



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-  
BRASILEIRA**

**PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GABRIELLE SANTIAGO RIBEIRO**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E AUTOEFICÁCIA MATERNA EM  
AMAMENTAR**

**REDENÇÃO-CE**

**2024**

# ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Internacional da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para o título de mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Saúde e Enfermagem no cenário dos países lusófonos.

Linha de Pesquisa: Práticas do Cuidado em Saúde e Enfermagem no cenário dos países lusófonos.

Orientadora: Profa. Dra. Lydia Vieira Freitas dos Santos.

Coorientadora: Profa. Dra. Anne Fayma Lopes Chaves.

**REDENÇÃO-CE**

**2024**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da UNILAB  
Catalogação de Publicação na Fonte.

---

Ribeiro, Gabrielle Santiago.

R484a

Associação entre qualidade de vida e autoeficácia materna em amamentar / Gabrielle Santiago Ribeiro. - Redenção, 2024. 74f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico Em Enfermagem,  
Programa De Pós-graduação Em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2024.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lydía Vieira Freitas dos Santos.

1. Amamentação - Autoeficácia. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde Materna. 4. Aleitamento materno. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 649.1

---

# ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Internacional da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para o título de mestre em Enfermagem.


Apresentado em: 21/06/2024  
Conceito obtido: Aprovado

## BANCA EXAMINADORA




---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lydia Vieira Freitas dos Santos (Orientadora)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

Documento assinado digitalmente  
 ANNE FAYMA LOPES CHAVES  
Data: 22/11/2024 22:35:24-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Anne Fayma Lopes Chaves (Coorientadora)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

Documento assinado digitalmente  
 CAMILA CHAVES DA COSTA  
Data: 14/11/2024 15:18:07-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Camila Chaves da Costa  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)  
Examinadora Interna

Documento assinado digitalmente  
 THAIS MARQUES LIMA  
Data: 14/11/2024 15:41:46-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thais Marques Lima  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)  
Examinadora Externa

**É justo que muito custe o que muito vale!**

## AGRADECIMENTOS

À minha filha Thawana que é minha maior fonte de força e determinação, tudo por ela e para vê-la bem. Espero que um dia os meus passos possam orgulhá-la e incentivá-la a ser uma grande mulher.

À minha mãe, que me deu todo o suporte e força para concluir minha trajetória no mestrado, por toda instrução e incentivo, sempre me encorajando a ser muito melhor.

Ao meu companheiro Alexandre, que participa de todos os meus planos e sonhos e me apoia em todos os momentos, tornando os percalços da trajetória profissional e pessoal mais fáceis de suportar.

À minha orientadora, Profa. Dra. Lydía Vieira Freitas dos Santos, que esteve presente durante toda a minha trajetória acadêmica, sendo fundamental a cada novo desafio. Se tornou um exemplo de profissional e pessoa, que pretendo levar por toda a vida. Agradeço muito por todo empenho e dedicação!

Aos meus queridos amigos do mestrado e graduação, que passaram a participar de muitas etapas da minha vida, Gabriela, Rayssa, Valdenia. Por continuarem presentes, cada um a seu modo, sendo verdadeiros amigos e incentivadores.

Aos membros da banca, pelas valiosas contribuições para com este trabalho.

A todos os professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, por todo conhecimento compartilhado e por toda contribuição para minha formação, meus sinceros agradecimentos.

À Funcap, pelo financiamento através do vínculo como bolsista, contribuindo para minha formação profissional e intelectual.

A todas as puérperas, que mesmo vivenciando uma fase tão singular, dedicaram um momento para participação nesse estudo. Meu muito obrigada!

## RESUMO

O objetivo geral do presente estudo é avaliar a autoeficácia materna em amamentar e sua associação com a Qualidade de Vida das lactantes. Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Atenção Primária a Saúde da cidade de Redenção, com coleta de dados entre os meses de outubro de 2023 a março de 2024. A população do presente estudo foi constituída por lactantes, que estivessem amamentando até os 6 meses de vida do bebê. Foi utilizada técnica de amostragem não probabilística, do tipo por conveniência. Para obtenção da estimativa do número de mulheres, foi realizado cálculo do tamanho da amostra para populações finitas, resultando em um  $n = 205$ . Participaram do estudo 205 puérperas. O recrutamento das participantes ocorreu durante as visitas às Unidades de Saúde. Os instrumentos usados foram: Entrevista sobre dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos, condições das mamas e percepções quanto ao aleitamento (APÊNDICE B), a Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form que foi validada para versão brasileira com denominação: Escala de Autoeficácia na Amamentação- Forma abreviada por Dodt (2008) (ANEXO I) e o Instrumento (versão abreviada) The World Health Organization Quality of Life – (ANEXO II) e foram aplicados através de entrevista. O estudo foi realizado de forma a cumprir a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e emitido parecer consubstanciado de aprovação para a sua realização: 73910323.1.0000.5576. Os resultados sugeriram que as mulheres possuem média autoeficácia em amamentar. Além disso, houve correlação com melhor qualidade de vida influenciada principalmente pelos domínios psicológico e ambiente. Em relação a associação da qualidade de vida e autoeficácia para amamentar, não houve forte correlação, ou significância estatística. Nos domínios de qualidade de vida, verificou-se que a média do escore total foi de 65,5 pontos, a maior média se deu no domínio de autoavaliação com 76,7 pontos, seguido de psicológico com 66,7 pontos. Em relação ao escore da EA, a média de pontos foi de 51,4 e na classificação se configura como média autoeficácia.

**Palavras-Chaves:** Autoeficácia; Qualidade de vida; Saúde Materna; Aleitamento materno

#### **ABSTRACT**

Breastfeeding promotes numerous benefits for the mother-child binomial, however the rate of breastfeeding is still below the target recommended by the World Health Organization, due to the influence of several factors, such as: difficulty in latching on to the baby, use of teats and pacifiers, cultural aspects that value other types of food, low maternal confidence in breastfeeding and lack of support from family or society. The general objective of the present study is to evaluate maternal self-efficacy in breastfeeding and its association with the Quality of Life of breastfeeding women. And the specific objectives are: Correlate sociodemographic, obstetric and clinical variables with the Quality of Life scores of lactating postpartum women; To identify the maternal breastfeeding self-efficacy scores of postpartum women and their influence on their Quality of Life. This is a correlational, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in the Primary Health Care Units in the city of Redenção, with data collection between the months of October 2023 to March 2024. The population of the present study was made up of lactating women, who were breastfeeding until the baby was 6 months old. A non-probabilistic convenience sampling technique was used. To obtain an estimate of the number of women, a sample size calculation was carried out for finite populations, resulting in  $n= 206$ . The recruitment of participants took place during visits to the Health Units. The instruments used were: Questionnaire on sociodemographic data, clinical and obstetrics, breast conditions and perceptions regarding breastfeeding (APPENDIX B), the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form which was validated for the Brazilian version with the name: Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Abbreviated form by Dodt (2008) (ANNEX I) and the Instrument (abbreviated version) The World Health Organization Quality of Life – (ANNEX II) and were applied through interviews. The study was carried out in order to comply with Resolution 466/12, of the National Health Council (BRASIL, 2012). The study was submitted to the Research Ethics Committee of the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusofonia and a substantiated opinion of approval for its implementation was issued: 73910323.1.0000.5576. 205 participants participated in the study. The results suggested that women have average self-efficacy in breastfeeding. Furthermore, there was a correlation with better quality of life, influenced mainly by the psychological and environmental domains. Regarding the association between quality of life and self-efficacy for breastfeeding, there was no strong correlation or statistical significance.

**Keywords:** Self-efficacy; Quality of life; Maternal Health; Breastfeeding.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Domínios e facetas do WHOQOL-bref. Redenção, Ceará, 2020 .....	29
Figura 1- Classificação da autoeficácia materna em amamentar das participantes do estudo .....	65

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos entre as participantes desse estudo.....	35
Tabela 2 – Distribuição dos dados obstétricos entre as participantes desse estudo .....	37
Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa dos dados obstétricos entre as participantes desse estudo.....	39
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas a Escala de Autoeficácia na Amamentação.....	41
Tabela 5 – Distribuição das medidas de tendência central e dispersão dos domínios de qualidade de vida. ....	43
Tabela 6 – Distribuição das medidas de tendência central e dispersão dos domínios de qualidade de vida.....	43
Tabela 7 – Comparação das variáveis sociodemográficas com a qualidade de vida. ....	44
Tabela 8 – Comparação das variáveis obstétricas com a qualidade de vida .....	45

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AM- Aleitamento Materno

UNICEF- United Nations International Children's Emergency Fund

ENANI- Consoante ao Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

QV – Qualidade de vida

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

BSES-SF- Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form

WHOQOL-bref- The World Health Organization Quality of Life (versão abreviada)

## SUMÁRIO

1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
2. <b>OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 Objetivo Geral. ....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3. <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
3.1 Resgate Conceitual da Qualidade de Vida.....	18
3.3 Qualidade de Vida Materna.....	20
3.3 Autoeficácia materna em amamentar.....	23
4. <b>MÉTODO</b> .....	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 Local e período da pesquisa.....	26
4.3 População e amostra.....	26
4.4 Procedimento para coleta de dados.....	27
4.5 Instrumento para coleta de dados.....	28
4.5.1 Questionário sóciodemográfico, clínico e obstétrico.....	28
4.5.2 Escala de Autoeficácia na Amamentação- Forma abreviada (BSES-SF).....	28
4.5.3 Instrumento abreviado The World Health Organization Quality of Life .....	29
4.6 Variáveis.....	32
4.6.1 Variáveis preditoras .....	32
4.6.2 Variáveis desfecho.....	32
4.6 Organização e análise dos dados.....	32
4.8 Aspectos éticos.....	33
5. <b>RESULTADO</b> .....	34
6. <b>DISCUSSÃO</b> .....	46
7. <b>CONCLUSÃO</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>APÊNDICES</b> .....	64
<b>ANEXOS</b> .....	70

## 1. INTRODUÇÃO

A raça humana pertence à classe *Mammalia*, na qual a principal característica é a dependência alimentar que os recém-nascidos têm de suas mães, no qual o aleitamento se apresenta como um sinônimo de sobrevivência e desenvolvimento (Duarte, 2019).

O Aleitamento Materno (AM) se configura como um fenômeno sócio-histórico, com repercussões na prática cultural, e não somente no plano biológico. Desta forma, encontra-se a retratação desta prática em diversos períodos da humanidade, mostrando que diferentes significados foram atribuídos a ela, evidenciando que problemas relacionados à amamentação no contexto da alimentação infantil é algo antigo (Devincenzi, 2019).

As questões relacionadas à prática da amamentação têm-se configurado objeto de interesse para diferentes atores e grupos sociais ao longo da história. Em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição trilharam o caminho do desmame precoce. Desde a secular figura da ama-de-leite até a emblemática vanguarda científica construída pelo marketing dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde (Duarte, 2019).

Os principais benefícios do AM consistem no estreitamento do vínculo afetivo entre mãe e filho, questões nutricionais e fisiológicas responsáveis pela diminuição da morbimortalidade infantil e o pleno desenvolvimento da criança. Associado a esses fatores, encontra-se ainda a economia, no qual o aleitamento proporciona ao orçamento familiar e pode refletir no contexto financeiro da família (Rezende *et al.*, 2024).

O leite materno tem um papel fundamental na maturação imunológica do lactente, através de propriedades anti-infecciosas, anti-inflamatórias e imunomoduladoras. Desta forma, ele aumenta a proteção do organismo do bebê contra doenças alérgicas, desnutrição, evita diarreia, infecções respiratórias, diabetes *melittus*, doenças digestivas, obesidade, cáries, entre outras (Andrade *et al.*, 2023).

Constatou-se também a influência do AM no desenvolvimento do sistema estomatognático, por meio do processo da sucção praticada pelo bebê (Silva *et al.*, 2019). Neste ato, com a correta posição da língua, o bebê pressiona o seio da mãe de forma que saia somente a quantidade de leite necessária a ser deglutida, auxiliando o desenvolvimento dos fonemas da fala e outros benefícios, como a formação da musculatura e dos ossos (Rocha e Gonçalves, 2019). Além disso, este processo possibilita o estímulo necessário para o desenvolvimento do sistema muscular, da ossatura bucal e da respiração nasal (Geraldo *et al.*, 2023).

Em relação aos benefícios maternos, a amamentação é importante para auxiliar na diminuição do sangramento logo que o bebê nasce, na involução uterina ao seu tamanho pré-gravídico, no menor risco de infecções, bem como no benefício da amenorreia lactacional, promover menor adiposidade, redução da ocorrência de depressão pós-parto, e melhora na autoestima em virtude da imagem corporal aprimorada. A longo prazo auxilia na prevenção do câncer de mama e ovários (Parente *et al.*,2023).

A Organização Mundial da Saúde preconiza que o AM seja exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê. Após esse período, deve-se realizar a introdução de outros alimentos e a manutenção do AM até os dois anos ou mais. Porém, dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF) apontam que, globalmente, apenas 44% das crianças entre 0 e 5 meses são amamentadas de modo exclusivo (Unicef, 2018).

Consoante ao Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) feito em 2019 a pedido do Ministério da Saúde, percebe-se que ainda há muitos avanços a fazer na durabilidade e aplicabilidade do aleitamento materno em nosso país. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como meta que 70% das crianças sejam amamentadas ainda na primeira hora de vida, 70% amamentados exclusivamente nos primeiros 6 meses, 80% nos primeiros 12 meses de vida e 60% nos dois primeiros anos de vida (Silva; Lopes, 2022; OMS, 2021).

No ENANI de 2019 mostrou-se que no Brasil apenas 62,4% são amamentados ainda na chamada Hora de Ouro, enquanto apenas 45,8% recebem leite materno de forma exclusiva nos primeiros 6 meses; 52,1% recebem leite materno até o primeiro ano de vida e que apenas 35,5% recebem até completar os primeiros 2 anos de vida, discordando das diretrizes que recomendam o Aleitamento Materno de forma complementar até os 2 anos ou mais (Silva; Lopes, 2022; OMS, 2021).

Diversos fatores interferem negativamente na adesão e manutenção da amamentação, tais como: dificuldade na pega do bebê, uso de bicos e chupetas, aspectos culturais que valorizam outros tipos de alimento em detrimento do leite materno, presença de fissuras mamárias, a volta ao trabalho, não informação acerca do armazenamento adequado do leite, ausência de orientações por parte dos profissionais de saúde, uma baixa confiança materna em amamentar e o não apoio familiar ou da sociedade (Silva, 2019).

Encontra-se evidência na literatura acerca da influência de fatores psicossociais no processo de interrupção precoce da amamentação. A confiança materna em amamentar, ou a falta dela, é uma variável importante não só para iniciar a amamentação como também para mantê-la. Escores elevados de autoeficácia para amamentar foram associados positivamente com o Aleitamento Materno Exclusivo entre 4 e 6 semanas pós-parto, e mulheres que relatam falta de confiança em amamentar têm cerca de duas a três vezes mais chances de desmamar a criança nesse período (Javorski *et al.*, 2018).

