**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ILVA MARICO MIZUMOTO ARAGAKI

**AVALIAÇÃO E PERCEPÇÃO DE NUTRIZES ACERCA DE SUA
QUALIDADE DE VIDA**

**SÃO PAULO
2008**

ILVA MARICO MIZUMOTO ARAGAKI

**AVALIAÇÃO E PERCEPÇÃO DE NUTRIZES ACERCA DE SUA
QUALIDADE DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem na Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
Título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva

SÃO PAULO
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Aragaki, Ilva Marico Mizumoto.

Avaliação e percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida. / Ilva Marico Mizumoto Aragaki. – São Paulo, 2008.

137 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva

1. Aleitamento materno 2. Maternidade 3. Qualidade de vida
4. Assistência de Enfermagem

I. Título

Nome: Ilva Marico Mizumoto Aragaki

Título: Avaliação e percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem na Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
Título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICO ESTE ESTUDO

Ao Édison, sempre presente ao meu lado, muitas vezes, abrindo mão de seus sonhos pessoais, compartilhando o cuidado com nossos filhos, atencioso e dedicado, apoiando o meu crescer enquanto mulher, mãe e profissional.

Aos meus amados filhos, Thales e Caroline, razões da minha vida, por vocês a vida é muito mais alegre e tem muito mais sentido.

À memória da minha querida e amada mãe Paula Haruko, mulher guerreira e batalhadora que muito me ensinou.

Ao meu pai Massar, por seu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva, por compartilhar sua sabedoria, sempre me orientando com dedicação e segurança, incentivando-me a cada passo dado, demonstrando confiança na minha trajetória acadêmica.

À Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro e à Prof.^a Dr.^a Lícia Barcelos de Souza, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos professores da Pós-graduação da Escola de Enfermagem da USP que contribuíram para a minha formação.

À Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone Gaidzinski, Diretora do Departamento de Enfermagem do HU-USP, pelo incentivo e apoio, com quem muito tenho aprendido sobre gerenciamento em enfermagem.

À Alda Valéria Neves Soares Gomes, Diretora da Divisão Materno-Infantil do HU-USP, companheira e amiga sempre compreensiva, incentivando e apoiando a minha trajetória profissional.

À Chang, Chefe de Seção da Unidade de Centro Obstétrico, Eliete, Chefe de Seção da Unidade Neonatal, Telma, Chefe de Seção da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal e Nanci, Chefe de Seção da Unidade de Pediatria do HU-USP, companheiras e amigas da Divisão Materno-Infantil pelo incentivo e apoio.

Às Enfermeiras da Unidade de Alojamento Conjunto: Adriana, Ana Paula, Atsuko, Caterina, Cleusa, Edilene, Gilcéria, Márcia, Suzete e Vanessa, companheiras e amigas, pela colaboração, incentivo e apoio demonstrados.

Às funcionárias da Unidade de Alojamento Conjunto do HU-USP, companheiras e amigas, pelo incentivo e apoio.

Aos inúmeros amigos do HU-USP, pelo incentivo e apoio.

À Érika, Fabiana, Jeanine e demais colegas do Núcleo de Estudos em Pesquisa para o Aleitamento Materno- NEPAL, pelas oportunidades de reflexão.

Ao Dr. Rubens Kon, à Enfermeira Reneide Ramos e aos funcionários do Centro de Saúde Escola Samuel Barnesley Souza, pelo acolhimento e atenção recebidos durante a coleta de dados deste estudo.

À querida Gil, mais uma vez, pela parceria na coleta dos dados e transcrição das entrevistas.

Ao Clóvis Arlindo de Souza, pela disponibilidade e atenção na realização do tratamento estatístico deste estudo.

À Nadir Aparecida Lopes, pela revisão das referências bibliográficas.

Às funcionárias do Serviço de Pós-graduação, Silvana, Tieko, Deise, pela disponibilidade e atenção.

Ao Rafael Salla, pela colaboração, disponibilidade e atenção.

À professora Joana D'arc da Silva Costa, pela revisão do texto em língua portuguesa.

