



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e
Obstétrica

Autoeficácia para amamentar no regresso a casa :

Um estudo prospetivo longitudinal

DISSERTAÇÃO

Luísa Raquel Estevinho Marcolino

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR NO REGRESSO A
CASA: Um estudo prospetivo longitudinal

BREASTFEEDING SELF-EFFICACY AFTER DISCHARGE
HOME: A Prospective Longitudinal Study

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso e coorientada pela Mestre Cristina
Martins

Luísa Raquel Estevinho Marcolino

Porto, 2025

AGRADECIMENTOS

Este trabalho surge da necessidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional... Surge do questionamento e da necessidade de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados por isso agradeço a todas as mulheres e famílias que fizeram parte da minha prestação de cuidados e deste estudo de investigação.

Surge da inspiração de pares... com quem partilho conhecimento e com quem desenvolvo espírito crítico e a quem agradeço.

Surge da necessidade de adquirir e aprofundar conhecimento e por isso agradeço a todos os docentes que se têm cruzado no meu caminho.

À Sra. Enfermeira Gestora Carmo Prucha pelo incentivo, apoio, pela disponibilidade e pela partilha ... Por acreditar e pelo contributo na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica. Muito obrigada!

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso pela inspiração, pela partilha do conhecimento, pela reflexão e pela disponibilidade. Obrigada por fazer de cada um de nós sempre melhores enfermeiros!

À Mestre Cristina Martins por me compreender tão bem... por estar sempre no momento certo à hora certa... pela inspiração, pela partilha das inquietações, do conhecimento... por embarcarmos em viagens de pensamento crítico com rumo à qualidade dos cuidados e à dignificação da Enfermagem. Muito obrigada!

À Joana Morais ... muito obrigada pelo conforto e apoio nos momentos mais difíceis, pelas palavras de incentivo e ânimo. Foste fundamental para que este momento chegasse.

À Clara Ramos, Fátima Sobral e Sandra Amorim as vossas palavras de incentivo e apoio continuam a ecoar ... muito obrigada por estarem sempre aí!

A ti Ângelo, por nunca me largares a mão... por acreditares em mim... por me apoiares sempre no caminho que tenho vindo a delinear e pelo incentivo em continuar apesar das ausências. Muito obrigada!

A todos... muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Tornar-se mãe é um processo complexo que exige preparação e adaptação, uma vez que a mulher se confronta com a aquisição de uma nova identidade e com o desenvolvimento de competências parentais. Entre estas, a amamentação assume particular relevância pelos benefícios que proporciona à mãe e ao recém-nascido. No âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) destaca-se a promoção, o apoio e o suporte à amamentação como forma de facilitar este processo. A evidência científica tem demonstrado que a autoeficácia na amamentação, definida como a confiança da mulher na sua capacidade para amamentar, é um dos principais preditores para o início e manutenção da amamentação exclusiva.

Metodologia: Estudo de natureza quantitativa e prospetiva, teve como objetivo analisar a autoeficácia para amamentar no regresso a casa, em mulheres que amamentam de forma exclusiva durante o primeiro mês após a alta hospitalar. A recolha de dados consistiu na aplicação de um formulário com base em variáveis sociodemográficas, experiência de parto, experiência prévia de amamentação, procura de informação durante a gravidez e experiência atual de amamentação, aplicado no momento da alta hospitalar (M1) e da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF) aplicada em três momentos: alta hospitalar (M1), aos 15 dias (M2) e aos 30 dias após a alta (M3). Os resultados obtidos foram analisados através do *software* IBM SPSS recorrendo ao modelo linear misto.

Resultados: Da análise emergiu uma relação, estatisticamente significativa, de variáveis como: a obtenção de informação sobre a amamentação através de pessoas com experiência prévia em amamentar, o início espontâneo do trabalho de parto e a perceção do apoio por parte dos enfermeiros como “muito adequado” com maiores níveis de autoeficácia. Embora sem significância estatística, constatou-se uma tendência no aumento da autoeficácia para amamentar em mulheres com experiência prévia em amamentar (principalmente em M1), que tiveram um parto eutócico, que realizaram contacto pele com pele e que amamentaram na primeira hora de vida do recém-nascido. O menor *score* obtido da BSES-SF foi em M1, tendo as afirmações da escala referentes ao domínio técnico menor avaliação, passando em M2 e M3 a serem as afirmações referentes ao domínio dos pensamentos intrapessoais.

Conclusão: As intervenções do EE-ESMO no período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, têm impacto na promoção da autoeficácia em amamentar e, por conseguinte, no sucesso da amamentação.

Palavras-chave: Amamentação; Puerpério; Autoeficácia para amamentar.

ABSTRACT

Introduction: Becoming a mother is a complex process that requires preparation and adaptation, as women are confronted with the acquisition of a new identity and the development of parenting competencies. Among these, breastfeeding assumes particular relevance due to the benefits it provides to both the mother and the newborn. Within the scope of the competencies of the Midwife, the promotion, support, and encouragement of breastfeeding stand out as a way to facilitate this process. Scientific evidence has shown that breastfeeding self-efficacy, defined as a woman's confidence in her ability to breastfeed, is one of the main predictors of the initiation and maintenance of exclusive breastfeeding.

Methodology: This was a quantitative, prospective study aimed at analysing breastfeeding self-efficacy at the time of discharge home in women who exclusively breastfed during the first month after hospital discharge. Data collection consisted of the application of a questionnaire based on sociodemographic variables, birth experience, previous breastfeeding experience, information-seeking during pregnancy, and current breastfeeding experience, administered at hospital discharge (M1), as well as the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF), applied at three time points: hospital discharge (M1), 15 days after discharge (M2), and 30 days after discharge (M3). The results were analysed using IBM SPSS software, applying a linear mixed model.

Results: The analysis revealed a statistically significant relationship between higher levels of self-efficacy and variables such as obtaining breastfeeding information from individuals with prior breastfeeding experience, spontaneous onset of labour, and perceiving nurses' support as "very adequate." Although not statistically significant, a trend towards increased breastfeeding self-efficacy was observed in women with previous breastfeeding experience (particularly at M1), those who had a eutocic birth, those who experienced skin-to-skin contact, and those who breastfed within the first hour of the newborn's life. The lowest BSES-SF score was observed at M1, with lower ratings for scale items related to the technical domain, whereas at M2 and M3 the lower ratings shifted to items related to the intrapersonal thoughts domain.

Conclusion: Midwifery interventions provided during the prenatal period, labour, birth, and the postpartum period are associated with the promotion of breastfeeding self-efficacy and, consequently, with breastfeeding success.

Keywords: Breastfeeding; Puerperium; Breastfeeding self-efficacy.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS e/ou ACRÓNIMOS

AE	Autoeficácia para Amamentar
ACE	Analgesia por Cateter Epidural
AE1–AE14	Itens da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
AM-1. ^a H	Amamentação na Primeira Hora de Vida
AAMI	Apoio na Amamentação durante o Internamento
AA-AM	Apoio do Acompanhante na Amamentação
AE-AM	Apoio dos Enfermeiros na Amamentação
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
CPP	Contacto Pele com Pele
DAME	Duração da Amamentação Exclusiva
DGS	Direção-Geral da Saúde
DTP	Duração do Trabalho de Parto
EE-ESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EP-AM	Experiência Prévia em Amamentar
EP-AME	Experiência Prévia de Amamentação Exclusiva
FIAMG	Fontes de Informação sobre Amamentação durante a Gravidez
HPP	Hemorragia Pós-Parto
IAMG	Informação sobre Amamentação na Gravidez
IBM SPSS	<i>International Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences</i>
ITP	Indução do Trabalho de Parto
M1	Momento 1 – Alta hospitalar
M2	Momento 2 – 15 dias após a alta
M3	Momento 3 – 6 semanas após a alta
NFAM	Número de Filhos Amamentados
OMS	Organização Mundial da Saúde
P-CPP	Participantes no Contacto Pele com Pele
TD	Tipo de Dequitação
TP	Trauma Perineal
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE.....	16
1.1. Desafios que a mulher vivencia ao longo do tornar-se mãe	20
1.2. Competências parentais	25
1.3. Amamentar.....	30
2. AUTOEFICÁCIA	38
3. AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR	42
3.1. Estado da Arte	45
4. METODOLOGIA	59
4.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	59
4.1.1. Finalidade e Objetivos	61
4.2. DESENHO DO ESTUDO	62
4.2.1. Tipo de estudo.....	62
4.2.2. População e amostra	62
4.2.3. Instrumentos de recolha de dados	64
4.2.4. Tratamento dos dados	66
4.2.5. Análise dos dados	71
4.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	73
5. RESULTADOS	76
5.1. Caracterização da amostra.....	76
5.1.1. Dados sociodemográficos	76
5.1.2. Dados relativos à experiência de parto	77
5.1.3. Dados relativos ao processo de amamentação	79
5.1.4. Caracterização da Autoeficácia para amamentar através do BSES-SF	82
5.1.5. Análise da fiabilidade do Instrumento BSES-SF	83
5.1.6. Evolução dos scores da BSES-SF nos Três Momentos de Avaliação.....	84
5.2. Determinantes da autoeficácia para amamentar	88

5.2.1.	Comportamento do score da autoeficácia para amamentar medida pela BSES-SF	88
5.2.2.	Idade	89
5.2.3.	Escolaridade	91
5.2.4.	Atividade profissional	92
5.2.5.	Tipo de parto	93
5.2.6.	Indução do trabalho de parto	94
5.2.7.	Trabalho de parto espontâneo	95
5.2.8.	Duração do trabalho de parto	95
5.2.9.	Trauma perineal	96
5.2.10.	Dequitação, hemorragia pós-parto, analgesia por cateter epidural	97
5.2.11.	Experiência prévia em amamentar	98
5.2.12.	Duração da amamentação exclusiva	99
5.2.13.	Número de filhos amamentados	99
5.2.14.	Procura de informação sobre amamentação durante a gravidez	100
5.2.15.	Fontes de informação utilizadas	101
5.2.16.	Amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido	102
5.2.17.	Contacto pele com pele	103
5.2.18.	Apoio na amamentação durante o internamento	104
5.2.19.	Perceção do apoio na amamentação durante o internamento	104
5.2.20.	Apoio dos enfermeiros	104
5.2.21.	Apoio do acompanhante	105
6.	<i>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i>	107
6.1.	Características da amostra	107
6.2.	Caracterização da população em relação à BSES-SF	108
6.3.	Relação entre as variáveis sociodemográficas e a BSES-SF	109
6.4.	Relação entre as variáveis da experiência de parto e a BSES-SF	111
6.5.	Relação entre o processo de amamentação e a BSES-SF	113
6.6.	Limitações do estudo	120
7.	<i>CONCLUSÃO</i>	122
	<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	125
	<i>ANEXOS</i>	149

ANEXO A – BSES-SF : versão portuguesa	149
ANEXO B – Autorização da Comissão Ética para a realização do estudo.	150
ANEXO C – Consentimento Informado	162
<i>APÊNDICES</i>	163
APÊNDICE A – Formulário de caracterização da amostra	163
APÊNDICE B – Autorização para utilização da BSES-SF (versão traduzida e validada para a população portuguesa).	168
APÊNDICE C – Informação ao participante na Investigação	169

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1. Dados incluídos para a caracterização da amostra.....	64
QUADRO 2. Operacionalização das variáveis do estudo	66
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra	77
Tabela 2. - Caracterização da amostra relativamente aos dados obstétricos	78
Tabela 3. Caracterização da amostra relativamente à experiência prévia amamentação	79
Tabela 4. Caracterização da amostra relativamente à experiência atual de amamentação	81
Tabela 5 - Caracterização das afirmações da BSES-SF em cada um dos momentos.....	85
Tabela 7. Estatísticas Descritivas da Autoeficácia para Amamentar (BSES-SF) nos Três Momentos de Avaliação	89

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Teoria de médio alcance das transições, Cardoso (2011) adaptado de Meleis et al. (2000)	17
FIGURA 2. Indicadores e competências parentais (Cardoso et al., 2015)	28
FIGURA 3. Representação adaptada do modelo conceitual de Perez-Escamilla et al. (2023) com base no modelo de Rollins et al. (2016)	34
FIGURA 4. Representação adaptada do modelo de autoeficácia para amamentar de Dennis adaptado de Li et al (2022).....	44
FIGURA 5. Esquema de drop-out das participantes ao longo dos três momentos de avaliação.	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Evolução dos scores médios de autoeficácia para amamentar (BSES-SF) ao longo dos três momentos de avaliação, segundo grupos etários (≤ 24 , 25–34 e ≥ 35 anos).....	90
--	----

INTRODUÇÃO

A unidade curricular Dissertação, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, contempla a realização de um estudo de investigação que vai sustentar a dissertação de mestrado.

Segundo o Regulamento de Competências do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2011), salientamos o domínio do desenvolvimento profissional, onde nos compete contribuir para a valorização profissional, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e o desenvolvimento de processos de formação contínua. Assim pensámos ser oportuno debruçarmos a nossa investigação numa questão de partida que surgiu no decurso da nossa prática da prestação de cuidados enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO), de forma a colmatar dificuldades sentidas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados: *Qual é a autoeficácia percebida pelas mães sobre a sua capacidade em amamentar?*

Tornar-se mãe implica um processo de transição do tipo desenvolvimental que exige a aquisição de conhecimentos e habilidade de forma que sejam prestados cuidados com mestria. Dentro das competências parentais, Cardoso (2011) faz referência à amamentação e salienta que, no seu estudo, 50% dos défices de conhecimentos relativos à criança eram sobre o padrão alimentar. A evidência científica que sustenta a importância do aleitamento materno é vasta, culminando com diretrizes da Organização Mundial Saúde (WHO, 2022) e Direção Geral de Saúde (DGS, 2022) no sentido de aconselhar o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade e como forma de complemento da alimentação até aos dois anos. Segundo a DGS (2022) há necessidade de melhorar os indicadores no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo determinando como grandes linhas de orientação estratégica para 2030 investir, promover e proteger a saúde, onde destacamos as intervenções no âmbito da promoção do aleitamento materno.

A amamentação é complexa, sujeita a diferentes variáveis, carece de aprendizagem e de um ambiente que seja propício a este processo (Vicente, 2018). Sendo um dos focos da atenção do EE-ESMO, as intervenções de enfermagem têm como objetivo promover, suportar e apoiar a amamentação desde o período pré-natal contribuindo para a melhoria da adesão ao aleitamento materno exclusivo e redução do seu abandono, sendo imperativo identificar as mães que apresentam um elevado risco de abandono da amamentação.

A autoeficácia é a percepção que um indivíduo tem sobre a sua capacidade de desempenhar com sucesso uma tarefa específica, sendo composta por expectativas de resultados (percepção de que

um determinado comportamento gera um determinado resultado) e expectativas da autoeficácia (convicção de que é capaz de realizar uma tarefa ou comportamento específico para obter o resultado desejado) (Bandura, 1977). Torna-se por isso um excelente preditor de comportamentos relacionados com a saúde, uma vez que estas expectativas influenciam o comportamento das seguintes formas: esforço que despende, durante quanto tempo persiste quando enfrenta obstáculos, ou o seu envolvimento em processos cognitivos desencorajadores ou encorajadores. A autoeficácia na amamentação torna-se um preditor importante no que diz respeito ao sucesso no aleitamento materno. Mães autoeficazes têm maior probabilidade de decidir amamentar, persistir na amamentação mesmo quando confrontadas com dificuldades, ter atitudes ou pensamentos encorajadores e reagir de forma positivamente às dificuldades percebidas (Dennis, 2003).

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form* é uma escala da autoria de Cindy-Lee Dennis que permite identificar mães em risco de abandono da amamentação por necessidade de suporte adicional (Dennis, 2003). Este instrumento de avaliação permite identificar mulheres que necessitam de apoio e suporte na amamentação de forma a darem continuidade a este processo e a obterem os ganhos em saúde que daí advêm. Desta forma, permite ao EE-ESMO prestar cuidados individualizados, de acordo com as necessidades de cada mulher, promovendo a amamentação exclusiva, contribuindo para os indicadores de qualidade dos cuidados de saúde.

Assim definimos como objetivo do estudo analisar a autoeficácia das mulheres que amamentam durante o período do puerpério.

O trabalho é dividido em cinco partes: enquadramento concetual, metodologia, apresentação e discussão dos resultados e conclusão. Na primeira parte vamos abordar os principais conceitos e teorias que sustentam este estudo de investigação, na segunda parte descrevemos de forma detalhada a metodologia utilizada para a recolha e análise de dados para, de seguida apresentarmos e discutirmos os resultados obtidos. Como forma de finalizar apresentamos as conclusões oriundas de todo o processo desenvolvido

É ainda de ressaltar que o presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética do hospital onde foi implementado e cumpriu integralmente os princípios éticos da investigação científica, nomeadamente os preconizados pela Declaração de Helsínquia.

1. TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

*“Ter um filho muda tudo: um dia,
na vida de um homem e de uma mulher, nasce um filho,
e nada mais será como antes”
(Cardoso, 2012, p. 21).*

Transição é um conceito cuja origem se encontra na palavra latina *transitiōne* e que significa uma mudança duradoira, um ato ou efeito que se traduz no passar de um estado ou lugar para outro (Chick & Meleis, 2010). Trata-se de uma mudança caracterizada pela passagem de um estado de estabilidade, que foi abalado por um evento promotor de desequilíbrio, para outro/novo estado de estabilidade. Este conceito pode ser definido como um período de desequilíbrio, que ocorre entre dois períodos estáveis, oriundo de um evento marcante e que culmina com a aquisição de maior maturidade, sendo caracterizada, habitualmente, como positiva (Meleis, 2010; Coelho, 2015). Ao longo da nossa vida são inúmeras as situações geradoras de transições, como é disso exemplo a gravidez, o nascimento de um filho e o desenvolvimento de competências parentais inerente, bem como, a recuperação pós-parto. *“Ter um filho muda tudo”*... nasce um novo ser que implica o nascimento de uma mãe, de um pai, de uma família. Cada um dos elementos da nova família desempenha um papel designado papel parental. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019), o papel de mãe diz respeito ao papel de membro da família e corresponde à interação de acordo com as responsabilidades inerentes ao facto de se ter tornado mãe. É um processo que permite à mulher internalizar comportamentos que vão de encontro às expectativas dos membros da família, amigos e sociedade. Tornar-se mãe é um processo de interação e desenvolvimento entre mãe e filho. Ocorre ao longo de um período de tempo, em que estes se ligam, e durante o qual a mãe, no desempenho do novo papel, adquire competências de cuidar, expressando prazer e satisfação (Mercer, 1995; Meighan, 2004, Mercer, & Walker, 2006; McEwen & Wills, 2009).

Meleis et al. (2000) desenvolveu uma teoria de médio alcance com base nos processos que as transições envolvem, salientando que os enfermeiros são os profissionais de saúde que preparam o cliente para a transição e que facilitam o processo de aprendizagem das competências necessárias no âmbito da saúde e das experiências de doença. No contexto deste trabalho académico, destacamos a missão do EE-ESMO que se centra na promoção da saúde e de transições saudáveis no que diz respeito à saúde ginecológica, sexual e reprodutiva (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A teoria de Meleis et al. (2000), designada de Teoria das Transições, apresenta um modelo que reflete o processo de transição, onde inclui quatro componentes: natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), condições de transição (facilitadoras e inibidoras) e padrões de resposta (indicadores do processo e indicadores de resultados) e os cuidados de enfermagem inerentes a todo este processo. A figura 1 apresenta o esquema elaborado pelas autoras para representar este modelo.

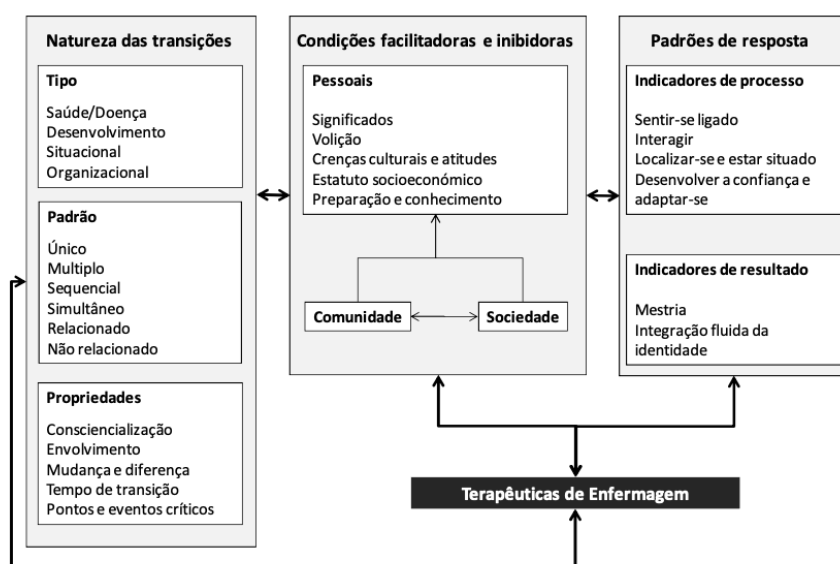


FIGURA 1. Teoria de médio alcance das transições, Cardoso (2011) adaptado de Meleis et al. (2000)

Os processos inerentes à gravidez e ao nascimento de um filho configuram numa transição desenvolvimental e implicam profundas mudanças na vida individual da mulher, do homem e da família. Este processo requer a assunção do papel parental e o desenvolvimento de competências inerentes, traduzindo-se na reorganização das dinâmicas familiares e na adaptação a novas responsabilidades. Contudo, a transição para a maternidade pode ocorrer simultaneamente a outras transições, nomeadamente transições de saúde/doença, decorrentes do diagnóstico médico de patologia durante o período pré-natal, trabalho de parto, parto ou pós-parto, bem como de processos de recuperação que podem requerer reabilitação física e emocional. Acresce que o contexto atual é marcado por um aumento da migração, refletindo-se na taxa crescente de nascimentos em mulheres imigrantes em Portugal (33% em 2024 e 29,2% 2023) (INE, 2025; INE, 2024), o que torna imperativo considerar, na prestação de cuidados, as transições culturais e sociais que estas mulheres vivenciam. Assim, a compreensão do tipo de transição (saúde/doença, desenvolvimental e situacional/organizacional) e da sua simultaneidade, torna-se essencial para uma prestação de cuidados humanizada. Os enfermeiros, neste caso específico os EE-ESMO, devem adotar um modelo de cuidados que

incorpore todas as transições significativas, considerando se são simultâneas ou sequenciais, a extensão de sobreposição entre elas e a natureza da relação entre os diferentes eventos geradores da transição (Meleis et al., 2000).

Tal como os tipos de transição não podem ser considerados isoladamente, as propriedades também não. A consciencialização da transição diz respeito à percepção, conhecimento e reconhecimento da transição experienciada. Meleis et al. (2000) consideram que a consciência é uma característica que define a transição. Para a pessoa se encontrar em transição tem de ter consciência da mudança que está a decorrer. Se isso não acontecer pode significar que ainda não se iniciou a experiência de transição. Relativamente à transição para a maternidade, é importante que a mulher reconheça o início de uma nova fase da sua vida, com a necessidade de adquirir e adotar novos comportamento, ajustes de responsabilidades, objetivos, de identidade e de sentimentos sobre si própria (Cardoso, 2011). O envolvimento está relacionado com o grau com que a pessoa demonstra envolver-se no processo de transição. A consciencialização influencia o envolvimento que pode até nem ocorrer se, previamente, não ocorrer a tomada de consciência. O envolvimento reflete-se na participação ativa no processo de adaptação ao novo papel, demonstrando preocupação e interesse pelo filho e nas mulheres tende a iniciar-se por volta das treze semanas de gestação. Assim, os indicadores desta propriedade de transição podem ser: a procura de informação ou recursos, preparação prévia e proatividade no ajuste das atividades de vida diárias (Cardoso, 2011). O nível de envolvimento de uma pessoa que tem consciência das mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais é diferente daquela que não tem consciência disso. Estas mudanças estão bem patentes no processo de transição para a maternidade, ocorrendo desde o período pré-natal, e que necessitam de consciencialização para favorecer uma adaptação saudável e o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício do papel maternal.

A mudança e a diferença são propriedades essenciais do processo de transição. Como referem Meleis et al. (2000, p.19) “todas as transições implicam mudanças, mas nem todas as mudanças envolvem transições”. As transições são originadas de mudanças e originam mudanças. A consciencialização da mudança origina mudanças e ajuste nos comportamentos e percepções, sendo fundamental identificar o impacto da mudança, o nível de bem-estar e a capacidade da mulher em lidar com as mudanças que ocorrem (Cardoso, 2011). Tornar-se mãe implica mudanças psicológicas, adaptação a mudanças físicas, mudança na percepção social de ser mulher para passar a ser a mãe de alguém exigindo redefinir o relacionamento entre a família e os outros. Exige ainda ajustar prioridades, estabelecer e fortalecer o relacionamento com o recém-nascido (Leanderz et al., 2025).

A diferença é expressa por expectativas insatisfeitas ou divergentes, sentimentos diferentes, ser percecionado como diferente ou ter uma visão do mundo e dos outros em diferentes perspetivas. A transição pode ser caracterizada como um período de tempo com um fim identificável; estende-se desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passa por um período de instabilidade, confusão e angústia com vista a um eventual fim, a um novo começo ou período de estabilidade. Os pontos e eventos críticos são associados, frequentemente, a um aumento de consciencialização ou envolvimento mais ativo, da forma como lidamos com a experiência de transição. São caracterizados pela estabilização das novas rotinas, competências, estilos de vida, atividades de auto-cuidado. Cada evento crítico requer, por parte do enfermeiro, atenção, conhecimento e experiência (Meleis et al., 2000).

Os cuidados de Enfermagem contemplam uma parceria entre enfermeiro e a pessoa alvo dos mesmos, encarando-a como um agente ativo detentor de percepções do significado da sua situação saúde/doença. As percepções e o significado que a pessoa atribuiu ao seu processo é influenciado e, por sua vez, influenciam as circunstâncias sobre as quais a transição ocorre. Perceber as experiências vivenciadas pelas pessoas durante as transições, permite identificar as condições ambientais e pessoais que facilitam o progresso para uma transição saudável. Existem fatores que podem facilitar ou dificultar a transição, influenciando assim as consequências da transição e a qualidade da experiência. Estes fatores englobam variáveis relacionadas com características pessoais (significado, crenças culturais e atitudes, nível socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (suporte familiar, informação, modelos) (Meleis, 2010).

Uma transição saudável é caracterizada pela existência de indicadores que correspondem a padrões de resposta. Os padrões de resposta às transições existem pelo facto das pessoas apresentarem aspetos comuns relativamente a este processo. Estes padrões podem ser monitorizados através de indicadores que, segundo Meleis et al. (2000) traduzem conhecimentos, capacidades e comportamentos essenciais para a gestão de novas situações e contextos. Uma vez que as transições se desenrolam ao longo do tempo, os indicadores do processo (sentir-se e estar ligado, localizar-se e estar situado, desenvolver confiança e *coping*) permitem identificar se as pessoas se encontram em direção à saúde ou em direção à vulnerabilidade e risco. Tal como nas relações familiares ou sociais, os autores constataram que a ligação estabelecida com os profissionais de saúde, para além de facilitar o acesso à informação e permitir o esclarecimento de dúvidas, faz com que as pessoas se sintam mais confortáveis na relação. Deste modo o “sentir-se ligado” torna-se num importante indicador de processo de uma experiência de transição positiva. Como indicadores de resultado encontramos o domínio de

novas competências necessárias para lidar com a transição e o desenvolvimento de uma identidade fluida, porém integrativa. Tornar-se mãe envolve indicadores do processo que dizem respeito à percepção de competência da mãe e à expressão de amor pelo seu filho (Mercer & Walker, 2006). Como fatores que influenciam de forma direta ou indireta o desempenho do papel maternal destacamos:

- **Fatores maternos:** idade da mãe, nível de instrução dos pais, costumes, tradições, crenças, *status* socioeconómico, apoio familiar e comunitário disponível, relação entre mãe e pai, relacionamentos com a própria mãe, estado de saúde, traços de personalidade, autoestima, depressão, ansiedade, experiência de parto, stress vivenciado, atitudes nos cuidados ao filho e tensão em relação ao desempenho do papel. Estes fatores influenciam a forma de perceber os acontecimentos vividos e influenciam as características inatas da personalidade do recém-nascido. A autoeficácia é considerada uma das crenças com maior impacto no que respeita à aprendizagem do desempenho do papel maternal.
- **Fatores do bebé:** aparência, comportamento, temperamento associado à reatividade, autorregulação e estado de saúde (Oyola, 2023; Pascual & Quezada, 2022; Guevara & Lozada, 2020; Cardoso, 2011; Mercer & Walker, 2006).

A determinação do momento em que uma transição está completa, deve ser flexível e variável, porque depende do tipo de mudança ou evento que originou a transição, assim como, a sua natureza e os padrões da transição. Uma transição é concluída de forma saudável quando se verifica mestria nos comportamentos e o domínio de competências necessários à nova condição. Onde os sentimentos iniciais de stress são lugar ao bem-estar e à sensação de conforto no exercício do novo papel e nova identidade (Leanderz et al., 2025; Cardoso, 2011; Meleis, 2010).

Assim, torna-se evidente a importância dos cuidados centrados na pessoa e na família, permitindo identificar a natureza da transição, os condicionalismos e os padrões de resposta de forma a adequar as intervenções de enfermagem às necessidades e contextos específicos promovendo uma transição saudável.

1.1. Desafios que a mulher vivencia ao longo do tornar-se mãe

A transição para a maternidade é um processo complexo, transformador, com dilemas relacionados com o significado atribuído a cada evento, com vulnerabilidades e ajustamentos nos relacionamentos (Leanderz et al., 2025). Tornar-se mãe é um processo aprendido, recíproco, interativo, que desencadeia mudanças pessoais e interpessoais, que se desenvolve conforme a

mulher assume as tarefas maternas, se identifica como mãe e se estabelece um vínculo afetivo entre mãe e filho (Cayambe, 2025; Molano Lozada, 2021; Cardoso, 2011).

A maternidade é considerada um processo turbulento e por isso é alvo do interesse dos investigadores que a correlacionam com diferentes teorias. Rubin (1967) foi uma das primeiras autoras a considerar a transição para maternidade um processo psicológico para além do fisiológico que tem subjacente (Wildman & Levine, 2023). Ramona Mercer apresentou uma teoria de médio alcance, inicialmente designada de *“Maternal Role Attainment”* e mais tarde designada pela autora de *“Becoming a Mother”*. Na sua teoria, Mercer, descreveu este processo como a possibilidade da mãe formar, ao longo do tempo, uma nova identidade, considerando que “tornar-se mãe” é um processo contínuo com início na gravidez e que prossegue após o nascimento do seu filho e decorre ao longo de quatro fases:

- **Fase antecipação:** inicia-se na gravidez e inclui as adaptações sociais e emocionais inerentes a esta fase. Começa com o estabelecimento de uma relação com o feto e diz respeito à fase em que a mulher vai ensaiando o papel materno ao fantasiar sobre a futura relação mãe-filho. Nesta fase os pais já se referem ao feto como filho, já criaram imagens e características do mesmo, criando o filho imaginário, e começam a preparar-se para as alterações dos estilos de vida que esta transição exige;
- **Fase formal:** inicia-se com o nascimento e estende-se ao puerpério imediato. Abrange a aprendizagem e o desenvolvimento do papel maternal. Nesta fase, os comportamentos são, habitualmente, orientados pelos profissionais de saúde e de acordo com as expectativas dos outros;
- **Fase informal:** inicia-se quando mulher lida, de forma particular, com o novo papel e determina, usando juízo crítico, os melhores cuidados para o seu filho. Neste estadio, a mãe, ainda segue as orientações dos outros, mas descobre a sua forma própria de desempenhar o papel de mãe até então desconhecida. É uma fase referente aos primeiros dias após o parto em que rotinas familiares se devem adaptar ao novo elemento da família.
- **Fase pessoal:** compreende o puerpério tardio no qual a mãe deve empodera-se no cuidado ao seu filho, ou seja, assume perante os outros o seu estilo próprio de desempenho do papel maternal. Inicia-se quando a mulher assume um novo papel ou identidade e experimenta novos sentimentos e emoções, tais como harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação (Cayambe, 2025; Talebi et al., 2023; Sarmiento Vilela, 2021; Péres et al., 2021; Santos et al., 2020; Coelho, 2015; Cardoso, 2011; Mercer, 2006).

A construção da identidade materna é feita ao longo do tempo, permitindo que cada mulher integre, no seu reportório de papéis, o papel de mãe daquele filho. Contudo, este processo é individual, com o tempo que é próprio de cada mulher. Tornar-se mãe, requer também adaptação física, emocional e social e inclui:

- **Compromisso e preparação durante a gravidez:** ocorre o compromisso, a ligação ao bebé e a preparação para a maternidade e parto. O compromisso com a gravidez, com o parto e com os cuidados ao recém-nascido é associado a uma adaptação positiva à maternidade;
- **Conhecimento e habilidades** nas 2 a 6 semanas pós-parto: ocorre o conhecimento inicial do recém-nascido, a mãe aprende a interpretar os sinais do seu filho. À medida que a mãe integra o seu filho no contexto familiar e desenvolve as competências inerentes ao cuidar dele fortalece a vinculação, e a confiança nas suas capacidades, que pode ficar comprometido em situações de prematuridade ou nos casos de bebés com necessidades especiais. A recuperação física ocorre nesta fase, podendo prolongar-se durante vários meses, e pode influenciar o seu decurso, principalmente se ocorreram complicações durante a gravidez, parto ou ambos.
- **Normalização** entre os 2 e os 4 meses após o parto: a mãe move-se em direção a uma nova realidade, integrando-a no seu dia a dia, definindo novas rotinas e responsabilidades familiares. A mãe adquire maior confiança nos cuidados ao seu filho;
- **Conquista da identidade materna** após os 4 meses: obtenção da identidade materna, redefinição de si mesma para incorporar o papel de mãe. A mãe desempenha ações de forma natural e com sentimento de amor, reconhece a maternidade com confiança e segurança, tendo perceção das mudanças, potencialidades e responsabilidades no desempenho do novo papel (Cayambe, 2025; Oyola, 2023; Coelho, 2015; Mercer & Walker 2006; Mercer, 2006; Nyström & Öhrling, 2004).

O tempo para alcançar os três últimos estádios é variável e influenciado por aspetos maternos, infantis e pelo contexto socioambiental (Limeira, 2023; Mercer, 2004).

Espera-se que a mãe desenvolva competências ao executar os cuidados ao recém-nascido, experiencie satisfação e prazer ao obter resultados satisfatórios e o recém-nascido sente-se seguro e estável, que lhe servirá de suporte em situações futuras de separação da mãe, quando inicia a exploração à sua volta (Cayambe, 2025). O ambiente tem uma grande influencia neste processo de tornar-se mãe, afetando todos os seus intervenientes: o desenvolvimento do bebé e da mãe. O ambiente familiar e os amigos fornecem apoio social e são modelos de cuidados e

de comportamento materno e infantil. A comunidade onde mãe, pai e filho se encontram inseridos disponibiliza recursos, nomeadamente recursos médicos e grupos de apoio, transmite consistência cultural e estabelece leis que interferem com a vida familiar (Mercer & Walker, 2006).

O papel maternal é adquirido ao longo do processo de interação entre mãe e filho, em que a mãe sente harmonia interna, confiança e competência nos cuidados ao seu filho e constata o seu desenvolvimento. Esta etapa é descrita como aquela em que a mulher vivencia satisfação, prazer e recompensa pela experiência de interação com o seu filho. O confronto com situações desfavoráveis como por exemplo o desconforto causado pela dor na amamentação, a mulher pode vivenciar sentimentos negativos, podendo resultar no desmame precoce e distanciamento do bebé (Siqueira et al., 2023; Tomey et al., 2006). A experiências das mães e dos pais no primeiro ano de vida dos seus filhos é descrita, por alguns autores, como *viver num mundo novo e avassalador* (Nystrom & Ohrling, 2004), podendo incutir nas mães sentimento de impotência, insuficiência, culpa, perda, exaustão, ambivalência, raiva e ressentimento (Mercer, 2006).

A maternidade é definida por diferentes autores com base em três fases: mudanças que ocorrem nos estilos de vida das mães, o conhecimento de novos sentimentos e da perceção do ambiente, que requerem reorganização da dinâmica familiar; enfrentar novos desafios como mãe e procurar apoio de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, para aprender sobre o seu novo papel.

A gravidez, o parto e o puerpério são processos repletos de desafios e de inúmeras mudanças biopsicossociais, principalmente para a mãe (Wildman & Levine 2023). Estas mudanças influenciam a forma como a mãe se relaciona consigo mesmo e com os outros, o que pode ser destabilizador devido às mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Dentro das mudanças biológicas destacam-se as que envolvem mudanças bioquímicas, nomeadamente as oscilações de estrogénio e progesterona, bem como as alterações físicas que ocorrem no corpo da mulher durante todo o processo de se tornar mãe (Wildman & Levine 2023). Independentemente da idade, as mudanças físicas e emocionais, inerentes ao processo de se tornar mãe, culminam numa experiência ambígua, envolvendo sentimentos e emoções que influenciam a identidade da mulher, sendo, por isso, considerada a maior transição de desenvolvimento ao longo do ciclo da vida (Santos et al., 2020). Tornar-se mãe é um processo que envolve uma transição através da qual as mulheres aprendem sobre si mesmas, sobre o seu filho e que lhes permitem adaptar-se a uma nova fase da sua vida (Wildman & Levine 2023; Moyer & Kinser, 2021). Ao longo deste processo a mulher experiencia mudanças psicológicas, físicas e a perceção social (mudança de

mulher para mãe de alguém). Redefine o relacionamento entre a família e os outros, ajusta prioridades, forma e desenvolve um relacionamento com o recém-nascido (Leanderz et al., 2025). As necessidades do recém-nascido culminam, muitas vezes, com a perda temporária da identidade da mulher, colocando em segundo plano as suas necessidades, as do seu parceiro e enquanto casal (Williamson et al., 2023). O confronto da realidade com os ideais da maternidade está associada a sentimentos de vergonha e culpa, afetando a aceitação da sua nova identidade, bem como, no desenvolvimento de competências parentais (Williamson et al., 2023).

A maternidade traz mudanças na dinâmica familiar, derivadas das mudanças de papéis, de identidade, na redução do tempo de qualidade com o parceiro e da necessidade de reorganização familiar (Williamson et al., 2023; Albanese et al., 2018; Nomaguchi & Milkie, 2020; Van-Scheppingen et al., 2018). Atualmente há uma tendência para a divisão do trabalho de forma igualitária entre géneros, contudo, a mulher mantém o domínio na gestão das tarefas domésticas, que se mantém ao longo do exercício da maternidade (Williamson et al., 2023; Ciciolla & Luthar, 2019; Horne et al., 2017). A forma como a divisão das tarefas domésticas é feita também influencia a satisfação no que diz respeito ao relacionamento. Quando a mulher sente que é a única responsável pelo exercício parental ou a principal responsável pelas finanças domésticas verifica-se uma diminuição da satisfação no relacionamento (Ciciolla & Luthar, 2019).

A transição para a maternidade é considerada saudável quando envolve sensação de bem-estar e conforto face ao desempenho do papel de mãe e à exigência de determinados comportamentos que este papel contempla. Esta transição não envolve apenas a mudança do eu da mulher para se tornar mãe de um bebé, mas envolve mudanças individuais já durante o período pré-natal (Leanderz et al., 2025). Durante este período, as mulheres podem sentir, independentemente da paridade, que não se encontram preparadas para enfrentar dificuldades como depressão, ansiedade, recuperação física, amamentação e cuidar do seu filho. Desta forma, esta transição do tipo desenvolvimental, associada a estas dificuldades, pode tornar as mães vulneráveis, muitas vezes manifestada através da ansiedade (Leanderz et al., 2025).

A era digital traz, igualmente, novos desafios e oportunidades para esta fase da vida da mulher. São oportunidades de melhoria da saúde dos pais, de acessibilidade a informação, partilhada por outras pessoas sobre as suas experiências, permitindo-lhes desenvolver a capacidade de entender e de se adaptarem ao processo de parentalidade. Por outro lado, a disponibilidade quase imediata de apoio e ajuda por parte de outras mães, bem como, na facilidade de estabelecerem, on-line, relacionamentos íntimos, promove a elevação de expectativas sobre si mesmas. Assim, se por um lado, podemos estar perante uma ferramenta útil para fazer face ao

isolamento de determinadas mulheres, por outro podemos estar perante algo promotor de ansiedade (Leanderz et al., 2025).

Para além de estarmos perante uma grande diversidade de desafios é de ressaltar que estes são, muitas vezes, inesperados. A mulher necessita de lidar com questões práticas tais como a saúde e o desenvolvimento do seu filho, mas também como aspetos sociais e emocionais. Estes não são muitas vezes discutidos de forma aberta, sendo imperativo criar oportunidades para que tal possa ser possível, onde a mulher possa partilhar a sua experiência e possa encontrar formas de apoio (Viana & Benicasa, 2023).

O suporte emocional, seja oriundo da família ou dos profissionais de saúde, é considerado como um dos fatores que mais contribui para uma experiência saudável e equilibrada. O fato da mãe poder falar sobre as dificuldades e desafios com que se depara, contribui para que não se sinta sozinha e aumenta a sua capacidade de enfrentar os obstáculos que possam vir a surgir. O apoio social tem impacto na saúde mental da mãe e na relação que estabelece com o seu filho (Borges & Dalmau, 2021).

As dificuldades e desafios com que a mãe se confronta são verdadeiras oportunidades de aprendizagem. Este processo é essencial para a mãe consiga conciliar as suas necessidades às necessidades do seu filho (Cavalcanti Borges et al., 2025). As intervenções de enfermagem devem ser baseadas em evidência científica e devem incluir programas de cuidados pré-natal estruturados, aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva, técnicas de respiração, orientação para uma experiência positiva do parto e monitorização contínua (Cayambe, 2025). O acompanhamento sistemático baseado em teorias de transição melhora a autoeficácia materna e a adaptação ao papel maternal, exigindo que a equipa de enfermagem seja um agente facilitador do processo, adaptando os cuidados à individualidade de cada pessoa atendendo às características culturais, emocionais e educacionais (Cayambe, 2025; Özcan & Temiz, 2025).

1.2. Competências parentais

Tornar-se mãe e pai é um processo complexo e exigente, que começa antes do nascimento do recém-nascido. É crucial para fomentar os laços familiares, preparando os membros da família para a integração do(s) novo(s) elemento(s) e criar um ambiente seguro e acolhedor. É também a oportunidade dos pais se envolverem emocionalmente naquele que vai ser o desempenho do seu papel parental e de proporcionar um ambiente em que o(s) recém-nascido(s) possa(m) crescer e desenvolver-se com as condições de saúde exetáveis (Cardoso et al., 2024).