A autoeficácia é definida como a crença que a pessoa tem na sua capacidade de realizar com êxito determinada atividade ou comportamento (Dodou *et al.*, 2021).

Expectativas ou crenças na autoeficácia, construídas pelas mulheres, podem influenciar o julgamento sobre sua habilidade para iniciar, vencer as dificuldades e continuar a amamentação. Essas estão relacionadas com experiência pessoal, observação de modelos (entendida como experiência vicária com o aleitamento), persuasão verbal de pessoas influentes em prol da amamentação, além de fatores como dor, ansiedade e fadiga, que podem interferir na confiança da mulher em amamentar e conseqüentemente na prevalência do AME (Javorski *et al.*, 2018).

A autoeficácia materna é reconhecida como um preditor para a amamentação capaz de ser modificado por meio de intervenções educativas, as quais podem minimizar as influências negativas das crenças que interferem na confiança materna para a amamentação (Dodou *et al.*, 2021).

No puerpério, as mulheres vivenciam intensas transformações, a começar pela diminuição das horas do sono ou sua privação, até a perda de sua autonomia, já que seu cotidiano passa a ser controlado pelos horários do bebê. Diante da labilidade emocional própria do período, um estudo apontou que as mulheres se encontram inseguras, preocupadas, com medo, irritadas e culpadas devido a mudança de hábitos, o nascimento do filho, além da perda de liberdade imposta pela maternidade (Marcato, 2021).

Assim, o puerpério é caracterizado por ser um período de vulnerabilidade na vida da mulher, visto que alterações físicas e psíquicas podem provocar modificações na saúde e no bem-estar emocional, elevando o risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e afetando sua Qualidade de Vida (QV) (Silva, 2020).

Considerando a população materna que, em sua exposição a diversos contextos, é influenciada por inúmeros fatores biopsicossociais, é imprescindível ter um plano de atendimento que atenda às reais necessidades desse grupo durante o período gravídico-puerperal. Por isso, a assistência individualizada, holística e compartilhada à mulher e a seus familiares,

com enfoque em preditores identificados a partir de estudos, fornece a base para o planejamento e a implementação de ações voltadas à melhoria da QV relacionada à saúde (Dodou *et al.*, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o termo Qualidade de Vida (QV) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida e na sociedade na qual está inserido, incluindo suas metas, expectativas, padrões e preocupações. Este conceito abrange aspectos físicos e psicológicos da saúde, assim como a independência, crença, relações sociais e fatores ambientais. A qualidade de vida contempla o indivíduo como um todo, em seus vários domínios, e mudanças ocorridas na saúde podem influenciá-la diretamente (Ruidiazgómez; Cacante-Caballero, 2021).

Em 1995 já existia um debate contínuo sobre a definição, mensuração e utilização da QV, particularmente, no uso de medidas para ajudar na alocação de recursos e na avaliação do impacto de intervenções. Argumentando-se ainda, que tais medidas só são possíveis quando há uma compreensão mais completa das condições em questão e da relação entre os componentes da QV (Rogerson, 1995), interesse que deve ser ampliado e propagado constantemente com a promoção de novas pesquisas, abrangendo novas e diferentes populações.

É importante enfatizar que a QV consolida-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. O desenvolvimento de pesquisas nessa temática tem o potencial de resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde doença, o que pode contribuir para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (Seidl, Zannon, 2004).

Desta forma, o foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente, os processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal devem ser compreendidos na escuta e explorados através de uma abordagem baseada na integralidade. A mulher deve ser compreendida pela sua história de vida, seus sentimentos, sua família, ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo assim, uma relação próxima e valorização da singularidade de cada pessoa, contexto e situação (Brasil, 2012).

As orientações acerca da amamentação devem acontecer desde o pré-natal, neste período as mulheres devem ser incentivadas e ensinadas a como estabelecer a amamentação nas primeiras horas de vida do bebê e assim ter orientação para as próximas fases do processo (Nascimento, 2019). Diante desse contexto, o enfermeiro se torna o profissional capaz de

identificar e oportunizar esses momentos educativos, visto que é um dos profissionais que atuam com uma assistência direta às puérperas, que deve ser capaz de oferecer suporte abrangente, visando à verdadeira compreensão do experienciado pela mulher puérpera em transição ao papel materno (Silva *et al.*, 2020).

Este suporte deve ser inserido em todos os contextos, auxiliando na identificação de problemas, aguçando a percepção, o julgamento e o senso crítico no enfrentamento das forças antagônicas do processo de transição, ou seja, enfrentamento e adaptação aos novos papéis pela mulher. O enfermeiro deve estar preparado para apoiar a mulher e sua família, além de ampliar e promover discussões a respeito das implicações sociais deste processo (Silva *et al.*, 2020).

Sabe-se que para o estabelecimento da amamentação existe um período de aprendizagem, pois esta prática está relacionada a fatores de ordem física, psicológica e social e a partir disso é possível entender que a QV perpassa esse processo. Desta forma, espera-se que a presente pesquisa possa conferir conhecimento e aprofundamento quanto aos fatores essenciais para promoção e manutenção da QV materna, considerando a sua influência na autoeficácia materna em amamentar.

O presente estudo busca contribuir para sanar lacunas existentes acerca do conhecimento da QV de mulheres em uma determinada fase do ciclo gravídico-puerperal: o puerpério e a lactação; e da identificação de fatores prejudiciais à QV, que podem influenciar na autoeficácia materna para a amamentação, subsidiando assim conhecimento para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e atenção integral e personalizada junto às mulheres nesse período. Diante do exposto, o presente estudo buscará responder ao seguinte questionamento: A autoeficácia em amamentação tem correlação com a Qualidade de Vida das lactantes?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Geral: Avaliar a autoeficácia materna em amamentar e sua associação com a Qualidade de Vida das lactantes.

### **2.2 Específicos**

- Correlacionar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas com os escores de QV de puérperas em lactação;
- Identificar os escores de autoeficácia materna em amamentar das puérperas e a sua influência na QV dessas.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Resgate conceitual da qualidade de vida

A saúde foi definida em 1946, pela OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social, é ser capaz de usufruir do melhor estado de saúde. Esta condição depende de uma cooperação adjacente dos indivíduos e dos Estados, a fim de viabilizar a promoção e proteção da saúde (WHO, 1946).

A promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do ser humano e para o desenvolvimento econômico e social sustentável, tal afirmativa foi reconhecida há mais de 40 anos pela Declaração de Alma-Ata, que assinalou, em 1978, que a saúde para todos agrega importante contribuição tanto para uma melhor QV como para a paz e segurança globais (Ministério da saúde, 2002).

A QV é um conceito que emerge, na contemporaneidade, como um importante indicador das condições de saúde e efeitos de tratamentos e intervenções, fundamentando-se na percepção do indivíduo sobre os variados aspectos de sua vida dentro de um campo abrangente e complexo (Freitas *et al.*, 2023).

A melhoria da QV e saúde também foi reportada em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, que definiu promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua QV e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bemestar físico, mental e social a carta de Ottawa assinala que os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (Carta de Ottawa, 1986).

A QV apresenta caráter psicométrico e complexidade na definição de construtos subjetivos influenciados por características temporais e culturais, por isso, avaliar QV ou bemestar é um desafio (Fleck, 2000a). É necessário ter atenção à multiplicidade de questões que envolvem esse universo, desde parâmetros sociais até de saúde ou econômicos, analisando esses indicadores por diferentes áreas de conhecimento, com referenciais e procedimentos diferentes, sendo vinculadas definições e concepções variadas (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012).

Diante disso e da ausência de um instrumento que avaliasse QV com uma perspectiva internacional e transcultural, no início dos anos 90s, a OMS constituiu o Grupo The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), com a finalidade de desenvolver

instrumentos com a capacidade de avaliar a QV ponderando todas as perspectivas necessárias. O termo “Qualidade de Vida” foi definido pelo Grupo WHOQOL como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Group, 1995).

Assim, entre os anos de 1991 a 1998, foi desenvolvido o WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de QV com 100 questões e seis domínios. Diante da necessidade de um instrumento mais curto que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL desenvolveu, entre os anos de 1995 e 1998, uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (Fleck et al., 2000b).

Muitos instrumentos para avaliação da QV foram desenvolvidos, estes variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo, genéricos ou específicos. Sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental, independente da condição do indivíduo; e os instrumentos específicos, em geral, avaliam diversos aspectos quanto a percepção geral da QV, entretanto sua ênfase é sobre os sintomas, incapacidades ou limitações, com indivíduos com doenças ou agravos específicos (Aguar et al, 2008).

Há três aspectos fundamentais sobre o construto QV: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. A subjetividade considera a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e aspectos da sua vida em geral; multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões que o conceito de QV é composto, ou seja é fundamental que os instrumentos de mensuração de QV possuam escores em vários domínios (ex.: mental, físico, social e outros) e presença de dimensões positivas e negativas, nos quais é necessário que alguns componentes estejam presentes (ex.: mobilidade) e outros ausentes (ex.: dor), para a aquisição de uma “boa” QV (Fleck, 2000a).

O WHOQOL-100 ou WHOQOL-bref são exemplos de instrumentos genéricos para avaliação da QV geral, como tentativas de padronização das medidas, permitindo comparação entre estudos e culturas. Como exemplo de instrumento específico, podemos citar o Short Form36 Health Survey (SF-36), para avaliação da QV relacionada à saúde. Publicações sobre novos instrumentos de avaliação específicos para populações ou pessoas acometidas por quadros patológicos específicos são crescentes na literatura especializada.

Medir QV é bastante complexo, o que leva a necessidade de definição clara para cada estudo específico e para guiar a utilização de determinada forma de avaliação. A produção sobre QV no Brasil tem aumentado a cada ano, não se restringindo a determinado grupo social, possibilitando a construção de melhores e mais justas condições de vida para amplos setores da sociedade (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012).

Diante disso, o desenvolvimento de estudos para investigar a QV de um indivíduo ou grupo permitem mensurar e comparar diversos aspectos essenciais ao bem-estar e promoção da saúde, principalmente em períodos de inúmeras transformações, como no puerpério, onde a QV materna pode ser fortemente alterada.

## **2.2 Qualidade de Vida materna**

O Puerpério ou pós-parto corresponde ao período de alterações físicas, psíquicas e sociais originadas pela gravidez e parto na mulher, que tendem a voltar à normalidade da situação não gravídica. Inicia-se após o descolamento da placenta, mas seu término é indeterminado e individualmente variável, estendendo até um ano após o nascimento (Silva, 2020).

A QV materna tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores no decorrer dos anos, envolvendo todo o ciclo reprodutivo, gestação, parto e puerpério, e apresenta-se como importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde nos diferentes níveis de atenção.

Estudos sobre QV relacionada à saúde de gestantes, apontam que os instrumentos mais utilizados foram o WHOQOL-bref e o Short Form-12 Health Survey (SF-12), enfatizando fatores como presença de dor, náusea e vômito, depressão, baixa escolaridade, atividade física, idade mais jovem, ausência do parceiro e apoio social associados a QV das gestantes. Apontou ainda, escassa publicação de profissionais de enfermagem, sugerindo maior atuação deste profissional na pesquisa sobre o tema, para o desenvolvimento de intervenções eficazes e uma prática de enfermagem de qualidade e, conseqüentemente, melhorar a QV das mulheres na gravidez e no parto (Calou et al., 2014).

No nordeste do Brasil, estudo correlacional, quantitativo e transversal realizado com 261 gestantes em duas unidades públicas que prestam serviços de pré-natal e uma unidade privada na cidade de Fortaleza, demonstrou que idade gestacional, tipo de moradia, ocupação, uso de drogas ilícitas, não recebimento de apoio do parceiro e idade materna foram os preditores que influenciaram negativamente a QV, sugerindo a relevância na identificação destes para planejamento e implementação de ações que visem a melhoria da QV materna (Calou et al., 2018).

Em um estudo que buscou avaliar a QV e sintomas indicativos de depressão no puerpério, com a participação de 103 puérperas, estas tiveram o escores de qualidade de vida avaliado em três períodos puerperais distintos, entre zero a 60 dias. Os piores escores de QV foram relativos a componentes físicos – capacidade funcional, aspectos físicos e dor associados ao puerpério imediato. O componente mental – vitalidade e aspectos sociais apresentou importantes diferenças entre o puerpério imediato e remoto, com melhora dos escores no puerpério remoto (acima de 40 dias). Todos os escores apresentaram tendência crescente ao longo do período puerperal (Silva, 2020).

De modo semelhante, um estudo realizado com 224 puérperas na Índia, em três momentos distintos, entre zero e 30 dias após o parto apontou que os escores de QV melhoraram para todas as entrevistadas ao longo do tempo, indicando a capacidade de adaptação da puérpera à maternidade e suas adversidades (Kyrou, 2020).

Estudo transversal realizado no Brasil, com o objetivo de analisar satisfação e importância de aspectos da QV de 103 puérperas de um município de Minas Gerais, apontaram que o domínio socioeconômico foi o mais comprometido neste período e o domínio família foi o que apresentou melhores escores, indicando importância e satisfação diante do nascimento e da configuração familiar (Condeles et al., 2019).

A presença de dor e as condições socioeconômicas foram os principais motivos de insatisfação das puérperas, enquanto que a saúde dos filhos e da família foi sinalizada como o item mais importante e de maior satisfação para as mesmas. Achados que demonstram possíveis aspectos que podem configurar-se como potenciais fatores de desencadear agravos ou alterações que comprometam à saúde materna (Condeles et al., 2019).

Tratando-se do nordeste do Brasil, estudo transversal, realizado na cidade de Fortaleza, sobre a QV em puérperas, com a participação de 210 mulheres entre 7 e 10 dias pós-parto, demonstrou a importância da sensibilidade dos profissionais de saúde quanto aos preditores da QV das mulheres no período pós-parto identificados no estudo: raça e estado civil, bem como condições associadas à vulnerabilidade materna, como idade extrema, falta de apoio social, raça não-branca, desemprego, baixo nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico, nascimento de apenas um filho, presença de queixas físicas, poucas consultas de pré-natal e falta de educação em relação à QV no período pós-parto. Além disso, o aprimoramento do conhecimento sobre a experiência pós-parto e materna pode auxiliar no desenvolvimento de intervenções em saúde para melhorar a QV nessa população (Oliveira *et al.*, 2015).

Tratando-se da assistência de enfermagem na promoção da QV no contexto intercultural de puérperas, estudo realizado em dois hospitais públicos de Portugal com o

objetivo de identificar a dimensão do cuidado cultural na interação entre enfermeiras e puérperas, demonstrou que tal público reconhece as atitudes dos profissionais de enfermagem como sendo imprescindíveis ao processo de cuidar, atitudes como ajudar, estar presente, exercício da competência cultural, e valorização de recursos linguísticos utilizados na interação (Coutinho *et al.*, 2019).

