceito: “Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil” (INE, s.d.).	1- Solteiro(a) 2- Casado(a)/ União de facto 3- Divorciado(a) / Separado(a) 4- Viúvo(a)
	Formação académica	Conceito: “Nível ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu ou para o qual obteve equivalência, e em relação ao qual tem direito ao respetivo certificado ou diploma” (INE, s.d.).	1- Licenciatura 2- Mestrado/Pós-graduação/Especialidade 3- Doutoramento
	Categoria profissional	Conceito: “Posição na hierarquia organizacional de uma profissão enquadrada numa atividade económica” (INE, s.d.).	1- Enfermeiro (a) 2- Enfermeiro especialista 3- Enfermeiro gestor

Local de Trabalho	Conceito: “O local de trabalho corresponde ao lugar onde o trabalhador cumpre a obrigação de prestar a sua atividade.” (art. 106º n.º 3, alínea b, do Diário Da República)	1- Cuidados de saúde hospitalares 2- Cuidados de saúde primários
Tempo de exercício profissional	Conceito: “Número de anos a exercer a sua atividade profissional”	Em anos completos
Tempo de serviço na prestação de cuidados a grávidas e/ou puérperas	Conceito: Número de anos a exercer a sua atividade profissional na prestação de cuidados a grávidas e/ou puérperas.	Em anos
Número de ações de formação	Conceito: Número de ações de formação em que participou	1- 1 2- 2 3- 3 ou mais
Curso de conselheira de aleitamento materno	Conceito: Conceito: Obtenção de certificado de Conselheira de Aleitamento Materno (CAM) ou International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)	1- Sim 2- Não
Formação para apoiar grávidas e/ou puérperas	Conceito: Opinião pessoal se tem formação que permite apoiar grávidas e/ou puérperas no processo de amamentação.	1- Sim 2- Não
Existência de Filhos	Conceito: Existências de filhos biológicos	1- Sim 2- Não
Número de filhos	Conceito: Número de filhos nascidos vivos	1- 1 2- 2 3- 3 ou mais
Filhos amamentados	Conceito: Filhos amamentados	1- Sim 2- Não
Tempo de amamentação dos filhos	Conceito: Duração da amamentação de cada um dos filhos	Em meses

Variáveis independentes (Continuação)

#### 4.6.4.b. Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes foram os *conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno*.

##### 4.6.4.b.1. Conhecimentos Dos Enfermeiros Sobre O Aleitamento Materno

Os conhecimentos dos enfermeiros foram mensurados pela aplicação da ECEAM (Lopes, 2013).

A ECEAM foi elaborada e validada por Lopes (2013) para a população portuguesa.

É composta por 56 itens, estes estão subdivididos em três grupos designados como Fatores (Tabela 3):

Cuidados e condições maternas (21 itens);

Propriedades da amamentação (20 itens)

Procedimentos técnicos (15 itens)

A cada um dos itens é possível responder com recurso à escala de *Likert* de 5 pontos com opções de resposta discordo totalmente (DT); discordo (D); não concordo nem discordo (NCND); concordo (C) e concordo totalmente (CT).

- ✓ Os itens considerados favoráveis (aos conhecimentos) são os itens 1, 3, 4, 5, 10, 12, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 40, 43, 46, 48, 50, 54 e 56 e serão cotados da seguinte forma: discordo totalmente - 1 ponto; discordo - 2 pontos; não concordo nem discordo - 3 pontos; concordo - 4 pontos e concordo totalmente - 5 pontos.
- ✓ Os itens considerados desfavoráveis (aos conhecimentos) são os itens 2, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 18, 20, 23, 26, 28, 29, 30, 33, 37, 38, 41, 42, 44, 45, 47, 49, 51, 52, 53 e 55 e serão cotados da seguinte forma: discordo totalmente - 5 ponto; discordo - 4 pontos; não concordo nem discordo - 3 pontos; concordo - 2 pontos e concordo totalmente - 1 ponto.

A Tabela 3 identifica os itens da ECEAM distribuídos em três fatores.

**Tabela 3** - Fatores da ECEAM

<b>FATORES</b>		
<b>Cuidados e condições maternas (21 itens)</b>	<b>Propriedades da amamentação (20 itens)</b>	<b>Procedimentos técnicos (15 itens)</b>
2, 12, 15, 18, 20, 26, 28, 29, 30, 33, 37, 41, 42, 44, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 55	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 24, 34, 35, 38, 40, 45.	13, 21, 22, 23, 25, 27, 31, 32, 36, 39, 43, 46, 48, 54, 56.

Na ECEAM o conhecimento é definido em 5 níveis. Em cada grupo de Fatores é considerada a média obtida nos respectivos itens

Assim sendo, o resultado em cada Fator poderá variar entre o mínimo de um (1) e máximo de cinco (5), sendo que os níveis de conhecimento correspondem a um (1) a muito mau, dois (2) a mau, (três) 3 a razoável, quatro (4) a bom e cinco (5) a muito bom.

De acordo com o autor da escala, o score global deve ser calculado da mesma forma.

#### 4.6.4.b.2. Atitudes dos Enfermeiros face ao Aleitamento Materno

As atitudes dos enfermeiros serão mensuradas pela aplicação da EAAPSAM (Marinho, 2003). A EAAPSAM foi elaborada e validada por Marinho (2003) para a população portuguesa. É composta por 43 itens (Tabela 4) aos quais é possível responder com recurso à escala de *Likert* de 5 pontos.

- ✓ Os itens considerados favoráveis (às atitudes) são 4, 8, 13, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 32, 33, 35, 37, 39 e 42 e serão cotados como: discordo totalmente - 1 ponto; discordo - 2 pontos; não concordo nem discordo - 3 pontos; concordo - 4 pontos e concordo totalmente - 5 pontos.
- ✓ Os itens considerados desfavoráveis (às atitudes) são 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 36, 38, 40, 41 e 43 e serão cotados como: discordo totalmente - 5 pontos; discordo - 4 pontos; não concordo nem discordo - 3 pontos; concordo - 2 pontos e concordo totalmente - 1 pontos.

A Tabela 4 descreve os itens da EAAPSAM e a sua distribuição em três Categorias e seis Dimensões.

**Tabela 4** - Categorias, Dimensões e itens da EAAPSAM

<b>Categorias</b>	<b>Respostas Cognitivas (21 itens)</b>	<b>Resposta Afetivas (10 itens)</b>	<b>Resposta Comportamentais (12 itens)</b>
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre o aleitamento <b>(1)</b> ; Crenças acerca dos benefícios da amamentação <b>(2)</b> ; Crenças sobre os obstáculos à amamentação <b>(3)</b> ;	Importância/interesse em relação à amamentação <b>(4)</b> ; Atitudes face à decisão de não amamentar <b>(5)</b> ;	Aconselhamento geral sobre o AM e orientações referentes aos 10 passos para o sucesso do AM preconizadas pela OMS/UNICEF <b>(6)</b> .
<b>Itens</b>	<b>(1)</b> 2, 3, 12, 19, 29, 32, 35 <b>(2)</b> 4, 8, 13, 23, 42 <b>(3)</b> 1, 5, 7, 9, 11, 16, 21, 28, 36	<b>(4)</b> 10, 24, 30, 37, 39 <b>(5)</b> 17, 31, 34, 40, 43	<b>(6)</b> 6, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 26, 27, 33, 38, 41

Apresenta-se a caracterização da Escala de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno. Como anteriormente referido as Dimensões são construídas considerando a média obtida nos itens que compõe cada Categoria para cada indivíduo.

Assim sendo, o resultado em cada Dimensão poderá variar entre o mínimo de um (1) e máximo de cinco (5), em que o valor 5 em resultados mais elevados e consequentemente em atitudes mais favoráveis dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno.

Poder-se-á considerar atitude moderada sempre que o valor médio obtido seja de pelo menos três pontos, essa atitude é tão mais elevada quanto maior o valor médio obtido.

De acordo com o autor da escala, o *score* global deve ser calculado pela soma das pontuações de cada um dos itens podendo o resultado variar entre os valores de 43 e 215. Uma vez que Marinho (2003) não define grupo de corte, será utilizada a classificação definida por Queirós (2012), descrita na Tabela 5.

**Tabela 5** - Grupos de corte da EAAPSAM (Queirós, 2012)

<b>Escala</b>	<b>Grupo de corte</b>	<b>Nível</b>
<b>EAAPSAM</b>	$\geq 186$	<b>Atitudes positivas</b>
	178 a 185	<b>Atitudes moderadas</b>
	$\leq 177$	<b>Atitudes negativas</b>

#### **4.6.5. Recolha de dados**

Para a recolha de dados deste estudo de investigação, foi solicitada autorização junto do Conselho de Administração da ULSNE (Apêndice D). Após o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição (Apêndice E) foi realizado um contacto com os enfermeiros responsáveis/ gestores a solicitar a colaboração no processo divulgação e partilha do *QRcode* de acesso ao instrumento de recolha de dados. O seu apoio constituiu um importante elo de ligação com os participantes. Este contacto ocorreu por diversas vezes tendo em conta a dificuldade de angariação de participantes no estudo. Foram realizados contactos em todas as Unidades Hospitalares e Centros de Saúde da ULSNE. A internet veio colmatar alguns dos principais constrangimentos deste tipo de estudo, permitindo uma redução dos gastos financeiros, temporais e até pela questão geográfica. A implementação de ferramentas *online*, permite uma otimização do tempo de recolha de dados e praticidade para ambas as partes. É salvaguardado o anonimato dos participantes

e as taxas de resposta tendem a ser mais elevadas, refletindo menores taxas de abandono. (Oliveira et al., 2020)

Por esse mesmo motivo e de forma a otimizar os recursos, optou-se pela disponibilização do instrumento de recolha de dados ao enfermeiro gestor/responsável para a distribuição de um *QRcode* aos enfermeiros que correspondessem aos critérios de inclusão. A leitura do *QRcode* redirecionava para a plataforma *googleforms* onde, e caso o enfermeiro tivesse interesse em participar no estudo, tinha acesso ao consentimento informado. Caso concordasse e aceitasse os termos descritos no consentimento prosseguia para o preenchimento do questionário. Na única situação em que os termos explanados no consentimento informado, esclarecido e livre não foram aceites findou a participação do enfermeiro no estudo.

A recolha de dados ocorreu nos meses de junho a outubro de 2024, devido à dificuldade de angariação de participantes e à obtenção de amostra representativa.

#### **4.6.6. Tratamento de dados**

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente no *Software IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 29.0 (Chicago, IL), após a recolha feita através de um *googleforms*, utilizando métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados são apresentados em tabelas e gráficos.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis através da distribuição frequências (no caso das variáveis nominais) e a análise de algumas medidas tais como a média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

De salientar que relativamente ao coeficiente de variação este é bastante útil pois: se varia até 15% traduz uma dispersão baixa, entre 15% e 30% uma dispersão moderada e acima de 30% dispersão elevada.

Antes de iniciar a comparação de grupos, efetuou-se a análise da fiabilidade interna das dimensões referentes às ECEAM e de EAAPSAM, através do *alpha* de Cronbach<sup>1</sup>, que analisa a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens e que meçam a mesma característica.

---

<sup>1</sup> Medida de consistência interna que permite apurar quão bem um dado conjunto de itens (ou variáveis) está a medir um único constructo latente unidimensional. Não havendo regras absolutas, alguns autores como Maroco (2007) apontam os seguintes valores como referência:

< 0,5 – Inaceitável; 0,5 a 0,6 – Pobre; 0,6 a 0,7 – Questionável; 0,7 a 0,8 – Aceitável; 0,8 a 0,9 – Bom; > 0,9 – Excelente.

Uma vez que não foi validado o pressuposto da normalidade populacional, justificou-se a opção por testes não paramétricos. Recorreu-se então ao: teste U de *Mann - Whitney*: teste não paramétrico utilizado para comparar ordenações médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e ao teste de Kruskal-Wallis: teste não paramétrico para comparação de ordenações médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. O nível de significância utilizado foi de 5%.

#### **4.6.7. Procedimentos éticos**

No desenvolvimento do estudo foram salvaguardados os direitos dos participantes e os princípios éticos, explanados na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo. A recolha de dados foi realizada através da aplicação do instrumento recolha de dados (Apêndice I). Tendo em conta os preceitos éticos e deontológicos num estudo de investigação, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ULSNE (Apêndice D).

Após o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição (Apêndice E) foi iniciada a colheita de dados. A participação dos profissionais de saúde foi voluntária, sendo precedida de informação sobre o seu âmbito e a sua finalidade.

No decurso da investigação foi garantido o anonimato da identidade dos participantes e a confidencialidade dos dados, bem como a garantia que os dados recolhidos apenas seriam utilizados para este estudo de investigação.

Cada participante manifestou a sua autorização em participar no estudo de investigação através do preenchimento do consentimento informado, esclarecido e livre (Apêndice H) para que se prosseguisse na participação do estudo.

#### 4.7. Apresentação de Resultados

Com o objetivo de aprofundar a contextualização dos dados obtidos na presente amostra, procedeu-se à apresentação dos principais resultados do estudo “*Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno*”, a qual fornece um enquadramento relevante para a análise e interpretação dos dados.

Apresenta-se a análise descritiva e analítica dos dados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados.

Na Tabela 6 identificam-se as características sociodemográficas da amostra.

**Tabela 6 - Características sociodemográficas da amostra**

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>Opções de resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>	< 40	37	29,13
	40-49	56	44,10
	≥ 50	34	26,77
	Total	127	100
Mínimo=26; Máximo=63; Média=44,52; Desvio padrão=8,39			
<b>Género</b>	Masculino	13	10,24
	Feminino	114	89,76
	Outro	0	0
	Total	127	100
<b>Estado civil</b>	Solteiro	23	18,11
	Casado/União de facto	93	73,23
	Divorciado/ Separado	9	7,09
	Viúvo	2	1,57
	Total	127	100
<b>Habilitações literárias</b>	Licenciatura	44	34,65
	Pós-graduação/ Especialidade/ Mestrado	81	63,78
	Doutoramento	2	1,57
	Total	127	100

Participaram no estudo 127 enfermeiros, sendo a maioria do género feminino 89,76% (n=114). A idade média dos participantes foi de 44,52 ±8,39 anos, variando entre 26 e 63 anos. Dentre eles, cerca de 30% (n=37) tinham menos de 40 anos e aproximadamente um quarto, 26,80% (n=34) tinham 50 anos ou mais.

Quanto ao estado civil observa-se que 73,23% (n=93) se encontrava casado(a) ou em união de facto. Relativamente às habilitações literárias a maioria, 63,78% (n=81) possuía pós-graduação / especialidade/ mestrado e dois enfermeiros eram doutorados.

Na Tabela 7 apresenta-se a caracterização das variáveis profissionais da amostra.

**Tabela 7** - Características profissionais da amostra e relativas à formação específica em aleitamento materno

<b>Variáveis profissionais</b>	<b>Opções de resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Categoria profissional</b>	Enfermeiro	67	52,76
	Enfermeiro especialista	56	44,09
	Enfermeiro gestor	4	3,15
	Total	127	100
<b>Local de trabalho</b>	Cuidados Hospitalares	76	59,84
	Cuidados de Saúde Primários	51	40,16
	Total	127	100
<b>Tempo de serviço (anos)</b>	< 15 anos	30	23,62
	De 15 a 24 anos	53	41,73
	≥ 25 anos	44	34,65
	Total	127	100
	Mínimo=4; Máximo=41; Média=20,74; Desvio padrão=8,88		
<b>Tempo de serviço na prestação de cuidados a grávidas</b>	Sem experiência	65	51,18
	< 15 anos	35	27,56
	≥ 15 anos	27	21,26
	Total	127	100
	Mínimo=1; Máximo=34; Média=14,77; Desvio padrão=8,81		
<b>Tem formação em aleitamento materno</b>	Sim	36	28,35
	Não	91	71,65
	Total	127	100
<b>Nos últimos dois anos quantas ações de formação sobre aleitamento materno frequentou</b>	Nenhuma	103	81,10
	Uma	13	10,24
	Duas	6	4,72
	Três ou mais	5	3,94
	Total	127	100
<b>É Conselheiro(a) em Aleitamento Materno ou IBCLC</b>	Sim	18	14,17
	Não	109	85,83
	Total	127	100
<b>Na sua opinião tem formação que lhe permita apoiar as mulheres e famílias no processo de amamentação</b>	Sim	53	41,73
	Não	74	58,27
	Total	127	100

Atendendo à Tabela 7 verifica-se que a maioria dos profissionais que participaram no estudo, 52,76% (n=67) pertencia à categoria enfermeiro e 3,15% (n=4) eram enfermeiros gestores.

Quanto ao local de trabalho, mais de metade, 59,8% (n=76) prestavam cuidados em Unidades de Saúde Hospitalares. No que trata ao tempo de serviço na prestação de cuidados obteve-se a média de 20,74 anos com desvio padrão de 8,88 anos. A distribuição

do tempo de serviço corresponde a 23,62% (n=30) dos profissionais com tempo inferior a 15 anos, 41,73% (n=53) com experiência entre 15 a 24 anos e 34,65% (n=44) com pelo menos 25 anos de experiência.

Foi possível verificar que 48,82% dos participantes (n=62) prestavam cuidados a grávidas, apresentando uma média de 14,77 anos de experiência na prestação de cuidados às mesmas. Verificou-se que a maioria, 71,65% (n=91) dos inquiridos não tinha formação em aleitamento materno e que 81,10% (n=103) não frequentou qualquer formação sobre aleitamento nos últimos dois anos. Teve-se ainda que apenas 14,17% (n=18) era Conselheiro(a) de Aleitamento Materno e que 58,27% (n=74) afirmou que na sua opinião não tinha formação que lhe permitisse apoiar as mulheres e famílias no processo de amamentação.