Ao Thales, pela tradução dos resumos deste trabalho.

Aos meus sogros José e Diva Aragaki, pelo carinho e incentivo.

À minha irmã Vivian, meu cunhado Alexandre e ao querido sobrinho Bruno, pelo carinho e incentivo.

Aos meus cunhados Sérgio, Eduardo, Roberto, Cristina e ao querido sobrinho André, pelo carinho e incentivo.

A todos os meus familiares e amigos, pelo carinho e incentivo.

Às puérperas e seus bebês, pela valiosa contribuição na realização deste estudo, por quem tenho o compromisso de realizar uma assistência de enfermagem humanizada e de qualidade.

A Deus, pela presença constante em todos os momentos da minha vida.

Muito obrigada!

Anne Marie Oborn

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.*

Cora Coralina

Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, 1989. Habilitação em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem da USP, 1990. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem da USP, 1996. Mestre em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem da USP, 2002. Doutoranda em Enfermagem pelo programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos *Campi* São Paulo e Ribeirão Preto da USP, desde 2004. Enfermeira da Unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU-USP, desde 1990 e atualmente Enfermeira Chefe de Seção da Unidade de Alojamento Conjunto do HU-USP, desde 2005.

E-mail: ilva@hu.usp.br

Aragaki, IMM. Avaliação e percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Na prática da assistência de enfermagem à nutriz, percebe-se inúmeras queixas no que concerne ao desgaste físico e emocional e dificuldades para a manutenção da amamentação, entretanto há sentimentos de alegria ou satisfação com a maternidade, o que nos leva a questionar a percepção de qualidade de vida (QV) que as mulheres têm quando estão em fase de aleitamento materno. Este estudo teve como objetivos compreender a percepção de nutrizes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Paulo, acerca de sua QV; relacionar a QV das nutrizes com o tipo de aleitamento materno que praticam para seus filhos, relacionar a QV das nutrizes com suas características sociodemográficas; identificar os elementos objetivos e subjetivos presentes na construção da percepção e avaliação das nutrizes acerca de sua QV. Adotamos a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa de pesquisa. O estudo foi realizado em uma unidade básica do município de São Paulo com a participação de 202 nutrizes que responderam ao Instrumento de Avaliação de QV (WHOQOL-bref), seguidas pela realização de perguntas abertas e entrevista que possibilitou a interpretação da realidade das mulheres acerca de sua QV. Os dados foram organizados segundo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Quanto à avaliação da QV, as nutrizes apresentaram o escore médio igual a 74,8 para a Qualidade de Vida Geral; 70,8 para o domínio Relações Sociais; 61,9 para o domínio Psicológico; 61,8 para o domínio Físico e 54,3 para o domínio Meio Ambiente. Ao relacionar os domínios de qualidade de vida com os fatores sociodemográficos, observamos que para os domínios Psicológico e Relações Sociais foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QV de mães de crianças prematuras e as de termo, sendo que as mães de prematuros apresentaram menores escores em ambos os domínios. Em relação ao domínio Meio Ambiente, houve associação estatisticamente significativa quanto à escolaridade e à renda familiar, sendo o maior escore atribuído pelas mulheres com mais anos de estudo e também, pelas mulheres com maior renda. Quanto ao tipo de aleitamento materno, as mães com maiores escores de QV praticavam o aleitamento materno para seus filhos, com exceção do domínio relações sociais para o qual as mães, que apresentaram os maiores escores de avaliação de QV, praticavam o aleitamento predominante. As nutrizes, ao descreverem o que é QV, utilizam os elementos objetivos e subjetivos como qualificadores para a sua experiência de vida. Com base nas expressões das mulheres, foi possível construir um DSC, o qual denominamos de Maternidade e Aleitamento Materno, que reiterou a visão obtida pelos demais resultados deste estudo, sobre a necessidade de construção de instrumentos próprios para a avaliação da QV das nutrizes. Mediante os resultados, consideramos que o planejamento de uma assistência de enfermagem acerca da amamentação desde o pré-natal, que incentive principalmente a participação do companheiro no cuidado com a criança e promova o preparo da família para apoiar a nutriz, certamente levará a uma melhor condição de vivenciar o processo da maternidade e de amamentação, influenciando em sua percepção acerca de sua QV.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Maternidade; Qualidade de Vida, Assistência de Enfermagem.