Por outro lado, enfermeiras e mães, apontaram algumas restrições que podem atrapalhar sua interação, como a incapacidade de alguns enfermeiros em perceber que a competência cultural é muito mais do que fazer contato com estrangeiros, outros aceitaram sua incompetência cultural e, como consequência, referiram que realmente precisam aprofundar e adquirir maior conhecimento sobre a interculturalidade (Coutinho *et al.*, 2019).

Além disso, algumas das puérperas revelaram que podiam sentir essa falta de apoio das enfermeiras na maneira como lidavam com as situações de amamentação e no desconforto causado por termos técnicos/médicos usado por alguns profissionais durante suas interações, que fizeram com que indicações e mensagens se tornassem incompreensíveis. Por isso, é necessária consciência da importância da competência cultural como estratégia de promoção da saúde materna e de um cuidado individualizado eficaz (Coutinho *et al.*, 2019).

Em um estudo realizado com mães adolescentes o Índice de Qualidade de Vida (IQV) percebido por estas de forma global, foi positivo, destacando-se o domínio geral, da saúde e da família entre aquelas que não possuíam companheiro, e o socioeconômico para aquelas que possuíam idade menor ou igual a 20 anos. Além disso, percebeu-se um maior escore no domínio psicológico e espiritual em mulheres que possuíam renda menor que um salário-mínimo (Simões *et al.*, 2023).

Dessa forma, o desenvolvimento de estudos voltados a QV materna, especificamente no puerpério, permite contribuição importante na melhoria do cuidado em saúde da mulher, criança, família e sociedade, considerando que tal desenvolvimento é essencial em todos os contextos sociais e culturais, reforçando a necessidade de uma visão ampliada a respeito da temática para outros países.

Um contexto importante que perpassa a fase do puerpério, é também o do aleitamento materno, e a depender de como a puérpera lida com o AM, alguns domínios da sua QV podem ser afetados, dessa forma é importante conhecer a autoeficácia em amamentar para definir os impactos na vida dessa mulher.

### 2.3 Autoeficácia materna em amamentar

O conceito de autoeficácia tem provado ser um constructo bastante versátil, com aplicações em diversas áreas e especialidades, além da Psicologia. A nomenclatura autoeficácia tem sido bem aceita quando se relaciona a comportamentos de saúde. Quando pertinente ao cenário de amamentação, a autoeficácia em amamentar é uma variável importante na duração da amamentação, e pode ser mensurada por meio Escala de Autoeficácia na Amamentação (Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form- BSES-SF) (Chipojola; Dennis; Kuo, 2022).

Bandura (1977), psicólogo canadense, considera autoeficácia como crença em habilidade pessoal de desempenho, com sucesso, de determinadas tarefas ou comportamentos, com resultado desejável. A expectativa de autoeficácia é alimentada por fontes: realizações pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais (Salvetti; Pimenta, 2007).

#### FONTES DA AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR

**REALIZAÇÕES PESSOAIS:** são as fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. Se a mulher já amamentou anteriormente e foi bem-sucedida, ela estará mais segura quanto ao seu desempenho e ao contrário, se essa mulher não teve uma experiência exitosa com a amamentação, esta vivência pode deixá-la insegura, temerosa e conseqüentemente menos confiante na sua capacidade de amamentar seu filho.

**OBSERVAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS:** Observar as pessoas desempenhando atividades sem conseqüências adversas pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las, ou obter algum ganho de desempenho; apesar de mais fraca que a experiência pessoal pode produzir mudanças importantes e duradouras no desempenho.

**PERSUASÃO VERBAL:** é uma estratégia largamente utilizada, pois é simples e está sempre disponível. Pela persuasão as pessoas podem sentir-se estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como difíceis, superando suas dificuldades. Pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente se o reforço é oferecido dentro dos limites reais.

**RESPOSTAS EMOCIONAIS:** situações estressantes produzem respostas emocionais que, dependendo da situação, podem interferir na percepção de competência pessoal. Respostas emocionais com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal-estar geral,

influenciam negativamente na percepção de autoeficácia. Tende a julgar que não é capaz de lidar com situações que evocam tais respostas. Minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade, o medo, entre outros, melhora a percepção de autoeficácia e o desempenho. São inegáveis as repercussões do parto sobre a mulher no período puerperal, além das condições físicas há o impacto emocional e a fragilidade dessa mulher requer uma atenção adequada e individualizada

(SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Ainda, é afirmado por Bandura (1997) que as pessoas precisam de firme confiança na eficácia para que possam organizar e manter um comportamento. Também ressalta que confiar, crer na eficácia é a principal base de ação; a autoeficácia percebida se refere à crença ou confiança na capacidade de alguém para organizar e executar o curso da ação para produzir dado comportamento.

Pesquisas têm sido guiadas pela teoria do comportamento planejado, ou seja, teorias comportamentais cognitivas postulando que o comportamento e a intenção de amamentar são resultados permeados por motivação influenciados por atitudes, crenças, normas subjetivas e percepções (Yazdanpanah *et al.*, 2022). Esta desconexão entre a intenção e o comportamento na prática do aleitamento materno pode ser observada diante de alguma dificuldade relacionado com a pega correta do bebê, mamilos doloridos, ausência de sucção, expectativas não satisfeitas, entre outras (Granieri; Melo; Mussarelli, 2022).

A autoeficácia configura-se como um componente da motivação, construído a partir da prática e persistência, e que representa um papel importante na mudança de condutas. Desta forma, quando a autoeficácia em amamentar é baixa as mulheres estão mais propensas a serem influenciadas por fatores que podem culminar no abandono do aleitamento (Pitilin *et al.*, 2019).

Em um estudo piloto, que visou avaliar a autoeficácia da amamentação no cuidado ao recém-nascido baixo peso mostrou que a situação conjugal, mães que convivem com seu parceiro apresentam aumento na autoeficácia para amamentar, uma vez que a participação e o apoio deste durante o ciclo gravídico-puerperal favorecem a duração e a manutenção do aleitamento materno (Souza *et al.*, 2022). Além disso, o suporte fornecido pela família e a rede social da mulher é considerado fundamental para o aumento da confiança e segurança em

desempenhar a lactação, independente do modelo de cuidados neonatais oferecidos (Guimarães et al., 2018).

A escolaridade é outra variável importante no contexto da amamentação, visto que esse aspecto é considerado fator protetor (Margotti; Margotti, 2017). Revisão sistemática objetivando avaliar se a confiança materna influencia na exclusividade da amamentação aos 6 meses, identificou como fatores determinantes, entre outros, autoconfiança materna, etnia/raça, intenção em amamentar, idade, nível de escolaridade e ocupação. Este mesmo estudo enfatizou que mães que apresentaram maior pontuação na aplicação das escalas de avaliação da autoeficácia, tanto nas formas ampliada como reduzida, amamentaram exclusivamente por mais tempo (Rocha et al., 2018).

Sendo assim, é preciso conhecer os fatores que favorecem ou não a amamentação, para que a equipe possa planejar ações individualizadas, levando em consideração os aspectos psicossociais, que englobam a qualidade de vida da mulher. Nesse sentido, a BSES-SF é uma estratégia que pode e deve ser utilizada por profissionais para conhecer as dificuldades e as facilidades em relação a amamentação. Saber em quais aspectos a mãe não é confiante, para direcionar de forma mais adequada as ações da equipe (Souza,2020).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), localizadas na cidade de Redenção.

Um estudo correlacional consiste na investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés de relações de causa e efeito, avaliando a relação entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis em um determinado contexto. Possui modelo transversal, em que os dados são coletados em um único ponto no tempo, sendo utilizado para examinar a relação entre as variáveis de interesse (Polit; Beck, 2019).

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa, visto que as informações foram coletadas por meio de instrumentos formais, resumidos e analisados de forma quantitativa (Polit; Beck, 2019), baseando-se na medição numérica, e utilizando análise estatística.

#### **3.2 Local e período do estudo**

O presente estudo foi realizado nas UAPS de Redenção, no maciço de Baturité, entre os meses de outubro de 2023 a março de 2024. O contato com as UAPS foi realizado por meio de uma visita inicial, na qual os profissionais enfermeiros que trabalhavam nas unidades informaram a agenda de atendimentos para que fosse definido os dias de maior fluxo do público-alvo. Devido a logística de interrupção de alguns serviços das UAPS, como puericultura, por exemplo, durante as festividades de final do ano e alguns meses subsequentes, a coleta se concentrou em duas UAPS centrais de Redenção, nas quais foram remanejados os serviços interrompidos nas demais. Para alcance e coleta de dados com o público alvo foram realizadas visitas as unidades, com o intuito de contatar as lactantes que se utilizam desses serviços e assim convidá-las a participar da pesquisa. As participantes responderam ao estudo na sala de espera para os atendimentos, de forma que não atrapalhasse a sua vez no atendimento.

#### **3.3 População e amostra**

A população do presente estudo foi constituída por lactantes, que estivessem amamentando até os 6 meses de vida do bebê, visto que este é o período mínimo de aleitamento materno recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde do Brasil (MS) (WHO, 2001; Brasil,2015).

Embora a recomendação seja de Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de vida da criança, no estudo foram incluídas mulheres que também estivessem em outras formas de aleitamento, como o complementado, por exemplo, visto que os dados nacionais

disponíveis mostram que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo (AME) era de apenas 54,1 dias no ano de 2008 (Mendes *et al.*, 2019).

Para obtenção da estimativa do número de mulheres, foi realizado cálculo do tamanho da amostra para populações finitas, considerando o tamanho populacional (**N**) de 441 – número de nascidos vivos no município de Redenção- CE 2020 (SINASC); **p** = (0,5) 50%; **q** = (0,5) 50%; **Z $\alpha$ /2** – valor crítico para o grau de confiança desejado, usualmente: 1,96 (95%); **E** – erro padrão, usualmente:  $\pm 5\%$  da proporção dos casos (precisão absoluta) = 0,05. Assim o resultado da amostra obtido foi: 205.

O recrutamento foi realizado através das visitas da pesquisadora às Unidades de Atenção Primária a Saúde, de forma que todos os serviços que tinham a presença de mulheres/lactantes, dentro do período estipulado do estudo, foram convidadas a participarem da pesquisa, como a consulta de puericultura e puerperal, vacinação, consultas de planejamento reprodutivo e de atenção à saúde sexual e reprodutiva,

Foram adotados como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; estar em aleitamento materno; ser usuária dos serviços das Unidades de Atenção Primária a Saúde em Redenção. Quanto aos critérios de exclusão: puérperas com recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), considerando o princípio ético da não maleficência.

Foram abordadas 220 mulheres. Uma vez que as primeiras perguntas da entrevista eram referentes aos critérios de inclusão, evitaram-se perdas após a participação completa da lactante. Foram excluídas 15 mulheres em razão de não conseguirem concluir a entrevista. Totalizando ao final 205 participantes.

Foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, do tipo por conveniência, visto que, não há determinação da probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa.

### **3.4 Procedimento para coleta de dados**

Todas as participantes receberam orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa por meio do acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE A), a qual também foi disponibilizada para download, visando garantir às participantes o acesso, sempre que necessário, às informações sobre seus direitos com relação ao estudo, bem como

aos contatos da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Os instrumentos usados foram: formulário sobre dados sociodemográficos (idade, cor da pele, renda, situação conjugal, entre outros), clínicos e obstétricos (número de filhos, gestações, aborto, problemas obstétricos em gestação anterior, uso de álcool e drogas na gestação, entre outros), condições das mamas (aspectos das mamas, mamilos, satisfação em relação à amamentação, perspectiva de tempo em que pretende amamentar, entre outros aspectos) e percepções quanto ao aleitamento (APÊNDICE B), a Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF) que foi validada para versão brasileira com denominação: Escala de Autoeficácia na Amamentação - Forma abreviada por Dodt (2008) (ANEXO I) e o Instrumento (versão abreviada) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) – (ANEXO II). O tempo estipulado para aplicação dos instrumentos para cada participante foi em torno de quinze a vinte minutos e foram aplicados na sala de espera para os atendimentos, na unidade.

### **3.5 Instrumentos para a coleta de dados**

#### **3.5.1 Entrevista dos dados sócio-demográfico, clínico, obstétrico e percepções sobre o aleitamento materno.**

O questionário contendo variáveis sócio-demográficas, clínicas e obstétricas, e dados relacionados a amamentação foi construído pela pesquisadora e utilizado com o propósito de caracterizar a amostra de lactantes. O questionário é constituído por 57 perguntas, de caráter qualitativo e quantitativo, que foi autopreenchido pelas participantes.

A primeira parte é constituída pelos dados sociodemográficos, a segunda parte é constituída pelos dados clínicos e obstétricos, que busca obter informações sobre a última gestação e gestações anteriores, constando ainda, perguntas referentes a amamentação, que abordam tanto as condições maternas, como as percepções acerca do bebê no momento do aleitamento.

#### **3.5.2 Escala de Autoeficácia na Amamentação- Forma abreviada (BSES-SF)**

A autoeficácia materna para amamentar foi avaliada a partir da aplicação da escala psicométrica Breastfeeding Self-efficacy Scale (BSES), que é capaz de mensurar a confiança da mulher para amamentar. A BSES é estruturada em 33 itens que contém cinco possibilidades de resposta, cada um: 1) discordo totalmente; 2) discordo; 3) às vezes concordo; 4) concordo; 5) concordo totalmente. Estes itens estão distribuídos nos domínios técnico, relacionado ao posicionamento adequado da criança durante a mamada e ao reconhecimento da qualidade da amamentação pela nutriz; e no domínio intrapessoal, cuja abordagem refere-se ao

desejo e motivações maternas para amamentar e sua satisfação com a experiência de amamentação (Dennis; Faux, 1999).

Esta escala foi validada no Brasil por Dodt em (2008), com uma versão reduzida, que apresenta 14 itens, denominada Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short-Form (BSES-SF), na qual inicialmente foi aplicada em uma maternidade pública do Ceará. Este instrumento é clinicamente útil para as enfermeiras utilizarem no puerpério, principalmente pelo curto tempo de internação. A escala ajuda a reconhecer as mães que são suscetíveis a terem sucesso na amamentação, fornecendo a elas reforço positivo, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes da alta hospitalar, de forma a prestar uma assistência apropriada e efetiva (Oliver; Roig et al., 2012; Oriá, et al., 2009).

A escala é constituída de três dimensões (magnitude, generalização e força) e está fundamentada em quatro fontes de informação (experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico). Em cada item avaliado, a mulher atribuiu uma pontuação variável de 1 a 5 pontos (1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Às vezes concordo, 4-Concordo e 5- Concordo totalmente) (Dodt, 2008).

A BSES-SF apresenta precisão moderada global para identificar mulheres que apresentam risco de interromper precocemente a amamentação e que necessitam, portanto, de intervenções de apoio. O escore da escala de autoeficácia na amamentação varia de 14 a 70 pontos. Quando a respondente obtém de 14 a 32 pontos considera-se que tenha Baixa autoeficácia; de 33 a 51, Média e de 52 a 70, Alta autoeficácia (Dennis, 1999).