Este processo envolve uma experiência de transição e de adaptação da mulher e do homem para o desempenho de um novo papel – papel parental. Esta experiência implica a aquisição e incorporação de novos conhecimentos, aquisição e desenvolvimento de capacidades, a crença de que se é capaz (autoeficácia), o ajuste de comportamentos e a redefinição de significados que, conseqüentemente, alteram a definição que cada um tem de si mesmo no seu contexto social (Cardoso et al., 2024). O conceito de competência tem um carácter multidimensional, direcional, dinâmico e contextual, sendo por isso considerado um conceito integrador. Diz respeito à capacidade da pessoa para gerar e coordenar respostas afetivas, cognitivas, comunicacionais e comportamentais, flexíveis e adaptativas, a curto e a longo prazo. Diz ainda respeito à capacidade para lidar com as exigências inerentes à realização de tarefas vitais bem como de criar estratégias para aproveitar as oportunidades que surgem no âmbito do seu contexto do desenvolvimento (Oliveira & Rodrigues, 2020; Macedo et al., 2025). As competências parentais dizem respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas desenvolvidas e que são mobilizadas no sentido de assegurar o bem-estar físico (por exemplo: alimentação, higiene, saúde e segurança), emocional, social e cognitivo dos seus filhos. São competências aprendidas, desenvolvidas e adaptadas, não sendo consideradas inatas. Trata-se de um processo gradual que é influenciado pelo contexto cultural, apoio social e até mesmo pela própria experiência parental (Barudy & Dantagnan, 2010; Bornstein, 2015; Saether et al., 2023).

A competência materna diz respeito à sensação da capacidade da mãe para cuidar do seu filho, refletindo a percepção sobre as suas habilidades parentais. A percepção de competência parental tem um efeito profunda na qualidade da interação mãe-filho, repercutindo-se nas várias dimensões do desenvolvimento neonatal e psicossocial da criança (Talebi et al., 2023; Fasanghari, 2023). Embora não seja unânime, alguns autores salientam a influencia de fatores como o nível educacional da mãe, a idade, a paridade, a empregabilidade, situação financeira, apoio social, saúde física e mental, a saúde do bebé, o apego ao bebé, na competência parental da mãe (Talebi et al., 2023; Fasanghari, 2023).

A autonomia e a capacidade materna no desempenho do papel parental aumentam após o nascimento atingindo o seu pico quatro meses após o parto (Talebi et al., 2023). Contudo é importante salientar que a falta de consciência da mãe sobre o papel parental e os cuidados inadequados ao bebé e de si mesma são fatores de grande relevo no que diz respeito à recusa da maternidade (Talebi et al., 2023). O desenvolvimento de competências do papel parental ocorre quando a mãe adquiriu conhecimentos e habilidades no que diz respeito aos cuidados ao seu filho permitindo sentir-se confortável com as tarefas inerentes aos mesmos, bem como, na

interpretação dos comportamentos do seu bebé, facilitando assim a identidade como mãe (Fasanghari, 2023).

Macedo et al. (2025), com base na conceitualização proposta por Johnston e Mash (1989), define as competências parentais como o grau com que os pais se sentem eficazes e confiantes nas suas capacidades para fazer face aos desafios relacionados com a educação dos seus filhos e que envolve a eficácia percebida e a satisfação com seu desempenho parental. Segundo esta perspetiva, a perceção da competência parental envolve duas dimensões: a eficácia percebida (grau com que os pais se sentem confiantes em lidar com os problemas dos filhos, capacidade para a resolução de problemas e familiarização com a parentalidade) e a satisfação com o papel inerente à qualidade do afeto (dimensão afetiva, grau de frustração, ansiedade e motivação associados ao desempenho do papel parental).

Cardoso et al. (2015) identificaram a necessidade de construir um instrumento orientador da avaliação das competências parentais, desde a gravidez até ao sexto mês de idade. Para tal identificaram, com base na análise das entrevistas efetuadas e da revisão da literatura, um conjunto de indicadores do domínio do conhecimento e da habilidade relacionados com as decisões e ações parentais, ou seja, as competências parentais. Assim, foram identificadas 16 competências e seus respetivos indicadores, das quais destacamos o amamentar. A figura 2 apresenta os dados obtidos.

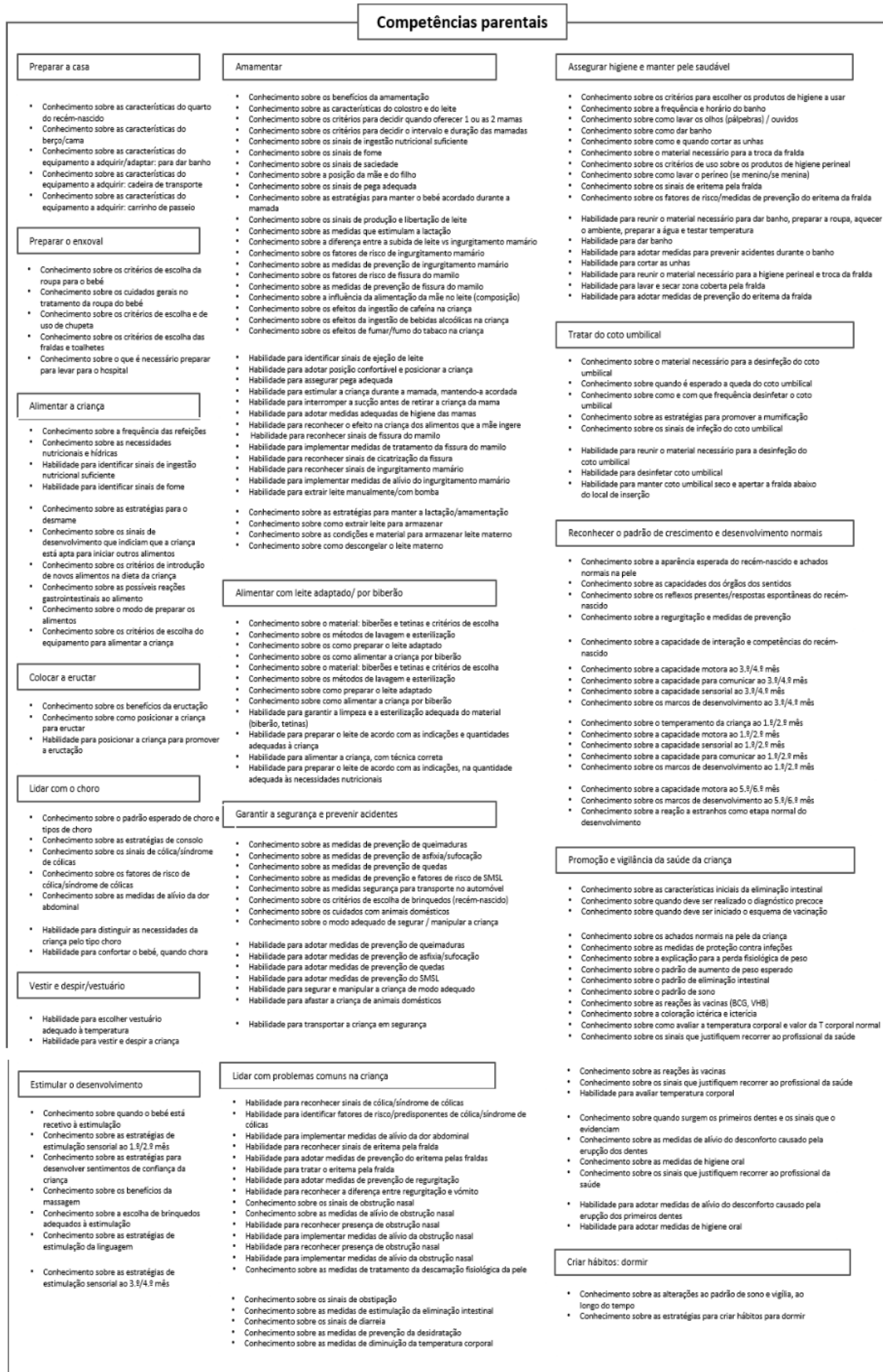


FIGURA 2. Indicadores e competências parentais (Cardoso et al., 2015)

As inúmeras competências que os pais têm de adquirir e desenvolver demonstra bem a complexidade e o enorme desafio que é este processo de se tornar mãe e pai. Contudo, segundo Cardoso et al. (2024), o conhecimento das mães e dos pais sobre as competências parentais e o desenvolvimento infantil está associado, de forma positiva, à qualidade das interações mãe/pai-filho e, por conseguinte, à maior probabilidade de envolvimento nos cuidados promotores de um desenvolvimento saudável do seu filho. Este processo deve iniciar-se no período pré-natal, momento privilegiado para promover conhecimentos e atitudes positivas, promover a ligação entre a tríade, a aquisição e o desenvolvimento de competências e confiança parental (Cardoso et al., 2024; Figueiredo, 2013).

De acordo com o Regulamento de Competências do EE-ESMO, da Ordem dos Enfermeiros (2019), compete a estes profissionais de saúde prestar cuidados que potenciem a saúde da mulher e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Desta forma, os programas de promoção da adaptação à parentalidade, implementados por EE-ESMO, contribuem para a promoção dos conhecimentos, capacidades, autoeficácia, consciencialização e reformulação dos significados dificultadores no âmbito do exercício do papel parental. Estes programas correspondem a processos de cuidados dinâmicos contribuindo para a saúde da tríade. São verdadeiras oportunidades de promover a mestria e confiança no desenvolvimento do papel parental. Devem centrar-se sobretudo nas potencialidades ao invés das vulnerabilidades. Assim, o EE-ESMO apoia, respeita e empodera os pais com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências parentais, a autoconfiança no exercício parental, o bem-estar emocional e a saúde mental da mãe e do pai, a saúde para a harmonização entre a parentalidade e a conjugalidade (Cardoso et al., 2024).

Contudo estas intervenções educativas devem propagar-se no pós-parto, pois têm demonstrado um efeito positivo na autoeficácia materna, na adesão à amamentação e na construção de um vínculo saudável com o bebé (Noel-Weiss et al., 2006; Schultz et al., 2020). O período do puerpério é aquele que permite colocar em prática os conhecimentos adquiridos e desenvolver habilidades e atitudes. Nesta fase, os pais confrontam-se com os desafios inerentes ao papel parental, exigindo transformações e adaptações. Ao longo deste período os pais devem assumir de forma progressiva o controlo dos cuidados. A amamentação faz parte desses mesmos desafios, podendo ser considerado como um evento crítico passível de ser ultrapassado com intervenções bem organizadas e planeadas. Para tal é importante que os EE-ESMO detenham conhecimento sobre os fatores que determinam o sucesso da amamentação. A demonstração de flexibilidade e recetividade para esclarecer dúvidas, executar procedimentos e supervisionar as competências parentais, recorrendo a uma linha comum orientadora das práticas de todos os

elementos da equipa de enfermagem são promotores de uma vivência mais adequada do processo de transição para a parentalidade (Silva & Carneiro, 2018).

1.3. Amamentar

Amamentar é uma das competências parentais inerentes a este trabalho de investigação que dada a sua importância pretendemos explicar. Com base nos benefícios da amamentação, entidades nacionais e internacionais, como a Direção Geral de Saúde (2023) e a *World Health Organization* (2018), defendem a sua exclusividade até aos seis meses de idade e de forma complementar até aos dois anos de vida da criança. Desta forma têm vindo a ser defendidas e sugeridas políticas promotoras da amamentação, das quais destacamos a Iniciativa Hospitais Amigo do Bebê e o documento *Ten Steps to Successful Breastfeeding* que salienta a importância da formação dos profissionais de saúde, o suporte durante o período pré-natal e pós-natal, o alojamento conjunto, a amamentação na primeira hora de vida, o contacto pele com pele e a doação de leite humano. A OMS (2023) estabeleceu como meta global para 2025 uma taxa de aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de 50% e de 70% para 2030. Em Portugal, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável definiu como meta até 2030 uma taxa de aleitamento materno exclusivo de 50 % (DGS, 2022).

Contudo importa distinguir conceitos como amamentação e aleitamento. A amamentação é uma ação exclusiva da mulher através da qual alimenta o seu filho com leite oriundo diretamente da mama (Cardoso et al., 2024). Quando este processo se mantém durante quatro a seis meses de vida denomina-se de amamentação exclusiva e exclui a introdução de qualquer outro tipo de alimentos ou líquidos (CIPE, 2011; Carvalho, 2018). O aleitamento diz respeito ao tipo de alimento que o recém-nascido recebe e pode ser:

- Aleitamento materno: leite produzido pela mãe e oferecido diretamente da mama (amamentação) ou extraído e oferecido através de dispositivos como por exemplo copo ou biberão;
- Aleitamento humano: oferecido leite humano produzido por outra mulher e obtido através do banco de leite humano;
- Aleitamento artificial: oferecido ao recém-nascido leite de vaca adaptado.

Apesar dos diferentes tipos de aleitamento, eles podem ser ou não exclusivos, ou seja, uma mãe pode, por exemplo, simultaneamente amamentar e oferecer leite humano ou leite de vaca adaptado. A forma como o recém-nascido é alimentado requer a aquisição de diferentes

competências parentais, bem como, diferente tempo e dedicação para alcançar a percepção de mestria (Cardoso et al., 2024).

Devido às características ímpares do leite materno, este é considerado um alimento vivo, complexo e completo respondendo às exigências nutricionais imperativas para o crescimento físico, desenvolvimento e metabolismo do bebé (Almeida et al., 2025; Santos et al., 2021). Devido aos diversos componentes tais como imunoglobulinas péptidos, hormonas, leucócitos, hidratos de carbono complexos, membranas de glóbulos de gordura de leite, para além de uma fonte de nutrição que permite o desenvolvimento do bebé, reforça o sistema imunitário protegendo-o contra doenças infecciosas, doenças crónicas, diminuí a probabilidade de obesidade na idade adulta e previne a mortalidade infantil. Permite ainda transmitir informações complexas sobre a melhor forma de se desenvolver em cada ambiente e cultura, tendo por base um historial genético único (Almeida et al., 2025; Zeng et al., 2024, Horta et al., 2023; Smilowitz et al., 2023; Victora et al., 2016). A componente hormonal do leite materno está associada ao estímulo do apetite e do desenvolvimento do sono adequados ao bebé (Perez-Escamilla et al., 2023). Com a diminuição da morbilidade é importante destacar o impacto no desenvolvimento infantil no que diz respeito ao equilíbrio a nível físico, intelectual e psicoemocional. A evidência científica tem ainda destacado os benefícios do desenvolvimento cognitivo pelo fato do leite materno poder proporcionar estímulo no desenvolvimento cerebral no primeiro ano de vida (Almeida et al., 2025; Santos et al., 2021). O reflexo de sucção é um dos reflexos cruciais no que diz respeito à alimentação do recém-nascido, sendo diferente quando ocorre no processo de amamentação ou de aleitamento, tendo repercussões na saúde e desenvolvimento do bebé. Estas diferenças prendem-se, não só, no que diz respeito à influência na estrutura craniofacial, na redução do risco de má oclusão dentária, mas também na composição de aminoácidos livre e proteínas totais e no provável fluxo retrógrado da microbiota oral do bebé para o leite materno (Perez-Escamilla et al., 2023; Williams et al., 2019; van Sadelhoff et al., 2018; Peres et al., 2015). Há evidência que destaca a menor incidência de asma, maior probabilidade de obter *Bifidobacterium* contribuindo para uma melhor autorregulação da ingestão energética contribuindo para a redução da obesidade (Perez-Escamilla et al., 2023, Moossavi et al., 2019; Rollins et al., 2016).

Outro aspeto a salientar é o contacto pele com pele que a amamentação proporciona contribuindo para a regulação da temperatura corporal, do metabolismo e do ciclo circadiano (Perez-Escamilla et al., 2023). A amamentação proporciona uma interação dinâmica entre mãe e filho que permite um desenvolvimento cerebral e a formação de uma personalidade saudável (Zeng et al., 2024; Cristian et al., 2021; Victora et al., 2016). Hormonas como a ocitocina e a

prolactina, bem como outros metabolitos, presentes no processo de amamentação promovem o vínculo mãe-filho e reduzem o seu *stress* fisiológico (Perez-Escamilla et al., 2023; Uvnäs Moberg et al., 2020). A amamentação mista pode diminuir o apego entre a díade mãe-filho aumentando a suscetibilidade dos bebés ao desenvolvimento de uma personalidade limítrofe (Zeng et al., 2024; Schwarze et al., 2015).

Como benefícios para a mãe, a amamentação previne a ovulação, ocorrendo a amenorreia relacionada com a lactação, sendo um fator protetor para uma nova gravidez (Zeng et al., 2024; Louis-Jacques & Stuebe, 2020). Por outro lado, a amenorreia láctea tem impacto no que diz respeito às comorbilidades, diminuindo o risco de cancro do ovário e da mama e reduzindo o risco de incidência de diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. (Almeida et al., 2025; Zeng et al., 2024; Basree et al., 2019; Victora et al., 2016). Outros benefícios a salientar são o contributo para uma perda de peso mais eficiente para a mãe, para economizar e para o fortalecer o vínculo mãe-filho (Almeida et al., 2025; Neville et al., 2014). A interação resultante do processo de amamentação torna-se essencial na construção de um vínculo sólido, prevenindo problemas ao nível do comportamento a longo prazo, contribuindo de forma positiva para o desenvolvimento emocional, social e psíquico do bebé (Almeida et al., 2025; Gradman & Shai, 2024; OMS, 2021).

Relativamente aos benefícios económicos para a família e para a sociedade, salientámos que a falta ou ausência de investimento no que diz respeito à proteção, promoção e apoio à amamentação leva a perdas económicas, estimando-se que, globalmente, em cada ano são perdidos 341,3 bilhões de dólares no que diz respeito à saúde e desenvolvimento humano (Perez-Escamilla et al., 2023).

Amamentar é um processo complexo e a decisão da mulher de amamentar o seu filho envolve fatores sociais, culturais, económicos e psicológicos (Monteiro, 2020; Matare et al., 2019). A amamentação exclusiva requer um compromisso da parte da mãe, exige adaptação de toda a família e envolve diversos tipos de apoio. Implica capacidade individual da mãe, nomeadamente no que diz respeito ao nível de conforto que sente com o próprio corpo. Implica apoio social com destaque para os que lhe são mais próximos, tais como familiares e amigos. Requer tolerância e capacidade de enfrentar dificuldades, que surjam, e crença retidas (Santos et al., 2021).

O sucesso da amamentação está relacionado com múltiplos fatores: políticas nacionais e internacionais, fatores socioculturais e fatores relacionados com a mãe, bebé e família. Contudo é de salientar o papel decisivo da mulher neste processo (Zeng et al., 2024; Shi et al., 2021; Zeng et al., 2018; Rempel e Moore, 2017; Rollins et al., 2016).

Kronborg, H., & Foverskov (2020) salientam a diversidade de fatores que influenciam o processo de amamentação e agrupam-nos da seguinte forma: fatores que de forma independente influenciam o pronóstico e a durabilidade (a longo prazo) da amamentação exclusiva e os fatores, dependentes do tempo, que afetam principalmente a duração da amamentação exclusiva nos primeiros meses após o nascimento. No primeiro grupo encontramos o contato precoce pele com pele, a intenção de amamentar, nível de autoeficácia, a sensação de segurança, bem como a importância que é atribuída à amamentação. No segundo grupo encontram-se a hospitalização inerente ao nascimento do filho, obesidade materna, baixa autoeficácia e experiência anterior de amamentação.

Durante o processo de amamentação exclusiva, a mulher confronta-se com uma diversidade de desafios, sendo que, as dificuldades relacionadas à técnica correta de amamentação, principalmente nas mães primíparas, problemas anatómicos das mamas, presença de fissuras e dores durante a amamentação estão entre as principais causas de desmame precoce (Magalhães, 2024). Outros fatores ainda mencionados que comprometem a manutenção e que motivam a interrupção precoce da amamentação são: uso da chupeta como forma de acalmar o bebé, a ausência de conhecimento da prática da amamentação, lesões mamilares, ingurgitamento mamário, falta de investimento por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito à educação para a saúde e a influência negativa de informação oriunda do senso comum como a produção insuficiente de leite materno (Farinho, 2023).

A evidência científica tem demonstrado que um suporte adequado durante o período de internamento pode mitigar estes desafios, sendo também importante que se prolongue após a alta dado que o desmame precoce é frequente, principalmente neste período (Magalhães, 2024). Rollins et al. (2016) propuseram um modelo conceitual que inclui os determinantes que operam em diferentes níveis e que influenciam as decisões e os comportamentos relativos ao processo de amamentação ao longo do tempo. Estes autores salientam que, apesar de considerarem que, biologicamente, a maioria das mulheres saudáveis é capaz de amamentar, a prática da amamentação é influenciada por fatores históricos, socioeconómicos, culturais e individuais. Este modelo destaca os determinantes e as intervenções que influenciam a tomada de decisão de amamentação exclusiva, o início precoce da amamentação e a sua continuidade, ou seja, reflete as componentes de um ambiente propício à amamentação. Com base em

evidência científica recente, Perez-Escamilla et al. (2023) reformulam o modelo apresentado por Rollins et al. (2016) e que apresentamos na figura 3.¹

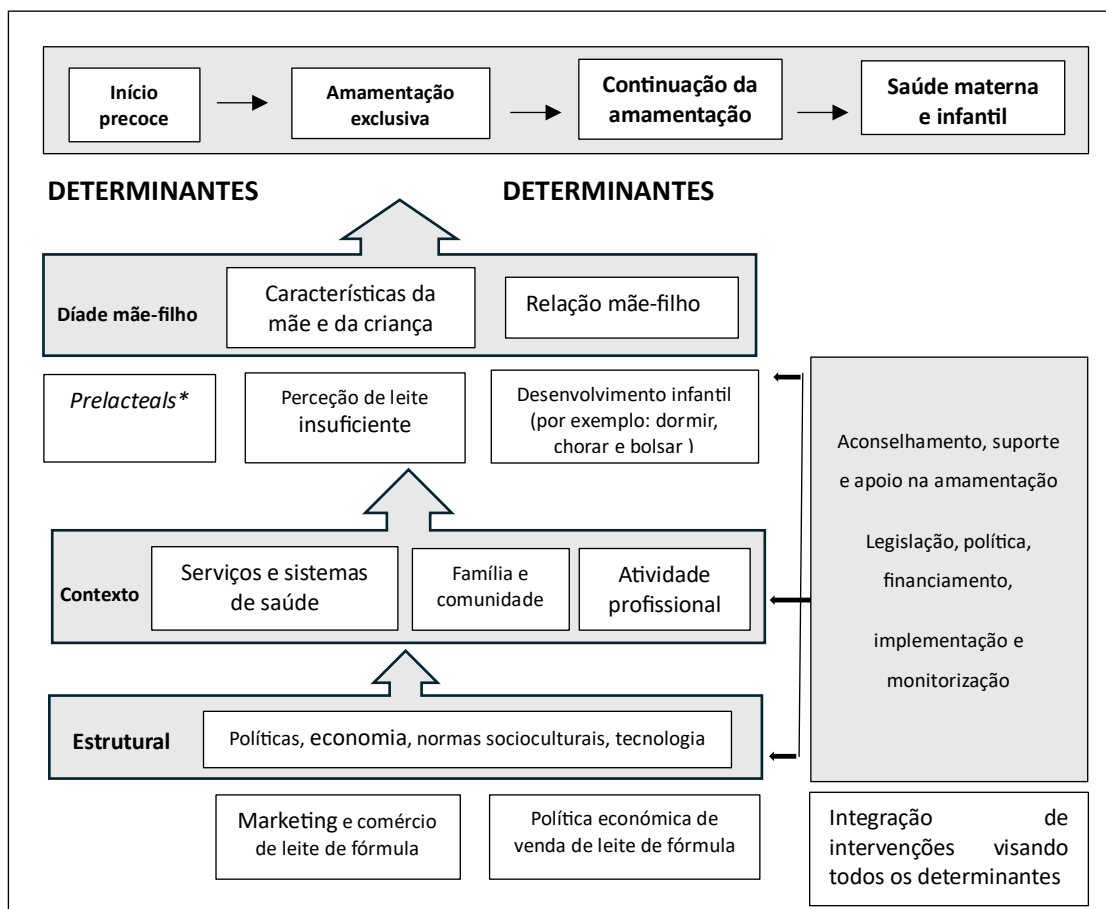


FIGURA 3. Representação adaptada do modelo conceitual de Perez-Escamilla et al. (2023) com base no modelo de Rollins et al. (2016)

Rollins et al. (2016) e Perez-Escamilla et al. (2023) com base em diversos autores mencionam alguns aspetos importantes de cada um dos determinantes e intervenções. A mencionar:

Determinante estrutural: normas socioculturais, desigualdades de género, *marketing* e aumento do custo de vida influenciam o processo de amamentação. Embora a amamentação seja considerada como ideal para o bebé e uma demonstração de devoção por parte da mãe, em alguns contextos socioculturais e laborais há reprovação da prática de amamentação em público ou no local de trabalho. Nestes determinantes é ainda realçada a importância das políticas instituídas no que diz respeito à promoção e proteção da amamentação. Neste campo

* - *Prelacteals* – quando um líquido ou alimento é dado a um recém-nascido antes do início da amamentação (WHO, 2018)

os autores destacam a importância do respeito pelos direitos reprodutivos das mulheres, incluindo as leis laborais e ainda a acessibilidade aos serviços de saúde.

Determinante contextual: Os profissionais de saúde influenciam e apoiam a decisão e manutenção da amamentação exclusiva em momentos importantes tais como, durante a gravidez, após o parto e perante desafios com que a mulher se vai confrontando. Contudo a existência de lacunas nas competências dos profissionais de saúde referentes à amamentação podem comprometer o processo. Gestação de alto risco, partos distócicos, internamento prolongado, patologia materna e recém-nascidos prematuros, com patologia associada ou de baixo peso ao nascer podem adiar o início da amamentação. A separação mãe-filho, a introdução de fórmula láctea antes do início da amamentação e a existência de amostras gratuitas de substitutos de leite materno influenciam negativamente o sucesso de processo de amamentação. A família também tem impacto no processo de amamentação, uma vez que a experiência de outros membros da família influencia a decisão e a duração da amamentação. O apoio do companheiro é essencial, já que existe relação entre o apoio destes e a duração da amamentação. A atividade profissional é, em muitas situações, a causa de não amamentar ou de desmame precoce. Os motivos podem se prender com a fadiga, pausas durante a jornada de trabalho, locais apropriados para amamentar ou extrair leite e a concessão do direito à licença de maternidade. Diversos estudos efetuados demonstraram que a intenção de regresso ao trabalho logo após o parto demonstra menor probabilidade de iniciar e manter a amamentação. Licença de maternidade inferior a 6 semanas aumenta quatro vezes a possibilidade de não iniciar ou interromper de forma precoce a amamentação.

Determinante Díade Mãe-filho: a decisão sobre a amamentação geralmente é tomada até ao terceiro trimestre. A intenção é fortemente preditiva do início e da duração. Fatores individuais, nomeadamente conselhos e práticas que diminuem a confiança e a autoeficácia materna, vão ter uma repercussão negativa na amamentação. Posicionamento e pega inadequados, bem como apoio inadequado, especialmente nas primeiras semanas após o nascimento, e a antecipação de dificuldades na amamentação são motivos comuns para o abandono da amamentação. Mulheres que não amamentaram com sucesso os seus filhos têm menos probabilidade de tentar amamentar nas gestações seguintes. O choro, a agitação do bebé, a perceção de fome e a dificuldade ou incapacidade em acalmá-lo leva, em muitas situações, à presunção de que o leite produzido é insuficiente e, por conseguinte, a introduzir substitutos do leite materno.

Segundo o documento *Ten Steps to Successful Breastfeeding*, um dos passos essenciais para este processo é a mulher adquirir informação sobre os benefícios e autogestão da amamentação durante o período pré-natal. O conhecimento sobre a amamentação é algo primordial para uma tomada de decisão informada e por conseguinte para a confiança na tomada de decisão e sobre as ações desenvolvidas em torno do processo de amamentação (Cardoso et al., 2024; McFadden et al., 2017; Balogun et al., 2016). Contudo, embora a amamentação seja uma ação exclusiva da mulher, existem situações em que esta partilha a tomada de decisão e ação com pessoas significativas. Desta forma, a evidência tem vindo a demonstrar que quando o pai ou avós não apoiam ou são contra as decisões e ações inerentes ao processo de amamentação, produzem um efeito negativo desde o seu início à sua manutenção e continuidade da amamentação. Assim, é imperativo envolver as pessoas significativas (Cardoso et al., 2024; Dias, Vieira e Vieira, 2017; Mahesh et al., 2018; Bennett et al., 2016; Negin et al., 2016; Hunter e Cattelona, 2014; Brown e Davies, 2014).

A amamentação é considerada uma tarefa desafiante envolvendo elementos práticos, emocionais, motivacionais e onde o conhecimento, como já referido anteriormente, ganha relevo. O conhecimento adquirido vai permitir à mulher adquirir capacidade na tomada de decisão informada e superar desafios comuns. O conhecimento sobre como posicionar o seu bebé durante a amamentação, a pega adequada, a frequências das mamadas, estratégias de autogestão, sinais de fome, sinais de transferência de leite vai ajudá-la a superar os desafios, lidando com eles de forma mais eficaz (Cardoso et al., 2024).

A duração do processo de amamentação está relacionada com a autoeficácia, ou seja, com a confiança que depositam na sua capacidade em amamentar. Diversos estudos indicam que a confiança que as mulheres têm na capacidade em amamentar está diretamente relacionada com o início e a duração da mesma. Desta forma, é importante a identificação de mães que apresentem risco de desmame precoce. Sendo que, compete ao EE-ESMO o incentivo e apoio no que diz respeito ao aleitamento materno, a identificação de variáveis modificáveis como a autoeficácia, pode facilitar o desenvolvimento e avaliação de intervenções que sejam promotoras da amamentação (Monteiro, 2020; Thorpe et al., 2020; Roza et al., 2019; Guimarães et al., 2018; Rocha, 2018). A autoeficácia é entendida como um fator promotor da amamentação, uma vez que ajuda a mãe a aumentar o seu desejo em amamentar. É determinada pela confiança da mulher no processo de amamentação e por esse motivo, os conhecimentos, o encorajamento e a segurança em si são fundamentais pois promovem maior confiança e habilidades para conseguir amamentar o seu filho (Danaga et al., 2024; Schultz et al., 2020). Assim, para que a amamentação seja eficiente, é fundamental que a mãe acredite e confie que detém os

conhecimentos e habilidades suficientes que lhe permitam amamentar o seu filho (Danaga et al., 2024).

2. AUTOEFICÁCIA

*“A teoria da Autoeficácia recorda-nos que
somos agentes ativos na configuração das nossas vidas e que
podemos influenciar positivamente a nossa realidade.
Conhece-te a ti próprio, desafias as tuas crenças limitadoras,
aprende através de modelos positivos, desenvolve uma mentalidade positiva e
abraça a mudança.”
(Calicchio, 2023, p. 131)*

A autoeficácia refere-se à avaliação que a pessoa faz da sua capacidade para realizar com sucesso determinada ação ou lidar eficazmente com uma situação específica (Waddington, 2023), traduzindo a crença que detém acerca da sua capacidade de influenciar acontecimentos relevantes da sua vida, não atuando apenas em função de pressões externas mas também em função do que creem em ser capazes de fazer (Ahmadinezhad et al., 2024; Calicchio, 2023). Neste sentido, a autoeficácia constitui um constructo central na compreensão do comportamento humano por refletir a forma como o indivíduo interpreta e mobiliza os seus recursos pessoais face aos desafios que enfrenta. De acordo com Bandura (1997), a autoeficácia corresponde ao julgamento que a pessoa formula acerca da sua capacidade para organizar e executar as ações necessárias à obtenção de um determinado desempenho. Importa salientar que esta avaliação não diz respeito à competência objetiva do indivíduo, mas sim à perceção subjetiva que este tem da sua habilidade ou incapacidade para concluir uma tarefa específica, a qual pode ou não corresponder ao desempenho efetivamente observado (Waddington, 2023). O conceito de autoeficácia tem vindo, assim, a assumir particular relevância no âmbito da psicologia social, em virtude das implicações que apresenta na saúde física e mental, sendo amplamente investigado enquanto determinante do comportamento humano (Calicchio, 2023). Este interesse emerge no contexto das teorias sociocognitivas, nas quais o indivíduo é conceptualizado como um agente ativo, capaz de autorregular as suas escolhas e comportamentos em função das crenças que constrói sobre si próprio e sobre a sua capacidade de agir no mundo (Waddington, 2023).

Bandura (1977), com a sua teoria da autoeficácia, teve um papel importante na introdução de novos paradigmas e conceitos que contribuíram para o enriquecimento no que diz respeito à compreensão do comportamento e da dinâmica social. Esta teoria deu destaque ao “mundo interno” de cada indivíduo, onde as crenças e expectativas pessoais sobre as suas capacidades constituem o centro da sua análise. Este conceito revelou os mecanismos que influenciam a seleção das ações e a capacidade de perseverança perante os desafios (Calicchio, 2023). A autoeficácia pode influenciar a escolha de atividades, o esforço despendido e a persistência para a sua conclusão, principalmente quando a pessoa é confrontada com desafios (Waddington,

2023). A teoria da autoeficácia contribuiu para o estabelecimento de uma ponte entre a psicologia individual e a dinâmica social, permitindo novas investigações. No que diz respeito à psicologia social, a autoeficácia enriqueceu a compreensão da complexidade humana, uma vez que o modelo teórico explica muitos aspetos do comportamento e interação social (Calicchio, 2023).

A autoeficácia desenvolve-se através de um processo dinâmico e complexo, onde se verifica a intervenção de diferentes fontes de informação e experiências (Calicchio, 2023). Com base nesta teoria (Bandura, 1997), as crenças sobre a autoeficácia estão relacionadas com:

- **Experiências anteriores/mestria:** referem-se ao sucesso em experiências passadas. Alcançar um êxito ou um objetivo, aumenta a confiança da pessoa nas suas capacidades, tornando-se num reforço positivo na busca de novos desafios e na persistência perante os obstáculos. Para que possa alcançar um resultado com êxito, é importante que a pessoa defina metas realistas e receba apoio adequado. Por outro lado, perante fracassos, pessoas com elevada autoeficácia recuperam e enfrentam-nos em vez de se preocuparem com o que pode correr mal (Calicchio, 2023; Waddington, 2023);
- **Experiência vicariante:** refere-se à observação ou audição sobre o sucesso dos outros, sendo fundamental para desenvolver a autoeficácia. A observação e a imitação de comportamentos bem-sucedidos pode contribuir para o aumento da confiança nas suas próprias capacidades (Calicchio, 2023; Waddington, 2023);
- **Persuasão verbal:** refere-se ao feedback ou encorajamento externo;
- **Estados fisiológicos e afetivos:** interpretação dos estados internos e sensações físicas. Em alguns casos, mães com níveis de *stress* mais elevados tendem a perceber menor eficácia (Waddington, 2023). Por outro lado, o temperamento da criança também influencia a autoeficácia dos pais (Cardoso, 2011).

A crença na autoeficácia tem um impacto positivo ao nível da motivação, no processo de aprendizagem e no desempenho. Uma sobrevalorização das capacidades pode ser benéfica no sentido de estimular maior empenho e persistência. Contudo, é de salientar que, uma autoeficácia exageradamente elevada pode conduzir à complacência e demasiado baixa pode conduzir à fuga de atividades ou tarefas (Waddington, 2023; Artino, 2012). Assim, a autoeficácia segue um ciclo contínuo que influencia o nosso comportamento e bem-estar. Waddington (2023) salienta este impacto da seguinte forma:

- **Perceção da autoeficácia:** inicialmente desenvolvemos uma perceção sobre as nossas capacidades perante uma situação concreta, que possa ser influenciada por experiências passadas, comentários de outras pessoas ou por modelos de comportamento.

- **Escolha da atividade:** em função da nossa autoeficácia para determinada atividade, decidimos se a enfrentamos ou evitamos. Pessoas com elevada autoeficácia são mais propensas a aceitar desafios. Pessoas com baixa autoeficácia tendem a evitar situações que consideram ser difíceis ou stressantes.
- **Comportamento:** o comportamento adotado é de acordo com as nossas escolhas. Quando a autoeficácia é elevada a perseverança assume relevo apesar das dificuldades; quando a autoeficácia é baixa, a pessoa desiste facilmente perante as dificuldades.
- **Resultado:** os comportamentos vão gerar resultados que confirmam ou não a nossa perceção de autoeficácia. O sucesso vai reforçar a autoeficácia enquanto o fracasso pode devastar a nossa autoconfiança.
- **Feedback e reflexão:** perante os resultados vamos obter *feedback* e refletir sobre as nossas ações, influenciando, ainda mais, a nossa autoeficácia.

Calicchio (2023) defende que a autoeficácia exerce uma influência determinante na forma como o indivíduo enfrenta desafios, alcança objetivos e desenvolve o seu potencial, identificando um conjunto de estratégias aplicáveis ao quotidiano que contribuem para o seu fortalecimento, nomeadamente:

- **Definir objetivos graduais:** aceitar desafios que estejam acima do nível atual de autoeficácia.
- **Controlar as palavras interiores:** atender às palavras que são utilizadas quando nos confrontamos com um desafio. Recorrer a afirmações positivas e de autoeficácia.
- **Aprender através de modelos positivos:** observar e imitar pessoas que são bem-sucedidas nas áreas do nosso interesse. Estes modelos podem aumentar a autoeficácia.
- **Procurar *feedback* construtivo:** procurar comentários constitutivos e utilizá-los para melhorar as habilidades e aumentar a autoeficácia.
- **Cultivar a tenacidade e resistência:** são essenciais para melhorar a autoeficácia a longo prazo. O sucesso não é sempre imediato sendo a persistência essencial para consolidar a autoeficácia.

A evidência científica tem demonstrado que a perceção de autoeficácia tende a generalizar-se a diferentes situações, estando associada a determinadas características pessoais. Um estado de ânimo positivo pode favorecer a confiança nas próprias capacidades, enquanto momentos de tristeza ou desmotivação podem tornar a pessoa mais exigente consigo mesma e com o seu desempenho. Aplicar o conceito de autoeficácia implica aceitar desafios pessoais, isto é, estar disposto a sair da zona de conforto e a enfrentar situações novas e desafiantes, proporcionando

o fortalecimento deste constructo. Aceitar a crítica como algo construtivo é a oportunidade de identificar áreas a melhorar. O crescimento pessoal propicia o aumento da autoeficácia. Investir no desenvolvimento pessoal através de formação, leitura e na aquisição de novas habilidades é considerada uma estratégia bem-sucedida (Calicchio, 2023). No contexto da prestação de cuidados, poderá ser útil ao EE-ESMO recorrer a estas estratégias nomeadamente na promoção, apoio e suporte à amamentação, fortalecendo a autoeficácia materna e contribuindo para o sucesso e continuidade da amamentação.

3. AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR

Autoeficácia para amamentar relaciona dois conceitos: autoeficácia e a amamentação. A autoeficácia é um conceito relacionado ao comportamento de saúde, que dá ênfase ao fato da pessoa precisar de estar bem consigo mesma e que se encontra relacionado com a eficiência na realização de determinadas atividades (Danaga et al., 2024).

No contexto da amamentação, a autoeficácia assume particular relevância, uma vez que constitui um fator psicológico determinante na decisão de iniciar, manter e persistir no aleitamento materno. A evidência científica tem demonstrado que mulheres com níveis mais elevados de autoeficácia apresentam melhor desempenho, maior confiança, apoio e segurança, logo maior probabilidade de amamentar de forma eficaz e por períodos mais prolongados, comparativamente àquelas que manifestam menor confiança nas suas capacidades (Ahmadinezhad et al., 2024; Danaga et al., 2024; Antoñanzas-Baztán et al., 2021). Pelo contrário, uma baixa autoeficácia associa-se a sentimentos de insegurança, maior perceção de dificuldade e aumento do risco de interrupção precoce da amamentação (Danaga et al., 2024).

A autoeficácia para amamentar é considerada uma variável modificável, acessível à intervenção dos profissionais de saúde, podendo ser reforçada através de orientações, estímulos e estratégias que atuem tanto sobre fatores internos — como motivação, confiança e gestão emocional — como sobre fatores externos, nomeadamente técnicas, procedimentos e apoio instrumental à amamentação (Monteiro et al., 2020). Mulheres com elevada autoeficácia tendem a vivenciar menos ansiedade e stress, procuram ativamente apoio junto da família, amigos e profissionais de saúde e demonstram maior perseverança perante dificuldades, recorrendo a estratégias de autoencorajamento (Zeng et al., 2022). Neste sentido, a literatura tem vindo a reconhecer a autoeficácia para amamentar como um preditor robusto do sucesso da amamentação, verificando-se uma relação direta entre níveis mais elevados de autoeficácia materna e melhores resultados no início, duração e exclusividade do aleitamento materno (Antoñanzas-Baztán et al., 2021; Li et al., 2022; Lau et al., 2018).

Com base na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977), a autoeficácia para amamentar é definida como a confiança e crença da mulher na sua capacidade para amamentar o seu filho (Ahmadinezhad et al., 2024; Zeng et al., 2024; McGovern et al., 2024). Assim, para que a mulher desenvolva comportamentos eficazes, é necessário que acredite nas suas capacidades e exerça autocontrolo sobre o processo (Danaga et al., 2024). O período pré-natal é amplamente descrito

como uma janela de oportunidade privilegiada para o fortalecimento da autoeficácia, com impacto positivo nos *outcomes* da amamentação (McGovern et al., 2024). Com o objetivo de promover o aleitamento materno exclusivo, os profissionais de saúde devem identificar mães e pais com risco de apresentarem um nível baixo de autoeficácia de forma a implementar intervenções e recorrer a estratégias que contribuam para o seu aumento (Chipojola et al., 2025).

Diversos fatores influenciam a autoeficácia materna no processo de amamentação, incluindo escolaridade, tipo de parto, apoio familiar e social, satisfação com os cuidados de saúde, conhecimento sobre amamentação e estado de saúde mental da mãe. A ansiedade, o stress e a depressão pós-parto podem afetar negativamente a autoeficácia, sendo estas alterações potenciadas pelas variações hormonais (estrogénio, progesterona, prolactina, cortisol e ocitocina) características do puerpério. A evidência sugere que intervenções promotoras de apoio e suporte contribuem não só para o aumento da autoeficácia, mas também para amamentação e por conseguinte em benefícios na saúde materna e do recém-nascido, incluindo a redução de sintomas associados a patologias mentais (Ahmadinezhad et al., 2024).