Aragaki, IMM. Nursing mothers' assessment and perception about their quality of life [Thesis]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

In the nursing assistance to the nursing mothers, there is much complaining about physical and emotional distress to maintain the breastfeeding, however, there are happiness and satisfaction feelings regarding the maternity, which make us question the perception of the Quality Of Life (QL) that the women show when they are breastfeeding. The objectives are: understand the nursing mother's perception of QL, who were seen at a Primary Health Care Clinic in São Paulo; identify and analyze the nursing mother's conception of their QL; value their QL; connect their QL to their social economic profile; connect their QL to the kind of breastfeeding. To this study, it was used different strategies on data collection, integrating techniques to the quantitative and qualitative approach, searching for their interfaces. 202 mothers answered to the 26 questions of the Instrument of QL (WHOQOL-bref). After each question, it was asked the reason of each answer, in order to identify the hidden points, which could explain and support the interpretation of the women's reality about their QL. The data was organized according to the purpose of Collective Subjective. About the quality of life, the mothers scored 74.8 to the general quality of life; 70.8 to the social relationships domain; 61.9 to the psychological domain; 61.8 to the physical domain and 54.3 to the environment domain. We observed that was found a statistically significant difference between the averages of QL in the Psychological and Social Relation domains, in which the mothers of preterm children shown lower scores in both domains. Connecting the quality of life and the social economic factors, it was found a great difference between women who had preterm infants and no preterm infants in the social relationships domain. The same in the psychological domain. About the environment domain, the schooling and the familiar monthly income shown a significant relation, this way, women with higher schooling have more job opportunities and better economical condition. There wasn't found a relation between the kind of breastfeeding and the quality of life, however, the higher scores in the quality of life evaluation shown the breastfeeding as the kind of breastfeeding adopted in all domains but social relationship domain, which connected the predominant breastfeeding with the quality of life higher score. The nursing mothers, describing what is QL, use the objective and subjective elements as qualifiers to their life's experience. From the women's expression, it was possible to build a Collective Subjective Discourses, that we called as Maternity and Breastfeeding, which corrected the view obtained from the other results of this study, about the necessity of building proprietary tools to the evaluation of QL. From the results, we considered that the planning of a nursing assistance to the breastfeeding since the prenatal, which should encourage mainly the involving of the partner in the child's care and the preparation of the family to support the nursing mother, surely will take them to a better condition to live the maternity and breastfeeding process, improving their perception about their QL.

Key words: Breastfeeding; Maternity; Quality of Life; Nursing Assistance.

Aragaki, IMM. Evolución y percepción de las nutrices acerca de su calidad de vida [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMEN

En la práctica de asistencia de enfermería a las nutrices, se percibe muchas reclamaciones sobre desgaste físico y emocional y dificultades para mantener el alentamiento, pero hay sentimientos de satisfacción y alegría con la maternidad, que nos lleva a cuestionar la percepción de calidad de vida (CV) de las mujeres en fase de alentamiento materno. Los objetivos son: entender la percepción de las nutrices atendidas en una Unidad Básica de Salud, en el municipio de São Paulo, sobre su CV; identificar y describir la concepción que las mujeres hacen de su CV; testar la CV de las mujeres; relacionar la CV de las mujeres con su perfil socioeconómico; relacionar la CV de las nutrices con el tipo de lactancia materna. Para ese estudio, proponemos la utilización de diferentes estrategias de coleta de datos, integrando técnicas para el abordaje cuantitativa y cualitativa de la pesquisa, buscando sus interfaces. Participaron del estudio 202 nutrices que contestaran las 26 cuestiones del Instrumento de Evaluación de CV (WHOQOL-bref). Después de cada cuestión, fue indagada la razón de cada respuesta dada, con el objetivo de descubrir las cuestiones de fondo que posibilitaran explicar y subsidiar la interpretación de la realidad de las mujeres sobre su CV. Los datos fueron organizados según la proposición del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Quanto al teste de CV, las nutrices presentaron el escore medio de 74,8 para la calidad de vida general; 70,8 para el dominio relaciones sociales; 61,9 para el dominio psicológico; 61,8 para el dominio físico y 54,3 para el dominio medio-ambiente. Al relacionar los dominios de CV con los factores socioeconómicos, fue encontrada diferencia estadísticamente significativa para las mujeres que tuvieron niños prematuros en el dominio relaciones sociales, en comparación con las mujeres con niños no prematuros. En el dominio psicológico, también fue encontrada diferencia significativa para las nutrices que tuvieron niños prematuros en comparación con las nutrices con niños no prematuros. En relación con el dominio medio-ambiente, la escolaridad y la renda familiar presentaron relación estadísticamente significativa, así, mujeres con mayor escolaridad tienen más oportunidades de empleo y mejores condiciones económicas. Quanto al tipo de lactancia materna y la CV, no fue encontrada ninguna relación estadística, pero los mayores escores de CV indicaron la lactancia materna como el tipo de lactancia adoptada en todos los dominios, excepto el dominio relaciones sociales que asoció el lactancia predominante con el mayor escore de CV. La mujer, al describir lo que es la CV, utiliza los elementos subjetivos y objetivos como calificadores para su experiencia de vida. A partir de las expresiones de las mujeres, fue posible crear un DSC, que llamamos de Maternidad y Alentamiento Materno, que corrigió la visión obtenida por los demás resultados de este estudio, sobre la necesidad de crear instrumentos propios para la evaluación de la CV de las nutrices. A partir de los resultados, consideramos que el planeamiento de una asistencia de enfermería sobre el alentamiento desde el prenatal, que incentive principalmente la participación del hombre en el cuidado del niño y el preparo de la familia para ayudar la mujer, con certeza llevará a una mejor condición de vivenciar el proceso de la maternidad y del alentamiento, influyendo en su percepción acerca de su CV.

Palabras-clave: Alentamiento materno; Maternidad; Calidad de Vida; Asistencia de Enfermería.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1- Distribuição das 202 nutrizes segundo a idade. São Paulo, 2007.....	36
Tabela 2- Distribuição das 202 nutrizes segundo a escolaridade. São Paulo, 2007.....	37
Tabela 3- Distribuição das 96 nutrizes segundo o tipo de ocupação. São Paulo, 2007.....	38
Tabela 4- Distribuição das 96 nutrizes que exercem atividade extralar segundo o direito à licença-maternidade. São Paulo, 2007.....	39
Tabela 5- Distribuição das 202 nutrizes segundo a paridade. São Paulo, 2007.....	40
Tabela 6- Distribuição das 202 nutrizes segundo o tipo de parto. São Paulo, 2007.....	42
Tabela 7- Distribuição das 202 nutrizes quanto ao local de realização do pré-natal. São Paulo, 2007.....	42
Tabela 8- Distribuição das 202 nutrizes quanto ao início das consultas do pré-natal. São Paulo, 2007.....	43
Tabela 9- Distribuição das 202 nutrizes quanto ao local do parto. São Paulo, 2007.....	44
Tabela 10- Distribuição das 202 nutrizes quanto ao fato residirem com o companheiro. São Paulo, 2007.....	45
Tabela 11- Distribuição das 202 nutrizes quanto à renda familiar em salário mínimos. São Paulo, 2007.....	46
Tabela 12- Distribuição das 202 crianças segundo a idade no momento da entrevista. São Paulo, 2007.....	46
Tabela 13- Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a idade da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007.....	49
Tabela 14- Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a escolaridade da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007.....	52