### **3.5.3 Instrumento abreviado The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)**

O WHOQOL-bref desenvolvido entre os anos de 1995 e 1998, é uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento para avaliar QV dentro de uma perspectiva transcultural (Fleck et al., 2000b).

O WHOQOL-bref foi validado no Brasil por Fleck e colaboradores em 2000, e consiste em um instrumento genérico para avaliar a QV. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. É amplamente utilizado em diferentes países e em 20 idiomas. O instrumento abreviado faz um inventário das atividades desenvolvidas nas duas últimas semanas do entrevistado. Apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original (WHOQOL-100), a versão abreviada preservou a abrangência do construto

“qualidade de vida” incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais (Fleck et al., 2000b).

O WHOQOL-bref é um questionário autoaplicável, constituído por 26 questões, sendo que a primeira questão é relacionada a percepção da QV, a segunda a satisfação com a saúde e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas, as quais compõem 4 domínios: físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19, 26), relações sociais (questões 20, 21, 22) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, e 25), que compõe o instrumento original (GROUP, 1998) (Quadro 1).

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio 1 - Domínio físico
Dor e desconforto
Energia e fadiga
Sono e repouso
Mobilidade
Atividades da vida cotidiana
Dependência de medicação ou de tratamentos
Capacidade de trabalho
Domínio 2 - Domínio psicológico
Sentimentos positivos
Pensar, aprender, memória e concentração
Autoestima
Imagem corporal e aparência
Sentimentos negativos
Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 - Relações sociais
Relações pessoais
Suporte (Apoio) social
Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente
Segurança física e proteção
Ambiente no lar
Recursos financeiros
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
Transporte

Fonte: (FLECK *et al.*, 2000b).

Cada faceta é avaliada por uma questão e o entrevistado apresenta suas respostas seguindo a escala Likert, com escores que variam de 1 a 5, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio serão transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias por domínio e por faceta, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV (Group, 1998).

Os escores do WHOQOL-bref constituem-se em uma escala diretamente proporcional a QV e não apresenta um ponto de corte, o qual possa determinar a QV como “boa” ou “ruim”. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua QV. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção (Silva et al., 2014).

O WHOQOL-bref mostrou-se uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade, como em estudos com a utilização de múltiplos instrumentos de avaliação. Diante disso, o instrumento descrito se aplica para uso no atual estudo, por tratar-se de um instrumento curto, de fácil aplicação, e pela possibilidade de ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além de considerar o caráter transcultural, o instrumento WHOQOL-bref valoriza a percepção individual da pessoa, podendo avaliar QV em diversos grupos e situações (Fleck et al., 2000b). Sendo um instrumento autoaplicável, no qual foi indexado a plataforma Google Forms® para autopreenchimento das puérperas.

### **3.6 Variáveis**

#### **3.6.1 Variáveis preditoras**

Foram consideradas como variáveis preditoras: (1) variáveis sociodemográficas: município de residência, estado, idade, raça, situação conjugal, ocupação, escolaridade, religião, renda familiar tipo de domicílio e pessoas que moram no domicílio; (2) variáveis clínicas e obstétricas: período pós-parto tipo de parto, profissional que realizou o parto, amamentação, intercorrência durante o parto, peso do RN, ajuda com cuidados com o RN, número de gestações, número de filhos vivos, ocorrência de abortos, peso, altura, patologias, gravidez planejada, aceitação da gravidez, número de semanas gestacionais na primeira consulta de pré-natal, número total de consultas pré-natal, classificação de risco da gestação, profissional que realizou pré-natal, uso de medicação antidepressiva durante a gestação, uso de bebidas alcoólicas na gestação, fumo, uso de droga ilícita durante a gestação, patologia intercorrente na gestação, perguntas referentes a amamentação como as condições em que as mamas se encontram, aspectos dos mamilos, produção do leite materno, comportamento do bebê quando levado ao seio, frequência das mamadas, satisfação da puérpera com a amamentação, expectativa de continuidade da amamentação, após quanto tempo será o retorno ao trabalho e se pretende manter o aleitamento neste retorno; e (3) a pontuação na Escala de Autoeficácia na amamentação e qual nível de autoeficácia indica.

#### **3.6.2 Variável desfecho**

A variável desfecho foram os escores de QV, medidos por meio do cálculo final do WHOQOL-bref, através da média de cada pergunta: percepção da QV, satisfação com a saúde e dos 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e 24 facetas (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais; relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual; segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer ; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); transporte).

### **3.7 Organização e análise de dados**

Os dados foram tabulados no Excel e analisados no SPSS, versão 26.0, mediante estatística descritiva e inferencial. Para análise dos dados descritivos, utilizou-se a frequência

absoluta e relativa dos dados, bem como as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo).

Para os testes inferenciais, foi realizado o Teste de Correlação de Pearson para a avaliação da correlação, o Teste t de student e o Teste Anova para comparação dos dados, sendo escolhidos os testes paramétricos devido a distribuição destes apresentarem tendência a normalidade através do Teste de Kolmogorov Smirnov.

Portanto, para todas as análises, utilizou-se o nível de significância de 5% (p-valor<0,05).

### **3.8 Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa**

O estudo foi realizado de forma a cumprir a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), onde todas as participantes do estudo tiveram acesso ao TCLE, deste modo concordando em participar do estudo e autorizando o pesquisador a analisar os dados coletados. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILAB e emitido parecer consubstanciado de aprovação para a sua realização: 73910323.1.0000.5576.

#### 4. RESULTADOS

No tocante aos dados sociodemográficos das entrevistadas, observou-se que a maioria é da cidade de Redenção (n=172; 83,9%), pardas (n=155; 75,6%), faixa etária maior que 26 anos (n=103; 50,2%), com média de idade de 26,2 anos (DP=5,8 anos), casada ou vive junto (n=150; 73,2%), dona de casa (n=105; 51,2%), cursava a 3ª série do ensino médio (n=78; 38,0%), católica (n=141; 68,8%), participam de reuniões religiosas (n=109; 53,2%), o domicílio é compartilhado com outros familiares (n=80; 39,0%), a média de pessoas que residem no domicílio é de 4,4 pessoas (DP=1,0 pessoas), mora com seus familiares (n=117; 57,1%) e com renda de dois salário mínimos (n=89; 43,4%). Os dados sociodemográficos das participantes são mostrados na tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição dos dados sociodemográficos entre as participantes desse estudo. Redenção, Ceará, 2024.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cidade onde reside</b>		
Acarape	27	13,1
Angola	2	1,0
Guaci	2	1,0
Redenção	172	83,9
Serra de Redenção	2	1,0
<b>Cor autodeclarada</b>		
Parda	155	75,6
Branca	30	14,6
Amarela	2	1,0
Negra	18	8,8
<b>Idade</b>		
Média – DP		26,2 – 5,8
Mínimo – Máximo		18 – 41
<b>Faixa etária</b>		
Menor ou igual a 26 anos	102	49,8
Maior que 26 anos	103	50,2
<b>Situação conjugal</b>		
Solteira	38	18,5
Casada ou vive junto	150	73,2
Separada ou divorciada	15	7,3
Viúva	2	1,0
<b>Ocupação</b>		
Atendente	8	3,9
Dona de casa	105	51,2
Estudante	48	23,4
Vendedora	11	5,4
Outros	33	16,1
<b>Escolaridade</b>		
1º ano do ensino fundamental	2	1,0
8º ano do ensino fundamental	7	3,4
9º ano do ensino fundamental	13	6,3
1ª série do ensino médio	15	7,4
2ª série do ensino médio	50	24,4
3ª série do ensino médio	78	38,0
Ensino superior completo	16	7,8
Ensino superior incompleto	24	11,7

<b>Religião</b>		
Católica	141	68,8
Evangélica	56	27,3
Nenhuma	8	3,9
<b>Frequenta reuniões religiosas</b>		
Sim	109	53,2
Não	96	46,8
<b>Domicílio</b>		
Próprio	50	24,4
Alugado	64	31,2
Compartilhado	82	39,0
Cedido	11	5,4
<b>Quantidade de pessoas que moram no domicílio</b>		
Média – DP		4,4 – 1,0
Mínimo – Máximo		2 - 8
<b>Com quem mora</b>		
Com seu companheiro e seus filhos	6	2,9
Com seus familiares	117	57,1
Compartilhado com não familiares	82	40,0
<b>Renda familiar (Salário mínimo)*</b>		
Menor que um salário	26	12,7
Um salário	82	40,0
Dois salários	89	43,4
Três salários	8	3,9

Nota: DP: Desvio Padrão. \*Salário mínimo: 1.412 R\$.

Ao analisar os dados obstétricos, identificou-se que o parto cesariano é o mais prevalente (n=103; 50,2%), que as mulheres possuíam uma média de 85,9 dias pós parto (DP=46,7), o médico foi que esteve no parto (n=125; 61,0%), não teve nenhum problema no parto (n=106; 51,7%), pretendiam amamentar nos primeiros 6 meses (n=203; 99,0%), a gravidez não foi planejada (n=106; 51,7%), a média do peso do bebê ao nascer foi de 3,383 kg (DP=0,414 kg), relataram ter ajuda com o bebê (n=190; 92,7%), tiveram 1 gravidez (n=117; 57,1%), 1 filho (n=135; 65,9%) e nenhum aborto (n=163; 79,5%).

Além disso, em relação ao peso antes da gravidez, verificou-se que a média foi de 67,3 kg (DP=13,9kg), o peso atual tem uma média de 71,7kg (DP=13,4kg), altura média de 1,60 (DP=0,06cm), não tinha problema de saúde antes da gravidez (n=167; 81,5%), a média da IG na primeira consulta de pré-natal foi de 8,4 semanas (DP=3,9), com uma média de 9,7 consultas no pré-natal (DP=2,6) e realizou pré-natal de risco habitual (n=151; 73,3%).

Ademais, o médico e enfermeiro realizaram o pré-natal (n=123; 60,0%), não utilizou medicamentos antidepressivos na gestação (n=201; 98,0%), não bebeu durante a gestação (n=185; 90,2%), não fumou durante a gestação (n=203; 99,0%), não usou drogas durante a gestação (n=202; 98,5%), não teve doença durante a gestação (n=141; 68,8%) e a

diabetes gestacional foi mais prevalente entre as que tiveram (n=16; 25,1%). Os dados obstétricos das participantes são apresentados na tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição dos dados obstétricos entre as participantes desse estudo. Redenção, Ceará, 2024.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Quantidade de dias pós-parto</b>		
Média – DP	85,9 – 46,7	
Mínimo – Máximo	5 - 180	
<b>Tipo de parto</b>		
Parto normal com episiotomia	8	3,9
Parto normal sem episiotomia, mas lacerou e teve episiorrafia	18	8,8
Parto normal sem episiorrafia	76	37,1
Parto cesariana	103	50,2
<b>Profissional no parto</b>		
Médico	125	61,0
Enfermeiro	79	38,5
Não sei	1	0,5
<b>Tem a intenção de amamentar exclusivamente nos 6 primeiros meses</b>		
Sim	203	99,0
Não	2	1,0
<b>Problema no parto</b>		
Nenhum	106	51,7
Sim	56	27,3
Não	41	20,0
Não se aplica/Não respondeu	2	1,0
<b>Intercorrência</b>		
Hipertensão	17	17,2
Hipotensão	7	7,1
Pré-eclampsia	6	6,0
Hemorragia	4	4,0
Outros	24	24,2
Não respondeu	41	41,4
<b>Peso do bebê ao nascer</b>		
Média – DP	3,383 – 0,414	
Mínimo – Máximo	2,250 – 5,525	
<b>Tem ajuda com o bebê</b>		
Sim	190	92,7
Não	15	7,3
<b>Quem ajuda com o bebê</b>		
Esposo	22	11,6
Mãe	69	36,4
Sogra	7	3,6
Mãe e esposo	8	4,2
Outros	84	44,2
<b>Quantas gravidezes teve</b>		
1	117	57,1
2	50	24,4
3	22	10,7
4	13	6,3
5	3	1,5
<b>Número de filhos vivos</b>		
1	135	65,9
2	53	25,9
3	15	7,3

4	2	1,0
<b>Número de abortos</b>		
0	163	79,5
1	31	15,1
2	10	4,9
3	1	0,5
<b>Peso antes da gravidez</b>		
Média – DP		67,3 – 13,9
Mínimo – Máximo		13,0 – 109,0
<b>Peso atual</b>		
Média – DP		71,7 – 13,4
Mínimo – Máximo		45,0 – 115,0
<b>Altura</b>		
Média – DP		1,60 – 0,06
Mínimo – Máximo		1,40 – 1,80
<b>Problema de saúde antes da gravidez</b>		
Sim	38	18,5
Não	167	81,5
<b>Problema de saúde antes da gravidez</b>		
Hipotireoidismo	3	7,9
Hipertensão	4	10,5
Renal	5	13,2
Retirada da tireoide	3	7,9
Outros	23	60,5
<b>Gravidez planejada</b>		
Sim	89	43,4
Não	106	51,7
Não, mas aceitou bem	10	4,9
<b>Idade Gestacional no parto</b>		
Média – DP		8,4 – 3,9
Mínimo – Máximo		1 - 27
<b>Número de consultas no pré-natal</b>		
Média – DP		9,7 – 2,6
Mínimo – Máximo		3 - 20
<b>Classificação de risco</b>		
Baixo risco	151	73,3
Alto risco	37	18,0
Não sei	17	8,7
<b>Profissional do pré-natal</b>		
Médico	79	38,5
Enfermeiro	3	1,5
Médico e enfermeiro	123	60,0
<b>Utilizou medicamentos antidepressivos na gestação</b>		
Sim	4	2,0
Não	201	98,0
<b>Etilismo durante a gestação</b>		
Não	185	90,2
Raramente	12	5,9
Poucas vezes	6	2,9
As vezes	1	0,5
Quase sempre	1	0,5
<b>Tabagismo durante a gestação</b>		
Não	203	99,0
Raramente	1	0,5
As vezes	1	0,5
<b>Drogadição durante a gestação</b>		
Sim	1	0,5
Não	202	98,5

Raramente	1	0,5
Poucas vezes	1	0,5
<b>Doença durante a gestação</b>		
Sim	64	31,2
Não	141	68,8
<b>Quais doenças durante a gestação</b>		
Diabetes gestacional	16	25,1
Hipertensão gestacional	10	15,6
Pedra na vesícula	5	7,9
Infecção urinária	12	18,8
Não respondeu	21	32,8

Nota: DP: Desvio Padrão.