Dennis (1999), sustentada na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977), desenvolveu um modelo conceptual específico para a autoeficácia na amamentação, definindo-a como a perceção da mulher acerca da sua capacidade de amamentar o seu filho. Neste modelo, a autoeficácia influencia diretamente as decisões relacionadas com a amamentação, incluindo a decisão de amamentar, o esforço investido no processo e a forma como a mulher enfrenta os desafios ao longo do percurso. A autoeficácia para amamentar tem subjacente a influencia de quatro fatores que interferem, de uma forma direta, na decisão da mulher de iniciar e, posteriormente, de manter a amamentação: experiência prévia, experiência vicária, persuasão verbal e estado emocional (Zeng et al., 2024; Dennis et al., 2024; Antoñanzas-Baztán et al., 2021; Monteiro et al., 2020), que Li et al. (2022) explicitam sob a forma de um diagrama como consta na figura 4.

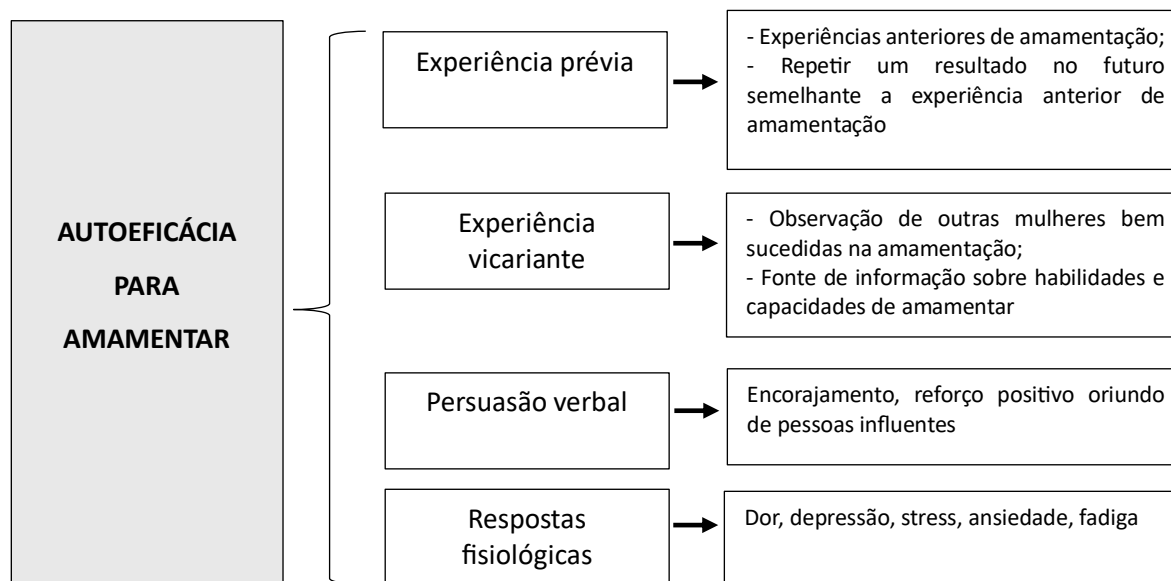


FIGURA 4. Representação adaptada do modelo de autoeficácia para amamentar de Dennis adaptado de Li et al (2022)

Para operacionalizar este modelo, Dennis (2003) desenvolveu uma escala designada BSES-SF constituída por 14 itens, com um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,96, que diz respeito à forma curta da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*. A escala original, desenvolvida por Dennis e Faux (1999), é constituída por 33 itens e à qual foi atribuído um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,96. A utilização da versão curta é recomendada pelo fato de ser mais fácil de implementar mantendo a avaliação precisa relativamente à autoeficácia da amamentação (Ak et al., 2024).

A análise fatorial da BSES-SF permitiu identificar dois domínios: o domínio técnico, relacionado com as habilidades maternas e o reconhecimento dos princípios subjacentes a uma amamentação bem-sucedida (itens 1, 3, 4, 6, 11, 12, 13 e 14), e o domínio dos pensamentos intrapessoais, associado a crenças, atitudes e perceções maternas sobre a amamentação (itens 2, 5, 7, 8, 9 e 10). Cumprindo as recomendações de Bandura (1977), os itens são apresentados de forma positiva, numa escala de Likert de cinco pontos, variando de “nada confiante” (1) a “muito confiante” (5). com pontuação total entre 14 e 70, sendo valores mais elevados indicativos de maior autoeficácia (Dennis et al., 2014; Pinto et al., 2021). O *score* total varia entre 14 e 70, sendo que valores mais altos correspondem a uma maior autoeficácia na amamentação (Dennis et al., 2014; Ak et al., 2024; Pinto et al., 2021; Gonzales, 2020). Pontuação entre 14 e 32 pontos é considerada baixa autoeficácia, 33 a 51 pontos é considerada média autoeficácia e 52 a 70 pontos é considerada elevada autoeficácia (Souza et al., 2020). Apesar de existirem estes pontos de corte indicativos de nível de autoeficácia (baixo, médio e elevada autoeficácia), a interpretação dos resultados deve considerar o contexto cultural e individual, privilegiando a

análise da perceção da mulher relativamente a cada item, de forma a permitir a personalização do apoio e a identificação de necessidades específicas (Dennis et al., 2024).

A evidência sustenta que a BSES e a BSES-SF são instrumentos válidos e fiáveis, amplamente utilizados para identificar quem podem ter comprometido o início, duração e exclusividade da amamentação, orientar intervenções individualizadas e avaliar a eficácia das estratégias de promoção do aleitamento materno (Dennis et al., 2024).

3.1. Estado da Arte

O presente subcapítulo apresenta o estado de arte referente à temática em estudo. Para tal recorremos a base de dados como Pubmed, Ebsco, Cinhal e Medline e aos descritores em saúde inerentes às palavras-chave: amamentação, puerpério e autoeficácia para amamentar. Como critérios de inclusão elegemos: artigos em português, inglês e espanhol, de acesso livre e publicados nos últimos 5 anos (2020-2025). Excluimos estudos cuja amostra contemplasse mulheres com patologia associada.

A evidência científica tem vindo a enfatizar a relevância do período pré-natal na promoção e incentivo do aleitamento materno. Kehinde et al. (2023) salientam que a educação para a saúde sobre amamentação, no período pré-natal, aumenta o conhecimento das mulheres e favorece atitudes mais positiva, com potencial impacto na duração do aleitamento materno. Oggero et al. (2024) corroboram esta ideia destacando que se trata de uma oportunidade de reforçar a autoeficácia das mulheres grávidas relativamente à amamentação e de desenvolver estratégias de *coping* face às dificuldades expectáveis no pós-parto. Com base na revisão sistemática que efetuaram, estes autores mencionam a importância de, no período pós-parto, integrar componentes psicológicas nas intervenções ou articulá-las com apoio presencial no âmbito da amamentação. Sendo a autoeficácia para amamentar um excelente preditor no que diz respeito ao início e duração do processo de amamentação, a utilização da escala da autoeficácia é considerada uma ferramenta facilitadora da identificação precoce de mulheres com maior risco de abandono da amamentação. Assim, torna-se num importante instrumento de apoio à prática da prestação de cuidados (Borona et al., 2023).

Com o objetivo de avaliar o impacto da educação no sucesso da amamentação e na autoeficácia materna, Çetindemir e Cangöl (2024) realizaram um estudo randomizado de controlo no departamento de obstetria e ginecologia do Hospital Estadual de Çorlu (nordeste da Turquia). Considerando que a educação e aconselhamento têm impacto no início e na manutenção da

amamentação, os autores implementaram o método *Teach-Back*. Os resultados obtidos permitiram concluir que, previamente à formação, não houve diferença significativa nos níveis de autoeficácia em amamentação entre os grupos, no entanto, após a implementação do método *Teach-Back*, observaram uma diferença estatisticamente significativa. O grupo experimental demonstrou maior autoeficácia em amamentar nas avaliações realizadas 24 horas e 1 mês após o parto. Estes achados vieram corroborar o estudo de Noel-Weiss et al. (2006) e de Uçtu e Özerdoğan (2020). Adicionalmente, o estudo reportou maior sucesso na amamentação entre mães com maior escolaridade, profissionalmente ativas, que tinham recebido educação prévia em amamentação e que eram não fumadoras, reforçando a influência de determinantes sociodemográficos no processo de amamentação (Çetindemir e Cangöl, 2024).

Gonzales (2020) realizou um estudo descritivo-correlacional, numa cidade da Finlândia, para determinar o nível de autoeficácia da amamentação das mães no período pós-parto, durante 2 a 6 semanas. A amostra contemplou 200 mulheres e consistia na aplicação de um questionário composto por duas partes: a caracterização sociodemográfica e a escala de autoeficácia da amamentação. Este estudo realça a relação direta existente entre o número de consultas no período pré-natal e a autoeficácia para amamentar. Para explicar tal fato, os mesmos autores suportaram-se no que Yurtsal e Kocoglu (2015) mencionam: as taxas de início precoce da amamentação, a continuidade do processo de amamentação exclusiva aumentam em função da informação e do treino que recebem desde o período pré-natal até aos seis meses após o parto. Não se verificou relação entre a autoeficácia e a sensação de estar preparada para o parto, o grau de satisfação com parto, o número de filhos, o apoio do parceiro, a intenção de amamentar. De igual modo não se verificou relação entre a autoeficácia e a escolaridade, profissão, estado civil, rendimentos e número de gravidezes, o que corroborou o estudo de Dodt et al. (2012) e de Yang et al. (2016). Contudo, identificaram uma maior autoeficácia em mulheres com experiência prévia de amamentação e menor naquelas cujos filhos tinham recebido fórmula láctea como suplementação da mamada.

Yang et al. (2016) realizaram um estudo, na China, com o objetivo de definir os preditores de autoeficácia para amamentar no período pós-parto imediato, tendo recorrido à utilização da escala da autoeficácia para amamentar. A amostra incluiu mais de metade das participantes com parto distócico por cesariana e 41,5% das mulheres iniciaram a amamentação mais de 12 horas após o parto. Apesar das limitações da amostra, neste estudo concluíram que os preditores identificados foram: intenção de amamentar, o apoio do marido, da enfermeira e obstetra, a formação pré-natal no âmbito da amamentação, o tempo decorrido desde o parto até ao início

da amamentação e a experiência prévia em amamentar. Em forma de conclusão os autores referem a importância de cuidados centrados na mulher, do acesso à informação sobre amamentação no período pré-natal, do incentivo do apoio do marido no processo de amamentação, do início precoce da amamentação e do contacto pele com pele entre mãe e filho. Com base em Nanishi et al. (2015), Yang et al. (2016) mencionam que apesar de poder ser ponderada a necessidade de implementar intervenções de apoio ao aleitamento materno exclusivo no caso de pontuação ≥ 50 na BSES-SF, há que atender que durante o período de pós-parto imediato as mães ainda se encontram em fase de conhecimento e adaptação ao processo de amamentação. De acordo com os resultados obtidos, pontuação total média da BSES-SF foi de 47,28, estes autores consideram que tal fato pode ser devido a não terem um alto nível de confiança na sua capacidade de gerir tarefas parentais, influenciando assim a sua pontuação na BSES-SF.

Monteiro et al. (2020) desenvolveram um estudo longitudinal e prospetivo com uma amostra de 224 mulheres com o objetivo de analisar a relação entre a autoeficácia materna para amamentar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas, neonatais; a duração do aleitamento materno exclusivo e as variáveis sociodemográficas e a autoeficácia para amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo nos intervalos de 30, 60 e 180 dias pós-parto. Para a colheita de dados recorreram a um questionário sociodemográfico, à *Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form* e a um questionário sobre amamentação e alimentação da criança. Através da análise dos dados obtidos, verificaram uma relação entre a autoeficácia para amamentar e o tipo de parto, a ausência de intercorrências no pós-parto, ter religião e ter ajuda nos cuidados com o bebé. As mulheres com parto via vaginal apresentaram um maior nível de autoeficácia comparativamente com as que foram submetidas a um parto distócico por cesariana. As mulheres que não tiveram intercorrências no pós-parto apresentaram maior autoeficácia comparativamente com as que tiveram intercorrências. No que diz respeito à religião, este estudo revelou que a manutenção da amamentação exclusiva em 30 e 60 dias foi maior entre as mulheres que referiram ter alguma religião. Também se observou associação estatisticamente significativa entre a amamentação exclusiva aos 60 dias e a variável suporte e apoio nos cuidados com o bebé, ou seja, a manutenção da amamentação exclusiva em 60 dias foi maior nas participantes que referiram apoio e suporte. Desta forma, neste estudo, o elevado nível de autoeficácia foi primordial para o início do processo de amamentação, contudo, no regresso a casa, observaram que a amamentação não dependeu apenas do domínio de técnicas e do desejo demonstrado no contexto do ambiente hospitalar. Aspectos pessoais internos e fatores do contexto de vida de cada mulher também estão envolvidos diretamente na preparação e realização da alimentação

da criança. Denota-se que a mulher interpreta e ajusta as recomendações oficiais de acordo com a sua realidade, o que, neste caso, pode ter influenciado o declínio gradativo da amamentação ao longo dos meses. Constataram ainda uma redução da autoeficácia para amamentar ao longo do tempo, ou seja, nos três momentos de avaliação: 30, 60 e 180 dias. Com base nos resultados obtidos, os autores reforçam a importância e benefício da prestação de cuidados de saúde qualificada, durante o parto, para a mulher e para o sucesso da amamentação. Salientam ainda a importância dos profissionais de saúde atenderem à religião, apoio e suporte que a mulher tem no que diz respeito aos cuidados ao bebé dada a influência que estes têm na duração do aleitamento materno exclusivo.

Kartal et al. (2023) realizaram um estudo observacional, num hospital público em Istambul. A amostra incluiu 88 primigestas, das quais 44 o parto foi induzido com ocitocina (grupo experimental) e 44 sem indução (grupo controle). Como instrumentos de recolha de dados, os autores, recorreram a um Formulário de Informações Pessoais; ferramenta LATCH para avaliação da amamentação; Escala de Autoeficácia para Amamentação (BSES); escala REEDA (avaliação da cicatrização perineal por rubor, edema, equimose, exsudado e aproximação dos bordos); coletor de hemorragia pós-parto para além da vigilância com pensos absorventes. O grupo submetido a indução com recurso à ocitocina apresentou maior quantidade de perda sanguínea nas primeiras 24 horas pós-parto e uma pontuação média mais elevada na escala REEDA, indicando maior trauma perineal. No que diz respeito à amamentação, não se verificou diferença significativa entre os grupos nos *scores* médios da BSES nem da ferramenta LATCH, concluindo assim que a amamentação não foi afetada por estes fatores. Estes resultados contrastam com evidência prévia, como a de Bai et al. (2013), que reportou menor duração do aleitamento materno exclusivo em mulheres induzidas com ocitocina. Kartal et al. (2023) sublinham, porém, que diferenças nos protocolos de administração de ocitocina limitam comparações e generalizações, reforçando a necessidade dos profissionais de saúde avaliarem e intervirem precocemente nas dificuldades de amamentação quando existe indução farmacológica.

Kocaöz et al. (2019) realizaram um estudo descritivo que incluiu 190 mulheres, no período pós-parto, que tiveram um parto distócico por cesariana sob analgesia epidural e anestesia geral num Hospital Universitário de Nigde. Os critérios de inclusão foram (1) estar no período pós-parto; (2) ser casada; (3) ausência de qualquer problema de saúde da mãe que pudesse afetar os cuidados com o bebé, antes e depois do parto; (4) o bebé estar com a mãe nas 24 horas seguintes ao nascimento; (5) ausência de qualquer problema do bebé que impedisse a amamentação e (6) aceitar participar do estudo. Para a colheita de dados foi utilizado um formulário baseado na evidência relevante (contemplava 39 questões referentes a características sociodemográficas,

obstétricas, de amamentação, Índice *Apgar*, sexo do recém-nascido, motivo do parto distócico por cesariana), *LATCH Breastfeeding Assessment Tool* e a BSES-SF. Os resultados evidenciam que as mulheres que iniciam a amamentação na primeira meia hora de vida do recém-nascido apresentam níveis superiores de autoeficácia quando submetidas a analgesia epidural, em comparação com aquelas que realizaram cesariana sob anestesia geral. Considerando que, em ambos os grupos, os comportamentos relacionados com a amamentação não atingiram os níveis desejáveis, os autores sublinham a relevância do apoio dos profissionais de saúde às mulheres submetidas a cesariana, particularmente às que recorrem à anestesia geral, com vista à promoção do sucesso e ao reforço da autoeficácia na amamentação.

Tan et al. (2024) com o objetivo de avaliar a relação existentes entre os *scores Obstetric Quality of Recovery-10*, medidos 24h após parto distócico por cesariana eletiva, com amamentação, sintomas depressivos, estado geral de saúde e dor, avaliados ao sétimo dia após parto, realizaram um estudo de coorte prospetivo multicêntrico em hospitais de Singapura. Este estudo foi constituído por uma amostra de 222 parturientes, das quais 200 (90%) completaram o acompanhamento até o sétimo dia de puerpério. Da análise deste estudo centramo-nos apenas no que diz respeito à avaliação da amamentação, tendo sido utilizado como instrumento a BSES-SF. Assim, o *score* ObsQoR-10 total às 24h após parto distócico por cesariana apresentou uma correlação fraca com a autoeficácia em amamentar ao 7º dia pós-parto ($r= 0,225$), tendo sido interpretado que uma boa recuperação imediata tem um impacto limitado na autoeficácia da mãe em amamentar na semana seguinte. Por outro lado, o *sub-score* de amamentação do ObsQoR-10, que se refere a um item específico sobre aleitamento, revelou uma correlação mais evidente, embora ainda considerada fraca, com o *score* da BSES-SF no sétimo dia após o parto ($r= 0,307$).

Li et al. (2022) corroboram a influência positiva da autoeficácia na amamentação, aprofundando a análise dos fatores determinantes para o seu desenvolvimento e sustentação ao longo do período pós-natal. Através deste estudo, realizado na China, concluíram que atitudes positivas, apoio da família no processo de amamentação e o apoio social contribuem para uma maior autoeficácia da amamentação. Por outro lado, salientam que a diminuição da autoeficácia para amamentar está relacionada com as dificuldades sentidas durante o processo. Antoñanzas-Baztán et al. (2021) reforçam a importância do suporte imediato após o nascimento na autoeficácia para amamentar, destacando as intervenções dos profissionais de saúde como fundamentais na promoção da autoeficácia para amamentar e no estabelecimento e manutenção da amamentação. Por outro lado, a falta de apoio foi considerada como um obstáculo. As mães, frequentemente, salientam esta importância ao longo das diferentes fases

do processo de amamentação. Yang et al. (2016), baseados em diversos autores, salientam a relação existente entre o apoio social e a autoeficácia para amamentar, o período de internamento hospitalar, um momento significativo de oportunidade dos profissionais de saúde apoiarem as mães no que diz respeito ao estabelecimento da amamentação exclusiva. Baseados em Bandura (1977) mencionam que, o apoio social torna-se num veículo de várias fontes de informação e incentivo no que diz respeito à eficácia da amamentação, salientando a experiência vicária e a persuasão verbal. Com base em Koskinen et al. (2014) reforçam que, o início precoce e bem-sucedido da amamentação encontra-se associado a maior autoeficácia da amamentação e, segundo Ip et al. (2012) a autoeficácia da amamentação no período do pós-parto imediato, revela-se um preditor de sucesso da amamentação, bem como, um indicador de necessidade de intervenção adicional de forma a garantir a continuidade da amamentação.

A evidência também tem vindo a demonstrar a importância do suporte e apoio do pai no que diz respeito à amamentação. Zeng et al. (2024) realizaram um estudo transversal multicêntrico, envolvendo 328 pais, na sexta semana após o parto, em dois hospitais públicos no sudeste da China. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram *Father Support Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*, *Breastfeeding Knowledge Questionnaire*, *Positive Affect Scale* and *14-item Fatigue Scale*. Os resultados mostram que os fatores de influência significativos do apoio do pai à autoeficácia da amamentação incluem: conhecimento da amamentação, fadiga, afeto positivo, experiência na ajuda das mães a amamentar, relacionamentos conjugais e tempo de relacionamento. O conhecimento sobre amamentação, o afeto positivo, a experiência bem-sucedida em ajudar as mães a amamentar, os relacionamentos conjugais e o tempo de companhia foram positivamente associados à autoeficácia na amamentação com apoio paterno. Com base em Morhason-Bello et al. (2009), os mesmos autores referem que quanto mais tempo o pai passa na companhia da esposa e dos filhos maior é o apoio emocional que lhes proporciona, o que se reflete na confiança das mães na amamentação e por conseguinte na sua continuidade. Este tempo pode também ser uma oportunidade de realizar tarefas domésticas e cuidar dos filhos, diminuindo assim a carga que existe sobre as mães e favorecendo a amamentação. Por outro lado, verificou-se que, mesmo com apoio paterno, a fadiga afetou negativamente a autoeficácia em amamentar. Zeng et al. (2024) salientam ainda que estados emocionais como ansiedade ou depressão, propiciam o estímulo dos nervos simpáticos, aumentando a tensão muscular e a fadiga. Daqui pode resultar a redução da autoeficácia paterna no apoio à amamentação, o que corrobora a relação entre as respostas fisiológicas e a capacidade percebida de amamentar. Estes autores referem que nos relacionamentos conjugais positivos, os pais demonstraram maior autoeficácia no apoio à amamentação em comparação

com aqueles cujos relacionamentos são menos favoráveis, corroborando estudos anteriores. Embora este não seja o único fator que influencia a aleitamento materno exclusivo seis semanas após o parto, pais com alto nível de autoeficácia na amamentação têm maior confiança e capacidade de se envolver no processo de amamentação. Desta forma, os pais ajudam as mães com maior frequência, disponibilizando apoio emocional e físico, aumentando a probabilidade de sucesso na amamentação. Assim, incentivar o afeto, melhorar o relacionamento íntimo, aumentar progressivamente o conhecimento dos pais sobre amamentação e reduzir a fadiga pode propiciar o aumento da autoeficácia na amamentação entre os pais.

Geller et al. (2024) debruçaram-se sobre a possibilidade do apoio do parceiro e da imagem corporal influenciarem a autoeficácia para amamentar. Com base no modelo biopsicossocial de Rodgers et al. (2022) os autores salientam que os parceiros desempenham um papel importante na autoeficácia para amamentar e na amamentação, derivado do apoio que podem fornecer. Mencionando Abbas-Dick et al. (2019), Geller et al. (2024) referem que provavelmente uma maior percepção de aceitação do corpo por outras pessoas importantes para a mulher, esteja associada a uma maior autoeficácia para amamentar. Este fato viria a corroborar a ideia de que esta está inserida em sistemas de relacionamento mais amplo e que uma maior aceitação do corpo pelos outros está associada a uma atitude mais positiva relativamente à mama (Swami et al., 2022). Assim, com base nestas premissas, realizaram um estudo quantitativo, transversal de caráter correlacional, numa amostra de 352 mulheres no período até seis meses após o parto, que teve por base a aplicação da BSES-SF, *Body Image Ideal – Actual Self Discrepancy*, *Body Appreciation Scale* e *Perceived Sociocultural Pressure Scale*. O estudo foi realizado em Israel e não corroborou os dados anteriormente mencionados, concluindo que o apoio do parceiro tem influência na autoeficácia para amamentar, mas, o efeito não foi tão forte nem independente como o da imagem corporal positiva.

Chipojola et al. (2025) realizaram um estudo transversal com casais, mãe-pai, no período pós-parto, numa maternidade no centro do Malawi. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram um questionário de caracterização demográfica e de saúde, BSES-SF e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo. Estes autores enfatizam a importância de envolver o pai na autoeficácia para amamentar, considerando que esta não se limita à experiência materna. O seu estudo demonstrou a existência de uma correlação moderada na autoeficácia da mãe e do pai, o que pode traduzir que o envolvimento do casal fortalece a confiança de ambos. Os autores referem que a amamentação é uma prática relacional, sendo o apoio do parceiro determinante no fortalecimento da autoeficácia para amamentar. Referenciam também a influencia de fatores psicossociais como a idade, o tipo de parto (nomeadamente o parto distócico por cesariana) e

sintomas depressivos como determinantes na autoeficácia para amamentar. Neste estudo, pais mais velhos apresentaram maior *score* relativamente à autoeficácia, abrindo uma possibilidade de relação entre idade e confiança no processo de amamentação. Por outro lado, mães ativas profissionalmente e que tiveram um parto distócico por cesariana apresentaram *scores* mais baixos, o que leva estes autores a mencionar que estes podem refletir os desafios que estas situações incutem na manutenção da amamentação. Com base nestes achados é sugerido que os profissionais de saúde incentivem a participação dos pais nos programas de apoio, incentivo e suporte à amamentação como estratégia de promoção da amamentação.

Li et al. (2021) analisaram a relação entre a atitude, a autoeficácia com a experiência anterior de amamentação e a duração da amamentação exclusiva. A amostra incluiu 394 mulheres que se encontravam no hospital no período pós-parto. A colheita de dados ocorreu em duas etapas tendo sido utilizado um questionário sociodemográficos (incluindo experiência anterior de amamentação), *The Iowa Infant Feeding Attitude Scale* (IIFAS) e a BSES-SF. Os dados relativos à duração da amamentação exclusiva foram obtidos seis meses após o parto. A análise dos dados indicou que a experiência anterior de amamentação afetou diretamente a duração da amamentação exclusiva, sendo que os autores salientam que a duração da amamentação exclusiva pode ser promovida melhorando a atitude e a autoeficácia da amamentação em mulheres sem experiência em amamentação.

De forma a abordar os fatores que influenciam a amamentação exclusiva recorreremos à revisão sistemática realizada por Wu et al. (2022) que abrangeu os seis meses de idade do bebé. Esta Revisão sistemática foi realizada com recurso às bases de dados da PubMed, MEDLINE, CINAHL, Scopus, EMBASE, CNKI e WANFANG. Incluiu estudos quantitativos (5 coortes e 11 transversais), avaliados segundo os critérios da *Joanna Briggs Institute* para validação metodológica. De acordo com os dados obtidos, os autores referem que os principais fatores identificados (com evidência moderada a forte) são: situação profissional materna (por exemplo, regresso ao trabalho), conhecimento sobre amamentação, tipo de parto, paridade, perceção de insuficiência de leite, atitude da mãe em relação à alimentação do bebé, autoeficácia para amamentar, intenção de amamentar exclusivamente. Estes autores agruparam os fatores em fatores demográficos, condição clínica, crenças e fatores cognitivos e fatores de intenção comportamental. Passamos a especificar cada um destes fatores.

No que diz respeito à situação profissional materna, os autores salientam a influência da atividade laboral na amamentação exclusiva até aos seis meses. O regresso precoce ao trabalho é uma barreira na manutenção da amamentação exclusiva, referindo que mulheres que

retornaram ao trabalho antes dos 6 meses, eram menos propensas a amamentar exclusivamente os seus filhos (Wu et al., 2022; Abou-ElWafa & El-Gilany, 2019; Dun-Dery e Laar, 2016; Langellier et al., 2012). Com base no estudo de Chai et al. (2018) referem que o aumento de um mês na duração da licença de maternidade remunerada pode aumentar em 5,9% a taxa de amamentação exclusiva. Wu et al. (2022) com base nas diretrizes da OMS (2014) salientam a importância de existirem espaços, no local de trabalho, apropriados para extração de leite materno e de apoio e suporte por parte dos profissionais de saúde no âmbito da extração e armazenamento de leite materno para mães que retornam ao trabalho.

No âmbito do conhecimento sobre amamentação, Wu et al. (2022) referem que este é considerado um fator modificável e favorável na predição da amamentação exclusiva até aos 6 meses. Com base em Raheel & Tharkar (2018), a escassez de conhecimento sobre a amamentação propicia decisões precipitadas e facilita a descontinuidade da amamentação exclusiva. Mulheres que não acederam a informação sobre a amamentação no período pré-natal têm maior risco de interromperem precocemente a amamentação exclusiva durante os seis meses. Hamze et al. (2019) destacam o apoio dos profissionais de saúde no que diz respeito à melhoria dos conhecimentos relativos à amamentação e como fatores a melhorar a comunicação inconsistente entre os profissionais e as lacunas observadas na prática da prestação de cuidados.

Wu et al. (2022) salientam a importância do apoio dos profissionais de saúde no que diz respeito à aquisição de conhecimentos e ao desenvolvimento de capacidades e habilidades das mães no processo de amamentação. Destaca assim, a importância do acompanhamento ocorrer desde o período pré-natal estendendo-se ao período do puerpério, que no âmbito hospital quer no domicílio. Assim, seria possível ensinar, instruir, supervisionar e treinar as competências inerentes à amamentação de forma a conseguir proporcionar a manutenção da amamentação exclusiva.

Relativamente ao tipo de parto, Wu et al. (2022), baseados em fortes evidências, referem que o parto distócico por cesariana é considerado uma importante barreira à manutenção da amamentação exclusiva até aos seis meses. Com base em Raghavan et al., 2013 referem ainda que este tipo de parto tem influência no início tardio da amamentação tendo-se verificado consequentemente um aumento do risco de interrupção da amamentação exclusiva. O tipo de anestesia também tem influência o processo de amamentação, já que determinados fármacos, devido aos efeitos que causam na mãe, interferem no início precoce da amamentação e muitas vezes à necessidade de introdução de fórmula láctea (Chen et al., 2018; Kling et al., 2016). A

evidência científica tem demonstrado que o contato pele com pele precoce é benéfico para melhorar os resultados da amamentação após um parto distócico por cesariana (Stevens, 2018).

No que diz respeito à dor, esta pode aumentar o desconforto da amamentação. O aumento de 1 ponto na pontuação média de dor pós-cirurgia resulta numa redução de 21% na taxa de amamentação exclusiva (Babazade et al., 2019). Por outro lado, a presença de dor mamilar tem uma influência significativa na interrupção da amamentação exclusiva antes dos 6 meses após o parto (Hegazi et al., 2019).

Relativamente à condição de saúde dos recém-nascido, a necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos neonatal, baixo peso à nascença ou recém-nascido pré-termo repercute-se num aumento significativo do risco de a mãe interromper a amamentação exclusiva antes dos seis meses após o seu nascimento (Alzaheb, 2017; Al-Sahab et al., 2010). Contudo, nas mesmas condições, o início precoce da amamentação foi considerado um preditor positivo da amamentação exclusiva durante os seis meses (Walsh et al., 2019).

Com base nestes achados, Wu et al. (2022) salientam a importância dos enfermeiros e dos EE-ESMO na prestação de cuidados a estas mulheres na promoção e incentivo do início precoce da amamentação e do contacto pele com pele já que são excelentes preditores da amamentação exclusiva.

A paridade é outro fator identificado como influenciador do processo de amamentação. Mulheres com experiências prévias positivas relativamente à amamentação tendem a ter maior motivação e a amamentar de forma exclusiva durante mais tempo (Whipps, 2017). As mulheres primíparas podem confrontar-se com dificuldades no processo, devido à ausência de conhecimento e de experiência podendo resultar numa experiência frustrante (Wu et al., 2022), necessitando de apoio personalizado. Kronborg et al. (2015) num estudo sobre a experiência de mulheres primíparas com a amamentação, constataram que estas tinham problemas na transição da maternidade, na compreensão do comportamento do bebé e na perceção correta da produção de leite materno. Chu et al. (2019) constataram que intervenções baseadas no modelo de informação-motivação-habilidades comportamentais foi importante para melhorar o conhecimento sobre amamentação e a autoeficácia para amamentar nas mães de primeira viagem.

Como fatores psicológicos preditores da amamentação exclusiva, Wu et al. (2022) definiram: perceção materna de produção de leite humano suficiente, a autoeficácia para amamentar e a atitude face ao modo de alimentação infantil.

A percepção materna de produção de leite humano suficiente influencia o resultado relativamente à amamentação exclusiva. A percepção de produção insuficiente de leite materno pode afetar negativamente a amamentação (De Roza et al., 2019; Hegazi et al., 2019; Hendaus et al., 2018). Situações em que a mãe tem a percepção de leite insuficiente associada ao fato do bebé chorar após a amamentação faz com que seja considerado um sinal de insatisfação ponderando a introdução de fórmula láctea (Tang, 2019). Por sua vez a introdução de fórmula láctea reduz a frequência das mamadas e consequentemente a estimulação da produção de leite humano. Mais uma vez o conhecimento e apoio durante o período pré-natal e no puerpério torna-se fundamental (Wu et al., 2022).

Por outro lado, a atitude materna em relação ao modo como vai alimentar o seu filho influencia o processo da amamentação exclusiva até aos 6 meses. Mulheres que valorizam a amamentação exclusiva, que conhecem e acreditam nos seus benefícios, mostram maior adesão. A atitude que a mãe demonstra face à amamentação durante o período pré-natal está fortemente associada ao início e durabilidade da amamentação exclusiva (Cox et al., 2015; Nnebe-Agumadu et al., 2016). Lau et al. (2016), baseados numa meta-análise referem que intervenções com recurso às tecnologias como a internet e o telemóvel podem melhorar de forma significativa as atitudes da mãe relativamente à amamentação. Entendendo por autoeficácia para amamentar a confiança que a mãe tem na sua capacidade em amamentar, quanto maior for a autoeficácia maior é a crença na sua capacidade e maior é a intenção de amamentar. Verifica-se ainda correlação entre a confiança e a manutenção da amamentação exclusiva até aos seis meses (Wu et al, 2022; Zhu et al., 2019; De Jager et al., 2014). Quanto maior for a autoeficácia maior será a persistência da mulher face à continuidade da amamentação, verificando-se um efeito na duração e exclusividade da amamentação (De Roza et al., 2019; Otsuka et al., 2014). Mães com elevada autoeficácia conseguem superar as dificuldades oriundas do processo de amamentação (Otsuka et al., 2014). O aumento de cada ponto na pontuação de autoeficácia reflete-se no aumento de 10% da taxa de amamentação exclusiva (Brockway et al., 2017). Como fatores que diminuem a autoeficácia para amamentar é referido o menor apoio social (Ngo et al., 2019). Programas de educação para a saúde no período pré-natal baseados na autoeficácia e sobre amamentação, bem como, o aconselhamento telefónico duas semanas após o parto podem ter repercussões na autoeficácia para amamentar, constatando-se um aumento significativo (Chan et al., 2016).

A intenção da mulher em amamentar surge, também, como um dos preditores mais fortes no que diz respeito à duração da amamentação exclusiva (De Roza et al., 2019; Sasaki et al., 2010). Mulheres com experiência prévia de amamentar, que durante o período pré-natal adquiram conhecimentos sobre amamentação e que o marido apoia a amamentação têm maior

probabilidade de pretender amamentar de forma exclusiva (Al-Barwani, 2017; Lok et al., 2017). Este achado vem corroborar o que a evidência científica tem vindo a expor relativamente à importância dos programas de promoção e de educação da saúde no período pré-natal. Contudo, Wu et al. (2022) salientam a importância do envolvimento da rede social das mulheres, pessoas significativas como o cônjuge/parceiro(a) e avós, nestes programas. O estado emocional da mulher deve ser tido em consideração no desenvolvimento de intervenções que visam apoiar, incentivar e insistir no processo de amamentação exclusiva até aos 6 meses.

A escolaridade da mãe não demonstrou unanimidade na influência da amamentação exclusiva. Quatro estudos revelaram que quanto maior a escolaridade maior a adesão a amamentação exclusiva (Al-Sahab et al., 2010; De Roza et al., 2019; Economou et al., 2018; Kim et al., 2013). Três estudos mencionam o mesmo, mas nos casos de mães com menor escolaridade (Hegazi et al., 2019; Kang et al., 2007; Zhu et al., 2019). Relativamente à escolaridade dos pais os dados são diferentes. Sete artigos constataram que a escolaridade dos pais afeta a prática da amamentação exclusiva, embora os resultados sejam considerados inconsistentes (Al-Sahab et al., 2010; De Roza et al., 2019; Economou et al., 2018; Hegazi et al., 2019; Kang et al., 2007; Kim et al., 2013; Zhu et al., 2019). O nível de escolaridade do pai foi considerado importante na promoção da amamentação exclusiva, tendo sido relevante possuírem estudos superiores (Zhu et al., 2019).

Os dados sociodemográficos também são abordados neste estudo. Contudo são alvo de alguma controvérsia.

Dodou et al. (2021) realizaram um ensaio clínico randomizado com o intuito de analisar os efeitos de uma intervenção educativa de longa duração, por telefone, na autoeficácia em amamentar. Este estudo derivou do fato da evidência demonstrar a importância da educação no sucesso da amamentação e das vantagens da utilização da tecnologia, nomeadamente do telefone, no apoio ao processo de aleitamento materno. Apesar de ressaltarem a fragilidade do recurso a este método pelo distanciamento face ao relacionamento interpessoal, os autores salientam como benefícios a redução do tempo de consulta, as deslocações e a facilidade de acesso a profissionais de saúde especializados. Baseados na revisão sistemática realizada por Oriá et al. (2018), estes autores fundamentaram o seu estudo, referindo que as intervenções educativas de longa duração, efetuadas por telefone e por enfermeiros consultores em amamentação, demonstraram eficácia no que diz respeito à durabilidade e/ou exclusividade da amamentação. Contudo, nenhum destes estudos recorreu à teoria da autoeficácia e à escala da autoeficácia para amamentar. Este ensaio clínico contemplou uma amostra de 240 puérperas de um hospital no Ceará, Brasil, e que foram randomizadas em dois grupos: controle e intervenção. A

intervenção educativa ocorreu aos sete, trinta, noventa e cento e cinquenta dias após o parto. Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados um formulário de caracterização sociodemográfica, obstétrica, comportamental e a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form* (BSES-SF). A intervenção padrão contemplava as intervenções habituais da equipe de enfermagem do serviço e a visita de um profissional do banco de leite do hospital, como o objetivo de orientar diariamente sobre a importância do aleitamento materno e sobre os benefícios e função do banco de leite, esclarecendo possíveis dúvidas acerca da doação. O grupo experimental foi exposto à intervenção padrão e à intervenção educativa por telefone com sete, trinta, noventa e cento e cinquenta dias após o parto. A análise dos dados ditou que o grupo de intervenção obteve maiores *score* de autoeficácia ao amamentar ao longo das três avaliações, quando comparado ao grupo controle. Estes dados evidenciam que a intervenção educativa aumentou e manteve a confiança da mulher no processo de amamentação ao longo do tempo.

Ainda, relativamente aos fatores que influenciam a autoeficácia para amamentar, Selçuk et al. (2025) realizaram um estudo, para avaliar, entre outros aspetos, os fatores que influenciam a autoeficácia para amamentar recorrendo à *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*. Foi realizada um estudo quase-experimental com desenho pré-teste/pós-teste num grupo único, com uma amostra de 217 mães num hospital na Turquia, entre maio e dezembro de 2023. Estes autores aplicaram a escala antes da alta e quatro semanas após o parto, sendo que aquando da alta realizaram uma intervenção de educação para avaliar a sua influência na autoeficácia para amamentar. Antes da alta, mães com experiência prévia, múltiparas (mais de quatro gestações) e amamentação iniciada na primeira hora após o parto apresentaram uma autoeficácia mais elevada. Por outro lado, mães jovens, primíparas, sem experiência prévia de amamentação, mulheres ativas profissionalmente e com antecedentes de parto distócico por cesariana revelaram ser fatores de risco para uma menor autoeficácia para amamentar.

Os autores salientaram que a avaliação do efeito da educação pós-natal, realizada quatro semanas após o parto, demonstrou um aumento na confiança materna na amamentação, principalmente nas mães com experiência prévia, tendo também beneficiado primíparas e mães com antecedentes de parto distócico por cesariana. Assim, os autores concluíram que a educação pós-natal precoce contribuiu para fortalecer a confiança das mães no processo de amamentar. O fato de ser mais evidente o efeito nas mães com experiência prévia sugere que a combinação de conhecimento prévio com educação estruturada pode maximizar a autoeficácia na amamentação. Embora as mães sem experiência prévia demonstrassem melhoria na autoeficácia, Selçuk et al. (2025) salientam que provavelmente poderão necessitar de um suporte contínuo de forma a consolidar a autoeficácia.

De forma a investigar a relação entre a literacia em saúde materna e a autoeficácia na amamentação em mães lactantes, Salarvand et al. (2023), realizaram um estudo no Irão. Recorreram a um estudo descritivo transversal e obtiveram uma amostra aleatória de 160 mães lactantes. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram os seguintes *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para avaliar a confiança da mãe em amamentar, *Health Literacy for Iranian Adults* para medir a literacia em saúde em cinco domínios: leitura, avaliação, comportamento e tomada de decisão, acesso e compreensão e um questionário sociodemográfico que incluía informações sobre idade, educação, uso de fórmula láctea, duração da amamentação, entre outros. Os resultados obtidos, demonstraram que uma maior literacia em saúde, maior tempo de duração da amamentação, maior escolaridade experiência prévia e idade materna mais avançada aumentam a autoeficácia para amamentar. Já o uso de fórmula láctea está associado a uma menor autoeficácia para amamentar.

Fan et al. (2022) realçam que a baixa autoeficácia para amamentar está relacionada com a cessação precoce da amamentação e salientam o aumento da incidência da alimentação de bebés saudáveis através da extração de leite humano. Assim, o estudo que efetuaram debruçou-se sobre a relação entre a autoeficácia para amamentar e a extração de leite materno, bem como, na avaliação do efeito da autoeficácia da amamentação na duração e exclusividade da amamentação. Através deste estudo concluíram que existe uma associação entre a autoeficácia para amamentar, a alimentação através de extração leite humano e a durabilidade do processo de amamentação exclusiva, referindo uma proporção direta entre autoeficácia e amamentação exclusiva e uma relação inversa entre a autoeficácia e a alimentação através de leite humano extraído. Contudo sugerem a realização de estudos de forma a identificar as intervenções que poderão melhorar a autoeficácia para amamentar.

Em síntese, a literatura evidencia que a autoeficácia para amamentar constitui um determinante central e multifatorial do sucesso do aleitamento materno, reforçando a relevância de intervenções de enfermagem sustentadas na evidência científica.

4. METODOLOGIA

*“Comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral.”
(Streubert, 2002, p. 37)*

A investigação é uma forma de ampliar o conhecimento. As disciplinas recorrem à investigação científica como forma de, através de um processo rigoroso, obter resposta às suas questões e melhorar a compreensão de determinados factos (Fortin et al., 2009). A metodologia de investigação contempla um processo racional, uma estrutura da investigação e um conjunto de técnicas ou meios utilizados para a colocar em prática (Gauthier, 2000; Fortin et al., 2009). A metodologia utilizada pode ser quantitativa ou qualitativa.

De acordo com o objeto e o desenho deste estudo a abordagem da realidade adotada é quantitativa. Este método caracteriza-se por permitir medir variáveis e obter resultados numéricos, passíveis de serem generalizados a outras populações ou até contextos, podendo ainda permitir obter explicações, predições e estabelecer relações de causa-efeito (Fortin et al., 2009).