### Variáveis Obstétricas

No Gráfico 1 verifica-se que 78,74% (n= 100) dos participantes tinha filhos biológicos, sendo que destes, 59% (n=59) tinham dois filhos, 35% (n=35) tinham um filho e 6% (n=6%) tinha três ou mais filhos.

**Gráfico 1** - Caraterização do número de filhos biológicos dos enfermeiros inquiridos.



Relativamente à amamentação dos filhos observa-se, pelo Gráfico 2, que esta ocorreu em 97 % (n=97) dos casos.

**Gráfico 2** – Caracterização da ocorrência de amamentação nos filhos biológicos.

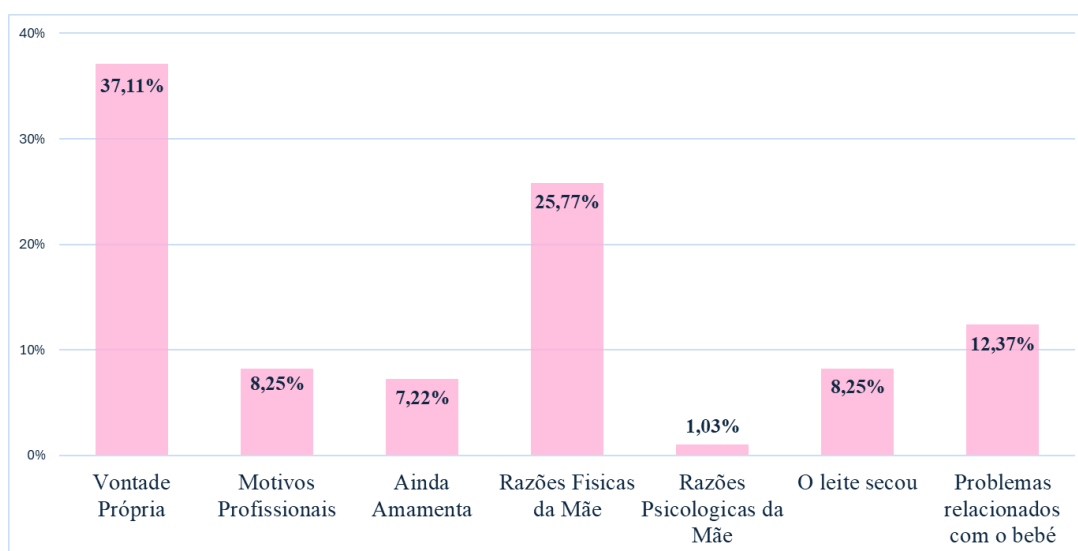


Das três situações, de não amamentação dos filhos biológicos, duas foram justificadas por motivos físicos maternos (n=2) e uma por motivos psicológicos (n=1).

Com base nas respostas dos inquiridos, verificou-se que o tempo médio de amamentação para o primeiro filho, em meses, foi de  $13,08 \pm 13,42$ . Para o segundo filho, a média foi de  $15,02 \pm 10,86$ , enquanto para o terceiro filho aumentou para  $27,33 \pm 7,66$ .

O Gráfico 3 apresenta os motivos indicados para o término da amamentação.

**Gráfico 3** - Caracterização dos motivos para o desmame do aleitamento materno para os filhos biológicos



O desmame por vontade própria foi o fator mais frequentemente apontado, representando 37,11% (n=36) das respostas. Em seguida, surgem as razões físicas da mãe, mencionadas por cerca de um quarto, 25,77% (n=25) dos inquiridos, e os problemas relacionados com o bebê, que justificaram o desmame em 12,37% (n=12) dos casos.

### **Caraterização das escalas: Escala de Conhecimentos dos Enfermeiros sobre Aleitamento Materno (ECEAM) e Escala de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno (EAAPSAM)**

Na Tabela 8 apresenta-se a caraterização da Escala de Conhecimentos dos Enfermeiros sobre Aleitamento Materno. Como supracitado, os Fatores e *score* global são construídas considerando a média obtida nos itens que compõe cada Fator para cada indivíduo. Assim sendo, o resultado em cada Fator poderá variar entre o mínimo de um (1) e máximo de cinco (5), onde resultados mais elevados se traduzem em melhores conhecimentos sobre amamentação.

**Tabela 8** - Caraterização dos fatores da ECEAM

<b>Fatores</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Min-Max</b>	<b><math>\bar{X} \pm s</math></b>	<b>CV %</b>
<b>Cuidados e condições maternas</b>	0,885	1,71-4,95	3,56±0,69	19,28
<b>Propriedade da amamentação</b>	0,833	2,85-4,85	4,27±0,45	10,52
<b>Procedimentos técnicos</b>	0,766	2,20-4,53	3,22±0,54	16,78
<b>Score global</b>	0,917	2,50-4,73	3,77±0,48	12,67

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão; Min-Max – Mínimo- Máximo; CV – Coeficiente de variação;

De acordo com os dados apresentados na Tabela 8 a análise da consistência interna da escala, avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, revelou valores que variam entre *aceitável* ( $\alpha = 0,766$ ) e *excelente* ( $\alpha = 0,917$ ), indicando uma adequada fiabilidade interna dos instrumentos utilizados (Maroco, 2007).

No que se refere ao desempenho global na escala, foi obtida uma média de 3,77±0,48, valor que indica um nível de conhecimentos globalmente bom por parte dos enfermeiros inquiridos, embora aquém do considerado muito bom, segundo a designação do autor.

O Fator “Propriedades da amamentação” obteve o resultado médio de 4,27±0,45, sendo o mais elevado, evidenciando um bom domínio dos conteúdos relacionados com os benefícios e fundamentos do aleitamento materno. Por outro lado, o Fator “Procedimentos técnicos” apresentou a média mais baixa 3,22±0,54 sugerindo a existência de lacunas no conhecimento técnico dos profissionais relativamente à prática da amamentação.

Quanto à variação das respostas por parte dos enfermeiros inquiridos observa-se que esta é baixa no score global e “Propriedades da Amamentação” e moderada nos fatores “Cuidados e Condições Maternas” e “Procedimentos Técnicos”.

A Tabela 9 apresenta a caracterização da Escala de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno.

**Tabela 9** - Caracterização das dimensões da EAAPSAM

<b>Categoria</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Min-Max</b>	<b><math>\bar{X} \pm s</math></b>	<b>CV %</b>
<b>Respostas cognitivas</b>	Crenças sobre aleitamento	0,782	2,29-5,00	4,34±0,62	14,21
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	0,801	3,00-5,00	4,69±0,46	9,72
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	0,869	1,78-5,00	4,26±0,68	16,01
	<i>Score global</i>	0,921	2,33-5,00	4,39±0,55	12,61
<b>Respostas afetivas</b>	Importância em relação à amamentação	0,779	2,20-5,00	4,07±0,79	19,39
	Atitudes face à decisão de não amamentar	0,808	1,40-5,00	3,93±0,83	21,01
	<i>Score global</i>	0,798	2,00-5,00	4,00±0,65	16,33
<b>Respostas comportamentais</b>	<i>Score global</i>	0,756	2,58-5,00	4,06±0,58	14,20
<b><i>Score global da EAAPSAM</i></b>		0,929	113,00-214,00	191,82±21,79	11,99

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão; Min-Max – Mínimo- Máximo; CV – Coeficiente de variação.

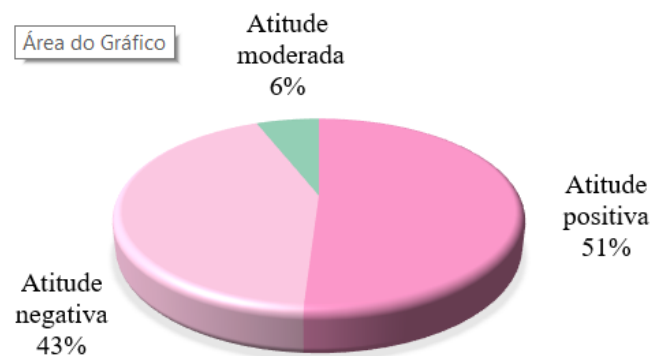
Pela análise da Tabela 9 observa-se que em termos de consistência interna, aferida através do alfa de Cronbach, esta varia entre o aceitável ( $\alpha = 0,756$ ) e *excelente* ( $\alpha = 0,929$ ) o que indica uma boa fiabilidade interna das dimensões avaliadas (Maroco, 2007).

No que respeita às “Respostas cognitivas”, os resultados evidenciam atitudes globalmente positivas. A média obtida para as “Crenças sobre o aleitamento materno” foi 4,34±0,62, para as “Crenças relativas aos benefícios da amamentação” foi 4,69±0,46, e para as “Crenças sobre os obstáculos à amamentação” de 4,26±0,68. Observou-se uma reduzida dispersão nas respostas dos participantes nestas dimensões, o que indica homogeneidade nas perceções cognitivas dos profissionais inquiridos.

Relativamente à categoria das “Respostas afetivas”, obteve-se uma média geral de  $4,00 \pm 0,65$ . A dimensão “Importância atribuída à amamentação” registou uma média de  $4,07 \pm 0,79$ , ligeiramente superior à média da dimensão “Atitudes face à decisão de não amamentar”, que foi de  $3,93 \pm 0,83$ . Nestes domínios, a variabilidade das respostas foi moderada, podendo sugerir diferentes níveis de envolvimento emocional com a temática. No domínio comportamental, a média obtida foi de  $4,06 \pm 0,58$ , indicando uma atitude positiva dos profissionais de saúde relacionados com a promoção do aleitamento materno. Globalmente, a escala apresentou uma média total de  $191,82 \pm 21,79$ .

No Gráfico 4 apresenta-se a caracterização da classificação das atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno utilizando o método de Queirós (2012).

**Gráfico 4** - Caracterização da classificação das atitudes utilizando o método de Queirós (2012)



Com base na EAAPSAM e segundo o método de Queirós (2012), foram definidos três grupos de corte para a classificação das atitudes: pontuações iguais ou superiores a 186 indicam atitudes positivas, valores entre 178 e 185 correspondem a atitudes moderadas, e pontuações iguais ou inferiores a 177 refletem atitudes negativas. À luz destes critérios, verificou-se que a maioria dos participantes (51,68%;  $n = 65$ ) apresentou uma atitude positiva em relação ao aleitamento materno. Uma pequena proporção dos inquiridos (6,30%;  $n = 8$ ) evidenciou uma atitude moderada, enquanto 42,52% ( $n = 54$ ) demonstraram uma atitude negativa. Estes resultados revelam uma divisão considerável nas perceções da população estudada, sublinhando a importância de desenvolver intervenções educativas e campanhas de promoção do aleitamento materno que visem, especialmente, modificar crenças e atitudes menos favoráveis, contribuindo para um maior alinhamento com as recomendações de saúde pública.

Na Tabela 10 apresentam-se os resultados das dimensões da ECEAM e da EAAPSAM relativos à idade.

**Tabela 10** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à idade

		Idade (anos)	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	H (p)
Fatores	Cuidados e condições maternas	< 40	3,62±0,67	3,62	0,974 (0,614)
		De 40 a 49	3,59±0,68	3,55	
		≥ 50	3,44±0,72	3,57	
	Propriedade da amamentação	< 40	4,20±0,51	4,30	1,453 (0,484)
		De 40 a 49	4,32±0,42	4,40	
		≥ 50	4,26±0,42	4,38	
	Procedimentos técnicos	< 40	3,32±0,57	3,33	3,173 (0,205)
		De 40 a 49	3,24±0,49	3,07	
		≥ 50	3,08±0,58	3,03	
<b>Score global ECEAM</b>		< 40	3,80±0,54	3,89	1,251 (0,535)
		De 40 a 49	3,80±0,43	3,80	
		≥ 50	3,69±0,48	3,65	
Dimensões	Crenças sobre aleitamento	< 40	4,36±0,68	4,43	0,261 (0,878)
		De 40 a 49	4,30±0,65	4,43	
		≥ 50	4,40±0,48	4,43	
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	< 40	4,66±0,48	5,00	0,215 (0,898)
		De 40 a 49	4,68±0,49	5,00	
		≥ 50	4,74±0,38	5,00	
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	< 40	4,10±0,72	4,22	5,264 (0,072)
		De 40 a 49	4,26±0,72	4,44	
		≥ 50	4,43±0,54	4,56	
	Respostas cognitivas	< 40	4,32±0,61	4,43	1,070 (0,586)
		De 40 a 49	4,37±0,59	4,55	
		≥ 50	4,49±0,41	4,57	
	Importância em relação à amamentação	< 40	3,99±0,81	4,20	0,638 (0,727)
		De 40 a 49	4,11±0,80	4,30	
		≥ 50	4,08±0,76	4,20	
	Atitudes face à decisão de não amamentar	< 40	3,94±0,72	3,80	0,146 (0,929)
		De 40 a 49	3,94±0,87	4,00	
		≥ 50	3,91±0,88	4,00	
Respostas afetivas	< 40	3,96±0,64	4,00	0,375 (0,829)	
	De 40 a 49	4,02±0,68	4,20		
	≥ 50	3,99±0,63	4,05		
Respostas comportamentais	< 40	3,99±0,60	4,00	1,247 (0,536)	
	De 40 a 49	4,05±0,62	4,13		
	≥ 50	4,16±0,49	4,25		
<b>Score global EAAPSAM</b>		< 40	179,27±23,05	180,00	0,730 (0,694)
		De 40 a 49	181,48±23,90	188,50	
		≥ 50	185,15±16,21	186,00	

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; H(p) – Estatística teste Kruskal-Wallis (nível de significância)

Tendo por base a análise da Tabela 10 é possível afirmar que no grupo de enfermeiros inquiridos os resultados médios e medianos foram idênticos entre as diferentes faixas etárias. De salientar que na escala EAAPSAM os enfermeiros mais novos apresentaram resultados médios e medianos mais baixos em todos os fatores, dimensões, categorias e *scores* globais, mas essas diferenças não apresentam significância estatística, pelo teste de Kruskal-Wallis

Na Tabela 11 apresentam-se os resultados das dimensões da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao género.

**Tabela 11** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao género

		Género	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)	
Fatores	Cuidados e condições maternas	Masculino	3,27±0,55	3,29	-1,854	
		Feminino	3,59±0,69	3,62	(0,064)	
	Propriedade da amamentação	Masculino	4,29±0,44	4,30	-0,175	
		Feminino	4,27±0,45	4,40	(0,861)	
	Procedimentos técnicos	Masculino	3,31±0,46	3,33	-0,765	
		Feminino	3,21±0,55	3,07	(0,444)	
<b>Score global ECEAM</b>		Masculino	3,68±0,36	3,68	-0,931	
		Feminino	3,78±0,49	3,81	(0,352)	
Dimensões	Crenças sobre aleitamento	Masculino	4,22±0,64	4,43	-0,949	
		Feminino	4,36±0,62	4,43	(0,343)	
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Masculino	4,82±0,41	5,00	-1,432	
		Feminino	4,68±0,46	5,00	(0,152)	
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Masculino	4,28±0,88	4,67	-0,762	
		Feminino	4,25±0,66	4,44	(0,446)	
	Respostas cognitivas	Masculino	4,39±0,63	4,57	-0,231	
		Feminino	4,39±0,55	4,52	(0,817)	
	Importância em relação à amamentação	Masculino	3,98±0,90	4,20	-0,284	
		Feminino	4,08±0,78	4,20	(0,776)	
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Masculino	3,11±1,06	3,00	-3,081	
		Feminino	4,02±0,74	4,00	<b>(0,002)</b>	
	Respostas afetivas	Masculino	3,55±0,88	3,60	-2,079	
		Feminino	4,05±0,61	4,10	<b>(0,038)</b>	
	Respostas comportamentais	Masculino	3,94±0,63	3,92	-0,673	
		Feminino	4,07±0,57	4,13	(0,501)	
	<b>Score global EAAPSAM</b>		Masculino	175,92±26,00	180,00	-0,823
			Feminino	182,49±21,29	188,00	(0,410)

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

Os resultados explanados na Tabela 11 são em termos médios e medianos próximos entre participantes do sexo feminino e masculino. Apenas na categoria “Respostas afetivas” 3,55±0,88 vs. 4,05±0,61 ( $p=0,038$ ) e na Dimensão “Atitudes face à decisão de não

amamentar”  $3,11 \pm 1,06$  vs.  $4,02 \pm 0,74$  ( $p=0,002$ ) os resultados apresentam diferenças que são estatisticamente significativas, evidenciado diferença entre os sexos, tendo as mulheres uma média mais elevada.

Na Tabela 12 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos ao estado civil.

Foram considerados os estados civis solteiro; casado/ união de facto, separado/ divorciado/ e viúvo. Dada a pequena dimensão dos dois últimos estados civis, optou-se por agrupar as duas categorias, assumindo as semelhanças entre si.