Em relação a frequência absoluta e relativa das variáveis realacionadas à amamentação, verificou-se que as mulheres possuem mamas túrgidas (n=133; 64,9%), os mamilos eram protusos (n=166; 81,0%), tinham saída de leite (n=197; 96,1%), o bebê aceitava bem a mama (n=189; 92,2%), amamentavam em média 8,8 vezes ao dia (DP=2,8), não estavam satisfeita com a amamentação (n=107; 52,2%), por não poder sair sem o bebê para trabalhar ou outras atividades (n=58; 45,7%), tem a intenção de amamentar por 15,1 meses (DP=7,1), pretendem trabalhar fora (n=125; 61,0%), pretendem voltar a trabalhar em média 10,2 meses após o parto (DP=8,3) após o parto, vão continuar amamentando enquanto trabalha (n=94; 67,1%) e a mãe era a rede de apoio no retorno ao trabalho (n=49; 62,8%). A frequência absoluta e relativa dos dados relacionados à amamentação entre as participantes desse estudo são apresentados na tabela 3.

**Tabela 3** – Frequência absoluta e relativa dos dados relacionados à amamentação entre as participantes desse estudo. Redenção, Ceará, 2024.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>As mamas encontram-se</b>		
Flácidas	54	26,3
Túrgidas	133	64,9
Engurgitadas	18	8,8
<b>Aspectos dos mamilos</b>		
Falso invertido	1	0,5
Invertido	15	7,3
Plano	22	10,7
Protuso	167	81,5
<b>Ejeção do leite</b>		
Sim	197	96,1
Não	8	3,9
<b>Comportamento do bebê ao seio materno</b>		
Fica irritado e chora	13	6,3
Não se interessa pelo seio	3	1,5
Aceita bem a mama, mama toda hora	189	92,2
<b>Número de vezes que amamenta</b>		
Média – DP	8,8 – 2,8	
Mínimo – Máximo	2 - 15	
<b>Satisfeita com a amamentação</b>		
Sim	98	47,8
Não	107	52,2
<b>Motivo da insatisfação</b>		

Sente desconforto e dor ao amamentar	11	8,7
Sente que o bebê não fica satisfeito	16	12,6
Tem que acordar muitas vezes para amamentar	42	33,1
Não pode sair sem o bebê para trabalhar ou outras atividades	58	45,7
<b>Tempo que pretende amamentar em meses</b>		
Média – DP		15,1 – 7,1
Mínimo – Máximo		2 - 24
<b>Trabalhar fora</b>		
Sim	125	61,0
Não	80	39,0
<b>Tempo que voltou a trabalhar fora em meses</b>		
Média – DP		10,2 – 8,3
Mínimo – Máximo		2 - 48
<b>Vai continuar amamentando enquanto trabalha</b>		
Sim	94	67,1
Não	46	32,9
<b>Rede de apoio</b>		
Babá	5	6,4
Irmã	10	12,8
Mãe	49	62,8
Pai	2	2,6
Prima	2	2,6
Sogra	10	12,8

Nota: DP: Desvio Padrão.

No que diz respeito as variáveis relacionadas a Escala de Autoeficácia (EA) na amamentação, identificou-se que a maioria apontou que concorda e concorda totalmente para a afirmação do bebê está mamando o suficiente (n=115; 56,1%), que lidou com a amamentação com sucesso (n=121; 59%), a alimentação do bebê é sem suplemento (n=62; 30,2%), a pega está correta (n=80; 39,0%), às vezes concorda sobre estar satisfeita com a amamentação (n=87; 42,4%), a conseguir amamentar com o bebê chorando (n=74; 36,1%). Todas essas informações foram de acordo com as percepções das mulheres e não a partir de uma avaliação clínica do aleitamento por parte da pesquisadora.

Além disso, às vezes concorda com a vontade de continuar o aleitamento materno (n=78; 38,0%), concorda que amamentava na frente das pessoas (n=89; 43,4%), que está satisfeita com a experiência de amamentar (n=74; 36,1%), que lida bem com o tempo que demanda a amamentação (n=91; 44,4%), que ocorre a mudança do seio (n=92; 44,9%), continua amamentando após a introdução alimentar do bebê (n=97; 47,3%), às vezes concorda em conseguir adequar as necessidades individuais com a do bebê (n=81; 39,5%) e concorda que sabe quando o bebê terminou a amamentação (n=105; 51,2%). Ademais, em relação ao escore da EA, a média de pontos foi de 51,4 (DP=7,4 pontos) e na classificação se configura como média autoeficácia (n=114; 55,6%). A frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas a Escala de Autoeficácia na Amamentação estão apresentadas na tabela 4.

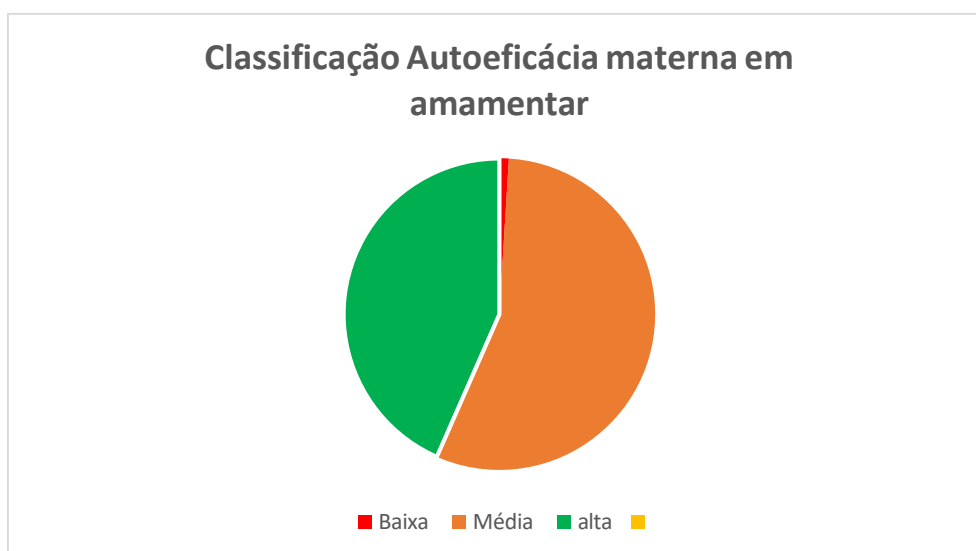
**Tabela 4** – Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas a Escala de Autoeficácia na Amamentação. Redenção, Ceará, 2024.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bebê mamando suficiente</b>		
Discordo	13	6,3
Às vezes concordo	77	37,6
Concordo	79	38,5
Concordo totalmente	36	17,6
<b>Lidou com a amamentação com sucesso</b>		
Discordo	15	7,3
Às vezes concordo	69	33,7
Concordo	92	44,9
Concordo totalmente	29	14,1
<b>Consegue alimentar o bebê sem suplemento</b>		
Discordo totalmente	7	3,4
Discordo	44	21,5
Às vezes concordo	53	25,9
Concordo	62	30,2
Concordo totalmente	39	19,0
<b>Pega correta</b>		
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	8	3,9
Às vezes concordo	57	27,8
Concordo	80	39,0
Concordo totalmente	58	28,3
<b>Satisfeita com a amamentação</b>		
Discordo	20	9,8
Às vezes concordo	87	42,4
Concordo	55	26,8
Concordo totalmente	43	21,0
<b>Consegue amamentar com o bebê chorando</b>		
Discordo totalmente	2	1,0
Discordo	16	7,8
Às vezes concordo	66	32,2
Concordo	74	36,1
Concordo totalmente	47	22,9
<b>Vontade de continuar o aleitamento materno</b>		
Discordo	28	13,7
Às vezes concordo	78	38,0
Concordo	60	29,3
Concordo totalmente	39	19,0
<b>Amamentava na frente das pessoas</b>		
Discordo	16	7,8
Às vezes concordo	58	28,3
Concordo	89	43,4
Concordo totalmente	42	20,5
<b>Satisfeita com a experiência de amamentar</b>		
Discordo	25	12,2
Às vezes concordo	66	32,2
Concordo	74	36,1
Concordo totalmente	40	19,5
<b>Lida bem com o tempo que a amamentação demanda</b>		
Discordo	12	5,9
Às vezes concordo	73	35,6
Concordo	91	44,4
Concordo totalmente	29	14,1
<b>Realiza mudança de seio</b>		

Discordo	9	4,4
Às vezes concordo	62	30,2
Concordo	92	44,9
Concordo totalmente	42	20,5
<b>Amamentação após alimentação sólida do bebê</b>		
Discordo	8	3,9
Às vezes concordo	47	22,9
Concordo	97	47,3
Concordo totalmente	53	25,9
<b>Consegue adequar as necessidades pessoais com a do bebê</b>		
Discordo	40	19,5
Às vezes concordo	81	39,5
Concordo	61	29,8
Concordo totalmente	23	11,2
<b>Consegue identificar que o bebê terminou de mamar</b>		
Discordo	14	6,8
Às vezes concordo	45	22,0
Concordo	105	51,2
Concordo totalmente	41	20,0
<b>Escore total da AA</b>		
Média – DP		51,4 – 7,4
Mínimo – Máximo		31 - 67
<b>Classificação da AA</b>		
Baixa eficácia	2	1,0
Média	114	55,6
Alta	89	43,4

Nota: AA: Autoeficácia da Amamentação; DP: Desvio Padrão.

**Figura 1-** Classificação da autoeficácia materna em amamentar das participantes do estudo. Redenção, Ceará, 2024.



No tocante as medidas de tendência central e dispersão dos domínios de qualidade de vida, verificou-se que a média do escore total foi de 14,5 pontos (DP=2,1), a maior média se deu no domínio de autoavaliação com 16,3 pontos (DP=2,4), seguido de psicológico com 14,4

pontos (DP=3,0). A distribuição da pontuação total da escala de Qualidade de vida e seus domínios estão apresentados na tabela 5.

**Tabela 5** – Distribuição da pontuação total da escala de Qualidade de Vida e seus domínios Redenção, Ceará, 2024.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Escore total	65,5	14,3	67,8	13,4	91,4
Autoavaliação	76,7	16,6	75,0	12,0	100,0
Físico	62,8	17,2	66,1	10,4	96,4
Psicológico	66,7	17,2	70,8	12,5	95,8
Social	64,3	20,1	66,7	12,0	100,0
Ambiente	64,5	16,8	65,6	13,0	96,4

Nota: DP: Desvio Padrão.

Ao correlacionar o escore da qualidade de vida com os domínios da QV e o escore da escala de autoeficácia, observou-se significância estatística entre a correlação dos domínios da QV com o escore total, sendo o domínio psicológico e ambiente os que mais influenciaram no escore total por apresentar maior força na correlação. Na correlação do escore da QV total com o escore da EAA não houve significância estatística, segundo o Teste de correlação de Pearson (p- valor: 0,234), evidenciando assim que a autoeficácia em amamentar não influencia de forma significativa na QV da lactante. O resultado da correlação entre o escore total do instrumento de QV e o escore da Escala de Autoeficácia em Amamentar estão apresentados na tabela 6.

**Tabela 6** – Correlação do escore total de QV com os domínios de QV e Escala de Autoeficácia em amamentar. Redenção, Ceará, 2024.

Variáveis	Escore total da QV	
	R	p-valor*
Autoavaliação	0,580	<0,001
Físico	0,816	<0,001
<b>Psicológico</b>	<b>0,852</b>	<0,001
Social	0,772	<0,001
<b>Ambiente</b>	<b>0,825</b>	<0,001
<b>Escore total escala AA</b>	-0,083	<b>0,234</b>

Nota: AA: Autoeficácia na Amamentação; QV: Qualidade de Vida; R: Coeficiente de Correlação; \*Teste de Correlação de Pearson.

Ao comparar o escore da escala de QV com as variáveis sociodemográficas, verificou-se diferença estatisticamente significativa do escore da escala de QV e as variáveis cor (p-valor=0,008), escolaridade (p-valor<0,001) e domicílio (p-valor<0,001), de modo que há diferença significativa entre as médias desses grupos, indicando maior qualidade de vida entre aqueles de raça amarela (M=66,3), da 1ª série do ensino médio (M=65,6) e reside no próprio domicílio. A comparação das variáveis sociodemográficas com a qualidade de vida estão apresentadas na tabela 7.

**Tabela 7** – Comparação das variáveis sociodemográficas com a qualidade de vida. Redenção, Ceará, 2024.

Variáveis	Escore da escala de QV	
	Média	p-valor
<b>Faixa etária</b>		
Menor ou igual a 26 anos	64,6	0,316*
Maior que 26 anos	64,3	
<b>Cor</b>		
Parda	64,3	<b>0,008**</b>
Branca	64,8	
Amarela	66,3	
Negra	65,2	
<b>Escolaridade</b>		
1º ano do ensino fundamental	57,3	<b>&lt;0,001</b>
8º ano do ensino fundamental	52,9	
9º ano do ensino fundamental	64,2	
1ª série do ensino médio	65,6	
2ª série do ensino médio	64,8	
3ª série do ensino médio	54,1	
Ensino superior completo	64,9	
Ensino superior incompleto	54,4	
<b>Domicílio</b>		
Próprio	65,1	<b>&lt;0,001**</b>
Alugado	64,1	
Compartilhado	54,5	
Cedido	54,5	
<b>Com quem mora</b>		
Sozinha	65,2	0,483**
Com seu companheiro e seus filhos	64,4	
Com seus familiares	64,5	
<b>Renda</b>		
Menor que um salário	64,0	0,753**
Um salário	64,7	
Dois salários	64,3	
Três salários	74,5	

Nota: QV: Qualidade de Vida; \*Teste t de student; \*\*Teste Anova.

Na análise de comparação das variáveis obstétricas com o escore total da qualidade de vida, identificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore com as variáveis da gravidez planejada (p-valor=0,016), classificação de risco como risco habitual (p-valor=0,006), teve doença durante a gestação (p-valor=0,005), como o bebê se comporta quando levado ao seio (p-valor=0,001), satisfeita com a amamentação (p-valor=0,017), se trabalha fora (p-valor=0,013) e vai continuar amamentando enquanto trabalha (p-valor=0,049), caracterizando uma influência positiva na QV.

Desse modo, identifica-se que a maior qualidade de vida se deu entre aquelas que a gravidez foi planejada, teve gravidez classificada como risco habitual, não teve doença na gestação, o bebê se interessa pelo seio, está satisfeita com a amamentação, não

trabalha fora e vai continuar amamentando enquanto trabalha. A comparação das variáveis obstétricas com a qualidade de vida está apresentada na tabela 8.