Tabela 15-	Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a atividade extraluar da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007.....	55
Tabela 16-	Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a paridade da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007	56
Tabela 17-	Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo o fato da nutriz residir com o companheiro e a idade da criança. São Paulo, 2007.....	57
Tabela 18-	Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a renda familiar e a idade da criança. São Paulo, 2007.....	59
Tabela 19-	Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas, as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-Bref para o domínio Físico. São Paulo, 2007.....	68
Tabela 20-	Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas, as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-Bref para o domínio Psicológico. São Paulo, 2007.....	71
Tabela 21-	Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas, as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-Bref para o domínio Relações Sociais. São Paulo, 2007.....	74
Tabela 22-	Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas, as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-Bref para o domínio Meio Ambiente. São Paulo, 2007.....	76

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1- Relações das questões do WHOQOL-bref e seus domínios....	27
Quadro 2- Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios e questões do WHOQOL-bref. São Paulo, 2007.....	61
Quadro 3- Distribuição das medidas resumo do WHOQOL-Bref. São Paulo, 2007.....	62
Quadro 4- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto às perguntas relacionadas ao domínio Físico. São Paulo, 2007...	87
Quadro 5- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto às perguntas relacionadas ao domínio Psicológico. São Paulo, 2007	91
Quadro 6- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto às perguntas relacionadas ao domínio Relações Sociais. São Paulo, 2007	95
Quadro 7- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto às perguntas relacionadas ao domínio Meio Ambiente. São Paulo, 2007	100

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1- Distribuição da prematuridade das crianças quanto à média de valores do domínio Psicológico. São Paulo, 2007.....	131
Gráfico 2- Distribuição da prematuridade das crianças quanto à média de valores do domínio Relações Sociais. São Paulo, 2007.....	131
Gráfico 3- Distribuição da renda familiar das nutrizes quanto à média de valores do domínio Meio Ambiente. São Paulo, 2007.....	132
Gráfico 4- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto à pergunta: Como você avaliaria a sua qualidade de vida? (questão 1). São Paulo, 2007	79
Gráfico 5- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto à pergunta: Quão satisfeita você está com a sua saúde? (questão 2). São Paulo, 2007.....	83

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	01
1.1- APRESENTAÇÃO.....	01
1.2- CONSIDERAÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA.....	05
1.3 ALEITAMENTO MATERNO E MATERNIDADE	11
1.4- ALEITAMENTO MATERNO E QUALIDADE DE VIDA.....	14
2- OBJETIVOS.....	22
3- DESENHO DO ESTUDO	23
3.1- TIPO DE PESQUISA.....	23
3.2- LOCAL.....	23
3.2- POPULAÇÃO	24
3.4- COLETA DA DADOS.....	25
3.4.1- Procedimento de coleta de dados	25
3.4.2- Técnicas e instrumentos de coleta de dados	26
3.4.3- Análise dos dados	29
3.4.3.1- Quantitativos	29
3.4.3.2- Qualitativos	31
3.4.4- Organização e análise dos dados	33
3.5- ASPECTOS ÉTICOS	34
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1- APRESENTAÇÃO DAS NUTRIZES DO ESTUDO E DE SUAS CRIANÇAS	35
4.2- PERFORMANCE DE AMAMAMENTAÇÃO ATUAL DAS NUTRIZES	48

4.3- QUALIDADE DE VIDA DAS NUTRIZES.....	61
4.3.1- Apresentação das médias dos escores de qualidade de vida.....	62
4.3.2- Variáveis sociodemográficas das nutrizes e de suas crianças e os domínios de qualidade de vida	66
4.3.3- Avaliação da qualidade de vida – uma visão quali e quantitativa	77
4.3.3.1- Avaliação da qualidade de vida geral (QVG).....	79
4.3.4- Avaliação da qualidade de vida segundo os domínios do WHOQOL-bref	86
5- À GUIA DE CONCLUSÃO	113
6- REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE 1	128
APÊNDICE 2	129
APÊNDICE 3	131
ANEXO 1	133
ANEXO 2	137

1- INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

O aleitamento materno se mostrou presente em minhas experiências, desde a minha infância. Recordo-me que minha mãe, ao amamentar a minha irmã, onze anos mais nova do que eu, relatava satisfação por estar tendo bastante leite, diferente da época em que eu havia nascido.