**Tabela 12** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao estado civil.

	Estado Civil	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	H (p)	
<b>Fatores</b>	Cuidados e condições maternas	Solteiro	3,60±0,66	3,48	2,015 (0,365)
		Casado/ União	3,58±0,66	3,62	
		Separado/ Viúvo	3,32±0,94	3,14	
	Propriedade da amamentação	Solteiro	4,09±0,40	4,00	11,752 <sup>a</sup> (0,003)
		Casado/ União	4,34±0,45	4,50	
		Separado/ Viúvo	4,07±0,41	4,00	
	Procedimentos técnicos	Solteiro	3,24±0,53	3,20	1,794 (0,408)
		Casado/ União	3,19±0,54	3,07	
		Separado/ Viúvo	3,41±0,61	3,60	
<b>Score global ECEAM</b>	Solteiro	3,73±0,43	3,59	3,468 (0,177)	
	Casado/ União	3,79±0,48	3,82		
	Separado/ Viúvo	3,66±0,57	3,43		
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre aleitamento	Solteiro	4,17±0,56	4,14	5,609 (0,061)
		Casado/ União	4,41±0,60	4,57	
		Separado/ Viúvo	4,14±0,77	4,43	
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Solteiro	4,60±0,41	4,80	4,141 (0,126)
		Casado/ União	4,73±0,44	5,00	
		Separado/ Viúvo	4,53±0,65	5,00	
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Solteiro	4,13±0,65	4,22	5,909 (0,052)
		Casado/ União	4,33±0,67	4,56	
		Separado/ Viúvo	3,94±0,79	4,00	
	Respostas cognitivas	Solteiro	4,25±0,52	4,38	6,600 <sup>a</sup> (0,037)
		Casado/ União	4,45±0,54	4,57	
		Separado/ Viúvo	4,15±0,68	4,43	
	Importância em relação à amamentação	Solteiro	3,83±0,88	4,00	5,312 (0,070)
		Casado/ União	4,17±0,72	4,20	
		Separado/ Viúvo	3,64±0,97	3,40	
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Solteiro	3,97±0,73	3,80	0,025 (0,987)
		Casado/ União	3,94±0,79	4,00	
		Separado/ Viúvo	3,78±1,26	4,20	
	Respostas afetivas	Solteiro	3,90±0,70	3,90	2,145 (0,342)
		Casado/ União	4,05±0,59	4,10	
		Separado/ Viúvo	3,71±0,96	3,70	
Respostas comportamentais	Solteiro	3,86±0,61	3,83	6,470 <sup>a</sup> (0,039)	
	Casado/ União	4,14±0,54	4,17		
	Separado/ Viúvo	3,80±0,70	3,83		
<b>Score global EAAPSAM</b>	Solteiro	175,30±22,84	178,00	5,697 (0,058)	
	Casado/ União	184,70±20,03	190,00		
	Separado/ Viúvo	171,09±29,03	171,00		

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; H(p) – Estatística teste Kruskal-Wallis (nível de significância);

<sup>a</sup> – diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros solteiros e casados/ união de facto;

Atendendo à Tabela 12 verificou-se que os resultados obtidos são em termos médios e medianos, próximos entre enfermeiros com diferentes estados civis. Apenas no Fator “Propriedades da amamentação” 4,34±0,45 vs. 4,07±0,41 ( $p=0,003$ ), e nas Categorias

“Respostas cognitivas”  $4,45 \pm 0,54$  vs.  $4,15 \pm 0,68$  ( $p=0,037$ ) e “Respostas comportamentais”  $4,14 \pm 0,54$  vs.  $3,80 \pm 0,70$  ( $p=0,039$ ), os resultados apresentam diferenças que são estatisticamente significativas, evidenciando diferenças entre os estados civis, com médias mais elevadas no grupo casado/união de facto, em comparação, com os outros grupos comparados.

Na Tabela 13 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos à formação académica.

Note-se que na categoria pós-licenciatura se agruparam os indivíduos com mestrado/ pós-graduação/ especialidade e doutoramento.

**Tabela 13** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos às habilitações literárias

		Formação	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)
<b>Fatores</b>	Cuidados e condições maternas	Licenciatura	3,69±0,56	3,62	-1,232
		Pós-Licenciatura	3,49±0,74	3,57	(0,218)
	Propriedade da amamentação	Licenciatura	4,35±0,37	4,48	-1,048
		Pós-Licenciatura	4,23±0,48	4,35	(0,295)
	Procedimentos técnicos	Licenciatura	3,15±0,53	3,00	-1,121
		Pós-Licenciatura	3,26±0,55	3,13	(0,262)
<b>Score global ECEAM</b>		Licenciatura	3,83±0,38	3,84	-0,829
		Pós-Licenciatura	3,74±0,52	3,73	(0,407)
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre aleitamento	Licenciatura	4,43±0,55	4,43	-0,996
		Pós-Licenciatura	4,30±0,65	4,43	(0,319)
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Licenciatura	4,72±0,43	5,00	-0,298
		Pós-Licenciatura	4,67±0,47	5,00	(0,766)
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Licenciatura	4,32±0,64	4,44	-0,773
		Pós-Licenciatura	4,22±0,71	4,44	(0,440)
	Respostas cognitivas	Licenciatura	4,45±0,51	4,52	-0,898
		Pós-Licenciatura	4,36±0,58	4,52	(0,369)
	Importância em relação à amamentação	Licenciatura	4,08±0,73	4,20	-0,097
		Pós-Licenciatura	4,06±0,82	4,20	(0,923)
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Licenciatura	3,93±0,78	4,00	-0,059
		Pós-Licenciatura	3,93±0,85	4,00	(0,953)
	Respostas afetivas	Licenciatura	4,00±0,63	4,10	-0,061
		Pós-Licenciatura	3,99±0,67	4,00	(0,951)
Respostas comportamentais	Licenciatura	4,05±0,57	4,00	-0,279	
	Pós-Licenciatura	4,06±0,59	4,17	(0,780)	
<b>Score global EAAPSAM</b>		Licenciatura	183,16±19,95	188,00	-0,167
		Pós-Licenciatura	181,11±22,80	187,00	(0,867)

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

É possível constatar-se através da análise da Tabela 13 que no grupo de enfermeiros inquiridos os resultados médios e medianos foram idênticos entre os que possuíam como habilitação literária a licenciatura e os que tinham formação superior a licenciatura (mestrado/ pós-graduação/ doutoramento). Importa referir que, de forma geral, os enfermeiros com formação ao nível da licenciatura apresentaram resultados ligeiramente superiores nas diferentes dimensões avaliadas. Contudo não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas, não permitindo, portanto, estabelecer uma associação robusta entre o grau académico e os conhecimentos ou atitudes face ao aleitamento materno.

Na tabela 14 são apresentados os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos à categoria profissional.

Na categoria especialista/ gestor agruparam-se os enfermeiros especialistas e os enfermeiros gestores.

**Tabela 14 - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à categoria profissional**

		<b>Categoria</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>U (p)</b>
<b>Fatores</b>	Cuidados e condições maternas	Enfermeiro	3,60±0,58	3,62	-0,348
		Especialista/Gestor	3,51±0,79	3,55	(0,728)
	Propriedade da amamentação	Enfermeiro	4,31±0,37	4,30	-0,242
		Especialista/Gestor	4,23±0,52	4,40	(0,809)
	Procedimentos técnicos	Enfermeiro	3,17±0,52	3,07	-1,110
		Especialista/Gestor	3,28±0,56	3,20	(0,267)
<b>Score global ECEAM</b>		Enfermeiro	3,79±0,40	3,77	-0,111
		Especialista/Gestor	3,76±0,56	3,77	(0,912)
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre aleitamento	Enfermeiro	4,36±0,56	4,43	-0,195
		Especialista/Gestor	4,33±0,68	4,43	(0,845)
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Enfermeiro	4,69±0,42	5,00	-0,652
		Especialista/Gestor	4,69±0,49	5,00	(0,514)
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Enfermeiro	4,27±0,59	4,33	-0,686
		Especialista/Gestor	4,25±0,77	4,56	(0,493)
	Respostas cognitivas	Enfermeiro	4,40±0,48	4,48	-0,595
		Especialista/Gestor	4,38±0,63	4,60	(0,552)
	Importância em relação à amamentação	Enfermeiro	4,02±0,70	4,20	-1,235
		Especialista/Gestor	4,12±0,88	4,50	(0,217)
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Enfermeiro	3,96±0,73	4,00	-0,012
		Especialista/Gestor	3,89±0,93	4,00	(0,990)
Respostas afetivas	Enfermeiro	3,99±0,58	4,00	-0,508	
	Especialista/Gestor	4,01±0,73	4,15	(0,612)	
Respostas comportamentais	Enfermeiro	4,01±0,56	4,00	-1,175	
	Especialista/Gestor	4,11±0,60	4,17	(0,240)	
<b>Score global EAAPSAM</b>		Enfermeiro	181,36±19,34	182,00	-0,906
		Especialista/Gestor	182,33±24,40	190,00	(0,365)

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

Atendendo aos resultados apresentados na Tabela 14 concluiu-se que no grupo de enfermeiros inquiridos os resultados médios e medianos foram idênticos entre as diferentes categorias profissionais. Não evidenciando diferenças estatisticamente significativas.

Na tabela 15 apresentam-se os resultados das dimensões da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao local de trabalho.

**Tabela 15** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao local de trabalho (Cuidados hospitalares (CH) ou Cuidados de Saúde Primários (CSP))

		Local trabalho	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)
Fatores	Cuidados e condições maternas	CH	3,51±0,60	3,45	-1,786
		CSP	3,62±0,79	3,71	(0,074)
	Propriedade da amamentação	CH	4,28±0,40	4,30	-0,231
		CSP	4,25±0,52	4,45	(0,817)
	Procedimentos técnicos	CH	3,22±0,52	3,13	-0,084
		CSP	3,23±0,58	3,07	(0,933)
<b>Score global ECEAM</b>		CH	3,75±0,40	3,67	-1,331
		CSP	3,80±0,58	3,86	(0,193)
Dimensões	Crenças sobre aleitamento	CH	4,25±0,58	4,29	-2,764
		CSP	4,48±0,65	4,71	<b>(0,006)</b>
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	CH	4,66±0,48	5,00	-0,840
		CSP	4,74±0,41	5,00	(0,401)
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	CH	4,21±0,63	4,33	-1,744
		CSP	4,32±0,75	4,56	(0,081)
	Respostas cognitivas	CH	4,33±0,52	4,43	-2,381
		CSP	4,48±0,60	4,62	<b>(0,017)</b>
	Importância em relação à amamentação	CH	3,87±0,78	3,80	-3,587
		CSP	4,36±0,70	4,40	<b>(0,000)</b>
	Atitudes face à decisão de não amamentar	CH	3,82±0,89	4,00	-1,473
		CSP	4,09±0,70	4,00	(0,141)
	Respostas afetivas	CH	3,84±0,64	3,80	-3,346
		CSP	4,23±0,61	4,30	<b>(0,001)</b>
Respostas comportamentais	CH	3,89±0,54	3,88	-4,318	
	CSP	4,32±0,53	4,50	<b>(0,000)</b>	
<b>Score global EAAPSAM</b>		CH	176,95±20,24	180,00	-3,798
		CSP	189,08±22,19	198,00	<b>(0,000)</b>

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

Escrutinando os dados apresentados na Tabela 15, verifica-se que, de um modo geral, os resultados obtidos são, em termos médios e medianos, semelhantes entre os enfermeiros que exercem funções em contextos hospitalares e aqueles que trabalham nos CSP. Contudo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas Categorias “Respostas cognitivas” (4,33±0,58 vs. 4,48±0,60;  $p=0,017$ ), “Respostas afetivas” (3,84±0,64 vs. 4,23±0,61;  $p=0,001$ ) e “Respostas comportamentais” (3,89±0,54 vs. 4,32±0,53;  $p<0,001$ ); nas Dimensão “Crenças sobre aleitamento” (4,25±0,58 vs. 4,48±0,65;  $p=0,006$ ), “Importância em relação à amamentação” (3,87±0,78 vs.

4,36±0,70;  $p<0,001$ ), bem como no *score* global EAAPSAM (176,95±20,24 vs. 189,08±22,19;  $p<0,001$ ). Estes resultados evidenciam diferenças significativas em função do local de exercício profissional, sendo as médias mais elevadas nos enfermeiros que atuam nos Cuidados de Saúde Primários, quando comparados com os que trabalham em Unidades Hospitalares.

Na Tabela 16 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos ao tempo de serviço.

**Tabela 16 - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao tempo de serviço**

		Tempo de serviço (anos)	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	H (p)
<b>Fatores</b>	Cuidados e condições maternas	< 15	3,61±0,64	3,62	1,385 (0,500)
		De 15 a 24	3,63±0,71	3,62	
		≥ 25	3,44±0,69	3,48	
	Propriedade da amamentação	< 15	4,24±0,50	4,30	0,013 (0,993)
		De 15 a 24	4,27±0,44	4,40	
		≥ 25	4,28±0,43	4,40	
	Procedimentos técnicos	< 15	3,38±0,52	3,40	4,392 (0,111)
		De 15 a 24	3,23±0,54	3,13	
		≥ 25	3,10±0,54	3,07	
<b>Score global ECEAM</b>	< 15	3,83±0,51	3,90	1,469 (0,480)	
	De 15 a 24	3,80±0,47	3,82		
	≥ 25	3,70±0,46	3,69		
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre aleitamento	< 15	4,28±0,64	4,43	0,943 (0,624)
		De 15 a 24	4,37±0,67	4,57	
		≥ 25	4,35±0,53	4,43	
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	< 15	4,71±0,43	5,00	0,604 (0,740)
		De 15 a 24	4,66±0,46	5,00	
		≥ 25	4,72±0,47	5,00	
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	< 15	4,01±0,74	4,17	6,762 <sup>a</sup> (0,034)
		De 15 a 24	4,29±0,67	4,44	
		≥ 25	4,39±0,62	4,56	
	Respostas cognitivas	< 15	4,27±0,58	4,40	2,594 (0,273)
		De 15 a 24	4,40±0,58	4,57	
		≥ 25	4,46±0,49	4,57	
	Importância em relação à amamentação	< 15	3,94±0,84	4,10	1,282 (0,527)
		De 15 a 24	4,14±0,79	4,20	
		≥ 25	4,06±0,76	4,30	
	Atitudes face à decisão de não amamentar	< 15	3,98±0,79	3,90	0,021 (0,990)
		De 15 a 24	3,91±0,86	4,00	
		≥ 25	3,92±0,83	4,00	
Respostas afetivas	< 15	3,96±0,71	4,10	0,249 (0,883)	
	De 15 a 24	4,02±0,67	4,10		
	≥ 25	3,99±0,60	4,00		
Respostas comportamentais	< 15	3,93±0,58	3,88	2,339 (0,310)	
	De 15 a 24	4,07±0,64	4,17		
	≥ 25	4,14±0,48	4,17		
<b>Score global EAAPSAM</b>	< 15	177,27±22,95	179,50	1,688 (0,430)	
	De 15 a 24	182,49±23,87	192,00		
	≥ 25	184,11±18,08	188,00		

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – mediana; H(p) – Estatística teste Kruskal-Wallis (nível de significância);

<sup>a</sup> – diferenças significativas entre o grupo com experiência inferior a 15 anos e o grupo com pelo menos 25 anos de experiência;

Atendendo à Tabela 16 verifica-se que os resultados obtidos são em termos médios e medianos próximos entre enfermeiros de distintos tempos de serviço. Apenas na Dimensão “Crenças sobre os obstáculos da amamentação”  $4,01 \pm 0,74$ ,  $4,29 \pm 0,67$  vs.  $4,39 \pm 0,62$  ( $p=0,034$ ) se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Concluiu-se pelo método das comparações múltiplas com correção de Bonferroni que as diferenças eram estatisticamente significativas entre os enfermeiros com experiência inferior a 15 anos e os enfermeiros com pelo menos 25 anos de experiência de trabalho.