4.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Tornar-se mãe implica um processo de transição do tipo desenvolvimental que exige a aquisição de conhecimentos e habilidade de forma que sejam prestados cuidados com mestria (Cardoso, 2018). Dentro das competências parentais, Cardoso (2011) faz referência à amamentação e salienta que, no seu estudo, 50% das mulheres não demonstraram conhecimentos sobre conteúdos relativos à competência de amamentar.

A evidência científica que sustenta a importância do aleitamento materno é vasta, culminando em diretrizes internacionais como as da OMS (WHO, 2018) e nacionais com as da DGS (DGS, 2019). Atualmente, a recomendação é do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade e como forma de complemento da alimentação pelo menos até aos 2 anos. Segundo as orientações da DGS (2022), há necessidade de melhorar os indicadores no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo determinando, como grandes linhas de orientação estratégica para 2030, investir, promover e proteger a saúde, onde se destaca as intervenções no âmbito da promoção do aleitamento materno.

Uma das formas de promover o aleitamento materno é promover a amamentação. A amamentação, enquanto ação da mulher para aleitar o seu filho diretamente da mama, é complexa, sujeita a diferentes variáveis, carece de aprendizagem e de um ambiente que seja propício a este processo (Cardoso et al., 2023; Vicente, 2018). Fatores relacionados com a diáde mãe-filho, com o contexto em que a família se insere e com fatores estruturais determinam a decisão sobre amamentar, o seu início precoce, a continuidade e duração da amamentação (Robins, 2016; Peres-Escamilla et al., 2023). Torna-se assim numa tarefa desafiante uma vez que envolve elementos práticos, emocionais, motivacionais e conhecimento. A promoção do conhecimento sobre a amamentação, desde o período pré-natal, contribui para a tomada de decisão informada bem como para a autoconfiança na tomada de decisão e ação (Cardoso et al., 2023).

Promover o empoderamento para amamentar constitui um dos objetivos de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO). São diversas as intervenções de enfermagem que visam promover, suportar e apoiar a amamentação, contribuindo para o aleitamento materno exclusivo e redução do abandono precoce. Assim, torna-se imperativo identificar as mães que apresentem um elevado risco de abandono da amamentação.

A autoeficácia é a percepção que um indivíduo tem sobre a sua capacidade de desempenhar uma tarefa ou um comportamento específico, sendo composta por expectativas de resultados (percepção de que um determinado comportamento gera um determinado resultado) e expectativas da autoeficácia (convicção de que é capaz de realizar uma tarefa ou comportamento específico para obter o resultado desejado) (Bandura, 1977). A autoeficácia é um preditor de comportamentos relacionados com a saúde, uma vez que as expectativas influenciam o comportamento das seguintes formas: esforço que despende, durante quanto tempo persiste quando enfrenta obstáculos, ou o seu envolvimento em processos cognitivos desencorajadores ou encorajadores (Bandura, 1977).

A autoeficácia para amamentar torna-se uma variável importante no que diz respeito aos à influência no comportamento da amamentação no período pós-parto (Li et al., 2022, Lau et al., 2018; Glassman, 2014). Mães com elevados níveis de autoeficácia para amamentar têm maior probabilidade de decidir amamentar, persistir na amamentação mesmo quando confrontadas com dificuldades, ter atitudes ou pensamentos encorajadores e reagir de forma positivamente às dificuldades percebidas (Dennis, 2003). Apresentam ainda menor ansiedade e *stress* e são mais propensas a procurar ajuda (Zeng et al., 2024).

A BSES-SF é uma escala da autoria de Cindy-Lee Dennis que resultou da modificação da escala original e cujo objetivo é identificar as mães em risco de abandono da amamentação por necessidade de suporte adicional (Dennis, 2003).

A identificação atempada destas mães, permite ao EE-ESMO prestar cuidados individualizados, de acordo com as necessidades concretas de cada mulher, no sentido da promoção da amamentação exclusiva, contribuindo para a saúde da mãe e da criança.

4.1.1. Finalidade e Objetivos

A forma como cada mulher percebe a sua capacidade em amamentar influencia o processo de amamentação. Assim, este estudo tem como finalidade contribuir para promoção, proteção e suporte da amamentação, bem como, a impulsionar a conceção e implementação de programas, projetos e intervenções de promoção neste âmbito, através do aumento do conhecimento sobre a autoeficácia das mulheres para amamentar.

O objetivo geral deste estudo é analisar a autoeficácia das mulheres que amamentam durante o período do puerpério. Constituem objetivos específicos:

- Caracterizar a experiência de amamentação durante o internamento.
- Caracterizar o estado da amamentação aquando da alta hospitalar e à 2.ª e 6.ª semana após a mesma.
- Caracterizar a experiência do parto.
- Caracterizar a experiência anterior para amamentar.
- Caracterizar o *score* de autoeficácia das mães que amamentam, no momento da alta, 2.ª ou 6.ª semana após a alta;
- Identificar o momento (momento da alta, 2.ª ou 6.ª semana após a alta) de maior vulnerabilidade na perceção das mulheres sobre a sua autoeficácia para amamentar.
- Analisar a relação entre a experiência do parto e a autoeficácia para amamentar, no momento da alta, 2.ª ou 6.ª semana após a alta.
- Analisar a relação entre a experiência anterior de amamentação e a autoeficácia para amamentar, no momento da alta, 2.ª ou 6.ª semana após a alta.
- Analisar a relação entre a experiência de amamentação durante o internamento e a autoeficácia para amamentar, no momento da alta, 2.ª ou 6.ª semana após a alta.
- Analisar a relação entre o tipo de fonte de informação no âmbito da amamentação e a autoeficácia para amamentar, no momento da alta, 2.ª ou 6.ª semana após a alta.

4.2. DESENHO DO ESTUDO

Neste subcapítulo pretende-se apresentar o desenho do estudo face aos objetivos delineados.

4.2.1. Tipo de estudo

O percurso delineado tem subjacente a classificação do estudo, sendo este um estudo descritivo correlacional, uma vez que pretendemos descrever o fenómeno da autoeficácia das mulheres que amamentam de forma exclusiva e para tal será importante destacar algumas características da população de forma que possamos descrever o fenómeno explorando a sua relação com determinadas variáveis. Trata-se de um estudo descritivo prospetivo, uma vez que pretende recolher dados, através da aplicação de instrumento de recolha de dados, numa determinada população, em diferentes momentos, com objetivo de definir as características de uma população ou fenómeno, neste caso, relativos à autoeficácia para amamentar, no decurso de um dado período de tempo, o período do puerpério (Fortin et al., 2009).

De acordo com a problemática e os objetivos definidos adota-se a uma abordagem quantitativa. A escolha deste método prendeu-se com o facto de se tratar de um processo sistemático de recolha de dados que são passíveis de serem quantificáveis (Fortin et al., 2009, Creswell, 2021). Através deste processo, com o cumprimento de determinadas etapas, com o menor enviesamento possível, objetividade e predição, pretende-se obter resultados que permitam contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no âmbito da amamentação.

4.2.2. População e amostra

Como refere Fortin et al. (2009) e Freixo (2018), a descrição da população e da amostra fornece uma boa base para proceder a uma eventual generalização dos resultados obtidos. A definição das características da população permite definir o grupo de sujeitos que será incluído no estudo e obter uma amostra o mais homogénea possível sendo essencial precisar os critérios de inclusão e de exclusão (Fortin et al., 2009; Lobiondo-Wood & Haber, 2022). A escolha do método de amostragem e o tamanho da amostra são um fator importante do ponto de vista estatístico para determinar resultados significativos (Fortin et al., 2009; Lobiondo-Wood & Haber, 2022). Assim, passamos a descrever a população alvo, a amostra e o método de amostragem.

A população alvo diz respeito ao conjunto de pessoas que cumprem os critérios de seleção previamente definidos e que vão permitir fazer generalizações. Como é difícil estudar na totalidade a população alvo, opta-se por se estudar a população acessível, ou seja, uma parte da população alvo a que se consegue aceder (Fortin et al., 2009; Lobiondo-Wood & Haber, 2022). A

amostra diz respeito a um subconjunto de elementos ou sujeitos que fazem parte da população e que foram convidados a participar no estudo, ou seja, são uma parte da população alvo (Lobiondo-Wood & Haber, 2022; Fortin et al., 2009; Freixo, 2018). A amostra deste estudo envolve a mães, durante o puerpério, internadas no serviço de obstetrícia de uma unidade Local de Saúde do distrito do Porto, com mais de 18 anos de idade e que se encontrem a amamentar o seu filho de forma exclusiva.

Desta forma a população alvo deste estudo são mães, durante o puerpério.

Definem-se como critérios de inclusão:

- Mães que tiveram o seu parto num hospital central da zona Norte de Portugal, entre julho e dezembro de 2024;
- Idade superior ou igual a 18anos;
- Amamentem, com aleitamento materno de forma exclusiva;
- Aceitem participar no estudo.

Como critérios de exclusão, foram definidos:

- Mães que não amamentem;
- Mães e/ou do recém-nascido com condição clínica que impeça a amamentação com aleitamento materno de forma exclusiva.

Assim, trata-se de uma amostra não probabilística, uma vez que cada elemento pertencente à acessíveis em determinado local e momento e por cumprirem os critérios de inclusão (Lobiondo-Wood & Haber, 2022; Fortin et al, 2009). Sendo uma amostra acidental tem vantagens e desvantagens. Como vantagem salientamos o fato de ser simples de organizar e ser pouco onerosa e como desvantagens o facto de não ser possível generalização dos resultados.

A amostra é constituída por 65 puérperas (n=65) recrutadas, durante o período de recolha de dados já mencionado, cumprindo os critérios de inclusão definidos previamente. Ao longo do tempo o número de participantes foi diminuindo por não cumprirem os critérios de inclusão, passando a ser n=44 no momento 2 e n=42 no momento3. Este facto demonstra a dificuldade em conseguir manter o n inicial. Ainda assim o tamanho da amostra permitiu aplicar testes estatísticos e obter consistência interna ao longo dos três momentos. Pensamos também ser oportuno salientar que o tamanho da amostra é semelhante ou superior comparativamente a outros estudos sobre a autoeficácia em amamentar, nomeadamente Santos (2009), onde o n=31, Dennis (2003), em que o n=59 e Brandão el al. (2022) cujo n=54.

4.2.3. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados utilizaram-se dois instrumentos: um formulário para recolha dos dados sociodemográficos, obstétricos e da experiência de amamentação, contruído especificamente para o efeito (Apêndice A) e BSES-SF (Anexo A).

QUADRO 1. Dados incluídos para a caracterização da amostra

Caracterização da amostra	Variáveis
Sociodemográfica	- Idade (anos) - Escolaridade (nível de ensino concluído) - Profissão (resposta aberta)
Experiência anterior de amamentação	- Amamentação exclusiva (Sim/Não), Duração (meses) - Amamentação mista (Sim/Não), Duração (meses).
Fontes de informação no âmbito da amamentação durante a gravidez	- Procurou informação? (Sim/Não) - Se sim, quais as fontes de informação: preparação para a parentalidade, sites, redes sociais, pessoas com experiência, livros (Sim/Não) - Se não, motivo? (resposta aberta)
Experiência do parto	- Caracterização do trabalho de parto (categorias: 1) Início do trabalho de parto (indução do trabalho de parto/ trabalho de parto espontâneo) (Sim/Não); categoria 2) Tipo de parto (eutócico/instrumentado/cesariana); categoria 3) Tipo de dequitação (espontânea; artificial) (Sim/Não); - Intercorrências do parto (categorias (presença/ausência): episiotomia, lacerações perineais, hemorragia pós-parto); - Recurso a métodos farmacológicos para alívio da dor (categorias: analgesia epidural /outra) (Sim/Não); - Contacto pele com pele (Sim/Não); - Amamentação na primeira hora de vida. (Sim/Não)
Experiência de amamentação durante o internamento	- Necessidade de apoio na amamentação (Sim/Não); - Perceção do apoio e suporte por parte do acompanhante (nada adequado, pouco adequado, adequado, muito adequado); - Perceção do apoio e suporte por parte dos enfermeiros (nada adequado, pouco adequado, adequado, muito adequado).

O formulário foi aplicado, em suporte de papel, no dia da alta hospitalar, que corresponde ao momento 1. Após o preenchimento do formulário foi solicitado o autopreenchimento da BSES-SF, também em suporte de papel.

Esta escala encontra-se traduzida em diferentes línguas tendo sido validada em diferentes contextos culturais tais como em Portugal, Suíça, Alemanha, Brasil, Porto Rico, Polónia, Turquia, Croácia, Austrália e Irão (Santos, 2009; Wutke & Dennis, 2007; Tokat et al., 2010; Zubaran et al., 2010; Ip et al., 2012; Oliver-Roig et al., 2012; Bosnjak et al., 2012; Gerhardsson et al., 2014; Ip et al., 2016) e testada psicometricamente entre diversas amostras (Creedy et al., 2003, Torres et al., 2003, Gregory et al., 2008, McCarter-Spaulding & Dennis, 2010, Dennis et al., 2011, Dodt et al., 2012, Wheeler & Dennis, 2013). Os resultados destes estudos evidenciam que a BSES-SF é uma medida confiável e válida para avaliar a autoeficácia da mãe na sua capacidade de amamentar.

A versão portuguesa desta escala foi validada para a população portuguesa por Santos (2009). Do estudo metodológico levado a cabo verificou-se a equivalência concetual e linguística e propriedades psicométricas ilustrativas da sua confiabilidade e validade (*alfa Cronbach* de 0,95). Também no que respeita ao coeficiente de reprodutibilidade (teste-reteste) o coeficiente de correlação de Pearson foi considerado positivo e moderado (Santos, 2009).

Os quatorze itens da BSES-SF são avaliados numa escala de Likert, com cinco possibilidades de resposta (1- nada confiante, 2- pouco confiante, 3- às vezes confiante, 4- confiante e 5- muito confiante). Desta forma, cada participante, de acordo com o seu grau de concordância com o item descrito, atribua um número que represente o seu nível de autoeficácia percebida. O *score* pode variar entre 14 e 70. O *score* final diz respeito ao somatório do número atribuído por cada participante a cada um dos itens de acordo com o seu grau de concordância (1, ou 2, ou 3, ou 4, ou 5)

Para a utilização da escala foi obtida autorização prévia das autoras (Apêndice B) e foi realizado um pré-teste com 10 mulheres que comungavam dos critérios de inclusão, para garantir a compreensão dos itens e antever alguma dificuldade no preenchimento da escala. A BSES-SF foi autopreenchida em três momentos: momento 1 (M1) – no momento da alta; momento 2 (M2) – no final da 2.^a semana pós-alta; e momento 3 (M3) – no final da 6.^a semana pós-alta. A recolha de dados foi presencial, em contacto direto, aquando da alta (presencialmente no internamento) para garantir os critérios de inclusão, solicitar consentimento e recolher os dados de caracterização. Na segunda e sexta semanas, a recolha de dados foi realizada via telefone, após

o contacto ter sido autorizado e fornecido pelas participantes no momento da assinatura do consentimento informado.

4.2.4. Tratamento dos dados

A decisão sobre a escolha dos testes estatísticos a utilizar para obter resposta à questão de investigação tem em consideração a questão de investigação, o tipo de investigação e as variáveis utilizadas (Fortin, 2001).

Uma variável é toda a informação que podemos obter de um sujeito e pode ser classificada em quatro tipos de medida ou escalas de medida tais como escala nominal, escala ordinal, escala de intervalo e escala de razão ou de proporção (Fortin, 2001).

Para efeitos do tratamento e análise dos dados, é essencial a operacionalização das variáveis (Quadro 2).

QUADRO 2. Operacionalização das variáveis do estudo

	Nome	Medida	Valores da variável	Tipo de variável
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA	Idade	Idade da participante (em anos e números inteiros)		Contínua
	Escolaridade	Categoria máxima do nível de escolaridade	1- Sem escolaridade 2-Básico (até ao 4º. ano) 3-Básico (até ao 9º. ano) 4- Secundário (até ao 12.ºano) 5- Licenciatura 6- Mestrado 7- Doutoramento 8- Pós-doutoramento	Ordinal
	Profissão	Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2010)	1-Profissões das Forças Armadas 2-Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes e gestores executivos 3-Especialistas das atividades intelectuais e científicas 4-Técnico e profissões de nível intermedio 5-Pessoal administrativo 6-Trabalhadores dos serviços pessoas, de	Nominal

	Nome	Medida	Valores da variável	Tipo de variável
			proteção e segurança e vendedores 7-Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta 8-Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices 9-Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem 10-Trabalhadores não qualificados	
CARACTERIZAÇÃO EXPERIÊNCIA DO PARTO	Parto	Tipo do parto	1-Parto eutócico 2-Parto distócico auxiliado por ventosa 3-Parto distócico auxiliado por fórceps 4-Parto distócico por cesariana	Nominal
	Indução do trabalho de parto (ITP)	Realização de indução do trabalho de parto	1-Sim 2-Não	Nominal
	Duração do trabalho de parto (DTP)	N.º de horas em trabalho de parto		Contínua
	Dequitação (TD)	Tipo de dequitação	1-Espontânea 2- Artificial	Nominal
	Hemorragia pós-parto (HPP)	Diagnóstico de hemorragia pós parto	1-Sim 2-Não	Nominal
	Trauma perineal (TP)	Classificação do trauma perineal que pode ocorrer no parto (espontâneo ou cirúrgico)	1- Laceração 1.º grau 2-Laceração 2.º grau 3-Laceração 3.º grau 4-Laceração 4.º grau 5- Episiotomia 6- Sem trauma perineal / períneo integro	Nominal
	Analgesia por cateter epidural (ACE)	Realizou analgesia por cateter epidural	1-Sim 2-Não	Nominal

	Nome	Medida	Valores da variável	Tipo de variável
	Contacto pele com pele (CPP)	Realização da intervenção contacto pele com pele	1-Sim 2-Não	Nominal
	Participantes no contacto pele com pele (P-CPP)	Participantes na intervenção do contacto pele com pele	1-Mãe 2-Pai 3-Ambos 4- Nenhum	Nominal
	Amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido (AM- 1ºH)	Amamentou na primeira hora de vida do recém-nascido	1-Sim 2-Não	Nominal
CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA ANTERIOR DE AMAMENTAÇÃO	Experiência prévia em amamentar (EP-AM)		1-Sim 2-Não	Nominal
	Experiência prévia de amamentação exclusiva (EP-AME)		1-Sim 2-Não	Nominal
	Duração de amamentação exclusiva (DAME)	Nº de meses que amamentou de forma exclusiva		Contínua
	Número de filhos amamentados (NFAM)	Número de filhos que foram amamentados decorrentes de experiências anteriores	1-1filho 2-2filhos 3-3filhos 4-Mais de 3 filhos 5- 0 filhos	Nominal
CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO	Procura de informação sobre amamentação durante a gravidez. (IAMG)		1-Sim 2-Não	Nominal
	Fontes de informação sobre amamentação durante a	Recursos utilizados para aquisição de conhecimentos sobre amamentação	1-Programa de preparação para o parto e parentalidade 2-Pessoas com experiência em amamentar	Nominal

	Nome	Medida	Valores da variável	Tipo de variável
	gravidez. (FIAMG)		2-Redes Sociais 3-Sites 4-Livros	
CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE AMAMENTAÇÃO DURANTE O INTERNAMENTO	Necessidade de apoio na amamentação. (AAMI)		1-Sim 2-Não	Nominal
	Perceção da mulher sobre o apoio do acompanhante na amamentação durante o internamento hospitalar. (AA-AM)		1-Inadequado 2-Pouco adequado 3-Adequado 4-Muito adequado	Ordinal
	Perceção da mulher sobre o apoio dos enfermeiros na amamentação durante o internamento hospitalar. (AE-AM)		1-Inadequado 2-Pouco adequado 3-Adequado 4-Muito adequado	Ordinal
Breastfeeding Self-efficacy Scale- Short Form	14 itens do instrument utilizado: <i>Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form.</i> AE1 A AE14		1-Nada Confiante 2-Pouco Confiante 3-As Vezes Confiante 4-Confiante 5-Muito Confiante	Ordinal
	Autoeficácia para amamentar. Calcular a partir de AE1 a AE14 (AE-AM)			Contínua

Definição das variáveis:

- **Parto:** processo fisiológico através do qual o feto, a placenta e outros produtos da concepção são expulsos do útero através da vagina (parto eutócico e parto distócico auxiliados por ventosa ou por fórceps) (National Center for Biotechnology Information, 2020). Os partos distócicos por cesariana ocorrem quando os produtos da concepção são removido do útero através de uma histerotomia.
- **Duração do trabalho de parto:** o trabalho de parto contempla os processos que ocorrem no corpo da mulher, permitindo-lhe ajudar o seu filho a nascer. Este processo ocorre desde a dilatação do colo do útero até à expulsão do feto e placenta para o meio exterior (Cardoso et al., 2023). A duração diz respeito ao tempo que decorre entre a evolução da dilatação do colo do útero até à dequitação.
- **Indução do trabalho de parto:** método, farmacológico ou mecânico, através do qual é induzido o processo de trabalho de parto.
- **Dequitação:** trata-se de um processo que consiste num mecanismo fisiológico que diz respeito ao terceiro estadio do trabalho de parto. Decorre desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta e a sua duração é variável podendo ocorrer entre os 5 minutos e 1 hora (Sequeira et al., 2020).
- **Hemorragia pós parto:** perda excessiva de sangue após parto da qual resultam sinais de hipovolemia, diminuição de 10% do hematócrito ou necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário. Pode ser primária ou precoce (surge nas primeiras 24 horas após a expulsão do feto) ou secundária ou tardia nos casos em que surge após as 24 horas até as seis-doze semanas após o parto (Mascarenhas et al., 2020)
- **Traumatismo perineal:** refere-se a lesões dos tecidos da região perineal que ocorrem de forma espontânea durante o trabalho de parto, lacerações, ou cirurgicamente através da realização da episiotomia. As lesões perineais podem atingir os lábios vaginais, parede vaginal anterior, uretra ou clitóris. A episiotomia é uma incisão cirúrgica efetuada na região do períneo (médio lateral ou mediana) com o objetivo de aumentar o espaço vaginal durante o parto (Mascarenhas, 2020). Segundo a *Royal College Obstetrician & Gynaecologists* (2015) as lacerações perineais classificam-se em: laceração 1.º grau (atingem a pele perineal), laceração 2.º grau (atingem a pele e os músculos perineais) laceração 3.º grau (atingem o complexo do esfíncter anal e/ou interno) e laceração 4.º grau (atingem o complexo do esfíncter anal e interno e a mucosa retal).
- **Contacto pele com pele:** imediatamente após o nascimento, o recém-nascido é colocado em contacto direto com a pele do peito da mãe (pele com pele), cumprindo as

nove estádios de Widström (choro, relaxamento, despertar, atividade, descanso, rastejar, familiarização com o mamilo, mamada e dormir) durante a primeira hora de vida (Cardoso et al., 2024).

- **Amamentação:** ação exclusiva da mulher através da qual alimenta o seu filho com leite oriundo diretamente da mama (Cardoso et al., 2024).
- **Amamentação exclusiva:** refere-se a alimentar a criança exclusivamente com leite materno durante os quatro a seis meses de vida. Exclui a introdução de qualquer outro tipo de alimentos ou líquidos (CIPE, 2011; Carvalho, 2018).

4.2.5. Análise dos dados

Os dados recolhidos foram sujeitos a análise quantitativa, com recurso à plataforma IBM® SPSS® Versão 30.0.0.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). No que diz respeito ao tipo de investigação, esta pode ser do tipo descritiva ou do tipo experimental. De acordo com o desenho do estudo estamos perante uma investigação do tipo descritiva e correlacional.

A análise descritiva permite caracterizar a amostra e a análise inferencial permite avaliar a relação entre variáveis. A análise descritiva neste estudo tem principal objetivo resumir, organizar e apresentar os dados, facilitando a visualização características principais da amostra. Para além disso, permite descrever padrões, tendências e distribuições das variáveis estudadas, utilizando medidas como média, mediana, moda, desvio padrão, frequências e proporções. A análise descritiva é fundamental para compreender o comportamento dos dados e fornecer uma base sólida para a análise inferencial. A análise inferencial, na vertente correlacional deste estudo, serve para avaliar a força e a direção da relação entre duas ou mais variáveis, permitindo estimar se essa associação observada na amostra pode ser generalizada para a população. Embora não permita estabelecer causalidade, a análise inferencial oferece uma base científica para inferir padrões de associação, sustentando conclusões mais robustas sobre os dados analisados (Fortin et al., 2009).

Com o objetivo de analisarmos o comportamento do *score* da BSES-SF ao longo do tempo (momento 1, momento2, momento 3), bem como, o efeito das diferentes variáveis no mesmo recorreremos ao modelo misto linear (*Linear Mixed Models – LMM*) com medidas repetidas. A escolha deste modelo deveu-se ao facto de este permitir estimar efeitos (fixos), atendendo à variação aleatória associada ao participante, itens ou outras unidades de amostragem (Meteyard & Davies, 2020). Por outro lado, como temos ausência de dados no momento 2 e momento 3, por exclusão das participantes, este modelo permite uma melhor preservação do poder

estatístico e opções para análises simultâneas de diferenças individuais (ou itens) associadas a eles (Matuschek et al, 2017).

Neste modelo definimos a dimensão tempo (momento 1, momento2, momento 3) como efeito fixo, cada participante foi considerado um efeito aleatório, integrando um interceto aleatório por participante. A estrutura de covariância foi não estruturada (UN), por não impor restrições às correlações entre momentos. Em situações de ausência de variância optámos pela estrutura de covariância autorregressiva de primeira ordem [AR(1)].

Os dados ausentes foram tratados sob o pressuposto de *Missing at Random* (MAR), sendo incorporados automaticamente na estimativa pelo método Máxima Verosimilhança Restrita (REML), adequado a amostras pequenas e médias, pois gera estimativas menos enviesadas dos componentes de variância.

Através deste modelo foi possível avaliar o efeito principal de tempo, os efeitos principais das variáveis e as correlações tempo × variável.

Uma vez que pretendemos fazer comparações múltiplas (M1-M2, M2-M3, M1-M3), recorreremos ao ajuste Bonferroni, adequado para um número reduzido de comparações, controlar o erro tipo I (falsos positivos) em múltiplos testes, independentemente do tipo de variável dependente e recomendado em modelos lineares mistos.

Os resultados são apresentados sob a forma de médias marginais estimadas (EMMEANS), com respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), e dos testes de efeitos fixos do tipo III, que fornecem os valores da estatística F (de Fisher) e os respetivos *p-values*. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para testes bilaterais.

Propriedades métricas de uma medida: Fidelidade e validade

Para determinar a qualidade de um instrumento de medida urge a necessidade de proceder à avaliação da sua fidelidade e validade, só assim é que poderemos afirmar se os dados colhidos são confiáveis ou não e se as conclusões são precisas e podem ser representativas (Fortin. 2009, Babbies, 2021, Filed, 2018).

A fidelidade diz respeito à consistência ou precisão dos resultados que foram obtidos através da aplicação de um instrumento de medida ao longo do tempo ou em momentos distintos. No caso do presente estudo, a aplicação do instrumento de medida designado *Breastfeeding Self-efficacy Scale- Short Form* (BSES-SF) ocorreu em três momentos distintos (momento 1, momento 2 e momento 3), o que permitiu avaliar a sua fidelidade, de forma a garantir que os dados não foram

afetados por erros aleatórios ou inconsistências do instrumento. A consistência interna foi analisada através do *Alfa de Cronbach* (α), o qual avalia o grau de inter-relação entre os itens que compõem a escala, permitindo verificar a homogeneidade das respostas. Valores de $\alpha \geq 0,70$ indicam aceitável consistência interna, sendo valores $\geq 0,80$ considerados bons e $\geq 0,90$ excelentes (Field, 2018). Procedemos ainda à análise das correlações item–total corrigidas e o α se o item fosse eliminado, de modo a verificar a contribuição individual de cada item para a consistência global.

4.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer estudo de investigação deve assentar em considerações éticas bem definidas em prol da garantia do cumprimento dos direitos dos participantes bem como da ética profissional do investigador. Neste subcapítulo vamos fazer referência à forma como o investigador procedeu no que diz respeito ao consentimento informado e ao cumprimento das diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, emanados pela *International Council of Nurses* (2003), salientando a importância do cumprimento dos princípios éticos da beneficência e maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020) bem como da Declaração de Helsínquia (2024) que reforça os princípios éticos inerentes à investigação médica em seres humanos.

Previamente à tomada de decisão, o participante deve ser devidamente informado sobre a natureza, o alcance, as consequências e os riscos do estudo, para decidir sobre a sua participação, assim como, de se retirar a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências (Lei n.º 21/2024 de 16 de Abril). Para que o consentimento informado fosse obtido de forma livre e esclarecida foi fornecido a “informação ao participante” (Apêndice C) para que, após leitura e análise, a participante pudesse colocar qualquer questão e, assim, tomar a sua decisão informada, cumprindo o direito à sua autodeterminação.

A pedido da Comissão de Ética do local onde foi realizado o estudo, foi disponibilizado o contacto do encarregado da proteção de dados da Unidade Local de Saúde visada, e da Comissão Nacional de Proteção de dados, para que os participantes possam aceder aos seus direitos no âmbito da proteção de dados e em caso de dúvidas ou não conformidade com a lei possa expor as suas dúvidas e, inclusive, proceder a uma reclamação.

Conscientes do incómodo dos contactos após o regresso a casa em dois momentos distintos e da disponibilidade de tempo que isso implica, reforça a dificuldade em manter o consentimento informado ao longo do tempo. São vários os autores que referem a dificuldade de manutenção

da obtenção do consentimento informado nos casos de estudos que impliquem vários contactos que acaba por se refletir na renúncia da participação no estudo (Polit, Beck & Hungler, 2006). No caso concreto do presente estudo confrontamo-nos com algumas destas situações. Para minimizar este efeito foi sempre questionada a pertinência do contato no momento, bem como, demonstrada disponibilidade para agendar o contacto em dia e hora mais oportunos para a participante. Nos casos de ausência de resposta ao contacto, foram efetuadas mais duas tentativas em dias diferentes que se não fossem bem sucedidas, as participantes eram excluídas do presente estudo.

A informação ao participante, o consentimento informado, o formulário e a BSES-SF (do momento 1) foram entregues quando a potencial participante no estudo tivesse conhecimento de que teria alta clínica, de forma que esta pudesse ler com calma e reflexão. Após o seu preenchimento eram entregues à investigadora antes de sair do serviço. Desta forma estes poderiam estar preenchidos ou não, de acordo com a sua tomada de decisão.

O princípio da beneficência diz respeito ao “fazer o bem” para o participante e para a sociedade e o princípio da maleficência refere-se ao fato de não se causar nenhum tipo de dano (Nunes, 2020). Este estudo não provoca nenhum dano aos participantes. Não interfere no acesso aos cuidados de saúde, mas visa estudar uma temática em prol da melhoria dos cuidados de saúde no âmbito da amamentação. Este benefício foi reconhecido pelas participantes. Temos ainda a salientar que, conscientes do desafio que é o processo de transição para a parentalidade e o regresso a casa, salientamos desde o primeiro momento que os contactos telefónicos a realizar *a posteriori* seriam sempre em momentos que fossem oportunos para a participante. Esta informação era sempre ressalvada no início do contacto telefónico. Foram muitos os contactos adiados para datas e horas mais convenientes para as participantes.

A fidelidade diz respeito à confiança entre investigador e o participante no estudo (Nunes, 2020). A confiança é importante para que ocorra a participação no estudo e para a partilha de informação. O documento referente à informação ao participante é fundamental para que se estabeleça esta confiança, bem como, a abordagem inicial para a participação no estudo. Foi sempre salientado a importância da tomada de decisão livre e da possibilidade, a qualquer momento, da recusa em continuar a participar no estudo. A garantia da confidencialidade dos dados, bem como da beneficência e da não maleficência torna-se fulcral e que constam na informação ao participante. A confidencialidade foi garantida através do acesso exclusivo do consentimento informado ao investigador principal, a codificação dos dados foi efetuada através da numeração imediata dos formulários preenchidos e separada do consentimento informado,

não sendo possível fazer relação entre os dados obtidos e o nome que consta no consentimento informado.

O princípio da justiça diz respeito a que todos os participantes sejam tratados de forma justa e equitativa antes, durante e após o estudo de investigação. A participação, ou não, neste estudo não influenciou a prestação de cuidados.

A veracidade está relacionada com o “dizer a verdade” (Nunes, 2020). Desta forma toda a informação disponibilizada baseia-se na veracidade, tanto do ponto de vista metodológico, bem como no cumprimento dos princípios éticos inerentes ao estudo de investigação. Por outro lado, é oportuno salientar que todo o trabalho se baseia neste princípio, ou seja, é original e faz a devida referência aos autores que serviram de inspiração para a sua elaboração.

Tratando-se de um estudo que implica a aplicação de um formulário onde constam dados pessoais, salientamos o cumprimento do direito dos participantes à privacidade e confidencialidade da informação, tal como consta na Declaração de Helsínquia (Marina, 2020). Uma vez que vamos utilizar dados pessoais poderá ser considerada uma forma de intrusão à vida pessoal dos participantes, sendo a pessoa livre de decidir se aceita partilhar informação íntima e privada, bem como, decidir a extensão da mesma (Nunes, 2020). As questões deste foro são de resposta livre, constam do formulário que é autopreenchido, permitindo à participante responder apenas às questões que considere pertinentes. A confidencialidade, é o princípio que permite salvaguardar a informação pessoal. Todos os participantes devem ter direito ao anonimato e à confidencialidade, ou seja, para que os dados pessoais dos participantes possam ser divulgados ou partilhados, tem de existir uma autorização prévia dos mesmos. Por outro lado, tem de existir a garantia de que as respostas individuais e os resultados obtidos não permitem a identificação dos participantes (Nunes, 2020; Fortin et al., 2009). Para cumprir este direito utilizamos a informação ao participante, o consentimento informado e recorreremos à codificação dos dados. Para codificarmos os dados procedemos à sua numeração, que se manteve durante todo o processo de tratamento de dados e discussão dos resultados. Por outro lado, é de salientar que, a informação decodificada é só acedida pelo investigador principal, os outros investigadores envolvidos têm acesso à informação já codificada. Os dados serão mantidos durante cinco anos, período ao fim do qual serão destruídos.

Para finalizar, salientamos que o estudo foi sujeito à aprovação por parte da Comissão Ética da Unidade Local de Saúde onde o estudo foi implementado (Anexo B). Somente após a obtenção da sua autorização é que iniciámos a recolha dos dados.

5. RESULTADOS

Para apresentação dos dados obtidos vamos começar por fazer a caracterização da amostra, recorrendo a dados sociodemográficos, obstétricos e relativo à experiência de amamentação, obtidos através do preenchimento do formulário aquando da alta hospitalar. Posteriormente vamos apresentar dados obtidos do *score* da BSES-SF ao longo dos três momentos de avaliação (M1= aquando da alta; M2= 15 dias após a alta; M3= 30 dias após a alta) e a avaliação sumária da fiabilidade da escala utilizada (BSES-SF) na amostra do estudo. Por último apresentamos a relação encontrada entre as variáveis escolhidas e o *score* obtido através da aplicação da BSES-SF ao longo do tempo, ou seja, nos três momentos de recolha de dados.

5.1. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra tem em linha de conta: 1) Dados sociodemográficos: como a idade, escolaridade e profissão; 2) Dados relativos à experiência de parto: indução do trabalho de parto, tipo de parto, tipo de dequitação, hemorragia pós-parto, analgesia por cateter epidural e; 3) Dados referentes à amamentação: experiência prévia em amamentar, número de filhos amamentados, procura de informação sobre amamentação no período pré-natal, fontes de informação sobre amamentação, amamentação na primeira hora de vida, contacto pele com pele, necessidade de apoio na amamentação durante o período de internamento e perceção do apoio fornecido durante o período de internamento.

5.1.1. Dados sociodemográficos

A amostra é constituída por 65 mulheres que se encontravam a amamentar de forma exclusiva no momento de alta hospitalar após parto. As mulheres que integraram o estudo apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, sendo a média de idade 31,9 (DP $\pm$ 4,7) e a moda 33 anos.

Relativamente à escolaridade a maioria da amostra, 65%, é detentora de estudos de nível superior, sendo que 47,7% são licenciadas (n=31) e 13,8% possuem o mestrado. Cerca de 20,0% (n=13) concluíram o ensino secundário (até ao 12.º ano) e 18,5% (n=12) tem estudos ao nível do ensino básico (9.º ano de escolaridade).

Quanto à atividade profissional 55,4% (n=36) das mulheres têm profissão classificada como especialistas das atividades intelectuais e científica, 20,0% (n=13) trabalhadores não qualificados. 13,8% (n=9) técnico e profissões de nível intermedio, 7,7% (n=5) pessoal

administrativo e 3,1% (n=2) trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	n	%
Idade (N = 65)		
Mínimo – Máximo		20 – 40
Média (DP)		31,9 (± 4,7)
Moda		33
Escolaridade		
Básico (até ao 9.º ano)	12	18,5
Secundário (até ao 12.º ano)	13	20,0
Licenciatura	31	47,7
Mestrado	9	13,8
Total	65	100,0
Atividade Profissional		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	36	55,4
Técnicos e profissões de nível intermédio	9	13,8
Pessoal administrativo	5	7,7
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	2	3,1
Trabalhadores não qualificados	13	20,0
Total	65	100,0

5.1.2. Dados relativos à experiência de parto

Relativamente ao tipo de parto 47,7% (n=31) das mulheres tiveram um parto eutócico, 32,3% (n=21) um parto distócico por cesariana e 20,0% (n=13) um parto distócico auxiliado por ventosa. Das 32,3% (n=21) das mulheres que tiveram um parto distócico por cesariana, 4,5% (n=7) foram cirurgias programadas, ou seja, estamos perante partos distócico por cesariana eletiva. No que diz respeito ao trabalho de parto, 46,2% (n=30) realizaram indução do trabalho de parto e 53,8% (n=35) não realizaram indução do trabalho de parto. Sendo que 4,5% (n=7) dizem respeito a cesarianas eletivas, concluímos que 49,3% (n=28) dizem respeito a mulheres que entraram espontaneamente em trabalho de parto.

Da amostra inicial (N= 65), 58 mulheres (89,2%) experienciaram o trabalho de parto. A duração do trabalho de parto foi em média 11,17 horas (DP = 7,49), tendo variado entre 2 e 40 horas, e mediana foi de 10,50 horas (p25–p75: 6,5 – 14,5). Relativamente ao controlo da dor, a maioria das mulheres recorreu à analgesia por cateter epidural, correspondendo a 84,6% (n = 55),

enquanto uma minoria (4,6%; n = 3) não recorreu a este tipo de analgesia, por opção pessoal ou por contraindicação médica (Tabela 2).

Relativamente ao trauma perineal, verificou-se que a maioria das mulheres não apresentou qualquer intercorrência, mantendo o períneo íntegro, o que corresponde a 53,8% (n = 35). Entre os casos em que ocorreu trauma perineal, 17% (n = 11) foram submetidas a episiotomia, 15,4% (n = 10) apresentaram laceração perineal de segundo grau, 12,3% (n = 8) laceração perineal de primeiro grau e 1,5% (n = 1) laceração perineal de terceiro grau. No que respeita à ocorrência de hemorragia pós-parto, constatou-se que a maioria das mulheres não apresentou esta intercorrência (93,8%; n = 61), tendo sido registada hemorragia pós-parto em 6,2% dos casos (n = 4). Relativamente à dequitação, esta ocorreu de forma espontânea em 63,1% (n = 41) das situações e de forma manual em 36,9% (n = 24) (Tabela 3).

Tabela 2. Caracterização da amostra relativamente à experiência de parto

	n	%
Tipo de parto		
Parto eutócico	31	47,7
Parto distócico auxiliado por ventosa	13	20,0
Parto distócico por cesariana	21	32,3
Total	65	100,0
Indução do trabalho de parto		
Sim	30	46,2
Não*	35	53,8
Total	65	100,0
*Trabalho de parto espontâneo (If DTP$\geq$1)		
Sim	28	49,3
Não	7	4,5
Total	35	53,8
Duração do trabalho de parto (N = 58)		
Mínimo – Máximo		2 – 40 h
Média (DP)		11.17 ($\pm$ 7,49) h
Mediana (p25–p75)		10,50 (6,5– 14,5) h
Analgesia por cateter epidural		
Sim	62*	95,4
Não	3	4,6
Total	65	100,0
* If DTP=0		
Sim	7	10,8
Não	55	84,6
Total	62	95,4

	n	%
Trauma perineal		
Laceração de 1.º grau	9	13,8
Laceração de 2.º grau	10	15,4
Laceração de 3.º grau	1	1,5
Episiotomia	11	17,0
Sem trauma perineal / períneo íntegro	34	52,3
Total	65	100,0
Hemorragia pós-parto		
Sim	4	6,2
Não	61	93,8
Total	65	100,0
Tipo de dequitação		
Espontânea	41	63,1
Manual	24	36,9
Total	65	100,0

5.1.3. Dados relativos ao processo de amamentação

Relativamente ao amamentar, 44,6%(n=29) das mulheres tinha experiência prévia em amamentar, das quais 41,5% (n=27) amamentou de forma exclusiva. 55,4% (n=36) não detinha experiência prévia em amamentar (número de filhos=0) e 3,07% (n=2) não amamentou de forma exclusiva os filhos anteriores. Cerca de 35,4% (n=23) amamentou anteriormente um filho, 4,6% (n=3) amamentou dois filhos, 3,1% (n=2) amamentou 3 filhos e 1,5% (n=1) amamentou mais de três filhos. 55,4% (n=36) eram primíparas (tabela6). A duração média de amamentação foi de 57,4 dias e a duração média da amamentação exclusiva foi de 55,1 dias, tendo variado entre os 0 dias (mães sem experiência prévia) e os 180 dias (Tabela3).

Tabela 3. Caracterização da amostra relativamente à experiência prévia amamentação

	n	%
Experiência prévia em amamentar		
Sim	29*	44,6
Não	36	55,4
Total	65	100,0
*Experiência prévia de amamentação exclusiva		
Sim	27	41,5
Não	2	3,1
Total	29	44,6

	n	%
Duração da amamentação exclusiva (N=64)		
Mínimo – Máximo		0 – 180 dias
Média (DP)		55,1 (± 77,7) dias
Número de filhos amamentados		
0	36	55,4
1 filho	23	35,4
2 filhos	3	4,6
3 filhos	2	3,1
Mais de 3 filhos	1	1,5
Total	65	100,0

A maioria das mulheres (89,2%; n=58) procurou informação sobre amamentação durante o período pré-natal. Apenas 10,8% (n=7) refere não o ter feito. As fontes de informação foram para 81,5% (n=53) das mulheres o programa de preparação para a parentalidade, 53,8% (n=35) as redes sociais, 50,8% (n=33) pessoas com experiência em amamentar, 46,2% (n=30) sites e 36,9% (n=24) livros (Tabela4).