**Tabela 8** – Comparação das variáveis obstétricas com a qualidade de vida. Redenção, Ceará, 2024.

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Escore da escala de QV p-valor</b>
<b>Tipo de parto</b>		
Parto normal com episiotomia	63,2	
Parto normal sem episiotomia, mas lacerou e levou pontos	64,4	0,706**
Parto normal sem episiorrafia	64,8	
Parto cesariana	64,3	
<b>Profissional no parto</b>		
Médico	64,3	
Enfermeiro	64,8	0,083**
Não sei	67,0	
<b>Amamentação nos 6 primeiros meses</b>		
Sim	64,5	0,359*
Não	65,9	
<b>Tem ajuda com o bebê</b>		
Sim	64,5	0,413*
Não	64,0	
<b>Problema de saúde antes da gravidez</b>		
Sim	63,9	0,052*
Não	64,6	
<b>Gravidez planejada</b>		
Sim	65,0	
Não	64,3	<b>0,016**</b>
Não, mas aceito bem	61,8	
<b>Classificação do risco gestacional</b>		
Risco habitual	64,7	
Alto risco	62,4	<b>0,006**</b>
Não sei	64,3	
<b>Profissional do pré-natal</b>		
Médico	64,8	
Enfermeiro	62,4	0,344**
Médico e enfermeiro	64,3	
<b>Utilizou medicamentos antidepressivos na gestação</b>		
Sim	55,0	0,661*
Não	64,5	
<b>Etilismo durante a gestação</b>		
Não	64,5	
Raramente	64,2	
Poucas vezes	64,0	0,525**
As vezes	62,3	
Quase sempre	64,6	
<b>Tabagismo durante a gestação</b>		
Não	64,5	
Raramente	62,3	1,000**
As vezes	64,4	
<b>Drogadição durante a gestação</b>		
Sim	54,8	
Não	64,5	0,107**
Raramente	61,0	
Poucas vezes	62,3	

<b>Doença durante a gestação</b>		
Sim	63,9	<b>0,005</b>
Não	64,8	
<b>As mamas encontram-se</b>		
Flácidas	64,9	
Turgidas	64,3	0,150**
Engurgitadas	64,4	
<b>Aspectos dos mamilos</b>		
Falso invertido	56,3	
Invertido	64,5	
Plano	64,8	0,065**
Protuso	64,4	
<b>Saída de leite</b>		
Sim	64,4	0,114
Não	65,7	
<b>Comportamento do bebê ao seio materno</b>		
Fica irritado e chora	63,8	
Não se interessa pelo seio	55,5	<b>0,001**</b>
Aceita bem a mama, mama toda hora	70,5	
<b>Satisfeita com a amamentação</b>		
Sim	74,9	<b>0,017*</b>
Não	64,1	
<b>Lactante pretende trabalhar fora</b>		
Sim	64,2	<b>0,013*</b>
Não	64,9	
<b>Vai continuar amamentando enquanto trabalha</b>		
Sim	64,6	<b>0,049*</b>
Não	63,8	
<b>Classificação da escala AA</b>		
Baixa eficácia	15,8	
Média	14,5	0,067**
Alta	14,5	

Nota: AA: Autoeficácia na Amamentação; \*Teste t de student; \*\*Teste Anova.

O objetivo deste estudo foi avaliar a autoeficácia materna em amamentar e sua associação com a QV das lactantes. Os resultados sugeriram que as mulheres possuem média autoeficácia em amamentar. Além disso, houve correlação com melhor QV influenciada principalmente pelos domínios psicológico e ambiente

## 5. DISCUSSÃO

Observa-se, neste estudo, um perfil sociodemográfico com predominância de mulheres autodeclaradas pardas, donas de casa, que habitam em domicílios compartilhados e possuem baixa renda. Esses achados indicam vulnerabilidades sociais e econômicas, tornando esta população exposta a mais iniquidades em saúde (Alves *et al.*, 2022). Achados similares foram encontrados em um estudo sobre autoeficácia materna em amamentar, realizado na região da Anatólia Central da Turquia, com 325 mães que estavam no período pós-parto de 1 a 6 meses (Çankaya; Atas, 2023).

Além da vulnerabilidade, um estudo conduzido na Jordânia identificou que a autoeficácia materna em amamentar está associada de forma positiva com renda familiar e nível de educação, à medida que, quanto maior a renda e o nível de escolaridade, maior a autoeficácia materna. Em contrapartida, houve associação negativa a famílias extensas, indicando que mães que vivem em famílias numerosas podem apresentar menor confiança em suas habilidades, dado que as opiniões sobre cuidados e amamentação podem divergir, tornando as decisões para as mães mais confusas (Abuhammad, 2020). Neste estudo, as mulheres coabitam com, em média, outras quatro pessoas, majoritariamente, familiares.

Conhecer o nível de escolaridade materno permite a elaboração e avaliação das políticas e ações na área da saúde materno-infantil; a escolaridade materna é considerada um fator importante sobre os desfechos obstétricos e neonatais, interferindo diretamente na saúde (Silvestrin *et al.*, 2018). A satisfação com a saúde está diretamente relacionada com a QV, diante disso, é possível inferir que uma melhor escolaridade materna associada ao desenvolvimento da capacidade de empoderamento sobre autocuidado em saúde, torna a mulher mais segura para a maternidade.

Referente ao tipo de parto, no presente estudo foi predominante o parto cesáreo, bem como em comparação a outros estudos, como o realizado no Nordeste do Brasil (53,3%) e na Turquia (53%) (Koyucu; Karaca, 2021; Ribeiro *et al.*, 2021). O que refletiu na predominância do profissional que assistiu ao parto, visto que a maioria destes foram realizados por médicos.

Considerando dados nacionais de 2000 a 2018, o tipo de parto vaginal obteve destaque nas regiões Norte e Nordeste com percentual de 47%. Nas demais regiões ocorreu maior prevalência de partos cesáreos, compreendendo cerca de 67,8%. Em 2018, a porcentagem de partos cesáreos foi de 47,2% na região Norte, 51,6% no Nordeste, 58,4% na Sudeste, 61% na Sul e 63% na região Centro Oeste. As regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste apresentaram dados acima da média nacional, que no ano de 2018 foi de 56,3%, evidenciando a disparidade

entre as regiões. Ao analisar os dados, todas as regiões revelaram aumento de partos cesáreos ao longo dos últimos anos (Guimarães et al., 2021).

Estudo transversal que promoveu a investigação de fatores associados à via de parto em gestantes da cidade de Belo Horizonte, evidenciou que o aumento da idade, não possuir acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato, financiamento privado do hospital para a realização do parto e ser gestante primigesta aumentaram as chances de parto cesáreo. O conhecimento dos fatores associados à prevalência de cesárea pode subsidiar reflexões dos profissionais de saúde sobre esse procedimento cirúrgico em determinadas situações, principalmente quando não há indicações clínicas precisas (Silva et al., 2020).

Quanto à amamentação, no presente estudo a maioria das mulheres afirmaram que pretendiam permanecer amamentando até os 6 meses. O que reflete uma boa disposição para amamentação. Estudo realizado em uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, com a participação de 135 nutrízes e seus bebês, demonstrou, com a utilização da linguagem diagnóstica da NANDA-I, que o diagnóstico Disposição para amamentação melhorada foi o mais frequente, apesar do tempo diminuído de amamentação. Entretanto, o segundo mais frequente foi Amamentação ineficaz, o que sugere a necessidade de elaborar diagnósticos de enfermagem que abranjam possíveis problemas mamários que podem surgir na amamentação e em seu manejo (Rodrigues et al., 2020).

A autoeficácia materna em amamentar tem repercussão na saúde mental materna e no desenvolvimento psicológico do filho (Abuhammad, 2020). Verificou-se no presente estudo que o escore médio de autoeficácia materna foi de 51,4, o que de acordo com a classificação se configura como média autoeficácia. Foi encontrada situação semelhante em outros contextos brasileiros, principalmente nas regiões urbanas (Abuchaim et al., 2023; Schulz et al., 2020; Souza et al., 2020).

Lactantes com escore de autoeficácia para amamentar de 50 estão em risco de interromper a amamentação, assim, devem ser encaminhadas para consulta de aleitamento (Çankaya; Atas, 2023). Apesar da média do escore ter sido superior a 50 neste estudo, essas mulheres podem necessitar de apoio e consultoria sobre amamentação, pois não estão satisfeitas com a amamentação e tem dúvidas se desejam continuar com o aleitamento materno, ambos são fatores de risco que afetam negativamente a autoeficácia materna em amamentar. Também é importante ressaltar, que a avaliação do risco de desmame é mais do que uma avaliação quantitativa dos escores alcançados nas escalas, e a avaliação qualitativa das características que podem levar a interrupção da amamentação também devem ser consideradas.

A média autoeficácia materna em amamentar pode estar relacionada com o fato de que, para a maioria das mulheres, a gravidez não foi planejada. Isso resulta em pouca ou nenhuma participação em cursos e grupos educativos de preparo para amamentação. Além disso, essas mulheres frequentemente dividem o tempo de amamentação com o cuidado de outros filhos, trabalho e afazeres domésticos, o que pode levar à interrupção precoce do aleitamento (Holanda; Silva, 2022). Ademais, a decisão da lactante de iniciar e manter a amamentação envolve aspectos biológicos, sociais e profissionais. Resultados melhores são observados com consultas com enfermeiros sobre a continuidade do aleitamento e a participação em programas de apoio à amamentação (Nardi et al., 2020).

A gravidez precoce ou a não planejada são considerados fatores que podem contribuir como agentes facilitadores no surgimento de algum transtorno mental na puérpera, a elucidação desse fator de risco no início do pré-natal pode ser determinante para a redução de agravos durante a gestação e puerpério (Maciel et al., 2019). Além disso, a gravidez não planejada também pode estar associada a prejuízos na relação mãe-filho.

A liberdade de decisão quanto ao momento de ter filhos é um direito fundamental à saúde reprodutiva, e está fortemente ligada à saúde e à qualidade de vida das mulheres. Ao comparar a QV entre diferentes métodos contraceptivos de 548 mulheres jordanianas através do WHOQOL-bref, foi observado que as mulheres que usaram contraceptivos orais e aquelas que se submeteram à esterilização tubária permanente tinham probabilidade de ter um nível de QV mais baixo do que as usuárias de DIUs, implantes, hormônios injetáveis e mulheres cujos maridos usavam preservativos (Alyahya et al., 2019). É essencial que, de acordo com o contexto e particularidades de cada região, a mulher conheça quais métodos disponíveis e mais adequados a seu desejo e condição clínica.

Em contrapartida, neste estudo, as mulheres estão em idade mais madura, compareceram a mais de nove consultas de pré-natal e foram acompanhadas por profissionais enfermeiros e médicos. Isso conflui com as recomendações ministeriais e resultam em conhecimentos, atitudes e práticas mais adequadas, além de maior autoeficácia em relação à amamentação (Queiroz *et al.*, 2021; Oriá; Ximenes, 2009). O início precoce da assistência pré-natal é recomendado, com um mínimo de seis consultas intercaladas por profissionais enfermeiros e médicos (Brasil, 2020).

No presente estudo as mulheres referiram em sua maioria não ter tido problemas de saúde na gestação. Estudos mostraram que ter problemas de saúde durante a gravidez, como hipertensão, náuseas, ansiedade e diabetes gestacional, foi fator predisponente para pior QV pós-parto. As políticas de saúde e os programas de saúde perinatal devem levar em consideração

fatores que impactam negativamente a QV das mulheres, para estabelecer medidas de prevenção e melhoria da QV no pós-parto (Martínez-Galiano et al., 2019; Chang et al., 2014; Bai et al., 2018).

A respeito do puerpério, as mulheres relataram não ter enfrentado problemas durante o parto. O bebê se adapta bem à amamentação e elas contam com uma rede de apoio, com a mãe sendo a figura mais mencionada. Um estudo jordaniano apresentou como principal apoio para as mães, o apoio de outras mulheres, principalmente, mães e sogras, o que promoveu a comunicação e interação com a criança (Abuhammad, 2020). Essas condições favorecem a prática do aleitamento e vão ao encontro do desejo de amamentar exclusivamente até o sexto mês e permanecer amamentando após retornarem ao trabalho (Queiroz et al., 2021). Além de a maioria lidar com a amamentação com sucesso, da mesma forma que lida com outros desafios da vida, o que demonstra um constructo emocional e fisiológico positivo em relação o ato de amamentar (Schulz et al., 2020; Oriá; Ximenes, 2009).

Ao contrário das variáveis não modificáveis ou pouco modificáveis que influenciam a amamentação, como nível educacional e condições socioeconômicas, a confiança materna é uma variável que pode ser alterada (Schulz *et al.*, 2020). Nesse contexto, o enfermeiro como educador desempenha papel fundamental, pois é capaz de identificar as necessidades das mães e dos bebês no processo de estabelecimento da amamentação e propor resultados desejáveis. As primeiras semanas são cruciais para manutenção do aleitamento e diminuição do desmame, visto que, problemas de pega, sucção pelo bebê, dor e lesão mamilar, ingurgitamento mamário, fadiga materna, frequentemente, afetam a confiança da mulher com a amamentação, o que aumenta a probabilidade da introdução de leite artificial (Emidio *et al.*, 2020).

Além disso, a QV da mãe nesse período afeta o comportamento da amamentação, que é um dos elementos mais importantes no cuidado ao bebê. Este comportamento pode ser melhor regulado com altos níveis de autoeficácia. Nesta população não houve correlação entre a autoeficácia materna em amamentar e a QV. A média do escore total da QV foi de 65,5 pontos. Comparando as médias de pontuações dos domínios das mulheres do presente estudo, a maior média se deu no domínio de autoavaliação, seguido do domínio psicológico e social. Em contraste, um estudo com puérperas do Piauí identificou médias superior nos domínios capacidade funcional, saúde mental, dor e estado geral de saúde (Ribeiro *et al.*, 2021).

No presente estudo a correlação dos domínios da QV com o escore total foi influenciada principalmente pelos domínios psicológico e ambiente. Tal fato pode ser justificado pela necessidade da lactante receber apoio familiar, comunitário, das mídias sociais e serviços de saúde para manter o aleitamento, bem como a oportunidade de adquirir novas informações a respeito, além da satisfação pessoal com a amamentação (Emidio *et al.*, 2020).

Ainda nesse contexto, a pior avaliação conferida pelas puérperas foi ao domínio físico, demonstrando que conforto, energia, sono e repouso, mobilidade, capacidade de trabalho e atividades da vida cotidiana avaliados, podem ser afetados no período pós-parto. Tais limitações podem impedi-las de realizar suas atividades diárias como normalmente faziam, como a fadiga pós-parto, que pode ser fator significativo que pode afetar a QV materna (Jeong; Nho; Kim; Kim, 2021).

Somado a isso, a qualidade do sono materno é essencial para manutenção do aleitamento, uma vez que o sono afeta positivamente a liberação de ocitocina e prolactina. Dessa maneira, a rede de apoio contribui para a segurança materna e para a manutenção do sono da mãe, o que possibilita a percepção da autoeficácia materna, fator crucial para o início e a continuidade da amamentação (Çankaya; Atas, 2023). Inserido na segurança materna e financeira, morar em domicílio próprio favorece a QV dessas lactantes, aspecto que corrobora com estudos que retratam nível socioeconômico e manutenção da amamentação (Holanda; Silva, 2022; Abuhammad, 2020).