Na Tabela 17 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e da das dimensões da EAAPSAM relativos ao tempo de serviço com grávidas

**Tabela 17** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao tempo de serviço com grávidas e /ou puérperas

	<b>Tempo de serviço a grávidas (anos)</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>H (p)</b>
<b>Cuidados e condições maternas</b>	S/ experiência	3,46±0,56	3,38	7,153 <sup>b</sup> (0,023)
	< 15	3,61±0,77	3,67	
	≥15	3,73±0,82	3,81	
<b>Propriedade da amamentação</b>	S/ experiência	4,27±0,38	4,30	0,895 (0,639)
	< 15	4,23±0,54	4,40	
	≥15	4,32±0,48	4,50	
<b>Procedimentos técnicos</b>	S/ experiência	3,17±0,50	3,07	2,049 (0,359)
	< 15	3,21±0,60	3,00	
	≥15	3,36±0,56	3,20	
<b>Score global ECEAM</b>	S/ experiência	3,72±0,37	3,64	5,787 (0,055)
	< 15	3,77±0,55	3,86	
	≥15	3,90±0,60	3,93	
<b>Crenças sobre aleitamento</b>	S/ experiência	4,25±0,57	4,29	8,789 <sup>b</sup> (0,012)
	< 15	4,35±0,68	4,57	
	≥15	4,58±0,60	4,86	
<b>Crenças acerca dos benefícios da amamentação</b>	S/ experiência	4,67±0,43	5,00	1,136 (0,567)
	< 15	4,66±0,57	5,00	
	≥15	4,79±0,35	5,00	
<b>Crenças sobre os obstáculos da amamentação</b>	S/ experiência	4,20±0,60	4,22	5,650 (0,059)
	< 15	4,23±0,81	4,56	
	≥15	4,44±0,67	4,56	
<b>Respostas cognitivas</b>	S/ experiência	4,33±0,49	4,43	8,081 <sup>b</sup> (0,018)
	< 15	4,37±0,66	4,52	
	≥15	4,57±0,53	4,71	
<b>Importância em relação à amamentação</b>	S/ experiência	3,78±0,76	3,80	21,680 <sup>a</sup> (0,000)
	< 15	4,24±0,80	4,40	
	≥15	4,53±0,55	4,60	
<b>Atitudes face à decisão de não amamentar</b>	S/ experiência	3,80±0,88	3,80	4,344 (0,114)
	< 15	3,95±0,84	4,00	
	≥15	4,21±0,58	4,20	
<b>Respostas afetivas</b>	S/ experiência	3,79±0,66	3,80	16,559 <sup>a</sup> (0,000)
	< 15	4,09±0,64	4,10	
	≥15	4,37±0,44	4,40	
<b>Respostas comportamentais</b>	S/ experiência	3,81±0,50	3,83	31,048 <sup>a</sup> (0,000)
	< 15	4,21±0,59	4,33	
	≥15	4,47±0,43	4,58	
<b>Score global EAAPSAM</b>	S/ experiência	175,35±19,35	174,00	21,507 <sup>a</sup> (0,000)
	< 15	184,20±23,94	192,00	
	≥15	194,30±18,89	199,00	

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; H(p) – Estatística teste Kruskal-Wallis (nível de significância);

<sup>a</sup> – diferenças significativas entre o grupo sem experiência e os outros grupos; <sup>b</sup> – diferenças significativas entre o grupo sem experiência e o grupo com pelo menos 15 anos de experiência;

Com base nos dados apresentados na Tabela 17, observa-se que, de forma geral, os resultados médios e medianos foram mais elevados no grupo de enfermeiros com maior tempo de experiência no cuidado de mulheres grávidas e/ou puérperas e mais baixos no grupo de enfermeiros que referiram não possuir tal experiência. A aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos seguintes domínios Fator "Cuidados e condições maternas":  $3,46 \pm 0,56$ ;  $3,61 \pm 0,77$ ;  $3,73 \pm 0,82$  ( $p=0,023$ ); Categoria "Respostas cognitivas":  $4,33 \pm 0,49$ ;  $4,37 \pm 0,66$ ;  $4,57 \pm 0,53$  ( $p=0,018$ ); Categoria "Respostas afetivas":  $3,79 \pm 0,66$ ;  $4,09 \pm 0,64$ ;  $4,37 \pm 0,44$  ( $p<0,001$ ); Categoria "Respostas comportamentais":  $3,81 \pm 0,50$ ;  $4,21 \pm 0,59$ ;  $4,47 \pm 0,43$  ( $p<0,001$ ); Dimensão "Crenças sobre aleitamento":  $4,25 \pm 0,57$ ;  $4,35 \pm 0,68$ ;  $4,58 \pm 0,60$  ( $p=0,012$ ); Dimensão "Importância atribuída à amamentação":  $3,78 \pm 0,76$ ;  $4,24 \pm 0,80$ ;  $4,53 \pm 0,55$  ( $p<0,001$ ) e *Score* global EAAPSAM:  $175,35 \pm 19,35$ ;  $184,20 \pm 23,94$ ;  $194,30 \pm 18,89$  ( $p<0,001$ ).

Estes resultados indicam que, em pelo menos um dos grupos, existiam diferenças estatisticamente significativas. As comparações múltiplas com correção de Bonferroni permitiram concluir que essas diferenças eram estatisticamente significativas entre os enfermeiros sem experiência e ambos os grupos com experiência na Dimensão "Importância atribuída à amamentação", nas Categorias "Respostas afetivas" e "Respostas comportamentais" e no *score* global EAAPSAM. Adicionalmente, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros sem experiência e aqueles com pelo menos 15 anos de experiência na Dimensão "Cuidados e condições maternas", bem como na Dimensões "Crenças sobre aleitamento" e na Categoria "Respostas cognitivas".

Na Tabela 18 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos à formação em aleitamento.

**Tabela 18** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à formação em aleitamento materno

		Formação em aleitamento	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)
Fatores	Cuidados e condições maternas	Sim	4,00±0,50	3,86	-4,815
		Não	3,38±0,67	3,38	<b>(0,000)</b>
	Propriedade da amamentação	Sim	4,46±0,28	4,50	-2,772
		Não	4,19±0,48	4,30	<b>(0,006)</b>
	Procedimentos técnicos	Sim	3,46±0,60	3,47	-3,102
		Não	3,13±0,48	3,00	<b>(0,002)</b>
<b>Score global ECEAM</b>		Sim	4,08±0,40	4,04	-4,374
		Não	3,65±0,45	3,64	<b>(0,000)</b>
Dimensões	Crenças sobre aleitamento	Sim	4,65±0,39	4,79	-3,637
		Não	4,22±0,65	4,43	<b>(0,000)</b>
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Sim	4,81±0,32	5,00	-1,574
		Não	4,64±0,49	5,00	<b>(0,115)</b>
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Sim	4,52±0,35	4,56	-2,447
		Não	4,15±0,75	4,33	<b>(0,014)</b>
	Respostas cognitivas	Sim	4,63±0,30	4,76	-2,972
		Não	4,29±0,60	4,43	<b>(0,003)</b>
	Importância em relação à amamentação	Sim	4,62±0,45	4,80	-5,143
		Não	3,85±0,79	3,80	<b>(0,000)</b>
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Sim	4,32±0,63	4,60	-3,344
		Não	3,77±0,84	3,80	<b>(0,001)</b>
	Respostas afetivas	Sim	4,47±0,43	4,50	-5,295
		Não	3,81±0,63	3,80	<b>(0,000)</b>
Respostas comportamentais	Sim	4,42±0,40	4,50	-4,309	
	Não	3,92±0,58	3,92	<b>(0,000)</b>	
<b>Score global EAAPSAM</b>		Sim	195,78±12,84	198,50	-4,808
		Não	176,30±22,18	180,00	<b>(0,000)</b>

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

Tendo por base a Tabela 18 observa-se que no grupo de enfermeiros em estudo os que apresentaram resultados mais elevados, em termos médios e medianos, foram os que obtiveram formação em aleitamento. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças são estatisticamente significativas nos Fatores “Cuidados e condições maternas” ( $p < 0,001$ ), “Propriedades da amamentação” ( $p = 0,006$ ) e “Procedimentos técnicos” ( $p = 0,002$ ); nas Dimensões “Crenças sobre o aleitamento materno” ( $p < 0,001$ ), “Crenças sobre os obstáculos da amamentação” ( $p = 0,014$ ), “Importância em relação à amamentação” ( $p < 0,001$ ) e “Atitudes face à decisão de não

amamentar” ( $p=0,001$ ); nas Categorias “Respostas cognitivas” ( $p=0,003$ ), “Respostas afetivas” ( $p<0,001$ ) e “Respostas comportamentais” ( $p<0,001$ ) e nos *Scores* globais da ECEAM ( $p<0,001$ ) e da EAAPSAM ( $p<0,001$ ).

Na Tabela 19 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos à realização de ações de formação na área nos últimos anos.

**Tabela 19** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à frequência em ações de formação nos últimos dois anos

	Ações de formação	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)	
<b>Fatores</b>	Cuidados e condições maternas	Não	3,42±0,65	3,43	-4,846
		Sim	4,16±0,49	4,36	<b>(0,000)</b>
	Propriedade da amamentação	Não	4,21±0,46	4,30	-3,086
		Sim	4,51±0,28	4,60	<b>(0,002)</b>
	Procedimentos técnicos	Não	3,11±0,47	3,00	-4,545
		Sim	3,71±0,57	3,80	<b>(0,000)</b>
<b>Score global ECEAM</b>	Não	3,67±0,44	3,66	-5,051	
	Sim	4,23±0,38	4,31	<b>(0,000)</b>	
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre aleitamento	Não	4,27±0,63	4,43	-2,963
		Sim	4,65±0,47	5,00	<b>(0,003)</b>
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Não	4,64±0,48	4,80	-3,097
		Sim	4,92±0,26	5,00	<b>(0,002)</b>
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Não	4,20±0,72	4,33	-1,653
		Sim	4,49±0,40	4,56	(0,098)
	Respostas cognitivas	Não	4,33±0,58	4,48	-2,553
		Sim	4,64±0,31	4,76	<b>(0,011)</b>
	Importância em relação à amamentação	Não	3,92±0,77	4,00	-4,483
		Sim	4,68±0,51	5,00	<b>(0,000)</b>
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Não	3,83±0,82	3,80	-4,483
		Sim	4,34±0,75	4,60	<b>(0,001)</b>
	Respostas afetivas	Não	3,88±0,62	4,00	-4,529
		Sim	4,51±0,55	4,65	<b>(0,000)</b>
Respostas comportamentais	Não	3,95±0,56	3,92	-4,529	
	Sim	4,52±0,42	4,58	<b>(0,000)</b>	
<b>Score global EAAPSAM</b>	Não	178,15±21,46	182,00	-4,355	
	Sim	197,58±15,46	201,00	<b>(0,000)</b>	

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

É possível constatar através da análise da Tabela 19 que, entre os enfermeiros inquiridos, aqueles que frequentaram ações de formação em aleitamento materno nos últimos dois

anos obtiveram, em termos médios e medianos, resultados mais elevados nos diferentes Fatores, Categorias, Dimensões e *Scores* avaliadas. Através da aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney, verificou-se que essas diferenças são estatisticamente significativas em todos eles com exceção da dimensão “Crenças sobre os obstáculos da amamentação” (  $4,20 \pm 0,72$  vs.  $4,49 \pm 0,40$ ;  $p=0,098$  ), nomeadamente Fatores “Cuidados e condições maternas” ( $p<0,001$ ), “Propriedades da amamentação” ( $p=0,002$ ) e “Procedimentos técnicos” ( $p<0,001$ ); nas Categorias “Respostas cognitivas” ( $p=0,011$ ), “Respostas afetivas” ( $p<0,001$ ) e “Respostas comportamentais” ( $p<0,001$ ); nas Dimensões “Crenças sobre o aleitamento materno” ( $p<0,001$ ), “Crenças sobre os benefícios da amamentação” ( $p<0,002$ ), “Importância em relação à amamentação” ( $p<0,001$ ) e “Atitudes face à decisão de não amamentar” ( $p=0,001$ ) e nos *Scores* globais da ECEAM ( $p<0,001$ ) e da EAAPSAM ( $p<0,001$ ).

Na Tabela 20 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos ao facto de ser ou não Conselheiro(a) de Aleitamento Materno (CAM) e/ou IBCLC.

**Tabela 20** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao facto de ser CAM e/ou IBCLC.

		CAM/IBCLC	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)
<b>Fatores</b>	Cuidados e condições maternas	Sim	4,28±0,47	4,43	-4,890
		Não	3,44±0,64	3,48	<b>(0,000)</b>
	Propriedade da amamentação	Sim	4,50±0,27	4,55	-2,298
		Não	4,23±0,46	4,30	<b>(0,022)</b>
	Procedimentos técnicos	Sim	3,74±0,58	3,83	-4,070
		Não	3,13±0,48	3,07	<b>(0,000)</b>
<b>Score global ECEAM</b>		Sim	4,28±0,38	4,38	-4,632
		Não	3,69±0,44	3,70	<b>(0,000)</b>
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre aleitamento	Sim	4,73±0,43	5,00	-3,242
		Não	4,28±0,62	4,43	<b>(0,000)</b>
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Sim	4,86±0,31	5,00	-1,700
		Não	4,66±0,47	5,00	<b>(0,089)</b>
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Sim	4,53±0,37	4,56	-1,769
		Não	4,21±0,71	4,33	<b>(0,077)</b>
	Respostas cognitivas	Sim	4,67±0,30	4,81	-2,630
		Não	4,34±0,57	4,48	<b>(0,000)</b>
	Importância em relação à amamentação	Sim	4,72±0,54	5,00	-4,266
		Não	3,96±0,77	4,20	<b>(0,019)</b>
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Sim	4,34±0,75	4,80	-2,352
		Não	3,86±0,82	4,00	<b>(0,000)</b>
	Respostas afetivas	Sim	4,53±0,53	4,70	-3,880
		Não	3,91±0,63	4,00	<b>(0,000)</b>
Respostas comportamentais	Sim	4,60±0,36	4,67	-4,353	
	Não	3,97±0,56	4,00	<b>(0,000)</b>	
<b>Score global EAAPSAM</b>		Sim	199,22±14,20	202,00	-4,176
		Não	178,94±21,53	182,00	<b>(0,000)</b>

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

Através da análise da Tabela 20 observa-se que o grupo de enfermeiros em estudo que apresentaram resultados mais elevados relativos aos conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno, em termos médios e medianos, foram os que afirmaram ter formação em CAM e/ou IBCLC. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças são estatisticamente significativas nos Fatores “Cuidados e condições maternas” ( $p < 0,001$ ), “Propriedades da amamentação” ( $p = 0,022$ ) e “Procedimentos técnicos” ( $p < 0,001$ ); nas Categorias “Respostas cognitivas” ( $p < 0,001$ ), “Respostas afetivas” ( $p < 0,001$ ) e “Respostas comportamentais” ( $p < 0,001$ ); nas

Dimensões “Crenças sobre o aleitamento materno” ( $p<0,001$ ), “Importância em relação à amamentação” ( $p=0,019$ ) e “Atitudes face à decisão de não amamentar” ( $p<0,001$ ) e Scores globais da ECEAM ( $p<0,001$ ) e da EAAPSAM ( $p<0,001$ ).

Na Tabela 21 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos à perceção dos enfermeiros quanto à sua formação para apoiar mulheres no processo de amamentação.

**Tabela 21** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos à perceção dos enfermeiros quanto à sua formação para apoiar mulheres no processo de amamentação.

		<b>Opinião sobre Formação em AM</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)
<b>Fatores</b>	Cuidados e condições maternas	Sim	3,87±0,56	3,81	-4,503
		Não	3,33±0,69	3,36	<b>(0,000)</b>
	Propriedade da amamentação	Sim	4,44±0,34	4,50	-3,598
		Não	4,14±0,48	4,18	<b>(0,000)</b>
	Procedimentos técnicos	Sim	3,34±0,58	3,20	-1,988
		Não	3,13±0,49	3,07	<b>(0,047)</b>
<b>Score global ECEAM</b>		Sim	3,99±0,41	3,91	-4,460
		Não	3,61±0,46	3,60	<b>(0,000)</b>
<b>Dimensões</b>	Crenças sobre aleitamento	Sim	4,55±0,53	4,71	-3,311
		Não	4,20±0,64	4,29	<b>(0,001)</b>
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Sim	4,82±0,35	5,00	-2,488
		Não	4,60±0,50	4,80	<b>(0,013)</b>
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Sim	4,51±0,50	4,56	-3,667
		Não	4,08±0,74	4,17	<b>(0,000)</b>
	Respostas cognitivas	Sim	4,60±0,42	4,71	-3,610
		Não	4,24±0,59	4,26	<b>(0,000)</b>
	Importância em relação à amamentação	Sim	4,54±0,51	4,60	-5,779
		Não	3,73±0,78	3,60	<b>(0,000)</b>
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Sim	4,18±0,65	4,20	-2,646
		Não	3,75±0,89	3,80	<b>(0,008)</b>
	Respostas afetivas	Sim	4,36±0,47	4,40	-5,381
		Não	3,74±0,64	3,70	<b>(0,000)</b>
Respostas comportamentais	Sim	4,36±0,48	4,50	-5,088	
	Não	3,85±0,55	3,79	<b>(0,000)</b>	
<b>Score global EAAPSAM</b>		Sim	193,23±16,51	198,00	-5,372
		Não	173,65±21,53	173,00	<b>(0,000)</b>

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

Com base na tabela anterior observa-se que no grupo de enfermeiros em estudo os que apresentaram resultados mais elevados, em termos médios e medianos, foram os que

assumiram ter formação para apoiar as mulheres no processo de aleitamento. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças são estatisticamente significativas em todos os Fatores “Cuidados e condições maternas” ( $p < 0,001$ , “Propriedades da amamentação” ( $p < 0,001$ ) e “Procedimentos técnicos” ( $p = 0,047$ ); Categorias “Respostas cognitivas” ( $p < 0,001$ ), “Respostas afetivas” ( $p < 0,001$ ) e “Respostas comportamentais” ( $p < 0,001$ ); nas Dimensões “Crenças sobre o aleitamento materno” ( $p = 0,001$ ), “Crenças acerca dos benefícios da amamentação” ( $p = 0,013$ ), “Crenças sobre os obstáculos da amamentação” ( $p < 0,001$ ), “Importância em relação à amamentação” ( $p < 0,001$ ) e “Atitudes face à decisão de não amamentar” ( $p = 0,008$ ) e *Scores* globais da ECEAM ( $p < 0,001$ ) e da EAAPSAM ( $p < 0,001$ ).

Na Tabela 22 apresentam-se os resultados dos fatores da ECEAM e das dimensões da EAAPSAM relativos à existência de filhos biológicos.