Após o parto, 92,3% (n=60) amamentou na primeira hora de vida e 7,7% (n=5) não o fez por opção ou por intercorrências clínicas da mãe ou do recém-nascido que tenham contraindicado ou impossibilitado. Um total de 72,3% (n=43) realizou contacto pele com pele, dos quais 63,1% (n=41) foi realizado pela mãe, 7,7% (n=5) pelo pai e 3,1% (n=2) por ambos. Um quarto das mulheres (26,2%; n=17) não realizou contacto pele com pele por opção, por intercorrências clínicas relacionadas com o recém-nascido ou com a mãe ou porque não lhe foi dada essa possibilidade (Tabela 4).

Durante o período de internamento hospitalar, 61 mulheres responderam às questões relativas à necessidade e à perceção do apoio na amamentação, tendo quatro participantes não preenchido esta informação. Das respostas obtidas, 68,9% (n = 42) referiram ter necessitado desse apoio. No que respeita à perceção da adequação do apoio recebido durante o internamento, o apoio do acompanhante foi maioritariamente classificado como muito adequado por 60,7% das mulheres (n = 35), seguido de adequado em 39,3% (n = 24) e pouco adequado em 3,3% (n = 2). Relativamente ao apoio prestado pelos enfermeiros no processo de amamentação, 60,7% das mulheres (n = 37) perceberam-no como muito adequado, 34,4% (n = 21) adequado e 4,9% (n = 3) pouco adequado (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da amostra relativamente à experiência atual de amamentação

	n	%
Procura de informação		
Sim	58	89,2
Não	7	10,8
Total	65	100,0
Preparação para a parentalidade como fonte de informação		
Sim	53	81,5
Não	12	18,5
Total	65	100,0
Pessoas com experiência em amamentar como fonte de informação		
Sim	33	50,8
Não	32	49,2
Total	65	100,0
Consulta de redes sociais como fonte de informação		
Sim	35	53,8
Não	30	46,2
Total	65	100,0
Consulta de sites como fonte de informação		
Sim	30	46,2
Não	35	53,8
Total	65	100,0
Consulta de livros como fonte de informação		
Sim	24	36,9
Não	41	63,1
Total	65	100,0
Amamentação na 1.^a hora de vida		
Sim	60	92,3
Não	5	7,7
Total	65	100,0
Realização de contacto pele com pele		
Sim	48	73,8
Não	17	26,2
Total	65	100,0
Participantes na intervenção		
Mãe	41	63,1
Pai	5	7,7
Ambos	2	3,1
Nenhum	17	26,2
Total	65	100,0
Necessidade de apoio		
Sim	42	68,9

	n	%
Não	19	31,1
Total	61	100,0
Perceção do apoio do acompanhante		
Pouco adequado	2	3,3
Adequado	24	39,3
Muito adequado	35	57,4
Total	61	100,0
Perceção do apoio dos enfermeiros		
Pouco adequado	3	4,9
Adequado	21	34,4
Muito adequado	37	60,7
Total	61	100,0

5.1.4. Caracterização da Autoeficácia para amamentar através do BSES-SF

O instrumento de avaliação BSES-SF foi aplicado no primeiro momento a 65 mulheres que cumpriam os critérios de inclusão e que corresponde à amostra inicial: Momento 1 (M1). No Momento 2 (M2), destas, cumpriam os critérios de inclusão 47 mulheres, tendo sido excluídas 18 participantes, 12 por não se encontrarem em amamentação exclusiva (n=10 em amamentação mista (causas: n=7 aumento ponderal do recém-nascido, n=1 internamento na neonatologia por infeção urinária, n=1 pelo cansaço materno, n=1 insegurança materna) e n=2 desmame precoce (causas: n=1 insegurança materna e n=1 internamento na neonatologia por infeção urinária) e 6 por terem desistido de participar neste estudo. O Momento 3 (M3) incluiu 42 participantes, tendo sido menos 5 do que em M2, pelos motivos anteriormente mencionados (n=2 em amamentação mista (causas: n=1 por cansaço materno e n=1 por aumento ponderal do recém-nascido) e n=3 por terem desistido de participar na investigação). Sendo assim a escala foi aplicada nos três momentos (à data de alta hospitalar, 15 dias após a alta hospitalar e 30 dias após a alta hospitalar) a um total de 42 mulheres (Figura 5).

Ao longo do tempo o número de participantes no estudo foi diminuindo por não cumprirem os critérios de inclusão, passando a ser n=44 em M2 e n=42 em M3. Este facto demonstra a dificuldade em conseguir manter o n inicial. Ainda assim o tamanho da amostra permitiu aplicar testes estatísticos e obter consistência interna ao longo dos três momentos. Pensamos também ser oportuno salientar que o tamanho da amostra é semelhante ou superior comparativamente a outros estudos sobre a autoeficácia em amamentar, nomeadamente Santos (2009), onde o n=31, Dennis (2003), em que o n=59 e Brandão et al. (2022) cujo n=54.

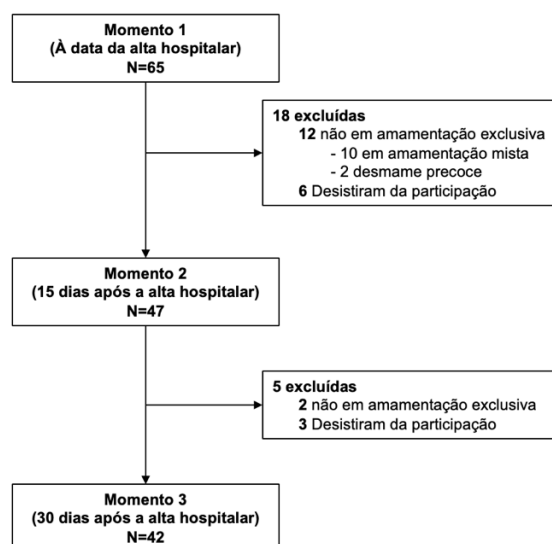


FIGURA 5. Esquema de *drop-out* das participantes ao longo dos três momentos de avaliação.

5.1.5. Análise da fiabilidade do Instrumento BSES-SF

Para avaliarmos a fiabilidade do instrumento BSES-SF (versão curta com 14 itens), recorreremos à análise do *Alpha de Cronbach* nos três momentos de recolha de dados: M1: aquando da alta hospitalar; M2: 15 dias após a alta hospitalar; e, M3: 1 mês após a alta hospitalar.

a) Momento 1 – Alta Hospitalar

O instrumento apresentou uma excelente consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* de 0,922, e um *Alpha* baseado em itens padronizados de 0,921. As correlações item-total corrigidas variaram entre 0,285 e 0,839, sendo que a maioria dos itens obteve valores superiores a 0,60, evidenciando um bom poder discriminativo.

A remoção de qualquer item não aumentou substancialmente o valor do α , com exceção do item 7, cuja exclusão resultaria num *Alpha* de 0,927. Este item revelou um poder discriminativo mais baixo ($r_{it} = 0,285$), mas optou-se pela sua manutenção por razões de validade de conteúdo. Os itens 5 e 6 destacaram-se pelos seus elevados contributos para a consistência interna da escala ($r_{it} = 0,839$ e $0,796$, respetivamente).

A média por item oscilou entre 3.38 e 4.48, observando-se valores mais elevados nos itens 7 ($M=4,48$), 10 ($M=4,38$), 13 ($M=4,28$) e 12 ($M=4,09$), e valores mais baixos nos itens 1 ($M=3,38$), 2 ($M=3,52$) e 11 ($M=3,54$). Estes resultados sugerem domínios com menor confiança relativa, reforçando a importância de considerar o conteúdo específico dos itens menos valorizados.

b) Momento 2 – 15 Dias Após Alta

No segundo momento, o *Alpha de Cronbach* foi de 0,89, evidenciando uma elevada consistência interna. A média das correlações inter-itens foi de aproximadamente 0,37, valor que sugere uma boa homogeneidade entre os itens, sem indícios de redundância excessiva.

As correlações item-total corrigidas mantiveram-se em níveis satisfatórios e, tal como no primeiro momento, a exclusão de qualquer item não conduziu a melhorias significativas no valor do α . Importa referir que 19 participantes (29,23%) foram excluídos nesta fase, por não cumprirem o critério de inclusão de amamentação exclusiva ou por desistência.

c) Momento 3 – 1 Mês Após Alta

Na terceira avaliação, a escala manteve uma boa consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* de 0,867. As médias por item variaram entre 4,29 e 4,83, com desvios padrão entre 0,40 e 0,98, indicando níveis elevados de autoeficácia e sugerindo a presença de um possível efeito de teto.

As correlações inter-itens apresentaram uma média de aproximadamente 0,34 (intervalo entre $r = 0,001$ e 0,68), destacando-se o par de itens 12–13 com uma correlação de $r = 0,68$, evidenciando uma adequada homogeneidade. As correlações item-total corrigidas oscilaram entre 0,288 e 0,711, com valores mais baixos nos itens 3 e 11.

Tal como nos momentos anteriores, a remoção de qualquer item não aumentou significativamente o valor do *Alpha* (valor máximo observado: $\alpha = 0,872$ sem o item 8), pelo que optámos por manter todos os itens para garantir a validade de conteúdo.

De salientar que, neste momento, 23 participantes (35,4%) foram excluídos por não cumprirem o critério de amamentação exclusiva.

5.1.6. Evolução dos scores da BSES-SF nos Três Momentos de Avaliação

O *score* da BSES-SF de mulheres que amamentam de forma exclusiva no momento 1, 2 e 3 de avaliação oscilou entre 30-70, 39-70 e 47-70 respetivamente, tendo sido a média no M1 54,31, no M2 de 58,60 e no M3 de 62,91.

De seguida, caracterizam-se as respostas de cada um dos momentos (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização das afirmações da BSES-SF em cada um dos momentos

Afirmações da BSES-SF	MOMENTO1		MOMENTO 2		MOMENTO3	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<i>Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente</i>	3,38	1,01	4,09	1,06	4,52	0,59
<i>Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes</i>	3,52	0,97	3,89	0,79	4,29	0,60
<i>Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento</i>	4,06	1,00	4,79	0,41	4,83	0,54
<i>Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada</i>	3,75	0,94	3,85	1,02	4,38	0,76
<i>Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação</i>	3,68	0,97	4,06	0,87	4,50	0,63
<i>Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar</i>	3,60	0,98	4,02	0,77	4,36	0,73
<i>Eu posso sempre continuar a desejar amamentar</i>	4,48	0,79	4,55	0,69	4,81	0,40
<i>Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família</i>	3,86	1,21	4,04	1,20	4,33	0,98
<i>Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar</i>	3,83	1,08	4,23	0,89	4,55	0,67
<i>Eu consigo sempre lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo</i>	4,38	0,78	4,19	0,92	4,52	0,67
<i>Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama</i>	3,54	1,00	3,89	0,89	4,48	0,74
<i>Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas</i>	4,09	0,90	4,62	0,53	4,71	0,46
<i>Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede</i>	4,28	0,82	4,66	0,56	4,76	0,48
<i>Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar</i>	3,75	1,00	4,34	0,82	4,60	0,59

MOMENTO 1:

- As médias por afirmação da BSES-SF podem oscilar entre 1 e 5, tendo, neste momento oscilado entre 3,38 e 4,48.
- A afirmação 7: “*Eu posso sempre continuar a desejar amamentar*” foi a que obteve valor mais elevado (M = 4,48; DP = 0,79), refletindo maior confiança das mulheres nesse

domínio, seguida pelas afirmações 10: *“Eu consigo sempre lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo”* (M = 4,38), 13: *“Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede”* (M = 4,28) e 12: *“Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas”* (M = 4,09).

- A afirmação 1: *“Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente”* apresentou a média mais baixa (M = 3,38; DP = 1,01), juntamente com as afirmações 2: *“Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes”* (M 3,52) e 11 *“Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama”* (M = 3,54), indicando menor autoeficácia.

A tabela 5 demonstra que as mulheres se sentiam globalmente confiantes, embora alguns aspetos específicos tenham sido percebidos como mais desafiantes.

MOMENTO 2:

- As médias por afirmação da BSES-SF oscilaram entre 3,85 e 4,79, sendo o valor mínimo possível 1 e o máximo 5.
- A afirmação 3: *“Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento”*, registou a pontuação mais elevada (M = 4,79; DP = 0,41), seguido pelas afirmações 13: *“Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede”* (M = 4,66), 12: *“Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas”* (M = 4,62) e 7 (M = 4,55).
- As afirmações 4, *“Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada”*, (M = 3,85; DP = 1,02), 2: *“Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes”* (M = 3,89; DP = 0,79) e 11: *“Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama”* (M = 3,89; DP = 0,89), apresentaram os valores mais baixos indicando uma menor autoeficácia.

Como demonstra a tabela 5, estes resultados sugerem uma perceção globalmente elevada de autoeficácia, embora com variações entre itens que podem refletir dimensões mais fáceis ou mais desafiantes relativas ao processo de amamentação.

MOMENTO 3:

- As médias por afirmação da BSES-SF variaram entre 4,29 e 4,83, dentro do intervalo possível de 1 a 5.
- Os valores mais elevados observaram-se nas afirmações 3: “Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento” (M = 4,83; DP = 0,54), 7 “Eu posso sempre continuar a desejar amamentar” (M = 4,81; DP = 0,40), 13: “Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede” (M = 4,76; DP = 0,48) e 12: “Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas” (M = 4,71; DP = 0,46).
- As pontuações mais baixas surgiram nas afirmações 2: “Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes” (M = 4,29; DP = 0,60) e 8: “Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família” (M = 4,33; DP = 0,98).

A tabela 5 demonstra que os resultados evidenciam níveis muito elevados de autoeficácia no 30.º dia após a alta hospitalar com tendência a efeito de teto em vários itens.

Face às perdas amostrais em M2 e M3, procedemos à análise do *score* da BSES-SF de forma a perceber se poderia existir relação entre o *score* em M1 de autoeficácia para amamentar e o abandono e exclusão das participantes em M2 e M3. Desta forma, criamos uma variável dicotómica denominada “abandono” (1 = sim - faltou em M2 e/ou M3) e 0 = não - completou todos os momentos)), com base na ausência de respostas nos momentos 2 e/ou 3 da BSES-SF. Atribuímos o valor 1 às participantes que não cumpriram os critérios em pelo menos um dos dois momentos subsequentes e 0 às que completaram as três medições. Em seguida procedemos à comparação dos *scores* da BSES-SF entre os dois grupos (completo vs. exclusão) através de um *teste t* para amostras independentes, após verificação da variância com o teste de Levene. Foi ainda calculado valor de *p* e o tamanho do efeito (Cohen’s *d*), de modo a avaliar a magnitude prática da diferença observada.

As análises foram realizadas com um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), considerando resultados estatisticamente significativos quando $p < ,05$. Verificou-se que 42 mulheres (64,6%) completaram todas as avaliações e 23 (35,4%) abandonaram o seguimento antes do final. A média de autoeficácia em M1 foi de $55,88 \pm 9,38$ no grupo que completou todos os momentos e de $51,43 \pm 10,28$ no grupo excluído.

Embora a diferença média de 4,45 pontos não foi estatisticamente significativa ($t(63) = 1,77$; $p = ,082$), o tamanho do efeito moderado (Cohen’s $d = 0,46$) aponta para uma tendência de menor

autoeficácia em M1 nas participantes que foram excluídas (por aleitamento misto ou por desistirem de participar no estudo).

5.2. Determinantes da autoeficácia para amamentar

Para analisar a influência das variáveis previamente caracterizadas na autoeficácia para amamentar, recorreu-se a um modelo linear misto (*Linear Mixed Model*, LMM) com medidas repetidas. O modelo incluiu como efeitos fixos o tempo (Momentos 1, 2 e 3), a variável em análise e a respetiva interação tempo × variável. De forma a contemplar as diferenças individuais entre as participantes, foi incluído um termo aleatório por mulher, permitindo considerar o seu valor inicial de autoeficácia. Quanto à **estrutura de covariância**, utilizou-se preferencialmente a **não estruturada [UN]**, pela sua flexibilidade em estimar as correlações entre os diferentes momentos de avaliação. Esta estrutura permite calcular livremente as correlações entre cada par de momentos (1–2; 1–3; 2–3), sem assumir que estas sejam iguais entre si. Nos casos em que a estrutura de covariância não convergiu ou se verificou ausência de variância, recorreu-se à **estrutura autoregressiva de primeira ordem [AR(1)]**, também designada no SPSS por *Repeated–Autoregressive(1)* [RA(1)]. Esta estrutura assume correlações progressivamente menores entre medições mais afastadas no tempo, sendo, por isso, mais parcimoniosa e adequada a séries temporais curtas.

5.2.1. Comportamento do *score* da autoeficácia para amamentar medida pela BSES-SF

Os resultados demonstram uma evolução positiva e progressiva da autoeficácia para amamentar ao longo do tempo, sendo o aumento mais significativo entre o segundo e o terceiro momento de avaliação.

A análise dos resultados obtidos revelou diferenças estatisticamente significativas nos *scores* da BSES-SF ao longo dos três momentos de avaliação ($F_{(2, 50.420)} = 44.582$; $p < .001$), indicando que o *score* da BSES-SF variou de forma consistente entre M1, M2 e M3. As médias marginais estimadas mostraram valores significativamente mais baixos do *score* da BSES-SF em M1 ($M = 54,31$) comparativamente a M2 ($M = 57,59$; $p < ,01$) e a M3 ($M = 62,38$; $p < ,001$). Constatámos ainda um aumento significativo do *score* da BSES-SF entre o M2 e o M3 ($p < ,001$). As comparações múltiplas (*Pairwise Comparisons*, com correção de Bonferroni) mostraram valores significativamente mais baixos em M1 ($M = 54.31$) comparativamente a M2 ($M = 57.59$; $p < .01$) e a M3 ($M = 62.38$; $p < .001$). Verificou-se ainda um aumento significativo nos *scores* da BSES-SF entre M2 e M3 ($p < .001$). As diferenças par-a-par (M1-M2; M2-M3; M1-M3) confirmaram

aumento significativo entre M1 e M2 ($\Delta = 3.28$, $p < .001$) e entre M2 e M3 ($\Delta = 4.78$, $p < .001$), resultando numa diferença acumulada expressiva entre M1 e M3 ($\Delta = 8.07$, $p < .001$).

A diferença mais acentuada foi observada entre o segundo e o terceiro momento, sugerindo que o maior reforço da autoeficácia ocorreu entre a segunda semana e o final dos trinta dias após a alta hospitalar (Tabela 14).

Tabela 6. Estatísticas Descritivas da Autoeficácia para Amamentar (BSES-SF) nos Três Momentos de Avaliação

Momento	Média	EP	IC95% da Média	DP	Mediana	Mín–Máx	Amplitude interquartil
1	54,31	1,22	51,86 – 56,75	9,86	54	30–70	15
2	58,60	1,16	56,26 – 60,93	7,95	60	39–70	11
3	62,91	0,93	61,04 – 64,78	6,16	64	47–70	9

5.2.2. Idade

A variável idade materna foi analisada inicialmente como **covariável contínua** no modelo linear misto, de modo a explorar a sua associação com os níveis de autoeficácia para amamentar (BSES-SF) ao longo dos três momentos de avaliação (M1, M2 e M3).

No modelo linear misto, não se verificou um efeito significativo da idade materna sobre a autoeficácia ($F_{(1,59.730)} = 0.030$, $p = ,864$). A interação entre tempo e idade também não atingiu significância estatística ($F_{(2,50.280)} = 2,093$, $p = ,134$), indicando que a variação dos *scores* da BSES-SF ao longo dos três momentos (M1, M2 e M3) não dependeu significativamente da idade da mãe. Contudo, verificou-se uma associação positiva estatisticamente significativa no momento inicial (M1), entre idade materna e autoeficácia para amamentar ($\beta = 0.408$, $p = .048$; IC95% [0.004, 0.812]). Este coeficiente indica que, por cada ano adicional de idade, o *score* médio da BSES-SF aumentava aproximadamente 0,4 pontos, o que sugere que mães mais velhas apresentaram em M1 maior autoeficácia para amamentar.

Considerando o intervalo etário da amostra (20–40 anos), a diferença estimada entre uma mãe de 20 anos e uma de 35 anos seria de cerca de 6 pontos na escala BSES-SF ($0.408 \times 15 = 6.12$; IC95% $\approx$ [0.1, 12.2]), embora este efeito não se tenha mantido nos momentos subsequentes (M2 e M3: $p > .05$).

O valor de 35 anos foi adotado como ponto de referência por corresponder ao **limiar internacionalmente definido como idade materna avançada** (DGS, 2019; WHO, 2022).

De forma a explorar possíveis padrões não lineares, a idade materna foi recodificada em três grupos etários, de acordo com os critérios clínicos habitualmente utilizados: ≤ 24 anos (idade jovem materna), 25–34 anos (idade intermédia) e ≥ 35 anos (idade materna avançada). Esta categorização permitiu comparar os níveis médios de autoeficácia entre grupos, avaliando a existência de diferenças estatisticamente significativas ao longo dos momentos. A análise de variância unifatorial (One-Way ANOVA) revelou ausência de diferenças estatisticamente significativas nos *scores* da BSES-SF entre os três grupos etários ($F_{(2, 62)} = 1.067, p = .350$ (M1); $F_{(2, 44)} = 1.503, p = .233$ (M2); $F_{(2, 39)} = 0.781, p = .465$ (M3)).

A análise descritiva das médias mostrou, contudo, variações entre momentos e grupos.

Em M1, as mulheres mais velhas (≥ 35 anos) apresentaram o *score* médio mais elevado ($M = 56.40$), seguidas das mulheres mais jovens (≤ 24 anos; $M = 54.00$) e das de idade intermédia (25–34 anos; $M = 53.64$). Em M2, o grupo 25–34 anos registou a média mais alta ($M = 59.52$), invertendo a tendência observada em M1. Finalmente, em M3, as mulheres mais jovens (≤ 24 anos) atingiram o valor médio mais elevado ($M = 66.00$), seguidas das de 25–34 anos ($M = 63.96$) e das ≥ 35 anos ($M = 62.33$) (Gráfico 1).

Assim, verifica-se que as mulheres mais velhas apresentaram maior autoeficácia inicial (M1), mas as mais jovens destacaram-se no final do período de acompanhamento (M3). Estas variações, contudo, não foram estatisticamente significativas ($p > .05$).

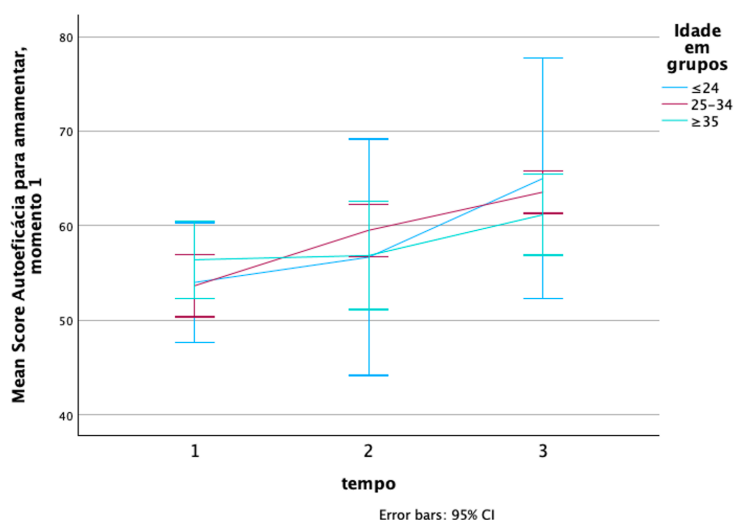


GRÁFICO 1. Evolução dos scores médios de autoeficácia para amamentar (BSES-SF) ao longo dos três momentos de avaliação, segundo grupos etários (≤ 24 , 25–34 e ≥ 35 anos).

5.2.3. Escolaridade

Para avaliar a influência da variável escolaridade foi utilizado o modelo linear misto em que a variável dependente foi considerada o *score* da BSES-SF nos três momentos de avaliação (M1, M2 e M3) e a variável independente em análise foi a escolaridade, variável categórica, que de acordo com as características da amostra foram os seguintes níveis: ensino preparatório, ensino secundário, licenciatura e mestrado. A significância dos efeitos foi avaliada com base nos *Type III Tests of Fixed Effects*, considerando um nível de significância de $p < .05$.

O nível de escolaridade não parece influenciar a evolução nos *scores* da autoeficácia para amamentar, e as diferenças iniciais são pequenas, não são consistentes nem estatisticamente relevantes. O modelo linear misto revelou um efeito principal significativo do tempo ($F_{(2, 53.033)} = 33.801, p < .001$), confirmando que a autoeficácia para amamentar aumenta progressivamente ao longo dos três momentos definidos no estudo, mas não se verificou efeito principal da escolaridade ($F_{(3, 57.846)} = 0.095, p = .963$), nem interação tempo $\times$ escolaridade ($F_{(6, 52.823)} = 0.973, p = .453$).

Os dados demonstram diferenças pouco expressivas entre os níveis de escolaridade, não se observando uma tendência clara ou consistente que relacione o grau académico com os níveis de autoeficácia na amamentação ao longo do tempo. As médias marginais estimadas (EMMeans) revelaram valores bastante semelhantes entre os diferentes níveis de escolaridade ao longo dos três momentos de avaliação. No M1 os valores variaram entre 52,0 e 56,2, com a média mais elevada observada no grupo com escolaridade ao nível do ensino Secundário (56,2), seguido do grupo com nível de ensino Preparatório (55,0), Licenciatura (54,7) e, por fim, Mestrado (52,0). No M2, os resultados mantiveram-se próximos, com médias entre 56,4 e 58,2. O grupo com escolaridade ao nível da Licenciatura apresentou o valor mais elevado (58,2), seguido dos grupos que concluíram o ensino Preparatório (57,8), ensino Secundário (57,5) e Mestrado (56,4). Por fim, no M3, as médias oscilaram entre 60,8 e 63,0, com o grupo em que a escolaridade era referente ao ensino Preparatório a apresentar o valor mais elevado (63,0), ligeiramente acima dos grupos com Licenciatura (61,7), Mestrado (61,5) e Secundário (60,8).

Embora no M1, mães com escolaridade mais baixa (ensino Preparatório e Secundário) tenham apresentado níveis de autoeficácia para amamentar ligeiramente superiores aos das mães com ensino superior (Licenciatura/Mestrado), essas diferenças não foram estatisticamente significativas e desapareceram com o tempo. No M3, todos os grupos convergiram para valores muito próximos (entre 60,8 e 63,0 pontos), evidenciando uma tendência de homogeneização dos níveis de autoeficácia independentemente da escolaridade.

Assim, a escolaridade não se associa de forma significativa à autoeficácia para amamentar, nem de forma transversal (efeito principal), nem na sua evolução ao longo do tempo (interação). O padrão sugere uma pequena diferença inicial a favor de mães com escolaridade mais baixa, mas sem relevância estatística e com tendência à convergência entre todos os grupos educacionais no M3.

5.2.4. Atividade profissional

Os resultados demonstraram a inexistência de efeito principal significativo da profissão ($F_{(4, 56.262)} = 0,418$, $p = ,795$), indicando que, em média, a categoria profissional não diferenciou os níveis de autoeficácia para amamentar.

Contudo, é importante salientar que verificámos uma interação significativa tempo $\times$ profissão ($F_{(7, 50.536)} = 2,285$, $p = ,042$), sugerindo que o padrão de evolução da autoeficácia ao longo do tempo variou entre os diferentes grupos profissionais.

As médias marginais estimadas (EMMeans) evidenciaram variações *nos scores* da BSES-SF em função da categoria profissional, ao longo dos três momentos de avaliação. A profissão não influencia os níveis médios de autoeficácia para amamentar de forma transversal, mas o padrão de evolução ao longo do tempo difere consoante a categoria profissional. Observa-se um ligeiro aumento da autoeficácia para amamentar nas mães com profissões menos qualificadas no M1 e M3, ainda que sem significância estatística.

No M1 os *scores* da BSES-SF oscilaram entre 51,6 pontos no grupo do pessoal administrativo, e 58,5 pontos entre os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e vendedores, que registaram o valor mais elevado. Os trabalhadores não qualificados apresentaram também uma média superior à geral (58,0), enquanto os especialistas (53,1) e novamente o pessoal administrativo (51,6) revelaram os valores mais baixos de autoeficácia percebida.

No M2 observou-se um aumento dos *scores* da BSES-SF em todos os grupos profissionais. Os valores variaram entre 55,8 pontos (técnicos de nível intermédio) e 59,5 pontos (trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e vendedores), com destaque para o pessoal administrativo, cujo score subiu para 59,4, representando uma das evoluções mais acentuadas e aproximando-se dos grupos com valores mais elevados.

No M3 verificou-se uma tendência de convergência dos *scores* da BSES-SF entre os diferentes grupos, com médias situadas entre 59,1 pontos (técnicos de nível intermédio) e 65,1 pontos (trabalhadores não qualificados), este último com o valor mais elevado. Os especialistas

apresentaram uma média de 62,6 pontos, enquanto o pessoal administrativo manteve um valor próximo do momento anterior (59,4). Importa referir que, neste momento, não foram registadas observações para o grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e vendedores, pelo que não existem dados disponíveis relativamente a esta categoria profissional.

Em termos de padrão observado ao longo do tempo, constatou-se que as profissões menos qualificadas, nomeadamente os trabalhadores não qualificados e os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e vendedores, tenderam a apresentar níveis mais elevados de autoeficácia na amamentação, especialmente nos momentos 1 e 3. Por seu turno, os grupos com profissões mais qualificadas, como os especialistas e os técnicos de nível intermédio, posicionaram-se de forma consistente em níveis mais baixos ou medianos, ainda que tenham evidenciado um aumento progressivo dos *scores* ao longo do tempo. Embora as diferenças entre os grupos profissionais não tenham atingido significância estatística nas comparações múltiplas *pos-hoc*, a presença de uma interação significativa entre tempo e profissão sugere a existência de trajetórias distintas de evolução da autoeficácia entre os diferentes grupos ao longo do período em análise.

5.2.5. Tipo de parto

Não se encontrou evidência de que o tipo de parto, por si, influencie a autoeficácia para amamentar durante o primeiro mês pós-parto. Apesar das médias ligeiramente superiores no grupo de parto eutócico, as diferenças não atingiram significância estatística e a evolução temporal foi semelhante em todos os grupos. O efeito principal do tipo de parto não foi estatisticamente significativo, $F_{(2, 47.015)} = 0,934$, $p = ,400$, indicando ausência de diferenças relevantes nos *scores* de BSES-SF entre parto eutócico, parto distócico auxiliado por ventosa e parto por cesariana.

As médias marginais estimadas (EMMeans) revelaram diferenças ligeiras nos níveis de autoeficácia em função do tipo de parto, ao longo dos três momentos de avaliação.

No M1 as médias foram ligeiramente mais elevadas no grupo com parto eutócico ($M \approx 62,07$; $IC95\% = 59,42-64,71$), em comparação com o parto distócico assistido por ventosa ($M \approx 59,95$; $IC95\% = 55,57-64,33$) e o parto distócico por cesariana ($M \approx 59,38$; $IC95\% = 56,14-62,62$). Apesar destas diferenças na ordem dos 2 a 3 pontos, não se verificou significância estatística entre os grupos.

No M2 manteve-se a tendência, com o parto eutócico a associar-se a *scores* da BSES-SF ligeiramente superiores, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre os três tipos de parto.

No M3 observou-se um aumento geral dos *scores* da BSES-SF em todos os grupos, sendo novamente o parto eutócico aquele com média ligeiramente superior. Contudo, tal como nos momentos anteriores, as diferenças entre os tipos de parto não atingiram significância estatística, sugerindo que, apesar de existir uma tendência favorável ao parto eutócico, esta não é suficientemente robusta do ponto de vista estatístico.

5.2.6. Indução do trabalho de parto

Os resultados indicam que a autoeficácia para amamentar aumentou significativamente ao longo do tempo, independentemente da indução do trabalho de parto ($p < 0,001$). Embora o grupo com indução tenha apresentado valores médios consistentemente mais elevados, este efeito não se mostrou estatisticamente significativo. Assim, não se verificou efeito principal da indução do trabalho de parto ($p = 0,052$) nem interação tempo $\times$ indução ($p = 0,228$), o que indica que a evolução temporal da autoeficácia ocorreu de forma semelhante nos dois grupos.

As médias marginais estimadas (EMMeans) demonstraram um aumento progressivo dos *scores* médios da BSES-SF nos três momentos de avaliação, tanto no grupo com indução como no grupo sem indução. Entre as mulheres sem indução, as médias foram M1 = 55,31 (EP = 1,27), M2 = 58,62 (EP = 1,13) e M3 = 63,02 (EP = 0,84). No grupo com indução, observaram-se valores ligeiramente superiores, com M1 = 56,48 (EP = 1,46), M2 = 59,41 (EP = 1,22) e M3 = 63,54 (EP = 0,97). Apesar dessas diferenças numéricas, as comparações múltiplas com ajuste de Bonferroni não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$), reforçando que a trajetória de aumento da autoeficácia foi paralela e consistente em ambos os casos.

A definição da estrutura de covariância, inicialmente testou-se o modelo não estruturado (UN), por ser o mais flexível, permitindo estimar livremente as correlações entre cada par de medições (M1–M2–M3). Obtivemos um valor de AIC (*Akaike Information Criterion*) ligeiramente inferior (1003,46), indicando melhor qualidade de ajuste aos dados, contudo, não convergiu numericamente, o que inviabilizou a obtenção de estimativas fiáveis.

Para ultrapassar essa limitação e garantir estabilidade nas estimativas, recorreremos à estrutura de covariância **autoregressiva de primeira ordem [AR(1)]**, assumindo que as medições mais próximas no tempo estão mais correlacionadas do que as mais distantes — um pressuposto adequado a estudos longitudinais de curta duração. Os resultados obtidos demonstram que o

modelo linear misto convergiu de forma estável e apresentou critérios de informação aceitáveis ($-2RLL = 1009,37$; $AIC = 1015,37$; $BIC = 1024,40$), sendo o modelo final adotado para a análise dos resultados.

5.2.7. Trabalho de parto espontâneo

Relativamente às mulheres que entraram espontaneamente em trabalho de parto (sem indução do trabalho de parto e com duração do trabalho de parto superior a uma hora), o modelo linear misto, com estrutura de covariância não estruturada (UN) ($p \approx 0.45-0.55$), revelou um efeito significativo do tempo sobre a autoeficácia para amamentar ($F(2, 20.33) = 36.24$; $p < 0.001$).

As médias marginais estimadas (EMMeans) demonstraram uma tendência crescente da autoeficácia ao longo das três avaliações: $M1 = 53.61$ ($EP = 1.77$), $M2 = 57.24$ ($EP = 1.80$) e $M3 = 62.83$ ($EP = 1.22$). Estas diferenças foram estatisticamente significativas em todos os momentos ($M1$, $M2$ e $M3$) ($p < 0.01$, ajuste de Bonferroni), evidenciando um aumento consistente do *score* da BSES-SF ao longo do tempo.

5.2.8. Duração do trabalho de parto

Para avaliar a influência da duração do trabalho de parto consideramos apenas as participantes cuja duração do trabalho de parto fosse igual ou superior a 1 hora, uma vez que as participantes que tiveram duração inferior a 1 hora de trabalho de parto foram casos de cesarianas eletivas, logo, não entraram em trabalho de parto.

Perante esta seleção de casos, recorremos ao modelo linear misto com estrutura de covariância não estruturada (UN), adequado à análise de medidas repetidas nos três momentos de avaliação ($M1$, $M2$ e $M3$). O modelo apresentou convergência estável e qualidade de ajuste aceitável ($-2RLL = 889.15$; $AIC = 903.15$; $BIC = 923.59$).

O efeito principal do tempo mostrou-se estatisticamente significativo ($F_{(2, 45.95)} = 37.74$; $p < 0.001$), evidenciando um aumento consistente e significativo dos níveis de autoeficácia para amamentar ao longo dos três momentos de avaliação. As médias marginais estimadas (EMMeans) indicaram um aumento contínuo: $M1 = 55.27$ ($EP = 1.30$; $IC95\% [52.66-57.88]$), $M2 = 58.62$ ($EP = 1.11$; $IC95\% [56.39-60.85]$) e $M3 = 63.00$ ($EP = 0.85$; $IC95\% [61.29-64.70]$).

As comparações múltiplas com ajuste de Bonferroni confirmaram diferenças significativas entre todos os momentos avaliados — $M1-M2$ ($p = 0.005$), $M1-M3$ ($p < 0.001$) e $M2-M3$ ($p < 0.001$) —, reforçando a tendência de aumento progressivo dos *scores* da BSES-SF. Por outro lado, o

efeito principal da duração do trabalho de parto (DTP) não foi significativo ($F_{(1, 46.15)} = 1.99$; $p = 0.164$), e a interação tempo $\times$ DTP também não atingiu significância estatística ($p > 0.05$), indicando que a evolução do *score* da BSES-SF, ao longo do tempo, foi semelhante independentemente da duração do trabalho de parto.

Assim, conclui-se que não se verificou influência direta da duração do trabalho de parto no *score* da BSES-SF ao longo do tempo.

5.2.9. Trauma perineal

Para avaliar o efeito fixo do variável trauma perineal nos *scores* da BSES-SF ao longo do tempo, recorremos aos testes de efeitos fixos do tipo III (*Type III Tests of Fixed Effects*), que permitem avaliar o contributo estatístico de cada fator (tempo, variável e interação) no modelo linear misto.

Observou-se um efeito principal significativo do tempo ($F_{(2, 28.2)} = 10.964$; $p < 0.001$), confirmando o aumento progressivo dos *scores* da BSES-SF ao longo dos três momentos de avaliação.

Por outro lado, o efeito fixo do trauma perineal não foi estatisticamente significativo ($p > 0.05$), assim como a interação tempo $\times$ trauma perineal ($p > 0.05$), indicando que a evolução temporal da autoeficácia para amamentar foi semelhante independentemente da ocorrência de trauma perineal.

As médias marginais estimadas (EMMEANS) confirmaram o padrão de variação dos níveis de autoeficácia na amamentação em função do grau de trauma perineal, ao longo dos três momentos avaliados.

No M1 as mulheres sem trauma perineal ou com laceração de 1.º grau apresentaram a média mais elevada na escala BSES-SF ($M = 54,3$; $EP = 1,4$), enquanto os valores foram ligeiramente mais baixos nos grupos com episiotomia ou laceração perineal de 2.º grau ($M = 52,5$; $EP = 2,7$) e com laceração de 3.º/4.º grau ($M = 53,1$; $EP = 3,2$).

No M2, manteve-se esta tendência, com médias de 57,6 ($EP = 1,6$) no grupo sem trauma/laceração perineal de 1º grau, 56,6 ($EP = 3,0$) nas mulheres com episiotomia/laceração perineal de 2.º grau, e 57,1 ($EP = 2,8$) no grupo com lacerações de 3 e 4º grau.

No M3 observou-se novamente uma vantagem ligeira do grupo sem trauma/laceração perineal de 1.º grau, com uma média de 62,9 ($EP = 1,2$), face aos 60,4 ($EP = 2,4$) no grupo com episiotomia/laceração perineal de 2.º grau e 61,9 ($EP = 2,1$) no grupo com laceração de 3.º/4.º grau.

Assim, embora as diferenças entre os grupos não sejam muito acentuadas, os resultados sugerem uma tendência consistente para valores ligeiramente superiores de autoeficácia entre as mulheres com menor grau de trauma perineal.

5.2.10. Dequitação, hemorragia pós-parto, analgesia por cateter epidural

Nos testes de efeitos fixos (*Type III*), não se observou nenhum efeito principal das variáveis obstétricas: dequitação, hemorragia pós-parto e analgesia por cateter epidural. O efeito de tempo também não foi significativo ($F_{(2, 61,9)} = 1,25$; $p = 0,294$), sugerindo que, neste subconjunto de análise, não se observaram diferenças estatisticamente relevantes na evolução da autoeficácia para amamentar. Assim, não se verificaram associações estatisticamente significativas entre o *score* da BSES-SF e as variáveis tipo de dequitação, hemorragia pós-parto ou analgesia por cateter epidural, nem diferenças na evolução temporal da autoeficácia para amamentar entre os respetivos grupos.

As médias marginais estimadas (EMMEANS) evidenciaram alguns padrões diferenciados nos *scores* da BSES-SF em função de variáveis clínicas específicas relacionadas com o parto.

Relativamente ao tipo de dequitação, observou-se que as mulheres com dequitação espontânea apresentaram médias de 54,6 (EP = 4,3) no M1, 56,5 (EP = 5,6) no M2 e 64,0 (EP = 5,9) no M3. Por sua vez, as mulheres com dequitação manual revelaram valores mais elevados nos dois primeiros momentos (64,3 no M1; 62,0 no M2), atingindo 65,5 (EP = 6,5) no M3. Estes resultados apontam para uma vantagem aparente do grupo com dequitação manual, ainda que os erros-padrão elevados justifiquem cautela na interpretação.

No que diz respeito à hemorragia pós-parto (HPP), as mulheres que experienciaram esta intercorrência apresentaram médias de 59,8 (EP = 5,9), 60,6 (EP = 8,0) e 66,0 (EP = 8,6) nos momentos 1, 2 e 3, respetivamente. Já as mulheres sem HPP registaram médias ligeiramente inferiores: 59,1 (EP = 4,3) no M1, 57,9 (EP = 4,8) no M2 e 63,4 (EP = 4,9) no M3. Apesar das flutuações, não se observa uma diferença clara e consistente entre os grupos, especialmente tendo em conta a variabilidade dos dados.

Quanto à utilização de analgesia por cateter epidural, verificou-se que as mulheres que recorreram a este tipo de analgesia apresentaram médias de 58,7 (EP = 2,8), 61,1 (EP = 3,6) e 63,8 (EP = 3,8) ao longo dos três momentos. As que não recorreram à analgesia epidural apresentaram médias de 60,1 (EP = 5,9), 57,4 (EP = 6,7) e 65,7 (EP = 6,9). Estes resultados não revelam diferenças sistemáticas ou significativas associadas à utilização de analgesia epidural, sendo as médias comparáveis entre grupos e com variações dentro dos limites do erro padrão.

No geral, estes padrões sugerem variações moderadas nos níveis de autoeficácia em função de algumas variáveis clínicas do parto, mas sem indícios consistentes de efeitos sistemáticos ou significativos, dada a magnitude dos erros padrão e a sobreposição dos intervalos de confiança esperados.

5.2.11. Experiência prévia em amamentar

A experiência prévia de amamentação exclusiva associou-se a níveis mais elevados de *score* de BSES-SF em todos os momentos avaliados. Embora a diferença tenha sido mais significativa no M1 e se tenha constatado que foi atenuando ao longo do tempo, os resultados sugerem que a experiência anterior em amamentação exclusiva constitui um fator facilitador da autoeficácia para amamentar ao longo do tempo.