Uma revisão sistemática com o objetivo de descrever a QV durante a gravidez não complicada e avaliar seus fatores sociodemográficos, físicos e psicológicos associados, apresentou que a ausência de problemas econômicos e estar empregada estiveram fortemente associados a uma melhor qualidade de vida em 15 dos 37 estudos incluídos na análise (Lagadec *et al.*, 2018).

Nesta pesquisa, constatou-se que a gravidez planejada, a gestação de risco habitual, a ausência de doenças gestacionais, a satisfação com a amamentação e não trabalhar fora estão associadas a uma melhor QV, estando de acordo com outros estudos e realidades (Mokhtaryan-Gilani *et al.*, 2022; Ribeiro *et al.*, 2021).

No que concerne a classificação de risco da gestação, a maioria das mulheres vivenciou uma gestação de risco habitual. A QV é afetada pela estratificação de gestação de alto risco quando comparada a gestação de risco habitual, reforçando a necessidade de planejamento e a prestação de uma assistência qualificada e promoção de saúde, promovendo uma qualidade de vida cada vez melhor (Castro et al., 2019).

Para as mulheres, a gestação possui diversos significados, relacionados tanto às necessidades quanto às possíveis intercorrências que possam surgir. Assim, os significados atribuídos por essas mulheres influenciam sua condição de saúde e o autocuidado. No entanto, a visão da gestação como uma experiência positiva para a mulher e sua família não reflete a realidade de muitas, mesmo entre aquelas que planejaram a gravidez e a amamentação. Gestantes e puérperas que enfrentam falhas no acompanhamento pré-natal, falta de suporte profissional, social e emocional estão mais vulneráveis a distúrbios psicológicos e dificuldade em manter atividades de cuidado e autocuidado, o que pode comprometer sua QV (Alves *et al.*, 2022; Barbeiro *et al.*, 2015).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, a adesão ao tratamento e a autoeficácia de pacientes que iniciaram o uso de anticoagulantes orais, comparando a participação em um programa educativo (Grupo Intervenção) com o recebimento de cuidados de rotina (Grupo Controle). Os resultados indicaram que o grupo intervenção apresentou melhor QV, maior adesão ao tratamento e maior autoeficácia, refletindo em menor ansiedade e depressão em comparação ao grupo controle. Dessa forma, a participação em grupos educativos contribui para melhor QV, autoeficácia do que cuidados de rotina (Pelegriño, 2013). Embora esse estudo não tenha sido realizado com mulheres em lactação, espera-se que os efeitos das atividades educativas sejam semelhantes.

Dessa maneira, é essencial que os profissionais de saúde se comprometam a abordar a amamentação desde o pré-natal, com o objetivo de promover a autoeficácia materna para amamentar. Isso reforça a importância de acompanhamento contínuo e ajustado durante o período puerperal, visando à melhoria da qualidade de vida das mulheres nessa fase.

## 6. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou avaliar a qualidade de vida de mulheres no puerpério em associação com a autoeficácia materna em amamentar. Evidenciando que a confiança materna para a amamentação não interferiu na QV dessas lactantes.

Nos domínios de qualidade de vida, verificou-se que a média do escore total foi de 65,5 pontos, a maior média se deu no domínio de autoavaliação com 76,7 pontos, seguido de psicológico com 66,7 pontos. Em relação ao escore da EA, a média de pontos foi de 51,4 e na classificação se configura como média autoeficácia.

Identificou-se que a maior qualidade de vida se deu entre aquelas que a gravidez foi planejada, teve gravidez classificada como risco habitual, não teve doença na gestação, o bebê se interessa pelo seio, está satisfeita com a amamentação, não trabalha fora e vai continuar amamentando enquanto trabalha.

Ao comparar o escore da escala de QV com as variáveis sociodemográficas, verificou-se diferença estatisticamente significativa do escore da escala de QV e as variáveis cor (p-valor=0,008), escolaridade (p-valor<0,001) e domicílio (p-valor<0,001), de modo que há diferença significativa entre as médias desses grupos, indicando maior qualidade de vida entre aqueles de raça amarela (M=16,3), da 1ª série do ensino médio (M=15,6) e reside no próprio domicílio.

Uma limitação deste estudo é que ele foi conduzido apenas em uma região do Nordeste, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras regiões, visto que, nosso país é amplo, diverso e multicultural. Além disso, o número de dias pós-parto das participantes pode ter influenciado as respostas, uma vez que diferentes períodos pós-parto podem afetar de maneira diversa a qualidade de vida e a autoeficácia materna.

Outra limitação foi uma baixa adesão de mulheres que estavam no puerpério mediato, pois essas tinham pouco interesse em responder a pesquisa, uma vez que se encontravam em uma fase de maior cansaço e estresse e dessa forma não disponibilizavam de tempo para destinar a participação. Também pode-se citar como dificuldade encontrada uma instabilidade na coleta de dados nos meses de dezembro a fevereiro, pois os serviços de algumas UAPS foram paralisados e concentraram-se em duas UAPS centrais de Redenção, no entanto, muitas mulheres não compareciam aos serviços de puericultura ou vacinação por dificuldade no acesso.

Sugere-se como futuros estudos a delimitação da pesquisa com foco no período do puerpério mediato, até mesmo em ambiente da maternidade, uma vez que essa fase apresenta

maiores desafios, devido à baixa adaptação à amamentação e a nova rotina, o que pode apresentar uma correlação significativa com a alteração da QV, no qual confrontaria o resultado do presente estudo.

## REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, Erika de Sá Vieira et al. Ansiedade materna e sua interferência na autoeficácia para amamentação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023. Disponível em: Acesso em: 11 mai. 2024.

ABUHAMMAD, Sawsan. Predictors of maternal parenting self-efficacy for infants and toddlers: A Jordanian study. **Plos One**, v. 15, n. 11, p. e0241585, nov. 2020. Disponível em: DOI: 10.1371/journal.pone.0241585. Acesso em: 09 mai. 2024.

AGUIAR, Carlos Clayton Torres *et al.* Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, Aug. 2008.

ANDRADE, Ana Clara Lemos et al. Os benefícios do aleitamento materno: uma revisão abrangente sobre a composição do leite materno, efeitos psicológicos em crianças e mães, facilitadores e barreiras na amamentação, políticas de promoção e desmame. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 05, p. 16770-16783, 2023.

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, 2012. 142 p. . 16770-16783, 2023.

ALYAHYA, Mohammad S et al. Do modern family planning methods impact women's quality of life? Jordanian women's perspective. **Health And Quality Of Life Outcomes**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-16, 15 out. 2019. Springer Science and Business 85 Media LLC. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1226-6>. Acesso em: 06 mai. 2024.

ALVES, Adriana Maria et al. Saúde materna, vulnerabilidade e vulneração: memórias de mulheres do nordeste brasileiro que vivenciaram a morte de perto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.220291>>. Acesso em: 10 mai. 2024.

BANDURA, Albert. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, v. 84, n. 2, p. 191, 1977.

BARBEIRO, Fernanda Morena dos Santos et al. Mortes fetais no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005568>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BARRETO, Bianca Leão. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 127-133, 26 abr. 2021. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709> | Acesso em: 12 jul. 2024.

BORGES, Marta Maria Souza et al. Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p. e20220279, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [publicação on-line]**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizesterapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

CALOU, Cinthia Gondim Pereira *et al.* Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. **Health And Quality Of Life Outcomes**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-10, 31 maio 2018. Springer Science and Business Media LLC.

CALOU, Cinthia Gondim Pereira *et al.* Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. **Health**, [s.l.], v. 06, n. 18, p.2375-2387, 2014. Scientific Research Publishing, Inc., <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.618273>.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 21 abril. 2019.

ÇANKAYA, Seyhan; ATAŞ, Aysenur. The relationship of psychological well-being and cognitive emotions with breastfeeding self-efficacy in mothers in the postpartum period. **Developmental Psychobiology**, v. 65, n. 3, p. e22371, abr. 2023. Disponível em: DOI: 10.1002/dev.22371. Acesso em: 10 mai. 2024.

CASTRO, Gisélia Gonçalves de et al. Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. **Aletheia**, [S.L.], v. 52, n. 1, p. 102-115, jan/jun. 2019. Even3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29327/226091>. Acesso em: 02 maio 2024.

CHIPOJOLA, Roselyn; DENNIS, Cindy-Lee; KUO, Shu-Yu. Psychometric Assessment of the Paternal Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: A Confirmatory Factor Analysis of Malawian Fathers. **Journal of Human Lactation**, v. 38, n. 1, p. 28-36, 2022.

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11208>

COUTINHO, Emília *et al.* Nurses- puerperal mothers interaction: searching for cultural care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 4, p.910-917, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0216>.

CONDELES, Paulo César *et al.* Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação. **Rev Rene**, [s.l.], v. 20, p.1-7, 20 ago. 2019. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041421>.

DENNIS, Cindy-Lee; FAUX, Sandra. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in nursing & health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DODT, Regina Cláudia Melo. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form (BSES-SF). 2008.

DODOU, Hilana Dayana et al. Efeitos de uma intervenção educativa por telefone no aleitamento materno: ensaio clínico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE01101, 2023.

DUARTE, Diego Andreazzi. Benefícios da amamentação. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 1, p. 001-001, 2019.

DEVINCENZI, Macarena Urrestarazu et al. O cuidado da mulher na amamentação: vivências e aprendizados. **Revista Ciência em Extensão**, v. 15, n. 4, p. 107-117, 2019.

EMIDIO, Suellen Cristina Dias et al. Conceptual and operational definition of nursing outcomes regarding the breastfeeding establishment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, p. e3259, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3007.3259>. Acesso em: 26 mai. 2024.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.33-38, 2000a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100004>. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2023.

FLECK, Marcelo Pa *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.178183, abr. 2000b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>.

GUIMARÃES, Carolina Maria de Sá *et al.* SELF-EFFICACY IN BREASTFEEDING AND FREITAS, Pedro Henrique Batista de *et al.* Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes da saúde e impacto na qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3884, 2023.

HOLANDA, Eliane Rolim; SILVA, Isabela Lemos. Fatores associados ao desmame precoce e padrão espacial do aleitamento materno em território na Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 22, n. 4, p. 803–812, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040005>. Acesso em: 14 mai. 2024.

NURSING PROFESSIONAL PRACTICE. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 4, 2018.

GERALDO, Catarina *et al.* Benefícios do aleitamento materno e a importância dos cuidados de enfermagem para a adesão à amamentação exclusiva. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 9, n. 1, p. 6-21, 2023.

GROUP, The Whoqol. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 41, n. 10, p.1403-1409, nov. 1995. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).

GRANIERI, Monize Schwartz; MELO, Andressa Gomes; MUSSARELLI, Yonara Franco.

DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO EM MÃES ADOLESCENTES. **Revista Faculdades do Saber**, v. 7, n. 14, p. 1089-1098, 2022.

GROUP, The Whoqol. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.551558, maio 1998. Cambridge University Press (CUP).

GUIMARÃES, Nara Moraes; FREITAS, Valéria Cristina de Souza; SENZI, Christina Galbiati de; GIL, Guilherme Trojillo; LIMA, Leonice Domingos dos S. Cintra; FRIAS, Danila Fernanda Rodrigues. PARTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO: prevalência e perfil das parturientes / childbirths under the unified health system (sus) of brazil. **Brazilian**

**Journal Of Development**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 11942-11958, fev. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>. Acesso em: 21 mai. 2024.

JAVORSKI, Marly et al. Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

JEONG, Yu-Jeong; NHO, Ju-Hee; KIM, Hye Young; KIM, Ji Young. Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 2988, 14 mar. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18062988>. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18062988>. Acesso em: 05 jul. 2021.

KOYUCU, Refika Genç; KARACA, Pelin Palas. The Covid 19 outbreak: maternal mental health and associated factors. **Midwifery**, [S.L.], v. 99, p. 103013, ago. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103013>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103013>. Acesso em: 06 mai. 2024.

KYROU, Maria. Mode of delivery and traumatic birth experience: The role of the midwife. **European Journal of Midwifery**, v. 4, 2020.

MACIEL, Luciana Pessoa et al. Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion / transtorno mental no puerpério. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1096-1102, 1 jul. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>. Acesso em: 05 maio 2024.

MARCATO, Kelli Cristina Daniel; LEITE, Maria Fernanda. Dificuldades emocionais maternas no puerpério em primigestas: estudo de corte transversal. **Rev. Salusvita (Online)**, v. 9, n. 2, p. 457-75, 2021.

MARGOTTI, Edficher; MARGOTTI, Willian. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 860-871, 2017.

MARTÍNEZ-GALIANO, Juan; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Antonio; RODRÍGUEZALMAGRO, Julián; DELGADO-RODRÍGUEZ, Miguel. Quality of Life of Women after Giving Birth: associated factors related with the birth process. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 324, 7 mar. 2019. MDPI AG.. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm8030324>. Acesso em: 07 mai. 2024.

MENDES, Sara Cavalcanti et al. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1821-1829, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Data da Publicação: 06/02/2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 21 abril. 2019.

MOKHTARYAN-GILANI, Tahereh et al. The Maternal Postpartum Quality of Life Instrument (MPQOL-I): development and psychometric evaluation in an exploratory sequential mixed-method study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 576, 2022. Disponível em: DOI:10.1186/s12884-022-04900-y. Acesso em: 01 jun. 2024.

NARDI, Adriana Ludke et al. Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1445-1462, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.20382018>. Acesso em: 14 mai. 2024.

NASCIMENTO, Ana Maria Resende et al. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família no incentivo ao aleitamento materno durante o período pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 21, p. e667-e667, 2019.

OLIVEIRA, Isabella Beatriz Barbosa et al. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. **Journal of advanced nursing**, v. 73, n. 2, p. 323-335, 2017.

OLIVEIRA, Mirna Fontenele de *et al.* Maternal Predictors for Quality of Life during the Postpartum in Brazilian Mothers. **Health**, [s.l.], v. 07, n. 03, p.371-380, 2015.

OLIVER-ROIG, Antoni et al. The Spanish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: reliability and validity assessment. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 2, p. 169-173, 2012.

ORÍÁ, Mônica OB et al. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 6, p. 574-583, 2009.

ORÍÁ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbora. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta paul enferm.**, v. 23, n. 2, p. 230-8,

2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200013>. Acesso em: 10 mai. 2024.

PARENTE, Kelle Maria Tomais et al. Aleitamento materno: benefícios para lactentes e nutrizes. **Peer Review**, v. 5, n. 4, p. 183-187, 2023.

PELEGRINO, Flávia Martinelli. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e autoeficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25092013-162457/en.php>. Acesso em: 31 mai. 2024.

PITILIN, Érica de Brito et al. Fatores associados à autoeficácia da amamentação segundo os tipos de mamilos. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

QUEIROZ, Viviane de Cordeiro et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre aleitamento materno entre puérperas em alojamento conjunto. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 11, 2021. Disponível em: DOI: 10.19175/recom.v11i0.4162. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4162>. Acesso em: 15 maio. 2024.