**Tabela 22** - Resultados da ECEAM e da EAAPSAM relativos ao facto de o inquirido ter filhos biológicos

		Filhos biológicos	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	U (p)
Fatores	Cuidados e condições maternas	Sim	3,67±0,64	3,62	-3,511
		Não	3,14±0,71	3,19	(0,000)
	Propriedade da amamentação	Sim	4,36±0,42	4,50	-4,974
		Não	3,91±0,39	3,95	(0,000)
	Procedimentos técnicos	Sim	3,25±0,55	3,13	-1,065
		Não	3,10±0,51	3,07	(0,287)
<b>Score global ECEAM</b>		Sim	3,86±0,46	3,87	-4,005
		Não	3,46±0,40	3,54	(0,000)
Dimensões	Crenças sobre aleitamento	Sim	4,40±0,61	4,57	-2,267
		Não	4,14±0,61	4,14	(0,023)
	Crenças acerca dos benefícios da amamentação	Sim	4,70±0,47	5,00	-0,699
		Não	4,67±0,40	4,80	(0,485)
	Crenças sobre os obstáculos da amamentação	Sim	4,29±0,69	4,44	-1,422
		Não	4,14±0,66	4,22	(0,155)
	Respostas cognitivas	Sim	4,42±0,56	4,57	-1,817
		Não	4,27±0,54	4,38	(0,069)
	Importância em relação à amamentação	Sim	4,16±0,74	4,20	-2,495
		Não	3,71±0,87	3,60	(0,013)
	Atitudes face à decisão de não amamentar	Sim	3,95±0,79	4,00	-0,338
		Não	3,84±0,96	3,80	(0,736)
	Respostas afetivas	Sim	4,06±0,60	4,10	-1,664
		Não	3,78±0,79	3,80	(0,096)
Respostas comportamentais	Sim	4,11±0,56	4,17	-1,737	
	Não	3,88±0,62	3,92	(0,082)	
<b>Score global EAAPSAM</b>		Sim	183,72±24,33	189,50	-1,874
		Não	174,78±21,79	178,00	(0,061)

$\bar{X}$  – Média;  $s$  – Desvio padrão;  $\tilde{X}$  – Mediana; U(p) – Estatística teste Mann-Whitney (nível de significância)

De acordo com os dados apresentados na tabela anterior, observa-se que, no grupo de enfermeiros em análise, aqueles que relataram ter filhos biológicos obtiveram os melhores resultados, tanto em termos médios quanto medianos. Através da aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney, foi possível concluir que as diferenças observadas são estatisticamente significativas nos Fatores “Cuidados e condições maternas” 3,67±0,64 vs. 3,14±0,71 ( $p < 0,001$ ) e “Propriedades da amamentação” 4,36±0,42 vs. 3,91±0,39 ( $p < 0,001$ ); nas Dimensões “Crenças sobre o aleitamento materno” 4,40±0,61 vs.

4,14±0,61 ( $p=0,023$ ), e “Importância em relação à amamentação” 4,16±0,74 vs. 3,71±0,87 ( $p<0,001$ ) e no *Score* global da ECEAM 3,86±0,46 vs. 3,46±0,40 ( $p<0,001$ ), evidenciado diferença entre os enfermeiros com e sem filhos biológicos, tendo uma média mais elevada os que tem filhos biológicos.

## **4.8. Discussão dos resultados**

Posteriormente à apresentação dos resultados, emerge a necessidade de se proceder à discussão de forma crítica e fundamentada, procurando estabelecer relações com a evidência científica disponível, com o objetivo de compreender o seu significado no contexto da prática de enfermagem em saúde materna e obstétrica, relativamente aos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno.

### **4.8.1. Características sociodemográficas da amostra**

O estudo contou com 127 enfermeiros, maioritariamente mulheres (89,76%) com média etária de  $44,52 \pm 8,39$  anos, predominantemente entre os 40-49 anos (44,10%). Estes dados refletem a elevada feminização da enfermagem em Portugal, em linha com o Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas (2023) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2022), que apontam para mais de 85% de mulheres na profissão. O envelhecimento da força de trabalho, associado à escassez de novos profissionais (Silva et al., 2020), é parcialmente atenuado pela presença de 29,13% com menos de 40 anos.

Quanto ao estado civil, 73,23% são casados ou vivem em união de facto, fator associado à redução do stress laboral (AlAzzam et al., 2017). Em termos de qualificação, 63,78% possuem formação pós-graduada, o que indica uma aposta na especialização e melhoria dos cuidados (Lopes et al., 2018). Contudo, apenas 1,57% têm doutoramento, sinalizando a necessidade de mais incentivos à investigação e prática baseada na evidência (Maia et al., 2022).

Estes resultados evidenciam a urgência de implementação de políticas que promovam a formação contínua, melhores condições de trabalho e remunerações atrativas, de forma a garantir a retenção e sustentabilidade da força de trabalho em enfermagem.

### **4.8.2. Variáveis profissionais**

A maioria dos participantes são enfermeiros generalistas (52,76%), seguidos de especialistas (44,09%) e gestores (3,15%), o que reflete a escassez de profissionais em cargos de gestão e os entraves à progressão na carreira (Wei et al., 2022; Gaffney, 2022). Quanto ao local de trabalho, 59,84% atuam em instituições hospitalares e 40,16% nos

Cuidados de Saúde Primários (CSP), o que se justifica pela procura por cuidados especializados e pela organização dos sistemas de saúde (Lopes et al., 2018). No entanto, os CSP vêm ganhando destaque nas políticas públicas, com foco na prevenção e educação materno-infantil (International Council of Nurses, 2024).

Os cuidados de saúde primários desempenham um papel fundamental na ESMO, especialmente com as recentes mudanças que promovem a autonomia dos enfermeiros especialistas e a criação de modelos de cuidado mais centrados na mulher. Essas iniciativas visam melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados, garantindo uma experiência positiva para as grávidas e para as suas famílias. (DGS, 2023).

A média de 20,74 anos de exercício profissional evidencia o envelhecimento da classe, com implicações na carga laboral e na sustentabilidade dos recursos humanos (Fernandes et al., 2016).

Destaca-se que 51,18% não têm experiência com grávidas, o que pode decorrer da falta de oportunidades formativas ou interesse pela área. Além disso, 71,65% nunca tiveram formação em aleitamento materno e 81,10% não participaram em formações recentes. Apenas 14,17% são conselheiros ou certificados IBCLC, e 58,27% não se sentem preparados para aconselhar mães, revelando lacunas formativas críticas (Bernaix et al., 2010; Maastrup et al., 2021).

#### **4.8.3. Variáveis obstétricas**

A análise das variáveis obstétricas indicou que 78,74% dos enfermeiros têm filhos biológicos, sendo 59% progenitores de dois filhos, o que pode influenciar positivamente os seus conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno. Entre estes, 97% relataram ter amamentado, valor superior ao de estudos populacionais, possivelmente relacionado à sua formação e acesso a informação baseada em evidências (Victora et al., 2016; Rollins et al., 2016).

Os principais motivos para a cessação do aleitamento foram decisão pessoal (37,11%), problemas físicos maternos (25,77%) e dificuldades do lactente (12,37%), consistentes com a literatura que aponta mastite, hipogalactia e problemas de sucção como causas frequentes (Machado Schardosim & Rauber Cechim, 2013). Observou-se ainda correlação positiva entre número de filhos e duração do aleitamento, sugerindo que a

experiência fortalece a autoconfiança e a capacidade de superar desafios, refletindo-se na prática clínica (Sriraman & Kellams, 2016).

Estudos indicam que profissionais com experiência pessoal em amamentação adotam abordagens mais empáticas e seguras, favorecendo o apoio às mães e a adesão à prática (Chesnel et al., 2022). Assim, a vivência pessoal emerge como recurso valioso que complementa a formação técnica, reforçando a importância de programas educativos com metodologias ativas e experiências práticas supervisionadas para melhorar o aconselhamento profissional.

#### **4.8.4. Caracterização das escalas: ECEAM e EAAPSAM**

A análise dos dados da Escala de Conhecimentos sobre Aleitamento Materno (ECEAM) revelou um bom nível global de conhecimento entre os enfermeiros, com média de  $3,77 \pm 0,48$ . Destaca-se a Dimensão “Propriedades do aleitamento materno” ( $4,27 \pm 0,45$ ), refletindo sólido entendimento dos benefícios da amamentação, alinhado com a literatura (Victora et al., 2016). Contudo, a Dimensão “Procedimentos técnicos” apresentou a pontuação mais baixa ( $3,22 \pm 0,54$ ), evidenciando fragilidades na prática, nomeadamente na resolução de problemas comuns como técnica de pega, ingurgitamento e mastite, corroborando estudos que apontam lacunas entre conhecimento teórico e competências práticas (Silva, Sousa, Oliveira, & Pereira, 2025).

A fiabilidade das escalas, avaliada pelo alfa de Cronbach ( $0,766$  a  $0,917$ ), confirma a robustez psicométrica do instrumento (Maroco, 2007), garantindo a validade dos dados. Quanto às atitudes, a EAAPSAM indicou uma postura globalmente positiva ( $191,82 \pm 21,79$ ), com maior concordância na Dimensão “Crenças acerca dos benefícios da amamentação” ( $4,69 \pm 0,46$ ), evidenciando reconhecimento dos benefícios imunológicos, nutricionais e emocionais da amamentação (Rollins et al., 2016).

Por outro lado, a menor média observada em “Atitudes perante a decisão de não amamentar” ( $3,93 \pm 0,83$ ) sugere uma postura mais permissiva ou menos interventiva face à escolha materna, o que pode influenciar negativamente a promoção do aleitamento exclusivo, pois o apoio ativo dos profissionais é crucial para o sucesso da amamentação (Rollins et al., 2016). As categorias cognitivas, afetivas e comportamentais indicam

atitudes positivas alinhadas às recomendações da OMS, embora persistam percepções de barreiras relevantes, como dúvidas sobre produção de leite, dificuldades de conciliação laboral e falta de apoio institucional (Victora et al., 2016), fatores que comprometem a manutenção do aleitamento materno.

### **Classificação dos conhecimentos e das atitudes em comparação com as variáveis sociodemográficas**

A análise das atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno revelou que a maioria (51,7%) apresenta uma postura positiva, embora 42,5% mantenham atitudes negativas e 6,3% moderadas. Estes dados alinham-se com estudos anteriores que destacam que, apesar do apoio geral dos profissionais, persistem barreiras que podem comprometer a promoção eficaz do aleitamento materno (Marks e O'Connor, 2015). Atitudes negativas ou moderadas podem prejudicar a qualidade do aconselhamento e impactar negativamente as taxas de aleitamento materno exclusivo (Yang et al., 2018).

A análise dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno permitiu identificar tendências relevantes em função de diferentes variáveis sociodemográficas, profissionais e formativas. No geral, os resultados demonstram uma valorização do aleitamento materno entre os profissionais, embora com variações significativas em determinados grupos, apontando para fatores que podem potenciar ou limitar a qualidade do apoio prestado.

No que diz respeito à **idade**, observou-se uma relativa homogeneidade nas pontuações das escalas ECEAM e EAAPSAM. Contudo, enfermeiros com menos de 40 anos apresentaram valores ligeiramente inferiores, sugerindo que, apesar da formação académica recente, ainda não adquiriram a experiência clínica suficiente para aconselhamento seguro e eficaz. Por outro lado, enfermeiros com mais de 50 anos destacaram-se pela consolidação de crenças positivas, refletindo o impacto da prática continuada e do contacto repetido com contextos de amamentação (Rollins et al., 2016). Este fenómeno confirma que a experiência, mais do que a formação recente, contribui para atitudes mais seguras e pró-ativas (Bernaix et al., 2010).

Relativamente ao **género**, embora as diferenças globais não tenham sido estatisticamente significativas, as enfermeiras demonstraram atitudes mais favoráveis na dimensão “Atitudes perante a decisão de não amamentar” ( $p=0,002$ ) e nas “Respostas afetivas” ( $p=0,038$ ). Este resultado sugere uma maior empatia e envolvimento emocional das

mulheres com o processo de amamentação, possivelmente influenciado por experiências pessoais ou maior exposição a estas temáticas (Sherriff et al., 2014).

O **estado civil** também revelou alguma influência, sendo que enfermeiros casados ou em união de facto apresentaram melhores resultados nas dimensões de “Propriedades do aleitamento materno” ( $p=0,003$ ) e nas categorias “Respostas cognitivas” ( $p=0,037$ ) e “Respostas comportamentais” ( $p=0,039$ ). Este dado pode indicar que a vivência familiar, incluindo a experiência parental, favorece percepções empáticas e um maior envolvimento na promoção da amamentação. No entanto, a ausência de diferenças significativas noutras dimensões reforça que o estado civil, isoladamente, não determina o nível de conhecimento ou atitude, sendo a formação contínua o fator mais relevante (Jesus et al., 2017).

Quanto à **formação académica**, não se observaram diferenças significativas entre licenciados e pós-graduados, o que indica que o grau académico, por si só, não é indicativo de maior competência na área da amamentação (Gavine et al., 2017).

A **categoria profissional** também não revelou impacto significativo nas escalas analisadas, reforçando que apenas especializações diretamente relacionadas com a saúde materno-infantil estão associadas a melhores indicadores de conhecimento e atitude (de Almeida et al., 2015). Tal resultado destaca a necessidade de formação transversal em aleitamento, independentemente da sua categoria ou função hierárquica.

Uma diferença expressiva foi identificada no **local de trabalho**, com os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) a apresentarem pontuações superiores em todas as extensões avaliadas. Este grupo demonstrou maior envolvimento emocional, atitudes mais positivas e maior valorização da amamentação, provavelmente devido à continuidade do contacto com as mães e à possibilidade de estabelecer relações terapêuticas mais duradouras. Em contraste, o ambiente hospitalar, mais centrado nos cuidados imediatos, tende a limitar a profundidade da abordagem à amamentação (Rollins et al., 2016). Estes dados reforçam a importância do contacto contínuo com a díade mãe-filho ao longo do ciclo perinatal para o desenvolvimento de atitudes favoráveis e sustentadas em relação ao aleitamento materno.

Em relação ao **tempo de serviço em enfermagem**, apenas a dimensão “Crenças sobre os obstáculos à amamentação” ( $p=0,034$ ) revelou diferenças significativas, apontando para uma maior percepção das dificuldades com o avanço da experiência clínica. Contudo, a experiência isolada não parece ser suficiente para garantir práticas atualizadas e

consistentes, sendo a formação contínua essencial para o desenvolvimento de competências (Gavine et al., 2017; Yang et al., 2018).

De forma mais clara, o **tempo de serviço na prestação de cuidados a grávidas e puérperas** mostrou-se um fator diferenciador. Enfermeiros com experiência neste campo obtiveram resultados significativamente superiores nas extensões de conhecimento e nas atitudes emocionais e comportamentais, evidenciando o impacto positivo da exposição prática prolongada a situações clínicas na construção de competências e segurança profissional (Silva, A. A., & Rodrigues, M. A., 2018; OMS, 2023).

O papel da **formação específica em aleitamento materno** foi um dos aspetos mais consistentes nos resultados. Enfermeiros com formação demonstraram maior conhecimento técnico, atitudes mais favoráveis e scores globais significativamente superiores, tanto na EAAPSAM como na ECEAM, evidenciando o valor da capacitação na melhoria da qualidade do apoio à amamentação (Gavine et al., 2017). A **frequência recente de formação** reforçou este padrão, revelando diferenças significativas em todas as extensões analisadas, o que sugere que o conhecimento se mantém mais atualizado e relevante quando sustentado por uma formação regular (Renfrew et al., 2012; Balogun et al., 2017).

Destaca-se ainda o impacto da **formação especializada CAM/IBCLC**, com os profissionais formados a obterem os melhores resultados de todo o estudo. Esta formação confere não só maior domínio técnico, mas também uma atitude confiante e empática, aspetos essenciais para práticas clínicas individualizadas e mais eficazes (Balogun et al., 2016; Mulcahy et al., 2022).

A **autoperceção de capacidade para apoiar lactantes** revelou-se igualmente relevante. Enfermeiros que se consideram capacitados obtiveram scores superiores em todas as extensões, reforçando a ligação entre autoconfiança, formação e qualidade do aconselhamento prestado (do Amaral, Spadotto, & Gomes, 2024).

Por fim, a **existência de filhos biológicos** parece influenciar positivamente os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros. Os profissionais com filhos demonstraram maior valorização do aleitamento e resultados superiores em várias extensões, embora nem todas tenham atingido significância estatística. Este dado sugere que a experiência pessoal com aleitamento materno contribui para uma abordagem mais compreensiva e confiante, ainda que não substitua a necessidade de formação técnica formal (Wright, A. I., & Hurst, N. M., 2018).

## **Implicações e recomendações para a prática clínica**

Os resultados evidenciam implicações relevantes para a prática de enfermagem, com destaque para lacunas formativas e relativas às atitudes que impactam o apoio ao aleitamento materno. A seguir, sintetizam-se as principais recomendações:

### **✓ Formação Inicial e Contínua**

Torna-se, portanto, essencial a implementação de programas de formação contínua, específicos e atualizados, que integrem esta temática de forma robusta nos currículos académicos e programas de educação permanente baseados na evidência científica e para que se promova uma prática clínica competente e humanizada.

### **✓ Valorização da Experiência Pessoal e Supervisão Clínica**

A experiência parental associa-se positivamente aos conhecimentos e atitudes, mas, sendo uma vivência não universal, deve ser complementada com aprendizagem prática estruturada. A supervisão clínica, mentoria e contacto com a realidade assistencial são fundamentais para o desenvolvimento de competências, sobretudo entre profissionais com menos experiência.

### **✓ Inclusão dos Profissionais do Sexo Masculino**

Os profissionais do sexo masculino demonstram menor envolvimento emocional no apoio à amamentação. Torna-se necessário promover estratégias formativas e de sensibilização que garantam a inclusão equitativa de toda a equipa, superando estereótipos de género e fortalecendo a competência coletiva.

### **✓ Papel das Instituições e Avaliação de Desempenho**

As instituições devem liderar a formação contínua dos profissionais, com programas interdisciplinares, metas claras e avaliações regulares. Compromissos institucionais com políticas formativas estruturadas traduzem-se em melhores práticas, maior qualidade no apoio às mães e reforço do papel do enfermeiro como promotor de saúde.