Nos testes de efeitos fixos (*Type III*), observou-se um efeito significativo da experiência anterior de amamentar ($F_{(1, 58,8)} = 4,90$; $p = 0,031$), sugerindo que mulheres com experiência prévia de amamentação exclusiva apresentaram níveis de *score* de BSES-SF superiores às que não tiveram essa experiência. A interação tempo $\times$ experiência anterior de amamentar não atingiu significância estatística ($F_{(2, 48,8)} = 3,05$; $p = 0,057$), embora tenha revelado uma tendência para trajetórias distintas entre os grupos.

As médias marginais estimadas (EMMEANS) revelaram valores sistematicamente mais elevados de autoeficácia na amamentação entre as mulheres com experiência prévia em amamentação exclusiva, ao longo dos três momentos avaliados.

No M1, as mulheres com experiência prévia apresentaram uma média de 58,37 (EP = 1,79) no *score* da BSES-SF, enquanto aquelas sem experiência prévia registaram uma média consideravelmente inferior, de 51,42 (EP = 1,51).

No M2, a diferença entre os grupos manteve-se, embora de forma menos acentuada: 59,19 (EP = 1,65) para as mulheres com experiência e 56,53 (EP = 1,48) para as sem experiência.

Já no M3 (30 dias após a alta), ambas as médias aumentaram, mantendo-se a vantagem do grupo com experiência prévia (64,01; EP = 1,28) face ao grupo sem experiência (61,22; EP = 1,16).

Estes resultados sugerem uma influência positiva da experiência prévia em amamentação exclusiva nos níveis de autoeficácia, especialmente evidente no momento inicial após o parto, com diferenças que se mantêm ao longo do tempo, ainda que tendencialmente atenuadas.

5.2.12. Duração da amamentação exclusiva

A duração da amamentação exclusiva apresenta associação positiva com a Autoeficácia para amamentar principalmente no M1, atenuando-se no M2 e desaparecendo no M3. Estes resultados sugerem que quanto maior é a duração da experiência prévia de amamentação exclusiva maior é a autoeficácia em amamentar aquando da alta hospitalar, com convergência dos níveis de autoeficácia para amamentar entre as participantes ao longo do tempo.

Nos testes de efeitos fixos (*Type III*), observámos efeito significativo de tempo ($F_{(2, 65,0)} = 32,418$; $p < 0,001$) e da interação tempo $\times$ duração amamentação exclusiva ($F_{(2, 60,1)} = 6,357$; $p = 0,003$). O efeito principal de duração da amamentação exclusiva (média global) não foi significativo ($F_{(1, 57,2)} = 6,846$; $p = 0,011$ para o teste global; estimativa pontual no modelo com termos por momento: $\beta = 0,019$; $p = 0,175$), sugerindo que a associação entre duração da amamentação exclusiva e autoeficácia para amamentar varia consoante o momento.

As estimativas por momento mostraram que a associação é mais forte no M1 (coeficiente de interação [tempo=1] $\times$ duração da amamentação exclusiva = 0,035, $p = 0,004$), residual no M2 (0,004; $p = 0,727$) e nula no M3 (categoria de referência). No M1, cada aumento de 30 dias de amamentação exclusiva associou-se, em média, a +1,05 pontos de *score* de autoeficácia para amamentar (0,035 $\times$ 30), enquanto nos momentos subsequentes o gradiente é muito menor ou ausente.

As médias marginais por tempo (avaliadas em duração da amamentação exclusiva = 64,7 dias) registaram aumento consistente da autoeficácia para amamentar, com diferenças significativas entre todos os momentos (*Bonferroni*, $p < 0,001$): M1 - 54,73 (EP = 1,04); M2 - 57,78 (EP = 1,11); e, M3 - 62,46 (EP = 1,14).

5.2.13. Número de filhos amamentados

A experiência prévia de amamentação, medida pelo número de filhos amamentados, modulou a trajetória da autoeficácia para amamentar ao longo do tempo. Mesmo sem diferenças globais estatisticamente relevantes entre categorias, o padrão mostra que quem nunca amamentou (número de filhos amamentados =0) começa com autoeficácia para amamentar mais baixa, mas recupera ao longo do tempo, enquanto as mulheres com mais experiência (número de filhos amamentados >1) mantêm níveis mais altos desde o início.

Nos testes de efeitos fixos (*Type III*) observou-se efeito de tempo ($p < 0,001$) e interação tempo $\times$ número de filhos amamentados significativa ($F_{(6, \approx 53,6)} = 2,99$; $p = 0,014$), indicando que a evolução

temporal da autoeficácia para amamentar difere consoante a experiência prévia de amamentação. O efeito principal de número de filhos amamentados não atingiu significância global ($p \approx 0,065$), o que é compatível com a presença da interação.

5.2.14. Procura de informação sobre amamentação durante a gravidez

Os resultados demonstraram que a autoeficácia para amamentar aumentou significativamente ao longo do tempo, independentemente da procura de informação durante a gravidez. Os dados revelaram que as mulheres que não procuraram informação apresentaram valores médios mais elevados de autoeficácia para amamentar em todos os momentos, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Nos testes de efeitos fixos (*Type III*), observámos um efeito significativo de tempo ($F_{(2, 57,2)} = 10,481$; $p < 0,001$), confirmando o aumento progressivo do *score* da BSES-SF ao longo do tempo, contudo, a procura de informação não foi estatisticamente significativa ($F_{(1, 57,6)} = 2,383$; $p = 0,128$) e a interação tempo $\times$ procura de informação também não atingiu significância ($F_{(2, 57,2)} = 2,425$; $p = 0,098$).

As médias marginais estimadas (EMMEANS) confirmaram um padrão consistente ao longo do tempo, revelando que as mulheres que não procuraram informação adicional sobre amamentação apresentaram, em média, níveis mais elevados de autoeficácia do que aquelas que o fizeram.

No M1 a autoeficácia média foi de 53,4 pontos (EP = 1,1) entre as mulheres que procuraram informação, enquanto as que não procuraram registaram uma média significativamente mais elevada de 61,6 pontos (EP = 3,2). Esta diferença manteve-se no M2 ainda que de forma mais atenuada: 57,1 (EP = 1,2) nas mulheres que procuraram informação e 59,8 (EP = 3,3) nas que não o fizeram. No M3 observou-se uma nova subida nos *scores* de ambos os grupos, com uma média de 61,7 (EP = 1,3) entre as mulheres que procuraram informação, e de 65,6 (EP = 3,4) entre as que não recorreram a essa estratégia.

Este padrão poderá refletir que as mulheres que não sentiram necessidade de procurar informação adicional possuíam, à partida, maior confiança ou experiência prévia relacionada com a amamentação, o que se traduziu em níveis superiores de autoeficácia desde o início. Ainda assim, ambas as trajetórias mostram evolução positiva ao longo do tempo.

5.2.15. Fontes de informação utilizadas

A autoeficácia para amamentar aumentou significativamente ao longo do tempo, independentemente da fonte de informação utilizada. Embora a maioria das fontes não tenha evidenciado associações estatisticamente significativas, o recurso a pessoas com experiência em amamentação como fonte de informação sobre amamentação revelou uma interação significativa com o tempo, sugerindo que o aumento da autoeficácia para amamentar ao longo dos três momentos tenha variado em função desta fonte de informação.

Nos testes de efeitos fixos (*Type III*), observou-se um efeito significativo de tempo ($F_{(2, 44,9)} = 16,055$; $p < 0,001$), confirmando o aumento progressivo do *score* da BSES-SF ao longo dos três momentos. Entre as variáveis analisadas, pessoas com experiência em amamentar apresentou interação significativa com o tempo ($F_{(2, 45,7)} = 4,768$; $p = 0,013$), enquanto a consulta de sites mostrou um efeito marginal ($F_{(1, 53,4)} = 3,595$; $p = 0,063$). As restantes fontes (programa de preparação para a parentalidade, consulta de livros e redes sociais) não se associaram significativamente à autoeficácia para amamentar ($p > 0,40$).

As médias marginais estimadas (EMMEANS) permitiram analisar o impacto de diferentes fontes de informação na autoeficácia na amamentação, ao longo dos três momentos de avaliação.

Relativamente às pessoas com experiência prévia em amamentação, não se observaram diferenças significativas entre as que consultaram e as que não consultaram essas pessoas como fonte de apoio. No M1, os *scores* foram praticamente idênticos: 57,5 (EP = 1,8) e 57,7 (EP = 2,1), respetivamente. No M2, registou-se uma ligeira vantagem no grupo que não consultou (62,7 vs. 58,2), que se manteve no M3 (64,2 vs. 62,3), embora as diferenças permaneçam modestas.

Quanto à consulta de redes sociais, os resultados foram igualmente próximos entre os dois grupos. No M1, as utilizadoras de redes sociais apresentaram um *score* de BSES-SF médio de 58,5 (EP = 2,2) e as não utilizadoras 59,5 (EP = 1,5). Esta ligeira vantagem das não utilizadoras manteve-se no M2 (60,7 vs. 59,8) e inverteu-se ligeiramente no M3, com as utilizadoras de redes sociais a registarem 63,6 (EP = 2,4) face a 62,8 (EP = 1,7) nas não utilizadoras. Estas diferenças, contudo, não sugerem um padrão forte.

Em contraste, a consulta de sites especializados associou-se de forma mais consistente a níveis mais elevados de AE. No M1, as utilizadoras apresentaram uma média de 61,0 (EP = 1,9) face a 56,9 (EP = 1,7) nas não utilizadoras. Esta diferença manteve-se nos momentos seguintes: 62,0 vs. 58,4 no M2 e 64,6 vs. 61,8 no M3, sugerindo que o recurso a fontes online fiáveis pode ter um impacto positivo na perceção de autoeficácia.

Por outro lado, no que respeita à consulta de livros, não se verificou um padrão claro. As utilizadoras apresentaram valores ligeiramente superiores no M1 (59,3 vs. 58,6), mas inferiores no M2 (59,6 vs. 60,6) e também no m3 (62,2 vs. 64,2), o que sugere que esta fonte de informação pode não ter um impacto diferenciador.

Por fim, os dados referentes à preparação para a parentalidade revelaram um padrão inesperado: as mulheres que não participaram apresentaram consistentemente níveis mais elevados de autoeficácia. No M1, a diferença foi particularmente acentuada, com uma média de 63,8 (EP = 1,5) nas não participantes, face a 54,1 (EP = 3,1) nas participantes. Este padrão repetiu-se nos momentos seguintes: 61,8 vs. 56,7 no M2 e 64,8 vs. 61,6 no M3.

5.2.16. Amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido

Para a estrutura da matriz de covariância das medidas repetidas foi considerada a opção não estruturada (UN), a qual não impõe restrições prévias sobre as correlações entre momentos. Devido à dimensão da amostra ($n_{\text{Sim}}=60$ e $n_{\text{Não}}=5$) foi utilizado o método de estimação REML, *Restricted Maximum Likelihood*, por gerar estimativas menos enviesadas dos parâmetros de variância em amostras de pequena a média dimensão.

O efeito principal de amamentação na 1.^a hora não foi significativo, $F_{(1, 57.176)} = 1.327$, $p = .254$. A interação tempo $\times$ amamentação também não, $F_{(2, 47.433)} = 1.170$, $p = .319$, indicando que, em nenhum dos momentos, a diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa e a trajetória temporal foi semelhante nos dois grupos.

As médias marginais estimadas (EMMEANS) sugerem uma tendência consistente para níveis mais elevados de autoeficácia na amamentação entre as mulheres que amamentaram na primeira hora de vida do recém-nascido, ao longo dos três momentos de avaliação.

No M1 as mulheres que amamentaram precocemente apresentaram uma média de *score* na BSES-SF de 54,53 (IC95% = 51,98–57,09), em contraste com uma média de 51,60 (IC95% = 42,75–60,45) entre as que não amamentaram na primeira hora. Apesar da diferença observada, a sobreposição dos intervalos de confiança indica que esta não é estatisticamente significativa.

No M2 a diferença entre os grupos tornou-se mais evidente: 58,14 (IC95% = 55,87–60,41) no grupo que amamentou na primeira hora e 51,82 (IC95% = 44,17–59,46) no grupo que não o fez. A diferença aproximada de 6 pontos reforça a vantagem percebida da amamentação precoce, embora, mais uma vez, não atinja significância estatística, devido à amplitude dos intervalos.

No M3 a tendência manteve-se, com uma média de 62,62 (IC95% = 60,79–64,44) no grupo que amamentou na primeira hora, comparativamente a 59,74 (IC95% = 53,69–65,78) no grupo que não amamentou. Ainda assim, a ausência de significância estatística permanece, devido à sobreposição dos intervalos de confiança.

Estes resultados sugerem que, embora a amamentação na primeira hora de vida esteja associada a níveis consistentemente superiores de autoeficácia na amamentação, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, possivelmente devido à variabilidade e dimensão reduzida da amostra no grupo que não amamentou precocemente.

5.2.17. Contacto pele com pele

A realização de contacto pele com pele não se associou a alteração nos *scores* da BSES-SF, em nenhum dos momentos.

Devido à dimensão da amostra (n Sim=48 e n Não=17) foi utilizado o método de estimação REML, *Restricted Maximum Likelihood*. Observou-se que o efeito principal de contacto pele com pele não foi significativo ($p > 0,05$) e a interação tempo $\times$ contacto pele com pele também não foi significativa ($p > 0,05$), indicando ausência de diferenças globais entre “sim” e “não” e trajetórias paralelas no tempo.

As médias marginais estimadas (EMMEANS) revelaram uma tendência consistente para médias ligeiramente mais elevadas de autoeficácia na amamentação entre as mulheres que realizaram contacto pele com pele com o seu filho, ao longo dos três momentos avaliados. No entanto, nenhuma das diferenças observadas atingiu significância estatística.

No M1 as mulheres que realizaram contacto pele com pele apresentaram uma média ajustada de *score* BSES-SF entre 54 e 55 pontos, enquanto as que não realizaram apresentaram uma média entre 51 e 52 pontos. A diferença observada foi de aproximadamente 3 pontos, mas os intervalos de confiança mostraram sobreposição, e o efeito não foi estatisticamente significativo ($F_{(1, 67.222)} = 0.626, p = .431$).

No M2 manteve-se o padrão, com médias ajustadas entre 58 e 59 no grupo com contacto pele com pele, e cerca de 56 no grupo sem contacto. A diferença (~2 pontos) não foi estatisticamente significativa ($p > ,50$).

No M3 os *scores* médios mantiveram a vantagem no grupo com contacto pele com pele, que apresentou uma média ajustada de aproximadamente 63 pontos, face a 60 pontos no grupo que

não realizou o contacto. Ainda assim, esta diferença de cerca de 3 pontos também não se revelou estatisticamente significativa ($p > ,30$).

Embora os resultados sugiram um padrão favorável ao contacto pele com pele, as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

5.2.18. Apoio na amamentação durante o internamento

Mulheres que referiram maior necessidade de apoio apresentaram, em média, níveis mais baixos de autoeficácia em todos os momentos. Verificou-se efeito da necessidade de apoio na amamentação durante o internamento, $F_{(1, 144)} = 29,539$, $p < ,001$, indicando níveis significativamente mais baixos de autoeficácia nas mulheres que referiram maior necessidade de apoio. O coeficiente estimado indica que, em média, as mulheres que relataram maior necessidade de apoio apresentaram scores de BSES-SF cerca de 4.65 pontos mais baixos do que as que referiram menor necessidade de apoio ($\beta = -4,652$, IC95% [-6.45; -2,86]).

A interação tempo $\times$ apoio não foi significativa, $F_{(2, 144)} = 1,184$, $p = ,309$, sugerindo que a evolução temporal da autoeficácia foi semelhante independentemente da necessidade de apoio.

5.2.19. Perceção do apoio na amamentação durante o internamento

Foram analisados separadamente o apoio dos enfermeiros e o apoio do acompanhante, ambos categorizados em três níveis (pouco adequado, adequado, muito adequado).

Os resultados sugerem que a perceção de apoio dos enfermeiros associou-se a níveis mais elevados de autoeficácia para amamentar, sobretudo quando classificada como “muito adequado”, enquanto a perceção do apoio do acompanhante não se revelou estatisticamente associada à autoeficácia para amamentar.

5.2.20. Apoio dos enfermeiros

Nos testes de efeitos fixos (*Type III*), observou-se um efeito significativo de apoio ($F_{(2, 51,9)} = 4,53$; $p = 0,015$). A interação tempo $\times$ apoio dos enfermeiros não foi estatisticamente significativa ($p = 0,117$).

As médias marginais estimadas (EMMEANS) evidenciaram uma evolução crescente dos níveis de autoeficácia para amamentar ao longo do tempo, independentemente da perceção das mulheres sobre a adequação do apoio recebido na maternidade. No entanto, observou-se um

padrão consistente de diferenças entre os níveis de percepção, com valores superiores de autoeficácia para amamentar associados a percepções mais positivas.

No M1 os *scores* médios de autoeficácia para amamentar variaram entre 50,6 no grupo que classificou o apoio como "adequado", 55,6 no grupo que o considerou "pouco adequado" e 58,7 no grupo que o percecionou como "muito adequado".

No M2 os valores evoluíram para 51,9 (pouco adequado), 56,3 (adequado) e 61,2 (muito adequado), mantendo-se a tendência ascendente associada à percepção mais positiva do apoio.

No M3 os *scores* continuaram a aumentar em todos os grupos: 57,1 (pouco adequado), 61,3 (adequado) e 66,5 (muito adequado), reforçando o impacto potencial da qualidade percebida do apoio hospitalar sobre a autoeficácia na amamentação.

As comparações múltiplas pós-hoc revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos "Adequado" e "Muito adequado" ($\Delta = -6,08$; $p = 0,020$), indicando que uma percepção muito positiva do apoio recebido está associada a níveis significativamente mais elevados de autoeficácia para amamentar, comparativamente à percepção apenas "adequada".

Estes resultados sugerem que a qualidade percebida do apoio hospitalar pode ter um papel relevante no fortalecimento da autoeficácia materna, sobretudo quando esse apoio é percebido como altamente adequado.

5.2.21. Apoio do acompanhante

Para este modelo, o efeito principal de apoio não foi significativo ($F_{(2, 51,3)} = 2,41$; $p = 0,100$), nem a interação tempo $\times$ apoio do acompanhante ($p = 0,475$).

As médias marginais estimadas revelaram valores ligeiramente mais elevados de autoeficácia para amamentar entre as mulheres que percecionaram o apoio do parceiro como "muito adequado", em comparação com os restantes grupos. No entanto, as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

No M1 os *scores* médios da BSES-SF foram de 58,8 entre as mulheres que classificaram o apoio como "pouco adequado", 50,9 para as que o consideraram "adequado", e 55,1 para aquelas que o percecionaram como "muito adequado".

No M2 os valores médios foram de 61,2 (pouco adequado), 51,4 (adequado) e 56,8 (muito adequado), mantendo-se a tendência de maiores níveis de AE associados a percepções mais positivas.

Já no M3 observou-se novamente um padrão semelhante, com médias de 66,7 no grupo “pouco adequado”, 58,3 no grupo “adequado” e 59,9 no grupo “muito adequado”.

Apesar do grupo “muito adequado” apresentar valores consistentemente superiores ao grupo “adequado”, as diferenças entre os grupos não atingiram significância estatística, sugerindo que, neste caso, a percepção do apoio do acompanhante pode não ter tido um impacto estatisticamente relevante na evolução da autoeficácia, embora a tendência observada mereça atenção em estudos futuros com maior poder estatístico.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados obtidos impõe sua discussão crítica. Das variáveis em estudo (sociodemográficas, obstétricas e referentes ao processo de amamentação) urge analisar o impacto que têm na população portuguesa, alvo dos cuidados do EE-ESMO, bem como a forma como podem influenciar o processo de transição para a maternidade, nomeadamente no que se refere a uma das competências inerentes à parentalidade: amamentar. Embora a influência destes fatores na autoeficácia para amamentar tenha sido amplamente estudada em diversos contextos nacionais e internacionais, a análise da sua expressão na presente amostra permite refletir sobre a realidade atual da prática da prestação de cuidados possibilitando uma reflexão crítica contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade dos cuidados prestados.

6.1. Características da amostra

A média de idades da nossa amostra foi calculada em 31,9 anos, valor que se aproxima da média nacional da idade materna em Portugal, calculada em 31,7 anos no ano de 2023. Considerando o nascimento do primeiro filho, a média nacional diminui ligeiramente para 30,2 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023; PORDATA, 2024).

Relativamente à escolaridade a maioria das participantes deste estudo são detentoras de formação de nível superior ao qual se segue o ensino secundário e o terceiro ciclo. Estes resultados convergem com a análise estatística nacional que mencionam ser esta a predominância do nível de escolaridades em mulheres acima dos 16 anos de idade (PORTDATA, 2024). O nível de escolaridade reflete-se no tipo de atividade profissional desempenhada, sendo que a maioria das mulheres têm profissões relacionadas com atividade intelectual e científica. Assim, poderemos afirmar que as características sociodemográficas da amostra podem ser consideradas representativas da população feminina portuguesa em idade fértil, o que reforça a validade externa dos resultados obtidos.

Ao longo deste percurso ocorreram perdas relativas à amostra inicial (n=65), tendo-se verificado uma perda de 27,7% aos 15 dias (n=18) e de 10,6% aos 30 dias (n=5). Estas perdas foram motivadas por desistirem de participar no estudo, o que pode estar relacionada com a exigência dos cuidados ao recém-nascido, pela complexidade de gerir as atividades de vida diária e pela ausência de suporte familiar. A outra causa identificada foi o abandono da amamentação exclusiva ou desmame precoce, o que poderá indiciar que mesmo com valores de *score* de autoeficácia para amamentar, a continuidade da amamentação exclusiva é difícil e que o

contexto onde a mulher se insere poderá ter um grande impacto mesmo quando esta tem confiança na sua capacidade.

6.2. Caracterização da população em relação à BSES-SF

Os resultados obtidos permitiram-nos caracterizar o comportamento do *score* da BSES-SF ao longo dos três momentos de avaliação (M1, M2 e M3). Observou-se uma evolução positiva e progressiva do *score* da autoeficácia para amamentar ao longo do tempo, sendo o aumento mais significativo entre o segundo e o terceiro momento de avaliação. Estes resultados corroboram as evidências de McGovern et al. (2024), que identificam uma associação entre níveis mais elevados de autoeficácia e maior duração e exclusividade da amamentação.

De acordo com Souza et al. (2020), o primeiro momento (M1) abrange valores correspondente a baixa (14-32), média (33-51) e elevada autoeficácia (52-70). Já os M2 e M3 contemplam valores correspondentes a média e elevada autoeficácia. Assim poderemos inferir, que na nossa amostra, M1 é o momento mais vulnerável relativamente à autoeficácia para amamentar, reforçando a importância da aplicabilidade deste instrumento de avaliação na identificação precoce de mulheres em risco de abandono da amamentação exclusiva (Dennis et al., 2024). Por outro lado, Yang et al. (2016) referem que, perante a obtenção de uma média de 47,28 no *score* da BSES-SF no pós-parto imediato, esta pode ser devido a não terem um alto nível de confiança na sua capacidade de gerir tarefas parentais, influenciando assim a sua pontuação na BSES-SF. No que respeita aos itens de avaliação da BSES-SF verificou-se que em M1, a afirmação com a média de pontuação mais elevada (4,48) foi a afirmação 7: *“Eu posso sempre continuar a desejar amamentar”*, em M2 (4,79) e M3 (4,83) foi a afirmação 3: *“Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento”*. As médias de avaliação mais baixas corresponderam em M1 à afirmação 1: *“Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente”*, em M2 à afirmação 4: *“Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada”*, e em M3 à afirmação 2: *“Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes”*.

De acordo com os domínios que a BSES-SF contempla: domínio técnico e domínio dos pensamentos intrapessoais, constatou-se que em M1 as pontuações mais elevadas referem-se ao domínio do pensamento intrapessoal (atitudes e crenças relativas à amamentação), enquanto em M2 e M3 predomina o domínio técnico (habilidades maternas e o reconhecimento dos princípios específicos que estão na base de uma amamentação bem-sucedida). As médias mais baixas incidiram no domínio técnico em M1 e M2 e no domínio intrapessoal em M3. Esta informação torna-se fundamental no que diz respeito à individualização do apoio à

amamentação para a avaliação da eficácia das intervenções implementadas no processo de amamentação (Dennis et al., 2024.). Esta constatação vai ao encontro de Monteiro et al. (2020), que refere que a autoeficácia para amamentar é uma variável de fácil acesso e passível de mudança através de orientações e estímulo que fortaleça aspetos internos (como a motivação pessoal) e externos (referentes a procedimentos e técnicas) da amamentação. Por outro lado, a autoeficácia da mulher é importante no início da amamentação, tendo, como refere Waddington (2023) um impacto positivo na motivação e no processo de aprendizagem e desempenho, que com o passar do tempo dá primazia ao domínio técnico. Em M3, o domínio intrapessoal diminuiu ligeiramente, o que poderá estar associado aos desafios e dificuldades inerentes à continuidade da amamentação (Li et al., 2022), bem como na ausência de feedback ou encorajamento externo (persuasão verbal) e estados fisiológicos e emocionais decorrentes do puerpério (Calicchio, 2023).

Embora o abandono da amamentação exclusiva não se tenha revelado estatisticamente associado à autoeficácia inicial, observa-se uma tendência que sugere que mulheres com menor perceção da sua capacidade em amamentar podem estar mais vulneráveis ao desmame precoce. Este dado reforça a importância de identificar precocemente as mulheres com menor autoeficácia, implementar intervenções individualizadas de forma a identificar a causa da menor autoeficácia, promover o reforço positivo, prevenir o desmame precoce e promover uma experiência de amamentação bem-sucedida.

Além disso, estes resultados evidenciam a importância da continuidade dos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar e da articulação eficaz entre as equipas hospitalares e os cuidados de saúde da comunidade, de forma a colmatar as dificuldades inerentes ao processo de transição de cada mulher. Tal como defendem Dennis et al. (2024) e Correia et al. (2022), o reforço positivo, o acompanhamento próximo e a disponibilidade de apoio especializado nas primeiras semanas pós-parto constituem estratégias essenciais para consolidar a autoeficácia materna e assegurar a manutenção da amamentação exclusiva. O aumento progressivo da autoeficácia para amamentar, verificado neste estudo, poderá refletir que o apoio recebido pelas mulheres no contexto comunitário contribuiu para a manutenção da amamentação exclusiva, independentemente da sua origem — seja através da rede formal de cuidados de saúde ou da rede familiar e social de suporte.

6.3. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a BSES-SF

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas não se verificou influencia da idade nem da escolaridade na autoeficácia para amamentar. Estes resultados corroboram os obtidos por Wu

et al. (2022) e vão ao encontro de estudos nacionais e internacionais que demonstram resultados heterogêneos no impacto destas variáveis (De Roza et al., 2019; Hegazi et al., 2019; Economou et al., 2018; Kim et al., 2013; Al-Sahab et al., 2010; Kang et al., 2007). Ao nível nacional há estudos que demonstram que um nível elevado de escolaridade se encontra associado a uma maior duração da amamentação exclusiva (Oliveira, 2024; Duarte et al., 2019). Contudo, observou-se uma tendência positiva entre a idade materna e a autoeficácia inicial (M1), sugerindo que mulheres mais velhas apresentaram maior confiança na amamentação neste período. Em M2, as participantes com idades entre 25 e 34 anos apresentaram níveis mais elevados de autoeficácia, e em M3, o grupo com idade ≤ 24 anos destacou-se com valores superiores. Assim, verifica-se que, ao longo do tempo, a autoeficácia tende a aumentar nas mulheres mais jovens e a estabilizar ou diminuir ligeiramente nas mulheres mais velhas.

Este achado pode estar relacionado com o fato das mulheres mais jovens tendem a ser primíparas, podendo confrontar-se, numa fase inicial, com dificuldades inerentes a inexperiência na amamentação e ao comportamento do recém-nascido comparativamente com mulheres múltiparas (Wi et al., 2022; Kronborg et al., 2015). Com o passar das semanas, a aquisição de experiência, a intenção prévia de amamentar e o apoio recebido da família e dos profissionais de saúde parecem contribuir para o aumento progressivo da autoeficácia (Wu et al., 2022; Monteiro et al., 2020; De Roza et al., 2019; Sasaki et al., 2010). Por outro lado, mulheres mais velhas, sendo múltiparas, podem experienciar uma dinâmica familiar mais exigente, resultando em maior cansaço, fadiga, menor disponibilidade e apoio em M2 e M3. Contudo a maioria das mulheres têm experiências prévias bem-sucedidas, o que, com base em Whipps (2017), pode ter fornecido maior motivação para o processo de amamentação, que no presente estudo, se verificou predominantemente em M1. Talvez este seja um aspeto importante a considerar na avaliação e acompanhamento após a alta hospitalar, uma vez que as necessidades de apoio podem diferir entre mulheres primíparas e múltiparas, exigindo intervenções de enfermagem individualizadas e ajustadas à fase do processo de transição para a maternidade.

No que concerne à atividade profissional, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre categorias, embora se tenha identificado um ligeiro aumento da autoeficácia em mães com profissões menos qualificadas em M1 e M3. Este padrão, embora não significativo, poderá refletir maior disponibilidade temporal para a amamentação, em contraste com profissões mais exigentes em termos de horário e responsabilidades. O tipo de emprego, bem como, a necessidade de retomar ao trabalho pode contribuir para a interrupção do vínculo mãe-filho, afetar o bem-estar psicológico da mãe e contribuir para o desmame precoce (Fan et al., 2025). Neste sentido, torna-se essencial reforçar a importâncias das políticas laborais e sociais

que protejam e promovam a amamentação, incluindo licença parental prolongada, horários flexíveis e locais adequados à extração e conservação do leite materno (Fan et al., 2025; Rollins et al., 2016; Perez-Escamilla et al., 2023). Estas medidas são fundamentais para garantir condições estruturais que favoreçam a continuidade da amamentação, respondendo não apenas a determinantes individuais, mas também contextuais e organizacionais, que frequentemente condicionam a vivência plena da maternidade.

6.4. Relação entre as variáveis da experiência de parto e a BSES-SF

No que respeita às variáveis obstétricas analisadas, não se verificaram diferenças estatisticamente relevantes entre a presença de hemorragia pós-parto, o trauma perineal, a realização de analgesia por cateter epidural e a autoeficácia para amamentar durante o primeiro mês após a alta hospitalar. O tamanho da amostra poderá ter limitado a deteção de efeitos estatisticamente relevantes, tal como o intervalo de tempo definido para a avaliação do *score* da BSES-SF (30dias). Estudos como o Monteiro et al. (2020) demonstraram que mulheres que não tiveram intercorrências após parto apresentaram maior autoeficácia para amamentar nos 30, 60 e 180 dias após o parto, sugerindo que o impacto destas variáveis pode-se tornar mais evidente a médio/longo prazo.

Relativamente ao tipo de parto, não se encontrou evidência de que este, por si só, influencie a autoeficácia para amamentar durante o primeiro mês após a alta hospitalar. Embora as médias tenham sido ligeiramente superiores no grupo de parto eutócico, as diferenças não atingiram significância estatística e a evolução temporal foi semelhante em todos os grupos. Esta ausência de efeito pode estar relacionada com o tamanho da amostra ($n=65$) e à predominância de partos vaginais ($n=31$ partos eutócicos e $n= 13$ partos distócicos auxiliados por ventosa) em relação às cesarianas, sendo o número destas últimas residual ($n = 21$), o que limita o poder estatístico para detetar diferenças entre grupos.

Ainda assim, observa-se uma tendência concordante com os achados de Monteiro et al. (2020), que reportaram níveis mais elevados de autoeficácia entre mulheres com parto vaginal comparativamente às submetidas a cesariana. Oliveira (2024) também encontrou uma relação estatisticamente significativa entre o parto distócico por cesariana e menor duração da amamentação exclusiva, corroborando estudos efetuados anteriormente (Branco et al.,2023; Silva et al., 2021; Duarte et al.,2019). Esta diferença poderá estar relacionada com fatores fisiológicos do puerpério, nomeadamente menor dor, recuperação mais rápida e maior possibilidade de contacto precoce mãe-bebé após o parto vaginal (Li et al., 2022).

De acordo com Babazade et al. (2020) o aumento de 1 ponto na pontuação média de dor pós-cirurgia associa-se a uma redução de 21% na taxa de amamentação exclusiva, reforçando o impacto da dor na autoeficácia e na manutenção da amamentação. Wu et al. (2022) refere que o parto distócico por cesariana é uma barreira à manutenção da amamentação exclusiva até aos seis meses, influencia o início tardio da amamentação e consequentemente aumenta o risco de desmame precoce. Estes resultados estão em consonância com as recomendações da OMS que salientam que o controlo eficaz da dor, o apoio emocional contínuo e o acompanhamento respeitoso durante o parto e o pós-parto são fatores essenciais para promover o bem-estar materno, o início precoce da amamentação e a confiança da mulher na sua capacidade de cuidar do seu filho. Assim, constituem elementos centrais das boas práticas que favorecem uma experiência positiva de parto, pós-parto facilitando o processo transição para a maternidade (World Health Organization, 2018; World Health Organization, 2022).

No presente estudo tal não se verificou uma vez que, entre os cinco casos (7,7%) em que não iniciaram a amamentação na primeira hora de vida, apenas dois é corresponderam a partos distócicos por cesariana. Desta forma, é possível inferir que, nesta amostra, outras variáveis terão tido maior impacto do que o tipo de parto. Estes resultados reforçam que, mesmo tratando-se de partos distócicos por cesariana, com recurso a analgesia epidural, é possível iniciar a amamentação na primeira hora de vida, promovendo a autoeficácia para amamentar e contribuir para o sucesso da amamentação (Kocaöz et al, 2019), em consonância com os princípios preconizados pela WHO (2022).

A duração do trabalho de parto e a indução do trabalho de parto não demonstraram influência significativa no *score* de BSES-SF ao longo do tempo. Contudo verificou-se um efeito relevante no *score* da BSES-SF associado ao início espontâneo do trabalho de parto. As participantes que entraram espontaneamente em trabalho de parto apresentaram um aumento significativo e progressivo da autoeficácia para amamentar, sugerindo que a experiência fisiológica do parto pode contribuir positivamente para o fortalecimento da confiança materna no processo de amamentação.

De forma geral, o início espontâneo do trabalho de parto associa-se a uma menor duração do trabalho de parto, comparativamente a situações em que este é induzido, o que se poderá traduzir em menos intercorrências, menor duração do internamento, maior precocidade no contacto pele com pele e no início da amamentação, promovendo a perceção de competência materna e fomentando a autoeficácia para amamentar (Perez-Escamilla et al. 2023; Rollins et al., 2016). É ainda de salientar que a duração do trabalho de parto pode afetar a condição física

e emocional da mulher, fatores que segundo Monteiro et al. (2020) influenciam diretamente a decisão da mulher no que diz respeito ao início e manutenção da amamentação. Respostas fisiológicas como a dor e a fadiga são mais propensas nestas situações influenciando a autoeficácia para amamentar (Li et al., 2022).

Deste modo, os resultados obtidos reforçam a importância de reconhecer a influência da experiência de parto, nomeadamente o início espontâneo e a duração do trabalho de parto, como potenciais determinantes da confiança materna e, por conseguinte, da autoeficácia para amamentar. Este é um ponto essencial da intervenção do EE-ESMO, quer no que se refere à utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, quer na implementação de estratégias facilitadoras da progressão fisiológica do trabalho de parto e da promoção de uma experiência positiva (Ordem dos Enfermeiros, 2019; World Health Organization, 2018).

6.5. Relação entre o processo de amamentação e a BSES-SF

A experiência prévia de amamentação exclusiva associou-se a níveis mais elevados de *score* de BSES-SF em todos os momentos avaliados. Embora a diferença tenha sido mais significativa em M1(aquando da alta) e se tenha atenuado ao longo do tempo, os resultados sugerem que a experiência anterior em amamentar de forma exclusiva constitui um fator facilitador da autoeficácia para amamentar ao longo do tempo.

A análise do número de filhos amamentados reforça esta tendência, evidenciando que, embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre categorias, as mulheres sem experiência prévia (NFAM = 0) apresentaram *scores* iniciais mais baixos, recuperando progressivamente ao longo do tempo, enquanto aquelas com experiência acumulada (NFAM $\geq$ 1) mantiveram níveis consistentemente mais elevados de autoeficácia desde o início.

Estes achados são consistentes com o estudo descritivo-correlacional de Gonzales (2020), realizado numa amostra de 200 mulheres entre a 2.^a e a 6.^a semana pós-parto, que identificou uma associação significativa entre experiência prévia de amamentação e níveis mais elevados de autoeficácia. Oliveira (2024), no estudo que efetuou aos 6 meses após o parto, também verificou relação positiva entre a experiência prévia em amamentar e a sua durabilidade. Assim, destaca-se a importância da experiência prévia/mestria na autoeficácia para amamentar, um dos pilares conceptuais da teoria da autoeficácia de Bandura, como determinante na perceção de competência materna. De acordo com Cardoso et al. (2024) o conhecimento adquirido favorece a tomada de decisão informada e a capacidade de superar os desafios de forma mais eficaz. O fato de terem uma experiência prévia positiva na amamentação, aumenta a confiança nas suas

capacidades, eleva a perseverança e fortalece a persistência face aos obstáculos inerentes ao processo (Waddington, 2023).

A procura de informação sobre amamentação durante a gravidez não apresentou influência, estatisticamente significativa, sobre a autoeficácia para amamentar ao longo dos três momentos. Contudo, verificou-se que, apenas sete participantes não procuraram informação no período pré-natal, sendo que seis destas já possuíam experiência prévia de amamentação exclusiva. Esta elevada proporção de mulheres com experiência anterior (46,2% da amostra total) poderá ter atenuado o impacto da obtenção de nova informação, uma vez que o conhecimento e a mestria adquiridos em experiências anteriores de amamentações reforçam a confiança e a perceção de competência, reduzindo a necessidade de procurar novas fontes de informação. Estes resultados reforçam a importância dos determinantes individuais no processo de amamentação (Rollis et al., 2016, Perez-Escamilla et al., 2023), bem como, da mestria inerente à teoria da autoeficácia de Bandura (1997). Como salientam Calicchio (2023) e Waddington (2023) a obtenção de êxito confere à pessoa confiança nas suas capacidades tornando-se num reforço positivo para enfrentar desafios e fazer face a dificuldades.

Desta forma, da nossa amostra 98,5% das participantes detinham conhecimentos sobre a amamentação, quer por procura de informação durante o período pré-natal, quer por experiência prévia, sendo que destas não obtivemos informação sobre se na experiência anterior tinham obtido informação prévia. De acordo com Wu et al (2022), o conhecimento sobre amamentação é um fator modificável e favorável à amamentação exclusiva até aos 6 meses. Importa ainda referir que, a única participante que não procurou informação sobre amamentação no períodos pré-natal e que não detinha experiência prévia em amamentar, foi a única que não cumpriu os critérios de inclusão no estudo nos 2 momentos seguintes à alta hospitalar. Este dado ilustra empiricamente o que Raheel & Tharkar (2018) referem: mulheres que não acederam a informação sobre amamentação no período pré-natal têm maior risco de desmame precoce.

Embora a maioria das fontes não tenha evidenciado associações estatisticamente significativas, o recurso a pessoas com experiência em amamentação como fonte de informação sobre amamentação revelou uma interação significativa com o tempo, sugerindo que o aumento da autoeficácia para amamentar ao longo dos três momentos variou em função desta fonte de informação. Este achado reforça a relevância dos determinantes contextuais e da experiência vicariante no processo de amamentação. A partilha de experiências reais demonstra um maior impacto na perceção que a mulher tem na sua capacidade. Este apoio traduz-se em apoio

emocional, incentivo e em partilha da vivência de dificuldades, de pessoas com características semelhantes como idade, sexo, profissão e status socioeconómico o que se traduz em proximidade e semelhança, favorecendo a identificação (Chehreh et al., 2021).

De acordo com Jeon et al. (2025) a implementação de programas de apoio à amamentação baseados em contacto precoce entre mulheres grávidas e mulheres no pós-parto interessadas em amamentar pode fornecer um maior suporte no que diz respeito à superação dos desafios inerentes ao processo de amamentação e assim contribuir para a sua continuidade.

Neste contexto, importa salientar que a decisão da mulher em amamentar o seu filho está intrinsecamente ligada a fatores sociais, culturais, económicos e psicológicos (Monteiro et al., 2020; Matare et al., 2019) sendo o seu sucesso condicionado, entre outros, por fatores socioculturais (Zeng et al., 2024; Shi et al., 2018; Remple et al., 2017; Rollins et al., 2016). Assim, torna-se evidente a importância do que Dennis et al. (2024) e Li et al. (2022) salientam da importância da experiência vicária na construção da autoeficácia, ou seja, a observação ou partilha de experiências de mulheres bem sucedidas na amamentação constitui uma fonte de conhecimento e habilidade no que diz respeito à complexidade da competência de amamentar. Perante o *score* da BSES-SF obtido na amostra é possível inferir que as pessoas que partilharam as suas experiências de amamentação permitiram o que Calicchio (2023) refere como estratégias de promoção da autoeficácia: aprender através de modelos positivos e obter opiniões construtivas.

Estes resultados convidam a uma reflexão sobre a prática profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO), particularmente no que concerne à melhoria da qualidade dos cuidados face às necessidades específicas da população atual. De acordo com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), o EE-ESMO tem um papel determinante na promoção, apoio e proteção da amamentação, bem como na implementação de programas e iniciativas de educação para a saúde. Assim, a integração de estratégias de apoio entre pares, supervisionadas por EE-ESMO e com recurso a pessoas que possam ser modelos positivos de amamentação, poderá constituir uma abordagem de elevado impacto na promoção da autoeficácia e na sustentabilidade do aleitamento materno exclusivo, conforme preconizado pela OMS (World Health Organization, 2022).