REZENDE, Letícia Rodrigues et al. O impacto da amamentação na saúde infantil: benefícios e desafios. In: SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO: NOVOS PARADIGMAS. **Editora Científica Digital**, 2024. p. 159-167.

RIBEIRO, Samila Gomes et al. Fatores que interferem na qualidade de vida relacionada à saúde de puérperas do nordeste brasileiro. **Texto contexto – Enferm.**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0009>. Acesso em: 02 jun. 2024.

RODRIGUES-CÂMARA, Cátia Cilene. MATERNIDADE E ESPIRITUALIDADE: ASPECTOS SIMBÓLICOS. **PARALELLUS Revista de Estudos de Religião - UNICAP**, Recife-PE, v. 6, n. 13, p. 467-494, fev. 2016. ISSN 2178-8162. Disponível em: . Acesso em: 21 mai. 2024. doi:<https://doi.org/10.25247/paralellus.2015.v6n13.pp.467-494>.

- ROCHA, Márcia Daniela Lopes; GONÇALVES, Gláucia dos Santos Athayde. Hábitos de sucção não nutritiva em Odontopediatria. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 1, n. 2, 2020.
- ROGERSON, Robert J.. Environmental and health-related quality of life: Conceptual and methodological similarities. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 41, n. 10, p.1373- 1382, nov. 1995. Elsevier BV.
- ROCHA, Isabela Silva et al. Influence of maternal confidence on exclusive breastfeeding until six months of age: a systematic review. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 3609-3619, 2018.
- RUIDIAZ-GÓMEZ, Keydis Sulay; CACANTE-CABALLERO, Jasmin Viviana. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. **Revista Ciencia y cuidado**, v. 18, n. 3, p. 86-99, 2021.
- SALVETTI, Marina de Góes; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 135-140, 2007.
- SCHULZ, Sandra Maria et al. Influência da educação em saúde na autoeficácia em amamentar: estudo quase experimental. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 34, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35995>. Acesso em: 12 maio. 2024.
- SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580588, abr. 2004.
- SILVA, Ítalo Cabral de Barros et al. Desenvolvimento do sistema estomatognático durante a vida intrauterina: revisão de literatura. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo (Online)**, p. 47-56, 2019.
- SILVA, Isaías Eduardo et al. A importância do enfermeiro no aleitamento materno exclusivo para a evolução da criança. **Revista brasileira interdisciplinar de saúde**, 2020.
- SILVA, Ilca Pereira Prado; LOPES, Izailza Matos Dantas. Estudo comparativo sobre o Aleitamento Materno na realidade da pandemia de COVID-19 em Hospital Amigo da Criança no Nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e50111637976e50111637976, 2022.
- SILVA, Sarah Gazarra Ferreira et al. Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 3, p. 416426, 2020.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa *et al.* Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 3, p.390-397, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004912>.

SILVA, Yuri José Almeida *et al.* Dificuldades no aleitamento materno na maternidade da fundação santa casa de misericórdia do Pará e o apoio do banco de leite. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 5, p. e292-e292, 2019.

SILVA, Flávia Teixeira Ribeiro da *et al.* Prevalence and factors associated with the use of drugs of abuse by pregnant women. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 1101-1107, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000400010>. Acesso em: 12 mai. 2024 SILVESTREIN, Sonia; BURIOL, Viviane Costa de Souza; SILVA, Clécio Homrich da;

GOLDANI, Marcelo Zubaran. Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras - 1996 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 1-11, 19 fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00039217>. Acesso em: 14 mai. 2024.

SIMÕES, Milena de Oliveira *et al.* Qualidade de Vida de Jovens Após a Maternidade Na Adolescência, Sul do Brasil. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 11, n. 1, 2023.

SOUZA, Rayany Cristina de *et al.* The possible mediating relationship promoted by the self-efficacy of breastfeeding associated with the Kangaroo Method on indicators of exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v. 98, p. 540-544, 2022.

SOUZA, Maressa Lo Bianco *et al.* Avaliação da autoeficácia na amamentação de puérperas. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020.

SOUZA, Maressa Lo Bianco *et al.* Avaliação da autoeficácia na amamentação em puérperas. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 153-157, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1771>. Acesso em: 11 mai. 2024.

TARAWNEH, Tamador Al; SHOQIRAT, Noordeen; ALMALIK, Mona. “Being relieved and puzzled”: a qualitative study of first time fathers’ experiences postpartum in Jordan. **Women And Birth**, [S.L.], v. 33, n. 4, p. 320-325, jul. 2020. Elsevier BV.. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.006>. Acesso em: 07 mai. 2024.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND [homepage on the Internet]. Infant and young child feeding. Geneva: WHO ; 2018 [cited 2023 may 21]. Available from:

<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: WHO; 2017 [cited 2023 may 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constitution of the World Health Organization. New York, 22 July 1946. Disponível em:

<<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em: 21 abril 2023.

YAZDANPANA, Farahnaz et al. Aplicação da teoria ampliada do comportamento planejado para prever a intenção de amamentação exclusiva em gestantes nulíparas. Um estudo transversal. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 40, n. 2, 2022.

ZACCARON, Rafael et al. Estudo piloto: um processo importante de adaptação e refinamento para uma pesquisa quase experimental em aquisição de L2. **Revista do GELNE**, v. 20, n. 1, p. 30-41, 2018.

## **7. APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Olá! Meu nome é Gabrielle Santiago Ribeiro e sou aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR”.

Esta pesquisa tem como objetivo verificar a associação entre a qualidade de vida e a autoeficácia em amamentar no período pós-parto. Sua participação na pesquisa será através de três (3) instrumentos que serão respondidos por você por meio de entrevista, caso aceite contribuir com o estudo. A entrevista abordará dados pessoais sobre sua qualidade de vida, dados sobre a sua percepção acerca da sua capacidade em amamentar e dados sobre suas condições sociodemográficas e sua história obstétrica.

A participação é de caráter voluntário e você possui liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, suspendendo sua participação, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Os dados serão analisados conforme permissão das entrevistadas. O tempo de aplicação dos instrumentos pode variar de 15 a 20 minutos, dependendo do tempo que cada entrevistada pode levar para respondê-los.

Os instrumentos são apresentados em questões que devem ser assinaladas pela pesquisadora de acordo com sua resposta. Não haverá pagamento por participar. É necessário que seu bebê tenha até 6 meses de vida e esteja sendo amamentado.

Os riscos de sua participação no estudo são praticamente nulos, embora possa haver algum constrangimento ao revelar pensamentos e sentimentos, por responder a questões sensíveis ou tomar o seu tempo ao responder a entrevista.

Garanto sigilo e privacidade em sua participação e posterior divulgação científica, seus dados pessoais e qualquer outra informação fornecida por você serão confidenciais, sendo acessíveis apenas aos pesquisadores, cabendo a estes cumprir todas as exigências da pesquisa.

Deste modo, sua participação é de grande valia para nossa pesquisa.

---

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com: Pesquisadora responsável: Gabrielle Santiago Ribeiro, (85)996203963, e-mail: [gabriellesantiago39@gmail.com](mailto:gabriellesantiago39@gmail.com) e para obter informações sobre os seus direitos, relativos aos aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco

D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: [cep@unilab.edu.br](mailto:cep@unilab.edu.br); ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

Você terá acesso à segunda via deste documento. No qual será entregue pela pesquisadora, para posterior consulta aos seus direitos.

Sua participação no estudo é de livre e espontânea. Para continuar, você precisará escolher uma das opções abaixo:

“Sim, eu concordo em participar da pesquisa”

“Não, eu não concordo em participar da pesquisa”

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E OBSTÉTRICO

Olá! Estas perguntas tem o objetivo de saber se você possui o perfil para participar do estudo:

- Sou maior de 18 anos  
 Utilizo os serviços da UAPS de Redenção  
 Estou amamentando

Seu bebê está junto com você?  Sim  Não

*Se não:*

- Bebê internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)  
 Bebê internado na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) Bebê  
 falecido  
 Possuo alguma doença que impeça a amamentação  
 Possuo alguma limitação física que impeça a amamentação

Primeiro, vamos conhecer mais sobre você:

### 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Cidade: \_\_\_\_\_

1.3 Qual sua idade? (*Resposta em números*)

\_\_\_\_\_

1.4 Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia...

- Parda  
 Branca  
 Amarela  
 Negra  
 Indígena

Indígena

1.5 Qual a sua situação conjugal?

- Solteira  
 Casada ou vive junto  
 Separada ou divorciada  
 Viúva

1.6 Qual sua ocupação?

1.7 Qual a sua escolaridade? (*Marcar apenas uma opção*).

- 1ª ano do ensino fundamental;
- 2ª ano do ensino fundamental;
- 3ª ano do ensino fundamental;
- 4ª ano do ensino fundamental;
- 5ª ano do ensino fundamental;
- 6ª ano do ensino fundamental;
- 7ª ano do ensino fundamental;
- 8ª ano do ensino fundamental;
- 9ª ano do ensino fundamental;
- 1ª série do ensino Médio;
- 2ª série do ensino Médio;
- 3ª série do ensino Médio;
- Ensino Superior Completo;
- Ensino Superior Incompleto;

1.8 Qual sua religião: \_\_\_\_\_

1.9 Você costuma ir às reuniões religiosas?

- Não
- Sim

1.10 Tipo de domicílio que você reside:

- Próprio
- Alugado
- Compartilhado
- Cedida

1.11 Com quem você mora?

- Sozinha
- Com seu companheiro
- Com seu companheiro e seu(s) filho(s)
- Com seus familiares

1.12 Qual o número de pessoas que moram no seu domicílio, incluindo você? (Resposta em números). \_\_\_\_\_

1.13 Qual a renda familiar? (renda adquirida mensalmente por todos os moradores da casa)

Menor que um salário mínimo

- Um salário mínimo
- Dois salários mínimos
- Três salários mínimos
- Mais de três salários mínimos

## 2- DADOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS

2.1 Com quantos dias após o parto você está? (*Resposta em números*)

\_\_\_\_\_

2.2 Qual o tipo de parto da última gestação (mais recente):

- Parto normal com corte
- Parto normal sem corte mas rasgou e levou pontos
- Parto normal sem pontos
- Parto com uso de fórceps
- Parto cesariana

2.3 Quem fez o parto?

- Médico
- Enfermeiro
- Não sei

2.4 Atualmente, você está amamentando?

- Sim
- Não

2.5 Você pretende amamentar durante os seis primeiro meses?

- Sim
- Não

2.6 Teve algum problema durante o parto?

- Não
- Sim

2.6.1 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

2.7 Qual o peso do seu bebê ao nascer: *(Resposta em números)*

\_\_\_\_\_

2.8 Alguém ajudou ou está ajudando você com os cuidados do bebê?

- Não
- Sim

2.8.1 Se sim, quem? \_\_\_\_\_

2.9 Quantas vezes você já engravidou? *(Resposta em números)*

\_\_\_\_\_

2.10 Você tem quantos filhos vivos? *(Resposta em números)*

\_\_\_\_\_

2.11 Você já teve algum aborto?

- Nenhum
- 1  2
- 3 ou mais

2.12 Qual era o seu peso antes de engravidar? *(Resposta em números)*

\_\_\_\_\_  Não sei

2.13 Peso atual:

\_\_\_\_\_

2.14 Qual sua altura? *(Resposta em números)*

\_\_\_\_\_

2.15 Você tinha algum problema de saúde antes dessa última gestação?

Não

Sim

2.15.1 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

2.16 Essa sua última gravidez foi planejada?  Não

Sim

2.16.1 Se não, depois de saber você aceitou bem a sua gravidez?  Não  Sim

2.17 Com quantas semanas gestacionais você teve sua primeira consulta de pré-natal? (Resposta em números)

\_\_\_\_\_ semanas

Não sei

2.18 No total, quantas consultas pré-natal você teve? (Resposta em números)

\_\_\_\_\_

Não sei

2.19 Qual foi sua classificação de risco da sua gestação?

Baixo risco

Alto risco

Não sei

2.20 Qual profissional realizou seu pré-natal?

Médico

Enfermeiro

Médico e enfermeiro

2.21 Você utilizou medicação antidepressiva durante a gestação?  Não

Sim

2.22 Você tomou bebidas alcoólicas durante a gestação?

Não

Sim

2.22.1 Se sim, com que frequência?

Nunca

Raramente

Poucas vezes

Às vezes

Quase sempre

Sempre

2.23 Você fuma?

Não

Sim

2.23.1 Se sim, com que frequência?

Nunca

Raramente

Poucas vezes

Às vezes

Quase sempre

Sempre

2.24 Você usou alguma droga ilícita durante a gestação?

- Não
- Sim

2. 24.1 Se sim, com que frequência?

- Nunca
- Raramente
- Poucas vezes
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

2.25 Teve alguma doença durante a sua última gestação?

- Não
- Sim

3. 2.25.1 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

### 3- DADOS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

3.1 As mamas encontram-se:

- Flácidas
- Túrgidas
- Engurgitadas

3.2 Aspecto dos mamilos:

- Falso invertido
- Invertido
- Planos
- Protuso

3.3 Quando o bebê suga você percebe sinais da saída do leite (fisgada ou vazamento)?  Sim

- Não

3.4 Como o bebê se comporta quando é levado ao seio?

- Fica irritado e chora
- Não se interessa pelo seio
- Aceita bem a mama, mama toda hora Outro:

3.5 Quantas vezes você amamenta seu bebê por dia? (Resposta em números) \_\_\_\_\_ Vezes

3.6 Você está satisfeita com a amamentação?

- Sim
- Não

3.7 Se não, por qual motivo?

- Porque sinto desconforto e dor ao amamentar (
- Porque sinto que meu bebê não fica satisfeito
- Porque tenho que acordar muitas vezes para amamentar
- Porque não poderei sair sem o bebê para trabalhar ou outras atividades

3.8 Você pretende amamentar seu filho por quanto tempo? (Resposta em números) \_\_\_\_\_ meses

3.9 Você pretende trabalhar fora de casa?

- Sim
- Não

3.10 Se sim após quanto tempo (em meses) você pretende voltar? (*Resposta em números*) \_\_\_\_\_ meses

3.11 Quando você voltar a trabalhar pretende continuar amamentando? ( ) Sim  
( ) Não

3.12 No retorno ao trabalho você terá rede de apoio (pessoa para ficar com o bebê)? Se sim, quem?

## 8. ANEXOS

### ANEXO I- ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. não existe resposta certa ou errada.

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se meu bebê está pegando o meu peito direitinho durante toda mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
13. Eu sempre consigo adequar minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

## ANEXO II- – Instrumento abreviado *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões.

Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as suas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque o número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
<b>1</b>	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<b>2</b>	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<b>3</b>	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
<b>4</b>	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
<b>5</b>	O quanto você aproveita a vida?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
<b>6</b>	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
<b>7</b>	O quanto você consegue se concentrar?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
<b>8</b>	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
<b>9</b>	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	[ ]1	[ ]2	[ ]3	[ ]4	[ ]5

Muito obrigada pela sua contribuição!