### **✓ Investigação Futura e Monitorização de Impacto**

Recomenda-se a realização de estudos que analisem a influência de fatores pessoais e profissionais na prática clínica. Abordagens qualitativas e longitudinais podem avaliar o impacto das estratégias formativas e orientar a criação de modelos de capacitação mais eficazes e adaptados à realidade.

## **Limitações do estudo**

Entre as limitações, destacam-se:

- Desenho transversal, que impede inferências causais.
- Baixa adesão, com possível viés de seleção e representatividade limitada.
- Participação reduzida de homens, afetando algumas comparações.
- Instrumentos de autorresposta, sujeitos à desejabilidade social.
- Limitação quanto à consideração de variáveis contextuais, o que restringe a generalização dos resultados, nomeadamente fatores como a certificação da instituição como “Instituição Amiga dos Bebés” e as condições de trabalho, em particular o tempo disponível para o aconselhamento em aleitamento materno.

Apesar disso, os achados contribuem para compreender os fatores que influenciam o conhecimento e atitudes dos enfermeiros. Recomenda-se que futuros estudos utilizem amostras mais amplas e metodologias longitudinais, avaliando também o impacto clínico das formações na prática e nos desfechos materno-infantis.

#### **4.9. Conclusões do estudo**

A análise dos resultados deste estudo oferece uma visão aprofundada sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação ao aleitamento materno, destacando a influência de variáveis como a formação acadêmica, a experiência profissional e a participação em ações formativas específicas.

Em termos gerais, os enfermeiros demonstraram um nível bom de conhecimento e atitudes positivas em relação ao aleitamento materno, o que corrobora resultados de investigações anteriores. No entanto, o estudo também revelou importantes desigualdades associadas a variáveis sociodemográficas e profissionais, como o estado civil, o local de trabalho e o tempo de serviço na prestação de cuidados a grávidas.

Em vez disso, a experiência específica no cuidado a mulheres grávidas e a formação em aleitamento materno emergem como fatores-chave que exercem um impacto positivo nas crenças, atitudes e práticas dos enfermeiros. Esses dados reforçam evidências da literatura que apontam a formação contínua como instrumento essencial para melhorar a qualidade do cuidado e os desfechos em saúde.

Os enfermeiros que possuíam formação específica em aleitamento materno e aqueles que participaram recentemente de atividades de capacitação apresentaram pontuações significativamente mais elevadas nos conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados ao aleitamento materno. A diferença é particularmente notável no que se refere à importância atribuída ao aleitamento materno, à confiança na promoção da amamentação e à capacidade de aconselhar eficazmente as mães lactantes. Esses achados destacam a necessidade de reforçar os programas de formação em aleitamento materno no âmbito da formação contínua em enfermagem.

Adicionalmente, os enfermeiros que são pais biológicos demonstraram pontuações mais elevadas nos conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno, sugerindo que a experiência pessoal com a maternidade e o aleitamento pode influenciar as percepções profissionais sobre a sua relevância, embora se reconheça que vivências individuais não substituem o domínio técnico e científico necessário ao aconselhamento profissional.

No que diz respeito ao ambiente de trabalho, os enfermeiros que atuam nos Cuidados de Saúde Primários apresentaram atitudes mais favoráveis em relação ao aleitamento materno em comparação com aqueles que trabalham em ambientes hospitalares. Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que, nos Cuidados de Saúde Primários, o acompanhamento do aleitamento materno é mais frequente e envolve uma abordagem

multidisciplinar, proporcionando aos profissionais maior exposição e contato com as mães lactantes. Esse contato contínuo permite aos enfermeiros desenvolver uma maior sensibilidade e comprometimento na promoção da amamentação, possibilitando uma maior consciencialização sobre os seus benefícios.

Por outro lado, o estudo revelou que, embora os enfermeiros possuam, em geral, um conhecimento bom sobre aleitamento materno, existem lacunas significativas nos procedimentos técnicos relacionados com a amamentação, o que pode comprometer a qualidade do apoio prestado às mães. Este achado sublinha a importância de integrar componentes práticos na formação, visando aprimorar as competências clínicas dos enfermeiros na resolução de problemas comuns da amamentação, como dificuldades de sucção, dor mamária e gestão da produção de leite.

Por fim, a análise dos dados confirma a necessidade de implementar estratégias educativas para aprimorar a formação dos enfermeiros em aleitamento materno. Recomenda-se que os programas de formação sobre este tema sejam contínuos, estruturados e baseados em evidências científicas, com ênfase na prática clínica. Isso garantirá que todos os enfermeiros, independentemente da sua experiência ou local de trabalho, possuam os conhecimentos e habilidades necessários para prestar um apoio efetivo às mães que amamentam.

Uma investigação futura deve explorar estratégias eficazes para integrar a educação sobre aleitamento materno na formação contínua dos enfermeiros, além de avaliar o impacto desses programas na melhoria das taxas de aleitamento materno e na qualidade do aconselhamento prestado pelos profissionais de enfermagem.

## 5. CONCLUSÃO GERAL

O RENP constitui a culminação de um percurso formativo exigente, rigoroso, orientado por um modelo de aprendizagem que integrou, de forma progressiva, saberes teóricos, competências clínicas avançadas e pensamento crítico-reflexivo, favorecendo a construção de um perfil profissional capaz de responder com excelência às exigências dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica.

Durante o ENP, foi possível consolidar e aprofundar competências específicas no domínio da ESMO, em particular no acompanhamento da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Sob orientação tutorial, a prática profissional desenvolvida assentou em princípios éticos, nos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados e na promoção de uma atuação centrada na mulher, na família e na sua realidade sociocultural. Para além da componente assistencial, o percurso integrou de forma estruturante a investigação científica, reforçando a importância da produção e aplicação do conhecimento enquanto pilares fundamentais da prática baseada na evidência. A investigação desenvolvida, "*Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros face ao Aleitamento Materno*", emergiu da observação sistemática da realidade clínica e da percepção do papel crucial que os enfermeiros desempenham na promoção da amamentação. Os resultados da investigação evidenciaram que os enfermeiros com formação específica e experiência na área apresentam conhecimentos mais consistentes e atitudes mais favoráveis face ao aleitamento materno, traduzindo-se numa intervenção clínica mais fundamentada, empática e promotora de adesão por parte das puérperas.

A prática clínica e os resultados da investigação reforçaram a convicção de que a prática baseada em evidência, aliada a formação contínua, constitui o alicerce para a enfermagem centrada na mulher e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo compreender, de forma mais clara e crítica, o papel do ESMO como agente ativo na transformação dos contextos de cuidado, na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e na promoção de experiências de parto positivas, seguras e humanizadas.

Encerra-se, assim, uma etapa académica e formativa, mas inaugura-se um compromisso contínuo com a excelência profissional, com o cuidado centrado na mulher e com a construção de práticas de saúde mais humanas, baseadas na evidência e socialmente transformadoras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AlAzzam, M., AbuAlRub, R. F., & Nazzal, A. H. (2017). The Relationship Between Work-Family Conflict and Job Satisfaction Among Hospital Nurses. *Nursing forum*, 52(4), 278–288. <https://doi.org/10.1111/nuf.12199>
- Allen, J., Kearney, L., & Hall, H. (2019). Maternal perceptions and experiences of breastfeeding support in hospital: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(6), e595–e602. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>
- Almeida, J. M., Luz, S. A. B., Ued, F. V. (2015). Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(3), 355-362. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
- Amaro, P. J. L., Dias, A. M. M., Santos, C. A. S., Nelas, P. A. S., & Coutinho, M. R. (2021). Estudo osteométrico e sua relação com o dimorfismo sexual em indivíduos portugueses. *Revista de Estudos Osteométricos*, 10(4), 123-135. <https://doi.org/10.54022/shsv4n2-015>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Postpartum Hemorrhage ACOG PRACTICE BULLET in Clinical Management Guidelinesfor Obstetrician-Gynecologists. <http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice Bulletin No. 183: Early pregnancy loss. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), e197–e207. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002920>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro – Assegura o direito à elaboração de um plano individual de parto. *Diário da República n.º 174/2019, Série I*. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrharan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

- Azevedo, A. S. de, Moreira, M. A., Sabry, S. D., Pessoa, Ú. M. L., Carvalho, E. M., Nascimento, S. L. do, & Lima, M. S. de. (2020). Percepção de puérperas quanto às boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto. *Revista de Medicina da UFC*, 60(1), 28–34. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/51542>
- Azevedo, M. S., Silva, D. A., & Lima, M. S. (2020). Importância da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 9(2), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9471>
- Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Yourkavitch, J., da Silva Lopes, K., Suto, M., Takemoto, Y., Mori, R., Rayco-Solon, P., & Ota, E. (2017). Health Facility Staff Training for Improving Breastfeeding Outcome: A Systematic Review for Step 2 of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12(9), 537–546. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0040>
- Bernaix, L. W., Beaman, M. L., Schmidt, C. A., Harris, J. K., & Miller, L. M. (2010). Success of an educational intervention on maternal/newborn nurses' breastfeeding knowledge and attitudes. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 39(6), 658–666. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01184.x>
- Bicalho, C.V., Martins, C. D., Friche, A. A. L., Motta, A. R., (2021). Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. *Academia Brasileira de Audiologia*; 26. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2471>
- Binns, C.; Lee, M.; Low, W. (2016). The long-term public health benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, (28), 1, 7-14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964>
- Brodribb, W., Fallon, T., Jackson, C., & Hegney, D. (2010). Atitudes em relação à tomada de decisão sobre alimentação infantil - um estudo de métodos mistos de estudantes de medicina australianos e registradores de GP. *Amamentar. Apocalipse*, 18 (1), 5-13.
- Calle, C. G., Díaz-Vásquez, C., Córdova-Calderón, W., Gómez de la Torre, J., Matos-Benavides, E., & Toribio-Dionicio, C. (2024). Clinical characteristics, laboratory

findings, and tolerance acquisition in infants with cow's milk protein allergy in a private center in Lima, Peru for the period 2021-2022. *Immunity, inflammation and disease*, 12(4), e1246. <https://doi.org/10.1002/iid3.1246>

Carvalho, G. B. de, Lopes, G., Souza, L. D. de, Peretti, A. L., Binda, A. C., & Bertolini, G. R. F. (2018). Efeitos da crioterapia sobre a dor e edema: uma revisão sistemática. *Varia Scientia - Ciências Da Saúde*, 4(2), 203–210. <https://doi.org/10.48075/vscs.v4i2.20086>

Catán, J. M., González, M. P., & González, A. (2013). Inducción del trabajo de parto en gestantes con cesárea previa: experiencia en un hospital universitario. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(5), 332–337. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262013000500002>

Cavaggioni, A. P. M., Martins, M. D. C. F., & Benincasa, M. (2020). Influence of type of birth on child development: A comparison by Bayley-III Scale. *Journal of Human Growth and Development*, 30(2), 301–310. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10382>

Cecchi Salata, M., Corrêa Santos, G., Maria Souza Panisa, L., dos Santos Pereira de Moraes, M. C., Gabrielle da Cruz Silva, A., Oliveira de Araújo Alves, A. E., & Gontijo Ribeiro, T. (2024). A utilização da estimulação elétrica transcutânea para alívio de dor durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática. *REVISTA DE SAÚDE - RSF*, 10(01). <https://ojs.uniceplac.edu.br/index.php/rsf/article/view/217>

Chesnel, M. J., Healy, M., & McNeill, J. (2022). Experiences that influence how trained providers support women with breastfeeding: A systematic review of qualitative evidence. *PloS one*, 17(10), e0275608. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275608>

Cinquetti, M., Colombari, A. M., Battisti, E., Marchetti, P., & Piacentini, G. (2019). The influence of type of delivery, skin-to-skin contact and maternal nationality on breastfeeding rates at hospital discharge in a baby-friendly hospital in Italy. *La Pediatria medica e chirurgica: Medical and surgical pediatrics*, 41(1), 10.4081/pmc.2019.207. <https://doi.org/10.4081/pmc.2019.207>

Colaceci, S., Chapin, E. M., Zambri, F., Reali, L., Cedrone, L., Del Brocco, A., Masi, M., Mohamed, A., Dellafiore, F., Nichinonni, S., & Giusti, A. (2020). *Verba volant*,

*scriptamanent: breastfeeding information and health messages provided to parents in the neonatal discharge summary in the Lazio Region, Italy. Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 56(2), 142–149. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_20\\_02\\_03](https://doi.org/10.4415/ANN_20_02_03)

Cortés, M.; Barranco, D.; Jordana, M.; Roche, M. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3): 520-6. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

CRUZ CNR, et al. Rotura prematura de membrana: abordagem clínica. *Femina*, 2018; 46(1): 48-53

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill Education.

Cushman, K. (2024). Knowledge and Perspectives Towards Breastfeeding and Breastfeeding Educational Interventions Among Adolescents: A Qualitative Study.

de Almeida, J. M., Luz, S.deA., & Ued, F.daV. (2015). Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista paulista de pediatria: orgao oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo*, 33(3), 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>

do Amaral, V. L., Spadotto, G. C., & Gomes, C. B. (2024). Conhecimento, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária sobre o guia alimentar para crianças até 2 anos: Estudo transversal, Botucatu, São Paulo, 2023. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 33, e20240111. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20240111.pt>

Decreto-Lei n.º 184/2019, de 25 de setembro de 2019. *Diário da República*, Série II, n.º 184, p. 128-155.

Dessì, A., Pianese, G., Mureddu, P., Fanos, V., & Bosco, A. (2024). From Breastfeeding to Support in Mothers' Feeding Choices: A Key Role in the Prevention of Postpartum Depression? *Nutrients*, 16(14), 2285. <https://doi.org/10.3390/nu16142285>

Dimitriadis, E., Rolnik, D. L., Zhou, W., Estrada-Gutierrez, G., Koga, K., Francisco, R. P. V., Whitehead, C., Hyett, J., da Silva Costa, F., Nicolaides, K., & Menkhorst, E.

(2023). Pre-eclampsia. *Nature reviews. Disease primers*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00417-6>

Direção-Geral de Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Inquérito Nacional sobre Aleitamento Materno 2019*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-nacional-sobre-aleitamento-materno-2019-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Despacho n.º 13056/2023 - Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno*. Diário da República, 2.ª série, N.º 243. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>

Direção Geral da Saúde. (2024) Orientação n° 002/2023 de 10.05.2023, atualizada em 26/03/2024. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>

Dueñas-Espín, I., León Cáceres, Á., Álava, A., Ayala, J., Figueroa, K., Loor, V., Loor, W., Menéndez, M., Menéndez, D., Moreira, E., Segovia, R., & Vines, J. (2021). *Breastfeeding education, early skin-to-skin contact and other strong determinants of exclusive breastfeeding in an urban population: a prospective study*. *BMJ open*, 11(3), e041625. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041625>

Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I., & Lindgren, H. (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears-An Experimental Study. *Birth* (Berkeley, Calif.), 44(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/birt.12267>

Estratégia Nacional para a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena, 2019

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (2017). Pré-eclâmpsia: diagnóstico precoce pode prevenir complicações durante a gravidez. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1883-pre-eclampsia-diagnostico-precoce-pode-prevenir-complicacoes-durante-a-gravidez>

Fernandes, A. M., Mendes, A. M., Leitão, M. N., Gomes, S. D., Amaral, A. F., & Bento, M.daC. (2016). The contribution of Portuguese nursing to universal health access

and coverage. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2671.  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1068.2671>

Ferreira-Couto, Cristina Manuela, & Fernandes-Carneiro, Marinha do Nascimento. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16(47), 539-575.  
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

Fonseca-Machado, M. O., Hass, J. V., Stefanello, J., Nakano, A. M. S., & Gomes-Sponhol, F. (2012). Amamentação: conhecimento e prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 809–815. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400004>

Gaffney, T. (2022). Retaining nurses to mitigate shortages. *Am Nurse J*, 17(1), 14-7.

Gaheen, M. A., & Abo-Hatab, T. A. E.-S. (2021). Effect of Utilizing Perineal Massage, Warm Compresses, and Hands-on Techniques during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 23(4), 36-70.

Gaheen, M., El-Sayed, M., & El-Sayed, M. (2021). Effect of utilizing perineal massage, warm compresses, and hands-on techniques during the second stage of labor on perineal outcomes. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(4), 1–16.  
<https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.210228>

Gavine, A., MacGillivray, S., Renfrew, M. J., Siebelt, L., Haggi, H., & McFadden, A. (2017). Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *International breastfeeding journal*, 12, 6. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0097-2>

Godinho, B. V., Parma, I. T., & Oliveira, G. A. (2023). Diabetes mellitus gestacional: Fisiopatologia, fatores de risco e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*, 9(4), 13859–13870. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n4-082>

Gonçalves, M., & Rodrigues, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel – Edições Técnicas.

