

## Questionário de Caracterização Sócio-demográfica

Solicitamos que responda a todas as questões que se seguem.

### 1- Sexo:

- Masculino
- Feminino

### 2 - Idade: \_\_\_\_\_ anos

### 3 - Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado(a)/ União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

### 4 - Habilitações literárias:

- Ensino básico incompleto (- 9º ano)
- Ensino básico completo (9º ano)
- Ensino secundário (12º ano)
- Ensino Superior (Licenciatura)
- Mestrado
- Doutoramento

### 5 - Profissão

- Médico(a)
  - Ginecologia/Obstetrícia
  - Pediatria
  - Clínica Geral
  - Outra Qual? \_\_\_\_\_
- Enfermeiro(a)
  - Generalista
  - Especialista Qual? \_\_\_\_\_
- Assistentes Operacionais

**6 - Tempo de Profissão:** \_\_\_\_\_ anos

**7 - Tem algum curso relacionado com o aleitamento materno:**

Não

Sim Qual? \_\_\_\_\_

**8 - Local de trabalho:**

Consultas externas

Serviço Urgência

Serviço Medicina Materna Fetal

Outro Qual? \_\_\_\_\_

**9 - Tem filhos?**

Sim

Não

**10 - Se sim, amamentou algum dos filhos ou a sua esposa/companheira amamentou algum dos seus filhos (por mais de quatro de semanas)?**

Sim

Não

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO /CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Isabel Silva, Enfermeira Especialista na Saúde Materna e Obstetrícia, aluna do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Universidade de Évora /Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus.

Este estudo faz parte do relatório final que tem como tema “Boas Práticas no Aleitamento Materno”.

Para participar deve concordar em responder a um questionário, a uma escala.

É livre para concordar ou discordar. Não terá prejuízos nem gastos de qualquer natureza.

Será guardado o sigilo sobre os seus dados pessoais.

Solicito autorização para utilizar os resultados deste estudo no meu relatório final, para publicação e melhoria no cuidar em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mais precisamente no Aleitamento Materno.

Agradeço a sua participação.

Eu abaixo assinado, depois de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas aceito participar plenamente neste estudo.

---

(Assinatura do/a participante)

Lisboa, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Pesquisador:** Isabel Silva, Enfermeira Especialista na Saúde Materna e Obstetrícia

**Contacto TM:** 914063678

**Correio electrónico:** silvaisea@msn.com