Comentava que foram momentos diferentes, pois, no ano em que eu nasci, ela e meu pai trabalhavam fora e, após o meu nascimento, minha mãe deixou de trabalhar para cuidar de mim e da casa, conseqüentemente, ela passou a se preocupar com a redução da renda familiar, não que estivéssemos passando por dificuldades financeiras, naquela época, mas o fato de ter um bebê trouxe-lhe um certo receio de as despesas tornarem cada vez maiores. Com tamanha preocupação, afirmava ela que o seu leite foi-se, aos poucos, tornando-se insuficiente para me amamentar. Assim, compreendi, desde cedo, que o estado emocional da mulher interfere na sua produção láctea.

É bom lembrar que a minha irmã mamou até os quatro anos de idade, e eu mamei por apenas dois meses.

Ao cursar a graduação em enfermagem e tomar contato com alguns conceitos sobre a amamentação, como “Toda mulher que quer amamentar, consegue!”, e passar pela experiência pessoal de não conseguir amamentar meu filho por não ter leite, além de ouvir de muitas nutrizes a queixa de pouco leite, senti-me instigada a estudar como o estado emocional interfere na produção do leite materno.

Assim, na minha dissertação de mestrado, “Estudo sobre o traço e estado de ansiedade das nutrizes que apresentaram indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal”, pude constatar que a maioria das nutrizes que se queixavam de pouca produção láctea ou outros indicadores considerados usualmente como de hipogalactia, tinham queixas que não eram compatíveis com o volume de leite ordenhado considerado como normal. Os resultados demonstraram que, em sua maioria, a queixa de pouco leite ou a presença dos indicadores de hipogalactia era dependente da correção da técnica de amamentação, ou da interpretação materna de sua inadequação de desempenho ou do comportamento de insatisfação de seu filho.

A ansiedade, o estresse, a preocupação com a produção de leite adequada, repercutindo no ganho de peso e no comportamento do filho, após as mamadas, a alteração do sono e o repouso da mulher e a presença das dores mamilares foram considerados no estudo e, apesar de não ter sido encontrada uma relação significativa entre os níveis de ansiedade e a presença dos indicadores de hipogalactia, as mulheres hipogalactas apresentaram níveis de ansiedade mais elevados, mostraram-se mais cansadas, foram as que primeiro introduziram outros alimentos aos seus filhos e apresentaram menor frequência de aleitamento exclusivo, ao término do primeiro mês de vida da criança.

A importância do aleitamento materno é mais do que comprovada. Apesar de ser unânime a opinião de que a amamentação é a melhor maneira de alimentar a criança, os índices desejáveis de aleitamento materno ainda não atingiram o satisfatório, tanto em termos de duração, como qualidade, sendo um grande desafio encontrado pelos profissionais e órgãos governamentais de saúde.

No mundo todo, ainda em 1991, menos de 35% das crianças recebiam aleitamento materno exclusivo durante os quatro primeiros meses de vida, e frequentemente, a oferta dos alimentos substitutivos do leite materno ou complementares eram inapropriados (Organización Mundial de la Salud, 1991). Em estudos recentes, como na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 (Brasil, 2006a), realizada com dados de novembro de 2006 a maio de 2007, apesar de 96,4% de as mães terem afirmado que as crianças foram amamentadas pelo menos uma vez, a frequência de aleitamento materno exclusivo encontrada, nos seis primeiros meses de vida, foi de 40%. Apesar desse aumento, a garantia da prática do aleitamento materno exclusivo, até os seis primeiros meses de vida da criança, continua sendo um grande desafio. A pesquisa apurou, também, a introdução de dietas não aconselháveis nessa fase, encontrando para as crianças no quarto e quinto mês de vida, 47,1% recebendo leite não materno em sua dieta, 36,1% já se alimentando de mingaus e 22% já consumindo comida com sal, ratificando, assim, que a recomendação feita pelos órgãos governamentais está distante de ser alcançada.