Mulheres que amamentaram na primeira hora de vida do recém-nascido apresentaram *score* de BSES-SF ligeiramente mais elevado, embora sem diferenças estatisticamente significativas ($p=.319$). As características da amostra poderão ter condicionado estes resultados, dado que 92,3% ($n = 60$) amamentaram na primeira hora e apenas 7,7% ($n = 5$) não o fizeram. Entre estas

últimas, duas participantes tiveram partos distócico por cesariana, uma teve como intercorrência episiorrafia e outra correção de laceração perineal de 1.º grau, procedimentos que, pela sua duração e pela presença de profissionais em formação, poderão ter atrasado o início do processo de amamentação. No outro caso não se verificou causa aparente (nem intercorrências no parto nem no recém-nascido, nem por opção materna) para que não tivesse sido realizado. Seria necessária uma amostra maior ou com características mais homogêneas relativamente a esta variável para constatar se, a influencia que tem vindo a ser descrita ao longo do tempo por diversos autores, se verifica (Selçuk et al., 2025, Kocaöz, 2019 e Yang et al., 2016). Contudo salientamos que os resultados obtidos vão de encontro às metas da *Global Breastfeeding Collective* que preconizam que em 2030 70% das mulheres inicie a amamentação na primeira hora de vida (WHO & UNICEF, 2022). Comparativamente a outros estudos realizados em Portugal e em outras regiões do país (Oliveira, 2024; Branco et al., 2023; Duarte et al., 2019) esta taxa de amamentação na primeira hora de vida mantém-se superior, bem como, relativamente aos dados obtidos em 2013, pela DGS, em que em Portugal a prevalência de recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida era de 84,1%, tendo sido de forma exclusiva 90,1% (Direção Geral da Saúde, 2014).

Esta taxa elevada poderá estar relacionada com a organização e qualificação da equipa de enfermagem da sala de partos, constituída exclusivamente por EE-ESMO, cuja prática é orientada por competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019). É de salientar que compete ao EE-ESMO proteger, promover, apoiar e suportar a amamentação desde o período pré-natal, parto e pós-parto, assumindo um papel central na promoção do início precoce da amamentação. A sua presença no bloco cirúrgico revela-se de extrema importância no sentido de minimizar o atraso no início da amamentação, no parto distócico por cesariana, assegurando a continuidade de cuidados centrados na mãe e no recém-nascido desde o nascimento. Assim, a formação especializada, a prática baseada na evidência e a articulação interprofissional que caracterizam os EE-ESMO poderão explicar, em parte, os resultados mais favoráveis observados nesta instituição. Por outro lado, não podemos deixar de referir que a amamentação na primeira hora de vida é uma intervenção preconizada pela OMS como parte integrante de uma experiência positiva de parto e pós-parto. O fato de 44,6%(n=29) das mulheres terem experiência prévia em amamentar, das quais 41,5% (n=27) amamentou de forma exclusiva e de 89,2% (n=58) ter procurado informação sobre amamentação durante o período pré-natal, tendo a maioria, 81,5% (n=53), frequentado o programa de preparação para a parentalidade, podem também ter favorecido estes dados.

Assim, a amamentação na primeira hora de vida, deverá ser uma prática a manter e fortalecer uma vez que, como refere Ahmadinezhad et al., (2024), o atraso no início da amamentação constitui uma das principais causas de fracasso e de redução da autoeficácia materna, comprometendo a duração e exclusividade da amamentação.

A realização de contacto pele com pele não se associou a alterações, estatisticamente significativas, nos *scores* da BSES-SF, em nenhum dos momentos avaliados. Este resultado poderá estar relacionado com as características da amostra, uma vez que 48 mulheres (73,8%) realizaram contacto pele com pele e 17 (26,2%) não o fizeram. Estes valores aproximam-se das metas preconizado pela OMS e UNICEF e pela *Baby-Friendly Hospital Initiative* (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018), que recomendam que pelo menos 80,0% dos recém-nascidos sejam colocados em contacto pele com pele, logo após o nascimentos, indo de encontro ao passo 4 dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Relativamente à média nacional estes valores encontram-se acima dos obtidos pelo Consórcio Português de Dados Obstétricos (2024), entre junho de 2023 e junho de 2024, em 13 hospitais públicos. Através destes resultados constatou-se que, dentro dos 26517 recém-nascidos, 63% tinham realizado contacto pele com pele de forma imediata. Contudo, estes valores são ainda inferiores aos reportados em outros estudos realizados a nível nacional, em que Oliveira (2024) obteve uma amostra em que o contacto pele com pele foi de 76,9%, Duarte et al. (2019) 76,2% e Branco et al. (2023) 85,8%.

Apesar da ausência de significância estatística, verificou-se um ligeiro aumento do *score* da BSES-SF nos três momentos de avaliação no grupo que realizou contacto pele com pele. Esta intervenção é reconhecida como facilitadora do processo de amamentação quer para a mãe quer para o recém-nascido, uma vez que envolve o toque e o olhar. Estes estímulos sensoriais promovem a libertação de ocitocina reduzindo o stress e a dor, estimulando a produção de prolactina, estimula a contração uterina diminuindo o risco de complicações como retenção de placenta, favorecendo a contração uterina e diminuindo o risco de atonia uterina e de hemorragia pós-parto. No recém-nascido a componente sensorial: toque, cheiro, calor, contacto visual permitem-lhe o tempo que necessita para procurar ativamente a mama e iniciar os movimentos (abertura de boca e movimentos da cabeça) na busca do mamilo e por conseguinte no início da mamada (Cardoso et al., 2024). Adicionalmente, esta prática, também tem um impacto significativo na regulação da sua temperatura corporal, do metabolismo e do ciclo circadiano, bem como, na diminuição dos níveis de stresse do recém-nascido, promovendo o sucesso da continuidade da amamentação (Oliveira, 2024; Perez-Escamilla et al., 2023; Karimi et al., 2019). O choro, a agitação do bebé e a dificuldade ou incapacidade em acalmá-lo são

frequentemente associados a uma produção insuficiente de leite materno conduzindo, algumas mães, ao desmame precoce (Perez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016). Estas respostas fisiológicas são propulsoras de stress, ansiedade e fadiga materna que condicionam a autoeficácia para amamentar (Dennis et al., 2024; Li et al., 2022). No presente estudo, dos 18 casos excluídos (100%) em M2, n=8 (44%) não tinham realizado contacto pele com pele. Em M3 foram excluídas 5 participantes (100%) tendo-se verificado que n=2 (40%) não tinham realizado contacto pele com pele, permitindo-nos reforçar esta relação entre o contacto pele com pele e continuidade da amamentação.

Destes 17 casos, n=7 dizem respeito a partos distócicos por cesariana, n=6 partos eutócico e n=4 partos distócicos auxiliados por ventosa. Como intercorrências do parto verificou-se 1 caso em que ocorreu dequitação manual e 5 casos em que ocorreu trauma perineal. Em M2, n=12 foram excluídas por amamentação mista ou aleitamento artificial, das quais n=5 (41,7%) não realizaram contacto pele com pele. Estes achados corroboram o que a evidência científica tem vindo a demonstrar: a separação da díade mãe-filho é prejudicial uma vez que diminui a interação mãe-bebé, a autoestima materna, a autoeficácia para amamentar e aumenta o choro e stress do recém-nascido promovendo gasto energético e prejudicando a sua capacidade em se alimentar (Bento, 2024; Bergman, 2019; Karimi et al., 2019; Moore et al., 2016).

As características da amostra são favoráveis à realização do contacto pele com pele uma vez que, como refere Al Fidah et al. (2023) e Mengistu et al. (2023) a probabilidade de contacto pele com pele e amamentação precoce estão relacionados com condições socioeconómicas, grau de escolaridade, acompanhamento pré-natal e parto numa instituição hospitalar. Ainda assim, a taxa de contacto pele com pele é inferior à da amamentação na primeira hora de vida. Tal fato pode estar relacionado com a experiência anterior bem-sucedida e nível de autoeficácia mais elevada inicialmente, desvalorizando as vantagens do contacto pele com pele.

Sumariamente, o contacto pele com pele continua a ser considerado uma intervenção fundamental na vinculação mãe-filho, no incentivo do início precoce da amamentação, bem como, na sua manutenção e durabilidade ao longo do tempo (Bento, 2024; Widström et al., 2019; Morre et al., 2012; Kronborg & Foverskov, 2020). Perante esta evidência é fundamental o EE-ESMO promova e integre sistematicamente esta prática nos cuidados imediatos no pós-parto, (Bento, 2024; McDonald et al., 2012) tal como preconizado pela WHO (World Health Organization, 2018) em prol de uma experiência positiva, favorecedora do processo de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e do processo de transição para a maternidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A percepção de apoio dos enfermeiros associou-se a níveis mais elevados de autoeficácia para amamentar, sobretudo quando classificada como “muito adequado”. Em contrapartida, a percepção do apoio do acompanhante não se revelou estatisticamente associada à AE, o que reforça a importância de intervenções de enfermagem associadas ao foco amamentar.

Durante o internamento, o apoio dos enfermeiros assume um papel determinante na aquisição e fortalecimento das competências relacionadas com a amamentação aquisição de conhecimento e desenvolvimento de capacidades inerentes ao processo de amamentar. Para além da oportunidade de desenvolvimento do domínio técnico, é ainda uma oportunidade de persuasão verbal, encorajamento e reforço positivo é determinante na autoeficácia para amamentar (Lojander et al., 2025; Dennis et al. 2024; Li et al., 2022).

O apoio inadequado propicia desafios precoces como percepção de leite materno insuficiente que propicia a introdução desnecessária e precoce de fórmula láctea (Lojander et al., 2025). Por outro lado, mulher com *score* de autoeficácia mais elevados tendem a procurar ativamente apoio de profissionais com o objetivo de obter conhecimentos sobre amamentação, nomeadamente posicionamento, técnicas de amamentação e melhorar a sua performance com vista ao sucesso na amamentação (Li et al., 2022). Este dado ganha particular relevância tendo em conta as características da amostra: elevada proporção de partos vaginais sem intercorrências, alojamento conjunto, presença contínua de acompanhante, contacto pele com pele e início precoce da amamentação, fatores descritos com impacto na promoção da confiança materna e no sucesso da amamentação. A satisfação da mulher sobre os cuidados de saúde no período pós-parto também influencia a autoeficácia para amamentar, onde um ambiente de bem-estar promove a redução da ansiedade e o estado de depressão, propícios à diminuição da autoeficácia em amamentar e ao desmame precoce (Ahmaddinhezad et al., 2024). O objetivo passa por continuar a fomentar a motivação intrínseca (desejo de autocontrole, preocupação com a sua saúde e com a saúde do bebé) das mães, iniciada no período pré-natal, em relação à amamentação. A autoeficácia contempla também habilidades técnicas, onde os profissionais de saúde são fundamentais nomeadamente no que diz respeito ao início precoce da amamentação, posicionamento e pega corretos. Os conhecimentos sobre sinais de fome do recém-nascido e produção de leite insuficiente também devem ser reforçados nesta fase do pós-parto, uma vez que a evidência científica demonstra a sua relação com o desmame precoce (Topothai et al., 2022).

A qualidade dos cuidados prestados no período pós-parto é determinante para garantir a saúde da mãe e do recém-nascido e constitui um fator-chave para o sucesso da amamentação

(Lojander et al., 2025; Lavanda, 2016). Como recomenda a OMS, os cuidados prestados deverão ser baseados em evidência científica, respeitosos e centrados na mulher e família, sendo fundamental a comunicação eficaz, apoio emocional, tomada de decisão livre e informada e envolvimento familiar (World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2018). Avaliar as experiências e a perceção dos cuidados das mulheres é fundamental para monitorizar e melhorar a qualidade dos cuidados que são prestados (Lojander et al., 2025; Lavanda, 2016), sendo essencial dar continuidade à aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados.

Ainda neste âmbito salientamos que mulheres com perceção de maior necessidade de apoio apresentaram, em média, níveis mais baixos de autoeficácia em todos os momentos da avaliação. Este achado vem fortalecer a necessidade de apoio a mulheres cuja autoeficácia é menor, tanto durante o internamento como no regresso a casa.

Coutinho et al. (2019) desenvolveram um estudo sobre a perceção das mulheres relativamente às intervenções de enfermagem promotoras da amamentação e verificaram que os resultados ficaram aquém do esperado, o que não se verificou no presente estudo, em que 57,4% das participantes consideraram o apoio dos enfermeiros “muito adequado”, 39,3% “adequado” e 3,3% “pouco adequado”. As autoras identificaram como fatores facilitadores do processo de amamentação o estabelecimento de uma relação de confiança com os enfermeiros, a disponibilidade para iniciar precocemente a amamentação, a compreensão face às dificuldades maternas, a qualidade da informação disponibilizada, o encorajamento, o respeito pela tomada de decisão da mulher e a proximidade na prestação de cuidados.

No contexto do presente estudo, é plausível considerar que alguns destes aspetos, nomeadamente disponibilidade e proximidade na prestação de cuidados, possam ter sido condicionados por fatores organizacionais, como momentos de maior taxa de ocupação do serviço e elevada rotatividade de utentes, limitando o tempo disponível para o apoio individualizado inerente à prestação de cuidados à mulher e recém-nascido.

6.6. Limitações do estudo

Apesar do rigor metodológico adotado, o presente estudo apresenta limitações que importa reconhecer e considerar na interpretação dos resultados obtidos.

As características da amostra constituem uma limitação uma vez que se trata de uma amostra de conveniência, composta por um número relativamente reduzido de participantes, o que pode condicionar a generalização dos resultados. Por outro lado, a participação voluntária pode ter

introduzido um viés de seleção, na medida em que mulheres com maior envolvimento, motivação ou interesse no processo de amamentação poderão ter estado mais disponíveis para participar no presente estudo.

Outra limitação prende-se com o método de recolha de dados, uma vez que o preenchimento da BSES-SF nos momentos M2 e M3 foi realizado pelo investigador, com base nas respostas fornecidas pelas participantes através de contacto telefónico. Embora este procedimento tenha sido precedido de um pré-teste de compreensão das afirmações e tenha permitido clarificar eventuais dúvidas e assegurar a completude das respostas, não é possível excluir a ocorrência de viés de resposta, nomeadamente uma tendência para respostas socialmente desejáveis ou percecionadas como mais alinhadas com as expectativas do investigador.

O facto de se tratar de um estudo longitudinal correlacional permitiu analisar a evolução da autoeficácia para amamentar ao longo do tempo (M1, M2 e M3) e a sua associação com diferentes variáveis, contudo não possibilita o estabelecimento de relações de causalidade, restringindo-se à identificação de associações relativas ao fenómeno em estudo. Salienta-se, ainda, que neste tipo de estudos a perda de participantes ao longo dos diferentes momentos de avaliação pode influenciar a robustez da análise efetuadas. Contudo, a opção pelo recurso ao modelo linear misto para análise dos dados permitiu-nos lidar com dados incompletos e reduzir o impacto da perda amostral ao longo do tempo.

7. CONCLUSÃO

Autoeficácia para amamentar no regresso a casa diz respeito a uma transição desenvolvimental complexa que é o tornar-se mãe, que engloba uma das competências parentais: amamentar. A amamentação é influenciada por inúmeros determinantes que ditam o seu sucesso, cuja habilidade se desenvolve numa das fases mais crucias ... o puerpério e na qual se espera da mãe confiança na sua capacidade.

A autoeficácia para amamentar deve iniciar-se durante o período pré-natal, durante o qual a mulher inicia o processo de vinculação com o seu filho e se prepara para a maternidade. É durante este período que a mulher, através do conhecimento adquirido, toma a decisão sobre o seu processo de amamentação. A decisão de iniciar e manter a amamentação vai ser influenciada pela experiência prévia, experiência vicariante e pela condição física e emocional. Estes fatores vão, juntamente com a persuasão verbal, fatores sociodemográficos, familiares, respostas fisiológicas, experiência do parto influenciar a autoeficácia da mulher para amamentar.

São diversos os estudos que têm vindo a corroborar o fato da autoeficácia para amamentar ser um excelente preditor do resultado do processo de amamentação, onde ganha destaca a BSES-SF. Esta escala tem vindo a ser amplamente validada e utilizada de forma a identificar mulheres com comprometimento no início, duração e exclusividade da amamentação, como meio de individualização do apoio à amamentação e na avaliação das intervenções implementadas no processo de amamentação. Munida de dois domínios: técnico e pensamentos intrapessoais, a pontuação oriunda da sua aplicação permite classificar a autoeficácia em baixa, media e elevada. Mulheres com baixa autoeficácia estão mais propensas ao desmame precoce enquanto em situações de elevada autoeficácia, a mulher sente-se capaz de ultrapassar os desafios inerentes à amamentação e assim dar-lhe continuidade.

De acordo com o mandato social, enquanto EE-ESMO compete-nos, cuidar da mulher e recém-nascido durante o período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, promovendo uma transição e adaptação à vida extrauterina saudável. Uma das competências que aqui emerge é a promoção, proteção, suporte e apoio da amamentação. Esta competência culmina com os benefícios da amamentação quer para a mãe, quer para o filho e traduzem-se em indicadores de qualidade dos cuidados de saúde.

Desta forma o EE-ESMO tem um papel primordial no que diz respeito ao apoio na tomada de decisão sobre a amamentação, ao início do processo no que diz respeito à amamentação na primeira hora de vida e ao contacto pele com pele e posteriormente no que diz respeito ao apoio e suporte face aos desafios e dificuldades oriundas do processo de amamentação ao longo do tempo. Para otimizar estas intervenções é fundamental a individualização dos cuidados à mulher atendendo que esta se encontra inserida numa determinada família, comunidade e sociedade.

Atendendo à importância da prestação de cuidados com base em evidência científica e com o intuito de prestarmos cuidados com base nas necessidades da população de quem cuidamos surge este trabalho de investigação.

Com base nos benefícios da amamentação e do leite humano, de forma a contribuirmos para o que a DGS e a OMS preconizam relativamente à amamentação (amamentação exclusiva até aos seis meses e de forma complementar até pelo menos os dois anos de idade), decidimos debruçar o nosso estudo sobre mulheres que se encontravam a amamentar de forma exclusiva, definindo-a como a nossa amostra.

Com base nas suas características específicas analisamos a influência das diferentes variáveis (sociodemográficas, experiência de parto, experiências prévia em amamentar, obtenção de informação sobre amamentação e experiência atual de amamentação) na autoeficácia para amamentar em três momentos distintos do puerpério: no momento da alta, 15 dias e 30 dias após a alta.

Através do modelo linear misto conseguimos analisar a relação entre estas variáveis, apesar do tamanho da amostra e das perdas amostrais com que nos fomos deparando.

Com base nos objetivos delineados inicialmente passamos a mencionar que, no presente estudo a obtenção de informação sobre a amamentação através de pessoas com experiência prévia em amamentar, o início espontâneo do trabalho de parto e a perceção do apoio por parte dos enfermeiros como “muito adequado” tiveram impacto positivo na autoeficácia para amamentar. Embora sem significado estatístico verificou-se aumento da autoeficácia para amamentar em mulheres que tiveram experiência prévia em amamentar, um parto eutócico, realizaram contacto pele com pele com o recém-nascido e amamentaram na primeira hora de vida.

Relativamente à forma como a autoeficácia se comportou constatámos um aumento progressivo ao longo do tempo sendo mais significativo entre M2 e M3 o que pode demonstrar que o período entre a alta hospitalar e os 15 dias após a alta pode ser mais vulnerável. O regresso a casa, a adaptação à

dinâmica familiar, à chegada do novo membro da família pode dificultar o processo. Por sua vez não podemos deixar de referir a clivagem do apoio por parte dos profissionais de saúde, bem com o confronto com a avaliação ponderal do recém-nascido e os desafios da recuperação pós-parto.

Inicialmente as mulheres demonstraram elevada autoeficácia no domínio dos pensamentos intrapessoais que com o passar do tempo foi transferida para o domínio técnico.

Os resultados obtidos com a realização deste estudo corroboram a importância do EE-ESMO no que diz respeito aos cuidados inerentes ao processo de se tornar mãe, nomeadamente no âmbito da amamentação, desde o período pré-natal, passando pelo trabalho de parto, parto e pós-parto. Salientamos ainda a importância da continuidade dos cuidados e da articulação entre a equipa hospitalar e comunitária. Fica assim bem patente que a promoção, apoio e suporte na amamentação são competências do EE-ESMO com impacto significativo na autoeficácia para amamentar e, consequentemente, na continuidade da amamentação exclusiva.

A elaboração deste trabalho de investigação constituiu um contributo significativo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, reforçando a importância da reflexão crítica e da prática baseada na evidência. Esperamos que este estudo possa ser ponto de partida para investigações futuras, nomeadamente através da sua replicação, ampliando o conhecimento nesta área e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às mulheres e recém-nascidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbas-Dick, J., Brown, H. K., Jackson, K. T., Rempel, L., & Dennis, C.-L. (2019). Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery*, 75, 41–51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.001>
- Abou-ElWafa, H. S., & El-Gilany, A. H. (2019). Maternal work and exclusive breastfeeding in Mansoura, Egypt. *Family practice*, 36(5), 568–572. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz120>
- Ahmadinezhad, G. S., Karimi, F. Z., Abdollahi, M., & NaviPour, E. (2024). Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06465-4>
- Al-Barwani, S. (2017). Employing the theory of planned behavior to predict breastfeeding intention and intensity in Oman. [Doctoral thesis, The University of North Carolina]. Carolina Digital Repository. <https://cdr.lib.unc.edu/concern/dissertations/xw42n850j>
- Al Fidah, M. F., & Efa, S. S. (2023). Skin-to-skin contact and early initiation of breastfeeding in Bangladesh: A cross-sectional study using MICS6, Bangladesh (2019) data. *BMJ Paediatrics Open*, 7(1), e002163. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002163>
- Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M., & Tamim, H. (2010). Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC pediatrics*, 10(1), 20.
- Almeida, J. M., Moreira, A. C., Resendes, M., Santos, A. P., & Tavares, M. (2025). A influência do aleitamento materno na saúde da mãe e do filho: Que conhecimento têm as mulheres? *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e37512. <https://doi.org/10.12707/RVI24.90.37512>
- Alzaheb, R. A. (2017). Factors influencing exclusive breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1179556517698>
- Antoñanzas-Baztán, E., Belintxon, M., Marín-Fernández, B., Redín-Areta, M. D., Mujika, A., Pumar-Méndez, M. J., & Lopez-Dicastillo, O. (2021). Six-month breastfeeding maintenance after a self-efficacy promoting programme: An exploratory trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 548–558. <https://doi.org/10.1111/scs.12870>

Artino A. R., Jr (2012). Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspectives on medical education*, 1(2), 76–85. <https://doi.org/10.1007/s40037-012-0012-5>

Associação Médica Mundial. (2024). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos (versão de outubro de 2024)*. Helsínquia: Associação Médica Mundial. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

Babazade, R., Vadhera, R. B., Krishnamurthy, P., Varma, A., Doulatram, G., Saade, G. R., & Turan, A. (2020). Acute postcesarean pain is associated with in-hospital exclusive breastfeeding, length of stay and post-partum depression. *Journal of Clinical Anesthesia*, 62, 109697. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2019.109697>.

Bai, D. L., Wu, K. M., & Tarrant, M. (2013). Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 25–32. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00254.x>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, 1986(23-28), 2.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa. ISBN 978-84-9784-413-0. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=756602>

Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Rodrigues Antão, R., Pinto Gago, C., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). Prevalence and predictive factors of exclusive breastfeeding in the first six months of life. *Acta Médica Portuguesa*, 36(6), 416-423.

Bento, M. C. C. (2023). *Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele* [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.15/5732>

- Bergman, N. J. (2019). Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care. *Birth Defects Research*, 111(15), 1081–1086. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1528>
- Bermudes, W. L., Santana, B. T., Braga, J. H. O., & Souza, P. H. (2016). *Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações*. *Revista Vértices*, 18(2), 7–20 <https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.v18n216-01>
- Borges, L. S., & Dalmau, M. B. L. (2021). A influência do diagnóstico de autismo na trajetória profissional das mães da Grande Florianópolis. *Research, Society and Development*, 10(5), e56710515261. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15261>
- Bornstein, M. H. (2015). *Children's parents*. In Major Reference Works. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy403>
- Bornstein, M. H. (Ed.). (2015). *Handbook of Parenting: Vol. 1–5*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429440847>
- Borona, G., Gualdana, G., Maga, G., Del Bo, E., Arrigoni, C., Brigante, L., Daniele, M., Caruso, R., & Magon, A. (2023). *Autoeficácia da amamentação: Uma revisão sistemática das propriedades psicométricas usando COSMIN*. *Jornal de Lactação Humana: Jornal Oficial da Associação Internacional de Consultores de Lactação*, 39(4), 595-614. <https://doi.org/10.1177/08903344251318274>
- Borona, G., Gualdana, G., Maga, G., Del Bo, E., Arrigoni, C., Brigante, L., Daniele, M., Caruso, R., & Magon, A. (2023). Breastfeeding Self-Efficacy: A Systematic Review of Psychometric Properties Using COSMIN. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 39(4), 595–614. <https://doi.org/10.1177/08903344231190624>
- Bosnjak, A. P., Rumboldt, M., Stanojevic, M., & Dennis, C. L. (2012). Psychometric assessment of the Croatian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 565–569. <https://doi.org/10.1177/0890334412456240>
- Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Rodrigues Antão, R., Pinto Gago, C., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023) Prevalência e Fatores Preditivos da Amamentação Exclusiva

nos Primeiros Seis Meses de Vida. *Acta medica portuguesa*, 36(6), 416–423.
<https://doi.org/10.20344/amp.18692>

Calicchio, S. (2023). *Albert Bandura y el factor de autoeficacia: Un viaje a la psicología del potencial humano a través de la comprensión y el desarrollo de la autoeficacia y la autoestima*. Independently published.

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai : Estudo sobre a avaliação das competências parentais* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20745>

Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., Figueiredo A., (2023). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 11–20.
<https://doi.org/10.12707/RIV14070>

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Cavalcanti Borges, M., Melo, D., Vassão, E., & Castro, T. A. (2025). Os desafios da maternidade atípica: Uma análise clínica. *Unisanta Humanitas*, 14(1), Artigo 2670.
<https://periodicos.unisanta.br/HUM/article/view/2670>

Chai, Y., Nandi, A., & Heymann, J. (2018). Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001032>

- Chehreh, R., Zahrani, S. T., Karamelahi, Z., & Baghban, A. A. (2021). Effect of peer support on breastfeeding self-efficacy in ilamian primiparous women: A single-blind randomized clinical trial. *Journal of family medicine and primary care*, 10(9), 3417–3423. <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc.172.21>
- Chen, C., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., He, Q., Zeng, G., Liu, S., Sha, T., & Li, L. (2018). Influences of cesarean delivery on breastfeeding practices and duration: A prospective cohort study. *Journal of Human Lactation*, 34(3), 526–534. <https://doi.org/10.1177/0890334417741434>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Chipojola, R., Huda, M. H., Gondwe, K. W., Mbeye, N. M., & Kuo, S. Y. (2025). Relationship and Determinants of Breastfeeding Self-Efficacy Among Postpartum Mothers and Fathers in Malawi: A Cross-Sectional Study. *Journal of Human Lactation*, 41(2), 272–282. <https://doi.org/10.1177/08903344251318274>
- Christian, P., Smith, E. R., Lee, S. E., Vargas, A. J., Bremer, A. A., & Raiten, D. J. (2021). The need to study human milk as a biological system. *The American journal of clinical nutrition*, 113(5), 1063–1072. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab075>
- Chu, J. Y., Jiang, B., Gao, Y. P., Li, L., Yang, M. J., Ma, F. F., & Liu, X. L. (2019). Evaluation on the effect of exclusive breastfeeding among women with primipara, using the Information-motivation-behavioral skills model intervention model. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi (Chinese Journal of Epidemiology)*, 40(12), 1639–1644. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2019.12.025. PMID: 32062930.
- Coelho, A. C. F. A. (2015). *Promoção das competências parentais no aleitamento materno em pais de recém-nascidos prematuros* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Repositório Comum da RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/16407>
- Consórcio Português de Dados Obstétricos. (2024, may). Indicadores relativos ao recém-nascido. <https://cpdo.virtualcare.pt/dados-obstetricos/>

- Coutinho, E., Duarte, J., Nelas, P., Chaves, C., Amaral, O., & Dionísio, R. (2019). Perceção das mães sobre as intervenções de enfermagem promotoras da amamentação: Impacto na sua prevalência. *INFAD Revista de Psicologia*, 5(1 Monográfico 4), 117–124. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1573>
- Creedy, D. K., Dennis, C. L., Blyth, R., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2003). Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Research in nursing & health*, 26(2), 143–152. <https://doi.org/10.1002/nur.10073>
- Creswell, John W. & Creswell, J. David (2021). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*, 2ª Edição, Penso Editora, ISBN 6581334197
- Cunha, L. M. da. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes* (Mestrado em Probabilidades e Estatística). Universidade de Lisboa. https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf
- Danaga, C. A. H., Fernandes, L. G., Machado, J. P., Kawata, L. S., Iwamoto, M. A., & Nogueira, L. D. P. (2024). Fatores que influenciam na autoeficácia materna para a amamentação: revisão bibliográfica. *Revista Interdisciplinar De Saúde E Educação*, 5(2), 256-281. <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v5n2a2024.14>
- De Roza, J. G., Fong, M. K., Ang, B. L., Sadon, R. B., Koh, E. Y. L., & Teo, S. S. H. (2019). Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery*, 79(2019), 102532. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102532>
- Dennis C-L. (1999). Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *Journal of Human Lactation*.15(3):195-201. doi:[10.1177/089033449901500303](https://doi.org/10.1177/089033449901500303)
- Dennis, C.-L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(6), 734–744. <https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
- Dennis, C.-L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), 399–409. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199910\)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4)

- Dennis, C. L., Heaman, M., & Mossman, M. (2011). Psychometric testing of the Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.12.015>
- Dennis, C. L., McQueen, K., Dol, J., Brown, H., Beck, C., & Shorey, S. (2024). Psychometrics of the breastfeeding self-efficacy scale and short form: a systematic review. *BMC Public Health*, 24(1), 637. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17805-6>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Registo do aleitamento materno – RAM: Relatório de janeiro a dezembro de 2013*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Dodou, H. D., Bezerra, R. A., Chaves, A. F. L., Vasconcelos, C. T. M., Barbosa, L. P., & Oriá, M. O. B. (2021). Telephone intervention to promote maternal breastfeeding self-efficacy: randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 55, e20200520. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0520>
- Dodt, R. C. M., Ximenes, L. B., Almeida, P. C., Oriá, M. B., & Oliveira, C. L. N. (2012). Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in a Brazilian sample. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(3), 66–73. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n3p66>
- Duarte, J., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., Amaral, O., & Dionísio, R. (2019). Influência das características obstétricas e maternas na prevalência do aleitamento materno. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 357–366.
- Dun-Dery, E. J., & Laar, A. K. (2016). Exclusive breastfeeding among city dwelling professional working mothers in Ghana. *International Breastfeeding Journal*, 11(1), 23–31. <https://doi.10.1186/s13006-016-0083-8>
- Economou, M., Kolokotroni, O., Paphiti-Demetriou, I., Kouta, C., Lambrinou, E., Hadjigeorgiou, E., ... Middleton, N. (2018). Prevalence of breast-feeding and exclusive breast-feeding at 48 h after birth and up to the sixth month in Cyprus: the BrEaST start in life project. *Public Health Nutrition*, 21(5), 967–980. doi:10.1017/S1368980017003214

- Fan, H. S. L., Fong, D. Y. T., Lok, K. Y. W., & Tarrant, M. (2022). The Association Between Breastfeeding Self-Efficacy and Mode of Infant Feeding. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 17(8), 687–697. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.0059>
- Farinho, A. P. R. A. (2023). Momentos de crise na amamentação: A intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e resolução (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/ceeb6237-8fb6-41fe-b449-8c4e1aff342c/download>
- Fasanghari, M., & Keramat, A. (2023). Investigating the effect of educational interventions on maternal competence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 254. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_25_23
- Figueiredo, B. (2013). Parentalidade e vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 383–392
- Field, A. (2018). Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (5th ed.). Sage. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/discovering-statistics-using-ibm-spss-statistics/book246128>
- Fortin, Marie-Fabienne; Cotê, José; Filion, François (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta
- Freixo, M. J. Vaz (2018). *Metodologia Científica. Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Edições Piaget, 5ª Edição, Lisboa, ISBN: 9789897592317
- Geller, S., Levy, S., Baruch, T., Rinot, Y., & Swami, V. (2024). Breastfeeding self-efficacy, body image, body acceptance, and partner support: Associations in Israeli postpartum women. *Midwifery*, 131, 103937. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103937>
- Gerhardsson, E., Nyqvist, K. H., Mattsson, E., Volgstén, H., Hildingsson, I., & Funkquist, E.-L. (2014). The Swedish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form: Reliability and validity assessment. *Journal of Human Lactation*, 30(3), 340–345. <https://doi.org/10.1177/0890334414523836>

- Glassman, M. E., McKearney, K., Saslaw, M., & Sirota, D. R. (2014). Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican community. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 9(6), 301–307. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0015>
- Gonzales, A. M. Jr. (2020). Breastfeeding self-efficacy of early postpartum mothers in an urban municipality in the Philippines. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 4(4), 135–143. <https://doi.org/10.31372/20190404.1023>
- Gradman, S. B., & Shai, D. (2024). What nourishes maternal bonds? Focus on subjective bottle and breastfeeding experiences predicting parental bonding. *Current Psychology*, 43, 787–799. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04322-9>
- Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C. L., & MacArthur, C. (2008). Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse UK sample. *Public Health Nursing*, 25(3), 278–284. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00705.x>
- Guevara, D., & Lozada, L. (2020). *Factores que influyen en la lactancia materna en madres adolescentes según la teoría de Ramona Mercer* [Trabajo de grado, Unidad Central del Valle del Cauca]. Repositorio UCEVA. <https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/1054/T00031738.pdf?sequence=1>
- Hamze, L., Mao, J., & Reifsnider, E. (2019). Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: a cross-sectional survey of postnatal mothers in China. *Midwifery*, 74(2019), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.009>
- Hegazi, M. A., Allebdi, M., Almohammadi, M., Alnafie, A., Al-Hazmi, L., & Alyoubi, S. (2019). Factors associated with exclusive breastfeeding in relation to knowledge, attitude and practice of breastfeeding mothers in Rabigh community, Western Saudi Arabia. *World Journal of Pediatrics*, 15(6), 601–609. <https://doi.org/10.1007/s12519-019-00275-x>
- Hendaus, M. A., Alhammadi, A. H., Khan, S., Osman, S., & Hamad, A. (2018). Breastfeeding rates and barriers: A report from the State of Qatar. *International Journal of Women's Health*, 10, 467–475. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S161003>

Horta, B. L., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V., & Pérez-Escamilla, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatrica*, 112(1), 34-41.

International Council of Nurses. (2003). *Ethical guidelines for nursing research*. Genebra: ICN. https://books.google.com/books/about/Ethical_Guidelines_for_Nursing_Research.html?id=VuKMAAAACAAJ

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas demográficas 2023*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=697596009

Instituto Nacional de Estatística. (2025, 29 de abril). *Saldo natural agrava-se em 2024* [Destaque à comunicação social]. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=724073186

Ip, W. Y., Yeung, L. S., Choi, K. C., Chair, S. Y., & Dennis, C. L. (2012). Translation and validation of the Hong Kong Chinese version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. *Research in Nursing & Health*, 35(5), 450–459. <https://doi.org/10.1002/nur.21482>

Ip, W. Y., Gao, L. L., Choi, K. C., Chau, J. P. C., & Xiao, Y. (2016). The short form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a prognostic factor of exclusive breastfeeding among Mandarin-speaking Chinese mothers. *Journal of Human Lactation*, 32(4), 711–720. <https://doi.org/10.1177/0890334416658014>

Jeon, H. J. J., Granner, M., Christiansen, E., Kohnen, T., Park, S. Y., Sarnquist, B., MacNeil, P., Soto, V., & Deavers, O. (2025). Association Between Breastfeeding Peer Support and Confidence in Breastfeeding. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 41(1), 132–144. <https://doi.org/10.1177/08903344241299398>

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8

Kang, Y. J., Yan, H., Wang, Q. L., Li, Q., Xiao, S. B., Bi, Y. X., & Xie, H. (2007). The introduction of breastfeeding in children under age of three in the counties of western China in 2005. (*China*

- Journal of Epidemiol) Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 28(2), 109–114.
- Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 58(1) 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>
- Kartal, Y. A., Kaya, L., & Yazıcı, S. (2023). Effects of oxytocin induction on early postpartum hemorrhage, perineal integrity, and breastfeeding: A case–control study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 70(1), e20231002. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.2023.1002>
- Kehinde, J., O'Donnell, C., & Grealish, A. (2023). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 118, 103579. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103579>
- Kim, M. J., Kim, Y. M., & Yoo, J. H. (2013). Factors affecting exclusive breast-feeding during the first 6 months in Korea. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*, 55(2), 177–180. <https://doi.org/10.1111/ped.12004>
- Kling, D., Oms Iii, Haile, Z. T., Francescon, J., Oms Iii, & Chertok, I. (2016). Association Between Method of Delivery and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 116(7), 430–439. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.087>
- Kocaöz, F. Ş., Destegül, D., & Kocaöz, S. (2019). Comparison of the breastfeeding outcomes and self-efficacy in the early postpartum period of women who had given birth by cesarean under general or spinal anesthesia. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(10), 1545–1549. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1639660>
- Koskinen, K. S., Aho, A. L., Hannula, L., & Kaunonen, M. (2014). Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery*, 30(4), 464–470. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.003>

- Kronborg, H., Harder, I., & Hall, E. O. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.004>
- Kronborg, H., & Foverskov, E. (2020). Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding: a Danish cohort study. *PloS one*, 15(9), e0238363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238363>
- Langellier, B. A., Chaparro, M. P., & Whaley, S. E. (2012). Social and institutional factors that affect breastfeeding duration among WIC participants in Los Angeles County, California. *Maternal and Child Health Journal*, 16(9), 1887–1895. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0937-z>
- Lau, C. Y. K., Lok, K. Y. W., & Tarrant, M. (2018). Breastfeeding Duration and the Theory of Planned Behavior and Breastfeeding Self-Efficacy Framework: A Systematic Review of Observational Studies. *Maternal and child health journal*, 22(3), 327–342. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2453-x>
- Lavanda, D. T. (2016). *Improving the quality of care during labour, birth and the immediate postnatal period. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 36, 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.05.011>
- Li, L., Wu, Y., Wang, Q., Du, Y., Friesen, D., Guo, Y., Dill, S. E., Medina, A., Rozelle, S., & Zhou, H. (2022). Determinants of breastfeeding self-efficacy among postpartum women in rural China: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(4), e0266273. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266273>
- Limeira, J. B. R. (2023). *Vivência materna por adoção à luz da teoria de Ramona Mercer* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2022). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice* (10th ed.). Elsevier.
- Lojander, J., Axelin, A., Tekay, A., Heinonen, S., Polkko, S., Lehti, L., Kolari, T., & Niela-Vilén, H. (2025). The association between exclusive breastfeeding and quality of care and maternal factors in a tertiary maternity hospital in Finland: A cross-sectional study. *Sexual & reproductive*

- healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 45, 101127.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101127>
- Lok, K. Y. W., Bai, D. L., & Tarrant, M. (2017). Family members' infant feeding preferences, maternal breastfeeding exposures and exclusive breastfeeding intentions. *Midwifery*, 76(OCE4).
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.003>
- Louis-Jacques, A. F., & Stuebe, A. M. (2020). Enabling Breastfeeding to Support Lifelong Health for Mother and Child. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 47(3), 363–381.
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.04.001>
- MAcedo, C., Moreira, C., dos Santos, R., Martins, C., & Nunes, C. (2025). Competências parentais percebidas: Um estudo comparativo entre as famílias em risco psicossocial e na população em geral. [RMD] *RevistaMultidisciplinar*, 7(1), 65–87. <https://doi.org/10.23882/rmd.25282>
- Magalhães, C. M. (2024). *Desafios enfrentados pelas mães na amamentação exclusiva de crianças de 0 a 6 meses: Uma revisão sistemática de literatura* (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Estadual do Maranhão). Repositório Institucional UEMA.
<https://repositorio.uema.br/bitstream/123456789/3319/1/TCC-CLAELSON%20MARQUES%20MAGALHAES%20-%20ENFERMAGEM%20CAMPUS%20SANTA%20IN%C3%8AS%20UEMA%202024.pdf>
- Marina, S., Duarte, I., & Ricou, M. (2020). Informed Consent in Clinical Research in Portugal: Promotion of Good Practices. *Acta Médica Portuguesa*, 33(7-8), 453–455.
<https://doi.org/10.20344/amp.13545>
- Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica – episiotomia / traumática – laceração de 1.º e 2.º graus). In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 142-148). Lidel.
- Mascarenhas, C., Amaral, C. F., Sequeira, A., & Rua, M. (2020). Hemorragia pós-parto/atonía uterina. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 142–148). Lidel.