- Guedes, A. C. B. de S., Filho, L. C. P. S., & Taveira, J. (2015). Amamentação: uma reavaliação dos benefícios. *Revista De Patologia Do Tocantins*, 2(2), 08–15.
- Gutiérrez, Z. (2023). Book Review Essay: Race and Reproduction in Cuba. *Journal of International Women's Studies*, 25(7), 27.
- Hegazy, A., Eid, F. A., Ennab, F., Sverrisdóttir, Y. B., Atiomo, W., & Azar, A. J. (2024). Prevalence of pre-eclampsia in women in the Middle East: a scoping review. *Frontiers in public health*, 12, 1384964. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1384964>
- Holtzman, O., & Usherwood, T. (2018). *Australian general practitioners' knowledge, attitudes and practices towards breastfeeding*. *PloSone*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191854>
- International Council of Nurses (ICN). (2024). *Nursing and Primary Health Care. Towards the realization of Universal Health Coverage. A discussion paper*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-09/ICN\\_PHC-Report-2024\\_EN\\_FINAL.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-09/ICN_PHC-Report-2024_EN_FINAL.pdf)
- IPB, IPVC, UTAD, (2023), Guia de Orientação do Estágio de Natureza profissional do Mestrado de Saúde Materno e obstétrica, 2-5
- Jansová, M., Kalis, V., Rusavy, Z., Räisänen, S., Lobovsky, L., & Laine, K. (2017). Fetal head size and effect of manual perineal protection. *PLOS ONE*, 12(12), e0189842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189842>
- Jesus, P. C., Sena, E. M., & Nascimento, D. S. (2017). Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 311–320. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.15302015>
- Kahhale, S., Costa, M. L., Parpinelli, M. A., Haddad, S. M., & Cecatti, J. G. (2018). Emergências hipertensivas na gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(4), 173–179. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1609060>
- Köpsén, S., Lilja, M., Hellgren, M., Sandlund, J., & Sjöström, R. (2023). Midwives' and diabetes nurses' experience of screening and care of women with gestational

diabetes mellitus: A qualitative interview study. *Nursing Research and Practice*, 2023, Article 6386581. <https://doi.org/10.1155/2023/6386581>

Kouhkan, A., Khamseh, M. E., Moini, A., Pirjani, R., Arabipour, A., Zolfaghari, Z., ... & Mirmiran, P. (2022). Early postpartum glucose intolerance, metabolic syndrome and gestational diabetes mellitus determinants after assisted conception: A prospective cohort study. *Frontiers in Nutrition*, 9, 977195. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.977195>

Levy L, Bértolo H. (2012). *Manual de aleitamento humano*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lopes, A. C., & Lousada, M. (2024). Breastfeeding knowledge, attitudes, beliefs and practices of refugee, migrant and asylum seeker women in Portugal. *BMC public health*, 24(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17849-8>

Lopes, A. E. (2013). *Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Viseu. Portugal.

Lopes, F., Silva, R., & Ferreira, C. (2018). Formação contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 127–136. <https://doi.org/10.12707/RIV18068>

Maastrup, R., Rom, A. L., Walloee, S., Sandfeld, H. B., & Kronborg, H. (2021). Improved exclusive breastfeeding rates in preterm infants after a neonatal nurse training program focusing on six breastfeeding-supportive clinical practices. *PloS one*, 16(2), e0245273. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245273>

Macedo, LMN. *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional. Prevalência de Episiotomia em Partos eutócicos numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. 2021.

Machado ScharDOSim, J., & Rauber Cechim, P. L. (2013). Exclusive breastfeeding: motivations and disincentives for nursing mothers in Eldorado do Sul, Brazil. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(3), 377-384.

- Magalhães, R. (2017). *Gestão e Qualidade nos Cuidados de Saúde: Princípios e Práticas*. Lisboa: Lidel.
- Magalhães, R. (2017). *Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde: Desafios e Perspetivas*. Lisboa: Lidel.
- Mahdy, H., Glowacki, C., & Eruo, F. U. (2022). Amniotomy. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470167/>
- Maia, A. R., Costa, M. A., & Pereira, F. (2022). Investigação em enfermagem: Desafios e oportunidades para a prática baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 28, 45–52. <https://doi.org/10.19131/rpesm.2022.28.45>
- Marinho, C. (2003). *Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno: Um Estudo Exploratório sobre as Atitudes de Médicos e Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa. Portugal.
- Marôco, J. & Marques, T. G. (2006) - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 4:1 65–90. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>
- Marks, D., & O'Connor, R. (2015). Health professionals' attitudes towards the promotion of breastfeeding. *British Journal of Midwifery*, 23(1), 50-58. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.1.50>
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Medeiros, R. M. K., Corrêa, A. C. P., Ribeiro, M. R. R., Dalprá, L. A. S., & Borges, A. P. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180233. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>

- Meek, J. Y., Noble, L., & Section on Breastfeeding (2022). Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 150(1), e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Mercer, R. T. (2004). *Becoming a mother versus maternal role attainment*. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15495491/>
- Mills, E. (2024). 3 Gender, Health and Embodiment. In *HIV, Gender and the Politics of Medicine: Embodied Democracy in the Global South* (pp. 69-97). Bristol, UK: Bristol University Press. <https://doi.org/10.56687/9781529221961-005>
- Ministério da Saúde. (2023). Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde, 2023. <https://www.minsaude.gov.pt>
- Miranda, L., Zangão, O., & Risso, S. (2017). O Papel do enfermeiro no sucesso para o aleitamento materno: Revisão da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3 (1), 854-868. 91
- Monte, G., Leal, L., & Pontes, C. (2013). Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enfermagem*, 18 (1), 148-155.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11), CD003519
- Mulcahy, H., Philpott, L. F., O'Driscoll, M., Bradley, R., & Leahy-Warren, P. (2022). Breastfeeding skills training for health care professionals: A systematic review. *Heliyon*, 8(11), e11747. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11747>
- Mussi, R. F. de F., Mussi, L. M. P. T., Assunção, E. T. C., & Nunes, C. P. (2020). Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. *Revista Sustinere*, 7 (2), 414–430. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.41193>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies (NICE guideline CG190). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

- Nazareth, M., Pinto, E., Severo, M., Graça, P., Lopes, C., & Rêgo, C. (2024). Early feeding and nutritional status of Portuguese children in the first 36 months of life: EPACI Portugal 2012-a national representative cross-sectional study. *Porto biomedical journal*, 9(2), 250. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000250>
- Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., Amaral, O., & Cruz, C. (2017). Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto dos contextos de vida. *Revista INFAD De Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 183–192. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.987>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. Setúbal: Escola Superior de Saúde de Setúbal. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf).
- O'Brien, P. M. S., & Broughton Pipkin, F. (2017). *Introduction to Research Methodology for Specialists and Trainees*. Cambridge University Press
- Oliveira, E.; Marano, D.; do Amaral, Y. N. V.; Abranches, A. Soares, F. V. M. & Moreira, M. E. L. (2020). O excesso de peso modifica a composição nutricional do leite materno? uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3969-3980. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.29902018>
- Oliveira, I. G., Castro, L. L. S., Massena, A. M., Santos, L. V. F., Sousa, L. B., & Anjos, S. J. S. B. (2017). Qualidade da Consulta de Enfermagem na Assistência ao Pré-Natal de Risco Habitual. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 19, 19-28. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.19.40374>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer N.º 7/2012 – Plano de parto. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Regulamento e Implementação*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Normas e Recomendações para a Gestão dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE.

- Orfão, A., Santos, Á., Gouveia, C., Santos, C., (2014). Registo Do Aleitamento Materno: Relatório janeiro a dezembro 2013. Direção Geral da Saúde.
- Paixão, G. P. do N., Clementino, A. L. de A., Araújo, A. dos S., Bispo, E. M. P., Santos, M. C. & Martins, M. R. L. (2020). Fatores associados ao desmame precoce: O que as evidências científicas mostram? *Revista Ciência e Desenvolvimento*, 13(2), 358–380. <https://doi.org/10.11602/1984-4271.2020.13.2.6>
- Pennell, A., Salo-Coombs, V., Herring, A., Spielman, F., & Fecho, K. (2011). Anesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of women who have birth plans. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 376–381. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00032.x>
- Pereira, L. M., & Silva, A. A. (2016). Fatores de risco para parto prematuro em um hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2773. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1061.2773>
- Prates, L. A., Schmalfluss, J. M., & Lipinski, J. M. (2014). Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 4(2), 359–367. <https://doi.org/10.5902/2179769210631>
- Preyer, O., & Husslein, H. (2019). Fetal weight estimation at term – ultrasound versus clinical examination with Leopold's manoeuvres: a prospective blinded observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2251-5>
- Rabe, H., Gyte, G. M. L., Díaz-Rossello, J. L., & Duley, L. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(6), CD003248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub4>
- Ramos-Morcillo, A. J., Harillo-Acevedo, D., & Ruzafa-Martinez, M. (2020). Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: A qualitative study. *Journal of nursing management*, 28(7), 1670–1685. <https://doi.org/10.1111/jonm.13123>

- Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 391/2019, de 03 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, — N.º 85 — 3 de maio de 2019 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub4>
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (2015). Diário da República, n.º 156/2015, Série I de 16 de setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Rocha, D., & Zamberlan, C. (2018). Prevention of perineal lacerations and episiotomy: evidence for clinical practice. *Enfermeiras UFPE on-line.*, Recife, 12(2):489-98, fev., 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230478p489-498-2018>
- Rodrigues, C., Santos, P., & Almeida, M. (2022). *Gestão da Qualidade e Melhoria Contínua nos Serviços de Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Rodrigues, C., Santos, P., & Almeida, M. (2022). *Gestão de Serviços de Saúde: Estratégias para a Eficiência e Qualidade*. Coimbra: Almedina.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
- Sadovnikova, A., Chuisano, S. A., Ma, K., Grabowski, A., Stanley, K. P., Mitchell, K. B., Eglash, A., Plott, J. S., Zielinski, R. E., & Anderson, O. S. (2020). Development and evaluation of a high-fidelity lactation simulation model for health professional

- breastfeeding education. *International breastfeeding journal*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-0254-5>
- Salmon, C. (2024). Mother's Milk is Best of All. *Fashion and Motherhood: Image, Material, Identity*, 145.
- Sansone, A., Stapleton, P., & Patching, A. (2024). A qualitative investigation of a prenatal mindfulness relationship-based (PMRB) program to support maternal mental health and mother–baby relationship during pregnancy and post-partum. *Mindfulness*, 15, 1759–1777. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02399-2>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet. Global health*, 2(6), e323–e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Sentilhes, L., Merlot, B., Madar, H., Sztark, F., Brun, S., & Deneux-Tharaux, C. (2016). Postpartum haemorrhage: prevention and treatment. *Expert review of hematology*, 9(11), 1043–1061. <https://doi.org/10.1080/17474086.2016.1245135>
- Shattnawi K. K. (2017). Healthcare Professionals' Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of Preterm Infants in NICUs. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 17(5), 390–399. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000421>
- Sherriff, N., Hall, V., & Panton, C. (2014). Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: a concept analysis. *Midwifery*, 30(6), 667–677. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.014>
- Sigman-Grant, M., & Kim, Y. (2016). Breastfeeding Knowledge and Attitudes of Nevada Health Care Professionals Remain Virtually Unchanged over 10 Years. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 32(2), 350–354. <https://doi.org/10.1177/0890334415609916>

- Silva D. da, Sousa A. V. de C., Oliveira A. C. S. de, & Pereira M. E. V. (2025). Atuação do enfermeiro frente ao manejo das dificuldades apresentadas pela mãe e o recém-nascido no processo de aleitamento materno. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25, e18528. <https://doi.org/10.25248/reas.e18528.2025>
- Silva, M. J., Santos, L. M., & Oliveira, A. C. (2020). Envelhecimento da força de trabalho de enfermagem: Implicações para a gestão de recursos humanos em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20190157. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0157>
- Silva, M., & Mendes, F. (2021). *Aprendizagem e Desenvolvimento Profissional em Enfermagem: Abordagens e Estratégias*. Coimbra: Almedina.
- Silva, M., & Mendes, F. (2021). *Boas Práticas em Enfermagem: Princípios e Aplicações*. Porto: Porto Editora.
- Silveira, S. K., & Trapani Júnior, A. T. (2018). Cardiotocografia computadorizada: Avanços e desafios na prática clínica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(5), 275–283. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676762>
- Silver, R. M., Branch, D. W., & Goldenberg, R. L. (2019). Labor management and neonatal outcomes in cardiotocography. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(5), 505–512. <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0154>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Observatório Nacional da Diabetes. (2019). *Diabetes: Factos e Números – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (9.<sup>a</sup> ed.)*. [https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019\\_Final.pdf](https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019_Final.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Cuidados gerais ao recém-nascido saudável*. Recuperado de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). *Normas de orientação clínica: Maturação cervical*. <https://www.spommf.pt/>

- Souza, M., Nespoli, A., & Zeitoune, R. (2016). Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 20 (4). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>
- Sriraman, N. K., & Kellams, A. (2016). Breastfeeding: What are the Barriers? Why Women Struggle to Achieve Their Goals. *Journal of women's health (2002)*, 25(7), 714–722. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5059>
- Tichelman, E., Peters, L., Oost, J., Westerhout, A., Schellevis, F. G., Burger, H., Noordman, J., Berger, M. Y., & Martin, L. (2019). Addressing transition to motherhood, guideline adherence by midwives in prenatal booking visits: Findings from video recordings. *Midwifery*, 69, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.021>
- UNICEF, I. C. S. E. F. Infant and young child feeding. Exclusive breastfeeding (< 6 months). 2020. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/> Acedido em 23 de novembro de 2023.
- UNICEF; WHO. Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - The revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2018.
- Vélez Álvarez, G. A. (2022). Hemorragia posparto primaria: aspectos recientes acerca de los medicamentos y terapia transfusional. *Curso De Actualización En Ginecología Y Obstetricia*, 166–173. Recuperado a partir de [https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia\\_y\\_obstetricia/article/view/347005](https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347005)
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
- Vieira, A. C., Silva, F. M., & Santos, R. M. (2018). Laceração perineal: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(4), 173–179. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1609060>

- Webb, S., Sherburn, M., & Ismail, K. M. (2014). Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ (Clinical research ed.)*, 349, g6829. <https://doi.org/10.1136/bmj.g6829>
- Wei, L. Z., Zhou, S. S., Hu, S., Zhou, Z., & Chen, J. (2022). Influences of nursing students' career planning, internship experience, and other factors on professional identity. *Nurse education today*, 99, 104781. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104781>
- West, H. M., Jozwiak, M., & Dodd, J. M. (2017). Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009792. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009792.pub3>
- World Health Organization and the United Nations Children's Fund. (2018). Capture the moment - Early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn. WHO/UNICEF.
- World Health Organization and the United Nations Children's Fund. (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). WHO statement on caesarean section rates. World Health Organization. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/)
- World Health Organization. (2017). National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative.
- World Health Organization. (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative*.
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

- World Health Organization. (2023). *Infant and young child feeding: Counseling guide for health workers*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071325>
- Wright, AI, & Hurst, NM (2018). Experiências pessoais de enfermeiras pós-parto com a alimentação infantil afetam a forma como elas oferecem apoio à amamentação. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 47 (3), 342–351. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.02.011>
- Yang, S. F., Salamonson, Y., Burns, E., & Schmied, V. (2018). Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *International breastfeeding journal*, 13, 8. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1>
- Zang, Y., Hu, Y., & Lu, H. (2023). Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of clinical nursing*, 32(7-8), 996–1013. <https://doi.org/10.1111/jocn.16276>
- Zangirolami-Raimundo J, Echeimberg JO, Leone C. (2018). Research methodology topics: Cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development*. 28(3):356-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>
- Zavala-Garcia, A., Navarro-Torres-Arpi, P., Padilla-Amigo, C., & Lara-Barragan-Bernal, I. A. (2018). Utilidad diagnóstica del biomarcador relación plaquetas-linfocitos en rotura prematura de membranas de término y pretérmino. *Perinatología y Reproducción Humana*, 32(4), 151–154. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.08.007>
- Zugaib, M. (2016). *Zugaib obstetrícia* (3ª ed.). Malone Editora

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Pedido de autorização para a utilização da Escala de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno



#### Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala de Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno

Exma. Sra. Doutora Carla Sofia Sousa Martins Marinho e Professora Doutora Isabel Lopes:

Eu, Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa, enfermeira da ULSNE e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio, solicitar a V. Exas a autorização para utilizar a Escala “Atitude dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno” para o estudo de investigação a desenvolver que se intitula como Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno. O referido estudo está integrado na unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional, sob orientação da Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia e da Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo. Desde já grata pela atenção dispensada, apresento os meus cumprimentos.

Bragança, 26 de janeiro de 2024

A aluna,

—————  
Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa

Tlm: 912728219)

[joanasousa79856@gmail.com](mailto:joanasousa79856@gmail.com)

### APÊNDICE B - Pedido de autorização para a utilização da Escala dos Conhecimentos dos Enfermeiros sobre Aleitamento Materno



#### Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala de dos Conhecimento dos Enfermeiros sobre Aleitamento Materno

Exma. Sra. Dra. Ana Elisabete Borges dos Santos Barbosa Lopes (2013)

Eu, Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa, enfermeira da ULSNE e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica da Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio, solicitar a V. Exa a autorização para utilizar a Escala “Conhecimentos dos enfermeiros sobre aleitamento materno” para o estudo de investigação a desenvolver que se intitula como Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face ao aleitamento materno. O referido estudo está integrado na unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional, sob orientação da Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia e da Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo. Desde já grata pela atenção dispensada, apresento os meus cumprimentos.