- Matare CR, Craig HC, Martin SL, et al. Barriers and Opportunities for Improved Exclusive Breast-Feeding Practices in Tanzania: Household Trials With Mothers and Fathers. *Food and Nutrition Bulletin*. 2019;40(3):308-325. doi:[10.1177/0379572119841961](https://doi.org/10.1177/0379572119841961)
- Matuschek, H., Kliegl, R., Vasishth, S., Baayen, H., & Bates, D. (2017). Balancing Type I error and power in linear mixed models. *Journal of Memory and Language*, 94, 305–315. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2017.01.001>
- McCarter-Spaulding, D. E., & Dennis, C. L. (2010). Psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form in a sample of Black women in the United States. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 111–119. <https://doi.org/10.1002/nur.20368>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2009). *Theoretical basis for nursing* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- McGovern, L. M., O'Toole, L., Laws, R. A., Skinner, T. C., McAuliffe, F. M., & O'Reilly, S. L. (2024). An exploration of prenatal breastfeeding self-efficacy: a scoping review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 21(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01641-3>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. Springer Publishing Company.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 268–280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01813.x>
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 568–582. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x>
- Mengistu, G. T., & Mengistu, B. K. (2023). Early initiation of breastfeeding and associated factors among mother-baby dyads with immediate skin-to-skin contact: Cross- sectional study based on the 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey data. *BMJ Open*, 13(1), e063258. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063258>
- Meteyard, L., & Davies, R. A. I. (2020). Best practice guidance for linear mixed-effects models in psychological science. *Journal of Memory and Language*, 112, Article 104092. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2020.104092>
- Molano Lozada, M. F. (2021). *Aplicación de los modelos y teorías de enfermería en el cuidado durante la gestación y el parto* [Trabalho de grau, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales]. Repositório U.D.C.A. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/4395>
- Molina Torres, M., Dávila Torres, R. R., Parrilla Rodríguez, A. M., & Dennis, C. L. (2003). Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. *Journal of human lactation*, 19(1), 35–42. <https://doi.org/10.1177/0890334402239732>
- Monteiro, J. C. D. S., Guimarães, C. M. S., Melo, L. C. O., & Bonelli, M. C. P. (2020). Autoeficácia da amamentação em mulheres adultas e sua relação com a amamentação materna exclusiva. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3364. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.365.3364>
- 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*, (11), CD003519 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

- Morhason-Bello, I. O., Adedokun, B. O., & Ojengbede, O. A. (2009). Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *International breastfeeding journal*, 4, 16. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-16>
- Moyer, S. W., & Kinser, P. A. (2021). A Comprehensive Conceptual Framework to Guide Clinical Practice and Research About Mental Health During the Perinatal Period. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 35(1), 46–56. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000535>
- Nanishi, K., Green, J., Taguri, M., & Jimba, M. (2015). Determining a cut-off point for scores of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Secondary data analysis of an intervention study in Japan. *PLOS ONE*, 10(6), e0129698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129698>
- National Center for Biotechnology Information. (2020). Normal labor and delivery. *StatPearls. StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290>
- Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A. K. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 35(5), 616–624. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x>
- Nunes, Lucília (2020). *Aspetos éticos na investigação em Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem, Setúbal, Junho, ISBN 978-989-54837-0-9
- Nyström, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319–330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x>
- Néné, Manuela; Sequeira, Carlos (2022). *Investigação em Enfermagem*. Teoria e Prática, Lidel, Lisboa
- Neville, C. E., McKinley, M. C., Holmes, V. A., Spence, D., & Woodside, J. V. (2014). The relationship between breastfeeding and postpartum weight change--a systematic review and critical evaluation. *International journal of obesity*, 38(4), 577–590. <https://doi.org/10.1038/ijo.2013.132>
- Oggero, M. K., Rozmus, C. L., & LoBiondo-Wood, G. (2024). Effects of prenatal breastfeeding education on breastfeeding duration beyond 12 weeks: *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 51(5), 665–676. <https://doi.org/10.1177/10901981231220668>

- Oliveira, D. M., & Rodrigues, L. S. (2020). Perceção sobre os conhecimentos, habilidades/competências e aptidões dos profissionais da informação: Uma comparação de realidades. *Páginas A&b: Arquivos & Bibliotecas*, 89–104. <https://doi.org/10.21747/21836671/pag2020a7>
- Oliveira, T. M. V. (2001) Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. *Revista da Administração da FECAP*, v. 2, n. 2
- Oliveira, F. (2024). *Aleitamento materno no Algarve: Prevalência e fatores condicionantes até aos 6 meses* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve.
- Oliver- Roig, Antoni; D'Ánglade- González, Marta Luísa; García-García, Beatriz; Silvia-Tubio, Jose-Ramon; Richart-Martínez, Miguel; Dennis, Cindy-Lee (2011). The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 49, Issues 2, fevereiro
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais* (Regulamento n.º 190/2015). Diário da República, 2.ª série, de 23 de abril de 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021, 28 maio). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica [Documento aprovado pela 2ª Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica]. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Oriá, M. O. B., Dodou, H. D., Chaves, A. F. L., Santos, L. M. D. A. dos, Ximenes, L. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2019). Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding: a systematic review of the literature. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 52, e03333. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017024303333>
- Özcan, E., & Temiz, S. (2025). The impact of nursing care based on transition theory on maternal role performance and parental self-efficacy in primiparous women: a randomized controlled study. *BMC nursing*, 24(1), 377. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03054-4>
- Oyola, D. (2023). Integración de la práctica y la teoría de “convertirse en madre”, de Ramona Mercer, desde una narrativa de enfermería. *Generación de Contenidos Impresos*, 22, 1–20.

<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/8c19dabd-5ed1-4e71-b8a6-e451fe2b7a02/content>

- Pascual, M., & Quezada, Y. (2022). Práctica de lactancia materna y los factores socioculturales en madres de niños menores de 6 meses, en el puesto de salud Villa María, 2021 [Tesis de Grado, Universidad Nacional del Santa].
- Peres, K. G., Cascaes, A. M., Nascimento, G. G., & Victora, C. G. (2015). Effect of breastfeeding on malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 54–61. <https://doi.org/10.1111/apa.13103>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., Richter, L., & Lancet Breastfeeding Series Group (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet (London, England)*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Pérez, M., Morales, L., Núñez, M., Tevera, Y., & González, I. (2021). Estadios de la adopción del rol materno de la teorista Ramona Mercer: asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veragüenses, 2019. *Revista De Iniciación Científica*, 6, 15-21. <https://doi.org/10.33412/rev-ric.v6.0.3132>
- Pinto, S. L., Barruffini, A. C. C., Silva, V. O., Ramos, J. E. P., Junqueira, I. C., Borges, L. L., Cordeiro, J. A. B. L., Silva, A. M. T. C., & Almeida, R. J. (2023). Evaluation of breastfeeding self-effectiveness and its associated factors in puerperal women assisted at a public health system in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23(1), 15–21. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100005>
- Polit, Denise F., Beck, Cheryl T. e Hungler, Bernardette P. (2006) *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 5.ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- PORDATA. (2024). Idade média das mães ao nascimento do primeiro filho e por total de filhos. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt>
- PORDATA. (2024). População residente com 16 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%). Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt>

Portugal. (2024). Lei n.º 21/2024, de 16 de abril. Diário da República n.º 75/2024, Série I de 2024-04-16. Assembleia da República.

Raheel, H., & Tharkar, S. (2018). Why mothers are not exclusively breastfeeding their babies till 6 months of age? Knowledge and practices data from two large cities of the Kingdom of Saudi Arabia. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 18(1), 28–38. <https://doi.10.24911/sjp.2018.1.5>

Raghavan, V., Bharti, B., Kumar, P., Mukhopadhyay, K., & Dhaliwal, L. (2013). First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: Prevalence and predictors in a tertiary care setting. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81(8), 743–750. <https://doi.10.1007/s12098-013-1200-y>

Rempel, L. A., Rempel, J. K., & Moore, K. C. J. (2017). Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. *Maternal & child nutrition*, 13(3), e12337. <https://doi.org/10.1111/mcn.12337>

Rodgers, R. F., Fischer, L. E., & Zimmerman, E. (2022). Partner influences, breastfeeding, and body image and eating concerns: An expanded biopsychosocial model. *Appetite*, 169, 105833. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105833>

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). The management of third- and fourth-degree perineal tears (Green-top Guideline No. 29). RCOG Press.

Saether, K. M., Berg, R. C., Fagerlund, B. H., Glavin, K., & Jøranson, N. (2023). First-time parents' experiences related to parental self-efficacy: A scoping review. *Nursing & health*, 46(1), 101–112. <https://doi.org/10.1002/nur.22285>

Santos, S. S., Meneses, A. G., Pinho, D. L. M., & Jesus, C. A. C. (2020). A teoria da consecução do papel materno na adolescência: Uma reflexão para a prática. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 24, e-1316. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200053>

- Santos, A. P., Freitas, L., & Tavares, M. F. (2021). Aleitamento materno na Região Autónoma dos Açores: Estudo de incidência e prevalência até aos 12 meses de vida: Relatório de investigação. Universidade dos Açores. <https://bit.ly/AleitamentomaternoRAA>
- Sarmiento Vilela, L. T. (2021). *Cuidados enfermero y vínculo afectivo la madre-hijo en el servicio de Neonatología*. Hospital María Auxiliadora, San Juan de Miraflores, 2020 [Tesis de Grado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositório UAI.
- Sasaki, Y., Ali, M., Kakimoto, K., Saroeun, O., Kanal, K., & Kuroiwa, C. (2010). Predictors of exclusive breast-feeding in early infancy: a survey report from Phnom Penh, Cambodia. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(6), 463-469.
- Schulz, S. M., Moreira, K. F. A., Pereira, P. P. da S., Ferreira, L. N., Rodrigues, M. A. S., & Fernandes, D. E. R. (2020). INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL. *Revista Baiana De Enfermagem* 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35995>
- Schwarze, C. E., Hellhammer, D. H., Stroehle, V., Lieb, K., & Mobascher, A. (2015). Lack of breastfeeding: A potential risk factor in the multifactorial genesis of borderline personality disorder and impaired maternal bonding. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 610-626.
- Selçuk, A. K., Yanikkerem, E., & Erdoğan, S. Ü. (2025). The factors affecting breastfeeding self-efficacy, LATCH scores and effect of postnatal breastfeeding education on mothers' self-efficacy. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 59, e20240281. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0281en>
- Sequeira, A., Prata, A. P., Correia, T. I., Henriques, C. M. G., & Monteiro, M. J. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitadura). In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 142–148). Lidel.
- Shi, H., Yang, Y., Yin, X., Li, J., Fang, J., & Wang, X. (2021). Determinants of exclusive breastfeeding for the first six months in China: a cross-sectional study. *International breastfeeding journal*, 16(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00388-y>
- Silva, C. D. S. E., & Carneiro, M. D. N. F. (2018). Pais pela primeira vez: aquisição de competências parentais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(4), 366-373.

- Silva, J., Flor-de-Lima, F., & Soares, H. (2021). Aleitamento materno exclusivo: Prevalência na maternidade e durante o segundo mês de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 24, 18–20. https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2021/05/04_ARTIGO_ORIGINAL.pdf
- Silva, Junior S D; Costa, F. J. (2014) Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. PMKT – *Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, out.
- Siqueira, C. S. da S., Teixeira de Araújo Pacheco, S., Bertolossi Marta de Araújo, B., Maria Meneses dos Santos, I., & Teixeira Reis, A. (2023). Vivência de mães no cuidado alimentar do filho com gastrosquise à luz de Ramona Mercer. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 13.
- Stevens, J. R. (2018). Facilitators, barriers and implications of immediate skin-to-skin contact after caesarean section: An ethnographic study. [Doctoral thesis, Western Sydney University]. ProQuest. <https://www.proquest.com/openview/e8050dcf869239209ca88a406f94e499/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366>
- Stuart, G. W., & Laraia, M. (2001). Anxiety responses and anxiety disorders. In *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed., pp. 274–298). St. Louis, MO: Mosby.
- Swami, V., Todd, J., & Tylka, T. L. (2022). Measuring positive breast experience: Development and psychometric evaluation of the Breast Appreciation Scale (BrAS). *Body image*, 43, 275–291. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.09.007>
- Talebi, F., Javadifar, N., Simbar, M., Dastoorpoor, M., Shahbazian, N., & Abbaspoor, Z. (2023). Effect of the parenting preparation program on maternal role competence: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(5), 384–390. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_112_21
- Tan, H. S., Tan, C. W., Sultana, R., Yang, L., Mok, M. U. S., & Sng, B. L. (2024). The correlation between quality of recovery and parturient outcomes after Cesarean delivery: a cohort study. *Corrélacion entre qualitat de la recuperació i devenirs des persones parturientes après un accouchement par césarienne: une étude de cohorte. Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie*, 71(9), 1272–1281. [https://doi.org/10.1007/s12630-024-02799-](https://doi.org/10.1007/s12630-024-02799-x)

- Tang, R. H. (2019). Analysis of factors influencing breastfeeding. [Master's thesis, Nanchang University]. CNKI. <https://chkdx.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbprefix=CDMH>.
- Tokat, M., Okumuş, H., & Dennis, C. L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.002>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work* (6ª ed.). Mosby Elsevier.
- Topothai, C., Topothai, T., Suphanchaimat, R., Waleewong, O., Putthasri, W., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2022). Exclusive Breastfeeding Experiences of Thai Mothers in Metropolitan Bangkok. *International journal of women's health*, 14, 155–166. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S344389>
- Uçtu, KA., & Özerdoğan, N. (2023). Effect of teach-back method on breastfeeding success: A single blind randomized controlled study. *Health care for women international*, 44(3), 314–327. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.2021915>
- UNICEF (United Nations Children's Fund), & WHO (World Health Organization). (2022). Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-22.6>
- Uvnäs Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., Grönlund, A., & Leng, G. (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(7), e0235806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235806>
- Van Sadelhoff, J. H. J., Mastorakou, D., Weenen, H., Stahl, B., Garssen, J., & Hartog, A. (2018). Short Communication: Differences in Levels of Free Amino Acids and Total Protein in Human Foremilk and Hindmilk. *Nutrients*, 10(12), 1828. <https://doi.org/10.3390/nu10121828>
- Viana, C. T. de S., & Benicasa, M. (2023). Maternidade atípica: Termo e conceito. *Revista Acadêmica Online*, 9(46).
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

- Waddington, J. (2023). Self-efficacy. *ELT Journal*, 77(2), 237–240. <https://doi.org/10.1093/elt/ccac046>
- Walsh, S. M., Cordes, L., McCreary, L., & Norr, K. F. (2019). Effects of Early Initiation of Breastfeeding on Exclusive Breastfeeding Practices of Mothers in Rural Haiti. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 33(5), 561–567. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.02.010>
- Wheeler, B. J., & Dennis, C. L. (2013). Psychometric testing of the modified breastfeeding self-efficacy scale (short form) among mothers of ill or preterm infants. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 42(1), 70–80. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01431.x>
- Whipps MDM. Education Attainment and Parity Explain the Relationship Between Maternal Age and Breastfeeding Duration in U.S. Mothers. *Journal of Human Lactation*. 2016;33(1):220-224. doi:[10.1177/0890334416679385](https://doi.org/10.1177/0890334416679385)
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 108(7) 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Wildman, J., & Levine, D. (2023). *Becoming a mother in 2020* (Dissertação de doutorado). Canterbury Christ Church University, United Kingdom. ProQuest Dissertations Publishing. (Nº 30846942).
- Williamson, T., Wagstaff, D. L., Goodwin, J., & Smith, N. (2023). Mothering Ideology: A Qualitative Exploration of Mothers' Perceptions of Navigating Motherhood Pressures and Partner Relationships. *Sex roles*, 88(1-2), 101–117.
- WHO (World Health Organization). (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- World Health Organization. (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. WHO. <https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
- World Health Organization & 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: WHO

- Wu, Q., Tang, N., & Wacharasin, C. (2022). Factors influencing exclusive breastfeeding for 6 months postpartum: A systematic review. *International journal of nursing knowledge*, 33(4), 290–303. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12360>
- Wutke, K., & Dennis, C. L. (2007). The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *International journal of nursing studies*, 44(8), 1439–1446. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.001>
- Yang, X., Gao, L. L., Ip, W. Y., & Sally Chan, W. C. (2016). Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*, 41, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.011>
- Yurtsal, Z. B., & Kocoglu, G. (2015). The effects of prenatal breastfeeding education and counseling on breastfeeding duration and maternal–paternal attachment. *Integrative Food, Nutrition and Metabolism*, 2(4), 222–230. <https://doi.org/10.15761/IFNM.1000134>
- Zeng, J., Zheng, Q. X., Wang, Q. S., Liu, G. H., Liu, X. W., Lin, H. M., & Guo, S. B. (2024). Father support breastfeeding self-efficacy positively affects exclusive breastfeeding at 6 weeks postpartum and its influencing factors in Southeast China: a multi-centre, cross-sectional study. *BMC public health*, 24(1), 2698. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20136-1>
- Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M., Thorell, M. R., Amoretti, A., Müller, L., & Dennis, C. L. (2010). The Portuguese version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 26(3), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0890334409359916>

ANEXOS

ANEXO A – BSES-SF : versão portuguesa

ANEXO *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (Dennis, 2003)*

Para cada uma das seguintes afirmações, seleccione a resposta que melhor descreve o seu grau de confiança relativamente à amamentação do seu novo bebé. Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor **descreve a forma como se sente**. Não existem respostas certas ou erradas.

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

Rev Port Clin Geral 2009;25:363-9

ANEXO B – Autorização da Comissão Ética para a realização do estudo.

95/2024



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO · ULS São João

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Após apreciação e pareceres favoráveis da Comissão de Ética e do Centro de Epidemiologia Hospitalar, considerando que se encontram reunidos os requisitos e demais trâmites previstos no circuito para submissão de projetos de investigação na ULS de São João e em conformidade com as disposições legais em vigor, o Conselho de Administração – ao abrigo das competências previstas no Artigo 71.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua atual redação – delibera:

- Aprovar a realização do projeto de investigação:
 - “Autoeficácia para Amamentar no Regresso a Casa”.
 - Serviço(s) onde decorrerá o projeto de investigação: Obstetrícia.
 - Investigador(a) principal: Luísa Raquel Estevinho Marcolino
- Remeta-se à Comissão de Ética para os procedimentos adequados e demais trâmites convenientes.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS DE SÃO JOÃO, EPE • REUNIÃO DE 24 DE ABRIL DE 2024

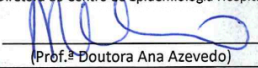
Presidente do Conselho de Administração

Prof.ª Doutora Maria João Baptista

Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares	Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários	Enfermeiro Diretor	Vogal Executiva	Vogal Executivo
				
Dra. Elisabete Barbosa	Dra. Lígia Silva	Enfermeiro Paulo Emílio Mota	Dra. Fernanda Oliveira	Dr. Vítor Leite

> Comissão de Ética
> Centro de Epidemiologia Hospitalar
> Direção Clínica

CE 95/2024

Centro de Epidemiologia Hospitalar Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC. 15 de Abril de 2024 A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar  (Prof.ª Doutora Ana Azevedo)	 SÃO JOÃO	DIREÇÃO CLÍNICA <u>26/4/2024</u> n.º <u>95</u> / <u>2024</u>
---	--	---

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Universitário de São João

Nome do Investigador Principal:
Luísa Raquel Estevinho Marcolino

Título da Investigação:
Autoeficácia para Amamentar no Regresso a Casa

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:
Obstetrícia

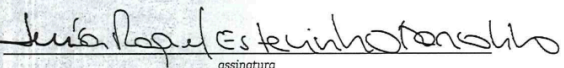
a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 6 de Março de 2024 .


assinatura


SÃO JOÃO

Encarregado de Proteção de Dados
Data Protection Officer


Entrada 03.04.2024

• Centro Hospitalar São João •
Centro de Epidemiologia Hospitalar

11.4.2024

CES-IM005-2

Parecer da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar Universitário de São João

Título do Projeto: Autoeficácia para amamentar no regresso a casa

Nome da Investigadora Principal: Enf.^a Luísa Raquel Estevinho Marcolino (enfermeira no Serviço de Obstetrícia do CHUSJ). Serão co-investigadoras a Prof.^a Doutora Alexandrina Cardoso (ESEP) e a Enf.^a Mestre Cristina Martins (CHUSJ).

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Obstetrícia do CHUSJ. Apresentou a declaração da Dra. Marina Moucho e da Enf.^a Carmo Prucha.

Objetivos do Estudo:

O principal objetivo deste estudo é contribuir para a promoção, proteção e suporte da amamentação e como tal pretende-se:

Conhecer a autoeficácia das mães sobre a sua capacidade para amamentar aquando da alta, na 2^a e na 6^a semana após o parto;

Caracterizar adesão à amamentação, forma exclusiva, aquando da alta, na 2^a e na 6^a semana após o parto.

A presente investigação insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da.^a Doutora Alexandrina Cardoso (ESEP) e da Enf.^a Mestre Cristina Martins.

Conceção e Pertinência do estudo:

O estudo é pertinente e adequado, porquanto consta no protocolo submetido à CE, “A evidência científica que sustenta a importância da amamentação é vasta, culminando com diretrizes da Organização Mundial Saúde (2018) e Direção Geral da Saúde (2019) no sentido de recomendar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade e como forma de complemento da alimentação até aos 2 anos. Segundo a DGS (2022) há necessidade de melhorar os indicadores no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo destacando como estratégia para 2030 as intervenções no âmbito da promoção do aleitamento materno, e em especial, a amamentação. A autoeficácia na amamentação torna-se uma variável importante no que diz respeito aos resultados do aleitamento materno. Mães autoeficazes têm maior probabilidade de decidir amamentar, persistir na amamentação mesmo quando confrontadas com dificuldades, ter atitudes ou pensamentos encorajadores e reagir de forma positivamente às dificuldades percebidas”.

A população alvo são mães/puérperas que se encontrem internadas no Serviço de Obstetrícia e que cumpram os critério de inclusão, e que irão ser convidadas a responder a um questionário de caracterização sociodemográfica e à Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (validada para português de Portugal) no momento da alta e através de contacto telefónico no final da segunda semana e no final da sexta semana.

Benefício/risco:

Disponibilidade para preenchimento do questionário.

Confidencialidade dos dados:

Serão utilizadas siglas.

Apresentou um pedido de reutilização de registos clínicos para Investigação e Desenvolvimento ao RAI, e uma 'avaliação sobre o impacto da proteção de dados' para o EPD.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação às participantes e o modelo de consentimento informado é o do CHUSJ.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: agosto de 2024

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 22 de março de 2024



O Relator da CE, Dr. Henrique Soares



SÃO JOÃO

Questionário eletrónico

n.º 95 / 2024

SUBMISSÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
PARA PARECER E AUTORIZAÇÃO

Preenchimento em formato digital obrigatório

Caro/a Investigador/a

Este questionário vai ser objeto de apreciação pela Comissão de Ética (CE), que emitirá o competente parecer; pelo Responsável de Acesso à Informação (RAI), que emitirá um despacho de autorização ou indeferimento, relativamente à reutilização da informação a que pretende ter acesso; pelo Encarregado de Proteção de Dados (EPD), que emitirá um parecer, mediante a 'avaliação do impacto sobre a proteção de dados' (que deve anexar a este pedido); pelo Centro de Epidemiologia Hospitalar; sendo enviado, num último momento, para decisão institucional do Conselho de Administração do CHUSJ. Os respetivos despachos de parecer e autorização serão exarados no final deste documento, e enviados posteriormente, de modo a poder iniciar, nesse momento, a investigação a que se propõe.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título do projeto:

Autoeficácia para Amamentar no Regresso a Casa

Data prevista para início: 01 / 04 / 2024

Data prevista para o término: 01 / 08 / 2024

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

1. Investigador principal

Nome: LUISA RAQUEL Estevinho Marcolino

Afiliação institucional: ☒ CHUSJ☐ FMUP

Outro: _____

Serviço/ Departamento: Obstetria

Grupo profissional: Enfermeira Especialista Saúde Materna e Obsl Cédula Profissional n.º: 515880

Contacto telefónico: 933922378 Endereço eletrónico institucional: luisa.marcolino@ulssjao.min-saude.pt

Formação em Boas Práticas Clínicas (GCP): ☒ Não ☐ Sim

2. Co-investigadores

Nome: Alexandrina Cardoso

Afiliação institucional: Escola Superior Enfermagem do Porto

Grupo profissional: Docente Coordenadora Cédula Profissional n.º: _____

Contacto telefónico: 963028220 Endereço eletrónico institucional: alex@esep.pt

Nome: Cristina Martins

Afiliação institucional: ULS São João

Grupo profissional: Enfermeira Especialista Saúde Materna e Obsl Cédula Profissional n.º: _____

Contacto telefónico: 914015340 Endereço eletrónico institucional: cristina.martins@ulssjao.min-saude.pt

(acrescentar n.º de investigadores, se apropriado ao projeto de investigação)

3. Promotor (se aplicável): _____

1/6

CES-IM007-3

CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

1. Metodologia da investigação

☐ Qualitativa ☐ Mista (qualitativa+quantitativa) ☒ Outra. Qual? Quantitativa

Se quantitativa:

☐ Experimental ☐ Observacional ☒ Sem intervenção ☐ Com intervenção

Se experimental ou observacional com intervenção, qual o tipo de intervenção?

☐ Algoritmo de decisão diagnóstica/terapêutica ☐ Comunicação

☐ Outra. Qual? _____

2. Aleatorização dos braços de intervenção: ☒ Não ☐ Sim

3. Se observacional, qual o desenho?

☐ Coorte prospetivo ☐ Coorte retrospectivo ☐ Caso-controlo
☐ Transversal ☐ Ecológico ☐ Outro. Qual? _____

REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Local onde se realiza a investigação: ☒ CHUSJ ☐ FMUP ☐ Outro

Serviço/Departamento: _____

Existem outros Centros onde se realizará a investigação? ☒ Não ☐ Sim. Quais? _____

ENTIDADE(S) QUE TUTELA(M) A INVESTIGAÇÃO

1. CHUSJ – Serviço: _____

2. FMUP – Departamento: _____

3. Outra instituição. Qual? Escola Superior Saúde Porto

ORIENTADOR (se aplicável)

Nome: Alexandrina Cardoso

Afiliação: Docente Coordenadora Endereço eletrónico institucional: alex@esep.pt

PROFISSIONAL DE LIGAÇÃO (se aplicável - ver anexo)

Nome: _____ Serviço: _____

ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Em trabalho académico? ☐ Não ☒ Sim Conferidor de grau? ☐ Não ☒ Sim

Síntese dos objetivos:

O principal objetivo deste estudo é contribuir para a promoção, proteção e suporte da amamentação e como tal pretendemos:

Conhecer a autoeficácia das mães sobre a sua capacidade para amamentar aquando da alta, na 2ª e na 6ª semana após o parto;

Caracterizar adesão à amamentação, forma exclusiva, aquando da alta, na 2ª e na 6ª semana após o parto.

Fundamentação ética (incluir informação sumária sobre o estado da arte, ganhos em conhecimento/ inovação, ponderação geral sobre benefícios/risco):

A evidência científica que sustenta a importância da amamentação é vasta, culminando com diretrizes da Organização Mundial Saúde (2018) e Direção Geral da Saúde (2019) no sentido de recomendar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade e como forma de complemento da alimentação até aos 2 anos. Segundo a DGS (2022) há necessidade de melhorar os indicadores no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo destacando como estratégia para 2030 as intervenções no âmbito da promoção do aleitamento materno, e em especial, a amamentação. A autoeficácia na amamentação torna-se uma variável importante no que diz respeito aos resultados do aleitamento materno. Mães autoeficazes têm maior probabilidade de decidir amamentar, persistir na amamentação mesmo quando confrontadas com dificuldades, ter atitudes ou pensamentos encorajadores e reagir de forma positivamente às dificuldades percebidas.

PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO

Estão definidos critérios de inclusão / de exclusão de doentes? ☐ Não ☒ Sim

Onde e como serão recrutados os participantes no estudo?

No serviço de obstetria. Recrutamento efectuado pela investigadora de acordo com os critérios de inclusão.

Qual é o tamanho amostral? Amostra não probabilística, acidental ou de conveniência.

Está prevista a recolha de material biológico específico para a investigação?

☒ Não ☐ Sim. Identifique e justifique:

BENEFÍCIO/RISCO DECORRENTE DA PARTICIPAÇÃO

Descreva os benefícios previsíveis:

Não existem.

Descreva os riscos/incómodos previsíveis:

Não existem riscos. O incómodo poderá surgir pelo facto do contacto ser efectuado no período de descanso. Nestes casos será adiado sendo privilegiado e respeitado o período de descanso.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Prevê a obtenção de consentimento informado? ☒ Sim ☐ Não

Se não, justifique: _____

Prevê informação escrita para os participantes? ☒ Sim. **Enviar modelo preenchido.**

☐ Não. Justifique: _____

O modelo para obtenção de consentimento é o modelo institucional do CHUSJ? ☒ Sim ☐ Não

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Necessita consultar registos clínicos? ☒ Não ☒ Sim

Está previsto o tratamento de dados pessoais? ☒ Não ☒ Sim

Se sim, de que forma é garantida a pseudonimização dos dados recolhidos? (codificação, uso de filtros, siglas...)

Utilização de siglas.

Descreva o património informacional a que pretende ter acesso (v.g.: nome, idade, data nascimento, idade, morada, diagnóstico, história clínica, tratamento...):

Nome, idade, contacto telefonico, escolaridade, antecedentes pessoais, tipo de parto, participação ou não em cursos de preparação para o parto e parentalidade e informação sobre a experiência anterior no âmbito da amamentação.

Está prevista a criação de um Banco de Dados? ☒ Não ☐ Sim

Está previsto o registo de som ou de imagem dos participantes? ☒ Não ☐ Sim

O estudo envolve investigação genética? ☒ Não ☐ Sim

PROPRIEDADE INTELECTUAL

De quem será a propriedade intelectual da investigação e seus resultados?

☐ Investigador ☐ Promotor ☐ Serviço/CHUSJ ☐ Todos

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Está prevista a divulgação dos resultados da investigação? ☐ Não ☒ Sim

Se sim, estão definidos critérios de publicação? ☒ Não ☐ Sim. Quais? _____

CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Estão previstas contrapartidas para os participantes? ☒ Não ☐ Sim

Pela participação? ☒ Não ☐ Sim

Pelas deslocações? ☒ Não ☐ Sim

Pelas perdas salariais? ☒ Não ☐ Sim

Por outras perdas e/ou danos? ☒ Não ☐ Sim

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Estão previstos exames complementares de diagnóstico, para além dos inerentes à rotina assistencial?

☒ Não ☐ Sim. Quais? _____

Por quem serão suportados estes custos?

PROTOCOLO FINANCEIRO

Existe protocolo financeiro com o CHUSJ? ☒ Não ☐ Sim

SEGURO

Este estudo prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

☒ Não ☐ Sim (se sim, junte cópia da respetiva Apólice)

Data previsível para fim do acesso aos dados: 01 / 08 / 2024

DOCUMENTOS ANEXOS (em suporte digital)

- ☒ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHUSJ
- ☒ Protocolo do estudo
- ☐ Caderno de recolha de dados (CRF)
- ☒ Declaração Diretor(es) Serviço(s)
- ☐ Informação Orientador
- ☐ Profissional de ligação
- ☒ Informação aos participantes
- ☒ Modelo de consentimento a utilizar
- ☒ Instrumentos de avaliação (*escalas, inquéritos*) Escala de Autoeficácia para Amamentação
- ☐ Curriculum/a vitae (*investigador/es*)
- ☐ Questionário para Encarregado de Proteção de Dados (EPD)
- ☐ Termo de Responsabilidade do Centro Académico Clínico (*para investigadores da FMUP que não pertençam ao CHUSJ*)
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Aceitação dos termos e condições de reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, maxime dos n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12, ao submeter o presente pedido, concordo e fico ainda juridicamente vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após explicação do RAI do CHUSJ, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e à qualidade da informação a retirar à fonte, razão pela qual, concordando com o RAI, assumimos como compromisso a pseudonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar e respeitar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, poderá resultar no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais, e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.
- Independentemente de requerer a Certidão de Reutilização, DATA REUse Certificate for Research (DARE), comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicitar, no todo ou em parte, resultados da presente investigação.

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, Luísa Raquel Estevinho Marcolino,

abaixo assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes na Declaração de Helsínquia (1960, e sucessivas emendas), da Organização Mundial de Saúde, da Convenção de Oviedo e das 'Boas Práticas Clínicas' (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CE de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CE o relatório final da investigação, assim que concluído.

Data: 06 / 03 / 2024

Luísa Raquel Estevinho Marcolino
assinatura

COMISSÃO DE ÉTICA CHUSJ/FMUP

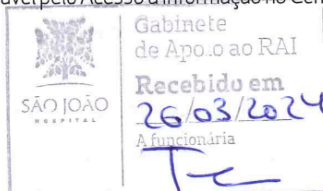
Parecer da CE, emitido na reunião plenária de 22 / 03 / 2024

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

Centro Hosp. Univ. São João
Comissão de Ética
Manuel Vaz Silva
Presidente

RAI 24004909

RAI - Responsável pelo Acesso à Informação no Centro Hospitalar Universitário de São João (Art. 9º, Lei 26/2016 de 22 de Agosto)



AUTORIZADO
Responsible for Access
to Information in the Centro
Hospitalar de São João
(Art. 9º, Lei 26/2016, de 22/8)

26/03/2024

CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR

   SÃO JOÃO CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (EPD) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SÃO JOÃO, E.P.E. Paulo Alexandre Mota da Silva Encarregado de Proteção de Dados da ULS SÃO JOÃO epd@ulssjoao.min-saude.pt Ref.ª CES ULSSJ: 95 / 2024
---	---

Título do Projeto Autoeficácia para Amamentar no Regresso a Casa

Responsável pelo tratamento	Luísa Raquel Estevinho Marcolino		
Instituição	Unidade Local de Saúde de São João (ULS SÃO JOÃO) Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)		
Investigador	☒ Interno	☐ Externo	
Contacto telefónico	933922378	Endereço Electrónico	u001813@ulssjoao.min-saude.pt
Profissional de Ligação	Não aplicável		
Amostra	100		

Análise de Risco | Tolerável | ☒ Baixo | Elevado | Muito Elevado

Parecer do EPD: Data: 09/04/2024

Finalidade: contribuir para a promoção, proteção e suporte da amamentação e como tal pretendemos: # Conhecer a autoeficácia das mães sobre a sua capacidade para amamentar aquando da alta, na 2a e na 6a semana após o parto; # Caracterizar adesão à amamentação, forma exclusiva, aquando da alta, na 2a e na 6.a semana após o parto.

Licitude: fundamento previsto no artigo 6(1)(a) e 9(2)(a) do RGPD.

Categorias de dados pessoais: variáveis identificadas com detalhe na AIPD, datada de 03/04/2024, ponto 13, tendo presente o princípio da minimização dos dados.

Conservação: os dados serão alvo de pseudonimização, armazenados em local seguro, em área restrita com acesso limitado ao Investigador Principal, com acesso a ficheiros protegido por palavra-passe, efetuando-se a conservação até a conclusão da investigação, durante o prazo máximo de doze (12) meses. Os dados recolhidos serão destruídos após a finalização do estudo.

Comunicação de Dados: não há partilha de dados pessoais.

Conclusão: Face ao exposto, e observadas as recomendações, entende-se que o presente projeto está em conformidade com o RGPD pelo que sou de parecer favorável quanto à sua realização.

Recomendações:

1. Sempre que o consentimento do titular for o fundamento de legitimidade adequado para o tratamento de dados, dever-se-á assegurar que o mesmo é válido nas condições legalmente exigíveis: *uma manifestação de vontade livre, específica, informada e inequívoca*. Neste contexto, o consentimento deverá ser objeto de reflexão por parte do participante fora do ambiente hospitalar, devendo para tal, existir a possibilidade de o mesmo remeter o consentimento por correio em envelope RSF.
2. Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em formato de papel que impeçam o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido;
3. Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos electrónicos de armazenamento (Laptop, Disco Externo, E-mail), nomeadamente através de medidas de cifragem e autenticação;
Garantir medidas de segurança adicionais (ex. transformar os dados com recursos a técnicas de generalização, perturbação e/ou como último recurso, a supressão de dados) para os dados que, ainda que pseudonimizados, contém elementos informativos
4. que no seu conjunto possibilitam a re-identificação dos participantes, tendo presente a amostra em estudo (utentes (mães / puérperas) hospitalizadas no serviço de obstetria com critério de amamentação), em particular na fase de disseminação ou publicação dos resultados (incluindo repositórios científicos).
5. A chave de descodificação que permite a re-identificação dos titulares dos dados deve ficar sempre na posse do Investigador Principal ULS SÃO JOÃO e protegida de acessos indevidos / terceiros;
6. Em caso de necessidade de extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos atinentes ao presente parecer o Investigador Principal deverá solicitar a reapreciação do projeto de investigação junto do EPD.

Revisão AIPD:

☐ Data da próxima revisão: __/__/__

☒ Não carece de revisão.

Anexos:

1. Processo CES n.º 95/2024
2. Parecer CES (22/03/2024)
3. AIPD (03/04/2023)
4. Consentimento Informado e Informação ao Participante
5. Protocolo de Investigação

Encarregado de Protecção de Dados
Assinado por: **PAULO ALEXANDRE MOTA DA SILVA**
Data: 2024.04.09 17:27:13+01'00'
Localização: ULS SÃO JOÃO



Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000, Seul 2008, Fortaleza 2013)

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de caracterização da amostra

Parte I	
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
Idade:	
Habilitações Literárias	
Ensino Básico (até ao 4ºano)	
Ensino Básico (até ao 9º ano)	
Ensino Secundário (até ao 12ºano)	
Ensino Superior: Licenciatura	
Ensino Superior: Mestrado	
Ensino Superior: Doutoramento	
Profissão:	

PARTE II

CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA ANTERIOR DE AMAMENTAÇÃO

Tem experiência na amamentação?	SIM:	
	NÃO:	
SE SIM:		
Quantos filhos amamentou?		
DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA (EM MESES)?		
	1º FILHO:	
	2º FILHO:	
	3º FILHO:	
	4º FILHO:	
	5º FILHO:	
	6º FILHO:	
DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO (EM MESES)?		
	1º FILHO:	
	2º FILHO:	
	3º FILHO:	
	4º FILHO:	
	5º FILHO:	
	6º FILHO:	

Parte III CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA AMAMENTAÇÃO	
Acedeu / procurou informação sobre a amamentação durante a gravidez?	SIM: NÃO:
SE SIM, ONDE?	
Programa de preparação para a parentalidade: Onde?	
Pessoas com experiência em amamentar: Quem?	
Redes sociais: Quais?	
Sites: Quais?	
Livros: Quais?	
Outros Especifique:	
SE NÃO, PORQUÊ?	

Parte IV
CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PARTO

Data do parto: ____ - ____ - ____

Tipo de parto:

Trabalho de parto espontâneo	SIM: NÃO:	
------------------------------	----------------------------	--

Duração:

Trabalho de parto induzido	SIM: NÃO:	
----------------------------	----------------------------	--

Duração:

Dequitação espontânea	SIM: NÃO:	
-----------------------	----------------------------	--

Hemorragia pós-parto	SIM: NÃO:	
----------------------	----------------------------	--

Laceração > 2 grau / Episiotomia:	SIM: NÃO:	
-----------------------------------	----------------------------	--

Analgesia (fármacos EV):	SIM: NÃO:	
--------------------------	----------------------------	--

Analgesia epidural:	SIM: NÃO:	
---------------------	----------------------------	--

Fez contacto pele com pele	SIM: NÃO:	
Se SIM, qual a duração (em minutos)?:		

SE NÃO, PORQUÊ?

Primeira mamada:	Durante 1ª hora Após a 1ª hora	
------------------	-----------------------------------	--

Parte V	
CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO DURANTE O INTERNAMENTO	
Amamentação exclusiva?	SIM: NÃO:
Sentiu necessidade de apoio/suporte durante a amamentação durante o internamento	SIM: NÃO:
Como considera o apoio/suporte que teve no âmbito da amamentação por parte do seu acompanhante?	
	Inadequado
	Pouco adequado
	Adequado
	Muito adequado
Como considera o apoio/suporte que teve no âmbito da amamentação por parte dos enfermeiros?	
	Inadequado
	Pouco adequado
	Adequado
	Muito adequado

APÊNDICE B – Autorização para utilização da BSES-SF (versão traduzida e validada para a população portuguesa).

De: vanessa santos nexasantos@gmail.com
Assunto: Re: Pedido de autorização de utilização da tradução da escala "Breastfeeding Self-Efficacy Short Scale"
Data: 17 de janeiro de 2024 às 12:29
Para: Luísa Marcolino luisa.marcolino@gmail.com

VS

Boa tarde Ex^a Sr^a Luísa Marcolino

Agradecemos o seu interesse nesta temática e a escolha do instrumento a utilizar no projeto.

Está autorizada a utilizar o instrumento.

No final do projeto gostaríamos de receber os resultados.

Felicidades para a realização do mesmo. Obrigado.

Cumprimentos,

Vanessa Santos e Sónia Bárcia

A terça, 16/01/2024, 18:44, Luísa Marcolino <luisa.marcolino@gmail.com> escreveu:
Exm^a Sr^a Dr^a Vanessa Santos ,

O meu nome é Raquel Marcolino e encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior Enfermagem do Porto. Pretendia desenvolver a minha dissertação de mestrado no âmbito da auto-eficácia na amamentação no período pós-parto. Desta forma, segue o presente e-mail para solicitar autorização para utilizar a tradução que efetuei da escala "Breastfeeding Self-Efficacy Short Scale" para a realidade portuguesa.

Aproveito a oportunidade para a congratular pelo trabalho desenvolvido.

Fica o a aguardar resposta, a qual solicito que seja célere pela necessidade de submeter o pedido ao Conselho de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

Luísa Raquel Marcolino

APÊNDICE C – Informação ao participante na Investigação

Informação ao Participante na Investigação

Designação do estudo: *Autoeficácia para Amamentar no Regresso a Casa*

Investigadora principal: Luísa Raquel Estevinho Marcolino

A presente investigação insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, sendo a investigadora uma aluna deste curso e a supervisão assegurada pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso (alex@esep.pt) e Mestre Cristina Martins (cristina.martins@ulssjoao.min-saude.pt). O estudo tem como objetivo contribuir para a promoção, proteção e suporte da amamentação. Desta forma, pretendo conhecer a capacidade das mães para amamentar e caracterizar a adesão à amamentação de forma exclusiva aquando da alta, na segunda e na sexta semana após o parto.

A metodologia utilizada para a realização deste estudo vai consistir na consulta do processo clínico e na aplicação da Escala de Autoeficácia para Amamentação. A aplicação desta escala vai consistir em colocar—lhe questões em três momentos: aquando da alta e no fim da segunda e sexta semanas após o parto. O primeiro momento será efetuado no internamento de obstetrícia da Unidade Local de Saúde São João (ULS SÃO JOÃO), de forma presencial, as restantes serão através de contacto telefónico, previamente autorizado e fornecido pela participante. O contacto telefónico é realizado pela ULS SÃO JOÃO em **dias úteis entre as 08:00h e as 20:00h**.

Toda a informação recolhida será alvo do cumprimento legal da proteção de dados. Caso surjam dúvidas sobre a forma como os seus dados pessoais são tratados, para obter informação sobre os seus direitos no âmbito da proteção de dados, pode entrar em contacto com o Encarregado de Proteção de Dados da ULS SÃO JOÃO através do endereço de email: epd@ulssjoao.min-saude.pt. Caso considere que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo, pode, em qualquer momento, apresentar uma reclamação junto da autoridade competente, a Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt). Os seus dados serão conservados até um ano após a conclusão do estudo.

A participação neste estudo não contempla nenhum prejuízo, nem benefícios a curto prazo. O incómodo que lhe possa ser causado será o facto de ter de disponibilizar o seu tempo para que possa responder às questões. Aquando do contacto telefónico se este for efetuado em momento inoportuno agendaremos uma data e hora que lhe seja mais oportuna.

A decisão de participar nesta investigação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização nos seus direitos legais, ou obrigação de justificação. Para que possa decidir e pedir a opinião a outras pessoas não precisa de responder já se quer participar ou não. Caso decida participar neste estudo pode desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer tipo de consequências, nomeadamente, o seu relacionamento com os profissionais de saúde e o direito à assistência que lhe é devida. Em caso de participação neste estudo asseguro-lhe a privacidade e confidencialidade dos seus dados pessoais, assim como de toda a informação que me disponibilizar. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar a investigadora através do endereço de correio eletrónico luisa.marcolino@ulssjoao.min-saude.pt.

A presente Folha de Informação ao Participante ser-lhe-á entregue, devendo lê-la com atenção, colocar questões se as tiver e, de seguida, assiná-la. O mesmo documento deverá ser também assinado pela investigadora e ficará na posse da participante. De seguida, ser-lhe-á apresentado o Consentimento Informado, documento no qual aceita participar na investigação, devendo ser assinado por ambas as partes e que ficará na posse da investigadora.

Nome da Participante: _____

Assinatura da Participante: _____

Nome da Investigadora: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ____/____/____