Bragança, 26 de janeiro de 2024

A aluna,

—————Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa—————

Tlm: 912728219)

[joanasousa79856@gmail.com](mailto:joanasousa79856@gmail.com)

## APÊNDICE C - Autorização dos autores para aplicação das escalas validadas.



**isabelpereiraleal@gmail.com**

para mim ▼

Joana,  
Tem a minha autorização.  
Bom trabalho.  
IL

Isabel Leal  
Reitora  
Professora Catedrática  
Rua Jardim do Tabaco, 34 | 1149-041 Lisboa | Portugal  
+351 218 811 000 | (Ext. 275)



**ANA BARBOSA Lopes** <anabarbosa.lopes@gmail.com>

30/01/2024, 14:22



para mim ▼

Boa tarde Joana,  
Espero encontrá-la bem,  
É com todo o gosto que autorizo a utilização da escala e como me é uma área muito querida, gostaria que no final do estudo me desse conhecimento dos seus resultados.  
Estarei sempre ao dispor para o que necessitar,  
Cumprimentos,  
Ana Barbosa  
Bjn

**APÊNDICE D - Pedido de parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste para realização de estudo de investigação com necessidade de aplicação de instrumento de colheita de dados.**



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



N.º [redacted] / [redacted]

**Pedido de Autorização para Realização de Investigação**

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração  
da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Despacho do P.C.A.:

[Redacted box for P.C.A. dispatch]

Nome do Investigador Principal:

Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa

Título da Investigação:

Conhecimento e Atitudes dos Enfermeiros face ao aleitamento materno

Tipo de investigação:

Com intervenção  Sem intervenção

Caracterização da investigação:

Estudo de investigação com o objetivo de descrever os conhecimentos e atitudes os enfermeiros da ULSNE face ao aleitamento materno e quais as variáveis que tem influência nos mesmos. Estudo de investigação integrado no Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Propriedade dos dados:

Instituto Politécnico de Bragança

Investigação a realizar no(s) Serviço(s) de:

Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia e Centros de saúde da ULSNE

Data prevista para início: 01/05/24

Data prevista para término: 30/06/24

Para a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no fluxograma para submissão de projetos de investigação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. respeitante à investigação para respetiva apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador/promotor

Bragança, 21 de abril de 2024.

Assinado por: Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa  
Num. de Identificação: 13855753  
Data: 2024.04.21 23:58:15+01'00'

(assinatura)

## APÊNDICE E - Parecer favorável da Comissão de ética da ULSNE

### Parecer da Comissão de Ética

**Título de Investigação:** Conhecimento e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno

Em reunião de 24 de abril de 2024 a CE deliberou nada ter a opor ao presente trabalho.

O processo foi votado pelos membros da Comissão de Ética da ULSNE, EP.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes  
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves  
Maria Judite Ramos Marques  
Carla Maria Perdigão Martins Grande  
Maria da Luz Macedo Guerra Santos  
Ana Catarina Fernandes Pires  
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão  
Maria Assunção Moura Esteves (secretária da CE)

Reunião CA 18.04.2024

*Carla*

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente da Comissão de Ética

Presidente da Comissão de Ética

*Maria de Jesus Machado Lopes*

(Maria de Jesus Machado Lopes)

## APÊNDICE F – Compromisso de honra e declaração de interesses



### COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que todas as informações prestadas sobre o estudo são verdadeiras. Declaro que o estudo respeita as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas) e da Organização Mundial de Saúde, Convenção de Oviedo e das “Boas Práticas Clínicas” (GCP/ICH).

Comprometo-me a respeitar todas as recomendações da CE e prestar todos os esclarecimentos adicionais necessários.

Comprometo-me ainda a entregar à C.E. o relatório final do estudo e a participar em eventuais atividades de divulgação dos resultados/aplicações do estudo que venham a ser desenvolvidas pela ULSNE.

Bragança, 21 de abril de 2024

Assinado por: Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa  
Num. de Identificação: 13855753  
Data: 2024.04.21 23:55:23+01'00'

(assinatura do investigador)



## APÊNDICE G - Declaração das orientadoras científicas e pedagógicas



**Teresa Isaltina Gomes Correia**, Professora Coordenadora, Doutorada em Biologia Humana, e **Ana Fernanda Ribeiro Azevedo**, Professora Adjunta, ambas do Instituto Politécnico de Bragança, declaram ser orientadoras do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica intitulado: **“Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno”** da mestranda Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa, assumindo, desta forma a responsabilidade de **Coordenadoras Científicas** do estudo. Mais se informa que declaram conhecer e estarem concordantes com a metodologia a seguir.

Escola Superior de Saúde de Bragança, 18 de abril de 2024

Assinado por: **Teresa Isaltina Gomes Correia**  
Num. de identificação: 05920982  
Data: 2024.04.19 11:28:46 +0100

---

(Teresa Isaltina Gomes Correia)

Assinado por: **ANA FERNANDA RIBEIRO AZEVEDO**  
Num. de identificação: B1069050538

---

(Ana Fernanda Ribeiro Azevedo)

## APÊNDICE H – Consentimento informado esclarecido e livre



### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO:** “Conhecimento e Atitudes dos Enfermeiros face ao aleitamento materno”

O presente estudo de investigação desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, por mim, Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa, enfermeira e mestranda sob orientação da professora doutora Teresa Isaltina Gomes Correia e da professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança tem como principal objetivo analisar os *Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno* com o parecer favorável nº xx/xxxx da Comissão de Ética da ULSNE. Nesse sentido solicita-se a sua participação coma garantia que:

1. Pode retirar o seu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à sua pessoa;
2. Não será identificado(a), e os dados obtidos servirão apenas este estudo de investigação;
3. A sua participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa;

Agradeço desde já a sua participação neste estudo.

Nome: Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa

Local de trabalho: ULSNE – Hospital de Bragança – Serviço de Traumatologia

Contacto telefónico: 912728219

Endereço eletrónico: joanasousa79856@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela investigadora, e de ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo, sendo que para todas elas obtive resposta esclarecedora

ACEITA participar no estudo de investigação?

Sim

Não

Bragança, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

---

Assinatura do participante

---

Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa

## APÊNDICE I - Instrumento de recolha de dados



### INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

#### **Caro colega,**

Enquanto enfermeira e mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde de Bragança, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros face aleitamento materno. Solicito, por isso, a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

Este questionário é constituído por cinco partes:

I Parte: Caracterização sociodemográfica;

II Parte: Caracterização do contexto profissional;

III Parte: Caracterização do contexto obstétrico;

IV Parte: Escala de conhecimentos dos enfermeiros sobre amamentação (Lopes, 2013);

V Parte: Escala de avaliação de atitudes dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno (Marinho, 2003)

As suas respostas serão anónimas e confidenciais e usadas exclusivamente para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Caso necessite utilize os meios de contacto para esclarecimento de qualquer dúvida.

Joana Sousa

Tlm: 912728219

E-mail: [joanasousa79856@gmail.com](mailto:joanasousa79856@gmail.com)

Participação no estudo: depois de ler o texto introdutório considero-me informado(a) e

**Aceito** participar neste estudo

**Não aceito** participar neste estudo

## PARTE I – VARIÁVEIS SOCIAIS E DEMOGRÁFICAS

1. Idade: \_\_\_\_ Anos

2. Sexo:  Masculino  
 Feminino  
 Outro

3. Estado civil:  Solteiro(a)  
 Casado(a)/ união de facto  
 Divorciado(a)/ Separado(a)  
 Viúvo(a)

4. Formação académica:  Licenciatura  
 Mestrado/ Pós-Graduação/ Especialidade  
 Doutoramento

## PARTE II – VARIÁVEIS PROFISSIONAIS

5. Categoria profissional:  Enfermeiro(a)  
 Enfermeiro especialista  
 Enfermeiro Gestor

6. Local de trabalho:  Cuidados de Saúde Hospitalares  
 Cuidados de Saúde Primários

7. Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_ anos

8. Tempo de serviço na prestação de cuidados a grávidas e/ou puérperas: \_\_\_\_ anos

9. Tem formação em aleitamento materno: Sim  Não

10. Nos últimos dois anos quantas ações de formação frequentou sobre o Aleitamento Materno?  
 0  
 1  
 2  
 3 ou mais



11. É conselheira em aleitamento materno ou IBCLC: Sim Não

12. Na sua opinião têm formação que lhe permita apoiar as mulheres e famílias no processo de amamentação: Sim  Não

### PARTE III – VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

13. Tem filhos biológicos: Sim  Não

Se respondeu **não** deve pode iniciar o preenchimento da Parte IV.

**SE SIM:**

14. Quantos filhos tem:  1  
 2  
 3 ou mais

15. Algum deles foi amamentado?

Sim  Responda às questões 15 e 16 e avance para a parte IV

Não  Responda à questão 18 e avance para a parte I

**SE SIM:**

16. Durante quanto tempo (em meses):

(1º filho) \_\_\_\_\_ (2º filho) \_\_\_\_\_ (3º filho) \_\_\_\_\_

17. Por que motivo os seus filhos deixaram de mamar?

- 1. Problemas relacionados com o bebé
- 2. Questões físicas da mãe
- 3. Questões psicológicas da mãe
- 4. Por vontade própria
- 5. Outra

**SE NÃO:**

18. Qual o motivo para que o(s) seu(s) filho(s) não tenham sido amamentados?

- 1. Problemas relacionados com o bebé
- 2. Questões físicas da mãe
- 3. Questões psicológicas da mãe
-

4. Por vontade própria

5. Por regresso ao trabalho

6. Outra

**PARTE IV - ESCALA DE CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO (LOPES, 2013)**

Coloque uma cruz (X) na quadrícula que melhor traduz a sua opinião (escolha apenas uma opção).

		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	O aleitamento materno em regime livre é a melhor forma de satisfazer as necessidades do lactante.					
2	Deve-se ensinar à mãe que amamente o seu filho a cada três horas.					
3	A involução uterina no pós-parto é facilitada pela amamentação.					
4	Amamentar é um ato de amor.					
5	O colostro é considerado a primeira vacina.					
6	Amamentar deforma as mamas e prejudica a elegância estética da mãe.					
7	O aleitamento materno tem contribuído para o aumento da morte súbita do lactente.					
8	Existe relação direta entre o tamanho das mamas e a capacidade para produzir leite.					
9	As mulheres que amamentaram têm mais probabilidade de vir a ter cancro da mama.					
10	O leite materno contribui para o desenvolvimento psicológico e sensorial equilibrado do bebé.					
11	Crianças amamentadas à mama ficam menos resistentes às infeções.					
12	A OMS recomenda a introdução de alimentos, além do leite materno, a partir dos seis meses.					

13	Amamentar é um meio natural de espaçar os nascimentos.					
14	Doenças infecciosas da mãe como gripes e amigdalites são contraindicações para o aleitamento materno.					
15	O bebê deve esvaziar uma mama antes de passar à outra, não devendo ser fixado um tempo determinado para mamar em cada uma.					
16	Amamentar prejudica a relação do casal.					
17	O leite materno diminui o risco de alergias no bebê.					
18	Deve ser oferecida água fervida às crianças que fazem aleitamento materno, se a temperatura ambiente for elevada.					
19	Amamentar é mais prático e cómodo para a mãe.					
20	Os mamilos que não favorecem a amamentação devem ser preparados durante a gravidez.					
21	A amamentação não é uma conduta totalmente instintiva, é preciso aprender a técnica.					
22	Bebé que usa chupeta tem maior probabilidade de abandonar o aleitamento materno precocemente.					
23	Depois de cada mamada, os mamilos devem secar ao ar.					
24	A amamentação diminui o risco de alergias alimentares até à adolescência.					
25	Em caso de mastite não é necessário suspender o aleitamento materno.					
26	Em cada mamada, a mãe deve ter a preocupação de colocar o bebê em ambas as mamas.					
27	Se o bebê dormir no mesmo quarto que a mãe, aumenta a probabilidade de prolongar a amamentação.					

28	Os bebês que mamam em regime livre, perdem mais peso.					
29	Amamentar não tem influência na perda de peso materno.					
30	Os mamilos umbilicados impedem o aleitamento materno.					
31	Deve-se dar a mama cada vez que o bebê o peça.					
32	O bebê que mama leite adaptado como complemento ao leite materno, tem maior probabilidade de abandonar o leite materno precocemente.					
33	Após cada mamada, a mãe deverá lavar os mamilos.					
34	Um bebê com diarreia pode e deve continuar o aleitamento materno.					
35	O colostro contém os nutrientes necessários para o bebê nos primeiros dias de vida.					
36	A diabetes tem menor incidência em adultos que foram amamentados à mama em crianças.					
37	As mamas devem ser lavadas antes e depois de cada mamada.					
38	A amamentação não influencia o vínculo mãe/filho.					
39	Quanto maior o número de mamadas noturnas, maior será a produção de prolactina.					
40	Depois de uma cesariana, a mãe pode amamentar logo que recupere a consciência.					
41	Amamentar diminui as reservas de ferro da mãe, o que agrava a anemia.					
42	O alho é um alimento proibido durante a amamentação, pois dá mau sabor ao leite.					
43	Mães que amamentam têm menor incidência de depressão pós-parto.					

44	Se um bebé mamar só numa mama, não pode ficar satisfeito.					
45	Os bebés em aleitamento materno devem tomar suplementos vitamínicos.					
46	As chupetas interferem e dificultam o aleitamento materno.					
47	Durante o segundo ano de vida o leite materno é de baixa qualidade.					
48	Existe uma forte correlação entre a dor na mama e a má posição do bebé nesta.					
49	Em caso de mastite, deve-se suspender o aleitamento, pois a infeção poderá transmitir-se ao bebé.					
50	Quando a bebé mama, o mamilo e grande parte da aréola devem estar dentro da boca.					
51	A mãe deve colocar os dedos em forma de tesoura, o que facilita a extração do leite.					
52	Em caso de ingurgitamento, deve ser aplicado frio antes da mamada e massajadas as mamas, para favorecer o esvaziamento.					
53	O leite do início da mamada é mais rico em gorduras.					
54	Para a pega ser eficaz, poderá ter que se esvaziar um pouco a mama antes de colocar o bebé a mamar.					
55	O uso de cremes de lanolina mostrou-se prejudicial no aleitamento.					
56	A amamentação precoce e frequente na posição correta é o melhor método para prevenir o ingurgitamento mamário.					

**PARTE V****ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
FACE AO ALEITAMENTO MATERNO (MARINHO, 2003)**

		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	O aleitamento não permite ao pai envolver-se no processo alimentação do bebé.					
2	A maior parte dos bebés necessita de leite artificial para aumentar o peso.					
3	A alimentação com leite artificial é mais fácil para a mãe e o bebé.					
4	O aleitamento materno possibilita o estabelecimento de uma relação mais forte entre a mãe e bebé.					
5	O aleitamento materno é muito doloroso.					
6	Não encorajaria uma mulher a amamentar logo na 1ª meia hora após o parto (parto eutócico).					
7	Se a mãe está a estudar, é impossível amamentar.					
8	O aleitamento materno é o mais saudável para a criança.					
9	O aleitamento materno produz alterações estéticas irreversíveis nos seios.					
10	Sinto-me inseguro(a) em abordar algumas questões nesta área do aleitamento materno.					
11	O aleitamento materno é um processo difícil.					
12	As mães muito ansiosas não deviam amamentar.					
13	O leite materno é o alimento mais adequado e completo para as crianças durante os primeiros meses de vida.					

14	Se uma mulher já decidiu alimentar o seu filho com leite artificial, não tento incentiva-la ao aleitamento materno.					
15	Sou a favor da amamentação em horário livre após o nascimento.					
16	O aleitamento materno é embaraçoso.					
17	Irrita-me o facto de algumas mulheres decidirem não amamentar por questões estéticas.					
18	A forma de alimentar o bebé é um assunto que abordo sempre na minha prática profissional.					
19	O aleitamento é emocionalmente mais satisfatório.					
20	Discuto com as mães as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais.					
21	Se a mãe trabalha é preferível alimentar o bebé com leite artificial.					
22	Costumo dialogar com outros técnicos sobre questões relacionadas com o aleitamento materno.					
23	As propriedades imunológicas do leite materno são extremamente importantes para o bebé.					
24	Acho importante investir-se no aleitamento materno.					
25	Quando uma mulher ainda não se decidiu pelo aleitamento materno, tento sempre incentivá-la a optar por este método.					
26	Não incentivo uma mulher que desenvolveu uma mastite a continuar a amamentar.					
27	Não considero muito importante informar as mulheres sobre a fisiologia da lactação.					
28	O aleitamento materno condiciona a liberdade da mãe.					
29	Atualmente a alimentação com leite materno é tão saudável como com leite artificial.					

30	Não me sinto particularmente interessado (a) pela área do aleitamento materno.					
31	Muitas mães que não querem amamentar são “más mães”.					
32	O conhecimento e a motivação da mãe são essenciais para amamentar com sucesso.					
33	Compreender os motivos levam uma mãe a não querer amamentar torna-se primordial para promover o aleitamento materno.					
34	Não querer amamentar é um ato egoísta.					
35	A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé.					
36	O aleitamento materno produz modificações negativas na imagem da mulher.					
37	Fico satisfeito (a) quando uma mulher toma a decisão de amamentar.					
38	Se a mulher não inicia o tema da amamentação acho que não é necessário falar do assunto.					
39	Sinto-me à vontade quando se fala de aleitamento materno.					
40	Acho incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé.					
41	Não consigo apoiar uma mulher que não quer amamentar apenas por questões estéticas.					
42	O aleitamento materno é a forma de alimentar um recém-nascido.					
43	Surpreender-me-ia o facto de uma mãe não saber amamentar.					

Fim  
Obrigada

## APÊNDICE J – Comprovativo de submissão de artigo científico

[Servir] Agradecimento pela submissão Caixa de entrada x 🖨️ 📧

 **Servir** <noreply@rcaap.pt> 21:51 (há 0 minutos) ★ 😊 ↶ ⋮  
para mim ▾

Joana Filipa da Rocha da Cunha e Sousa,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros Face ao Aleitamento Materno" à revista Servir. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/41907>  
Nome de utilizador: joanasousa79856

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Servir

---

[Servir](#)