Isso se deve pelo fato de a amamentação ser um processo multifatorial, que envolve elementos presentes no dia-a-dia da mulher os quais fazem com que somente ela decida dar continuidade ou não ao processo.

Segundo Silva (1999), a questão da amamentação não tem tido o tratamento que requer por parte dos profissionais do sistema de saúde e da sociedade em geral, afirmação esta que nos parece ainda verdadeira. Embora muitos tenham sido os investimentos em relação ao incentivo e à sua promoção, ainda não há um suporte necessário para a mulher enfrentar a experiência de amamentar além dos ambientes hospitalares. Apesar de alguns progressos, a frequência e a duração da amamentação não atingiram, até hoje, os patamares requeridos em nosso país, caracterizando um crescimento lento de adesão das mulheres à prática de amamentar e mais lento ainda, a implementação de estratégias estruturais para dar suporte às nutrízes.

Ao longo da minha prática profissional em relação ao atendimento a mulheres em aleitamento materno e de estar coordenando a equipe de enfermagem, na unidade de Alojamento Conjunto, do Hospital Universitário da USP, além de participar do NEPAL (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Aleitamento Materno da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), que tem por finalidade congrega profissionais e estudantes de enfermagem, e de diferentes disciplinas, com interesse de desenvolver conceitos teóricos e tecnologias para subsidiar o manejo do aleitamento materno, percebi o quão complexo é o processo, uma vez que o foco da atenção nesse período continua direcionado para o neonato, restando à mãe priorizar as necessidades do bebê em detrimento às suas, o que ela parece considerar como normal, uma vez que a sociedade diz ser esse o papel de mãe.

Retomando os resultados encontrados no meu estudo do mestrado, apesar de não terem sido encontradas relações estatisticamente significativas entre os indicadores de hipogalactia e os níveis de ansiedade, e mesmo os dados objetivos de baixo volume de leite drenado e ganho ponderal da criança abaixo do esperado, as nutrízes hipogalactas, quando observados os números absolutos, apresentaram escores mais elevados de ansiedade.

Ao trabalhar com as médias de escores de traço e estado de ansiedade, não foi possível explorar as características maternas individuais que pudessem fornecer subsídios para um melhor planejamento da assistência em aleitamento materno. Percebemos que em especial, as mulheres com maiores escores de ansiedade demonstraram muito desgaste físico e emocional, que comprometiam sua qualidade de vida.

Para nós, profissionais que atendemos à mãe e à criança, entendendo a amamentação como uma etapa importante na vida da mulher que tem componentes biológicos, psicológicos, sociais e culturais, é importante levar em conta a perspectiva da mulher que vivencia o processo. Conhecer a qualidade de vida da mulher que experiencia esse processo, é fundamental para o planejamento de uma assistência individualizada e humanizada que atenda às necessidades sentidas por essas mulheres.

Ao longo das últimas duas décadas, foi perceptível o movimento de inclusão de elementos da subjetividade materna no corpo de conhecimento sobre o processo de amamentação sem, no entanto, modificar substancialmente a estrutura social ou organizacional de apoio à mulher que amamenta.

Em face do descompasso existente entre o apoio instituído pelos órgãos governamentais de saúde, sociedade e o apoio esperado pelas mulheres para o desempenho da amamentação, Müller (2008), procurando desvendar essa lacuna, estudou a representação social de um grupo de nutrízes sobre o apoio na amamentação.

A autora encontrou na fala das mulheres de seu estudo que a construção do que é apoio, na visão dessas mulheres, é constituído de dimensões, que se manifestam no contexto hospitalar (instrumental), nas relações com o companheiro, familiares e amigos (afetiva) e no contexto do trabalho assalariado (estrutural), e são constituídas dos elementos representativos de apoio para a mulher durante todo o período da amamentação.

Silva (2008), em seu estudo com mães de bebês prematuros, encontrou no discurso dessas mulheres que o apoio recebido por seus familiares e pela equipe de saúde que cuidou de seu filho foi significativo para a manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seu filho em uma Unidade Neonatal .

Assim, o apoio constitui-se em uma importante ferramenta para a instalação, manutenção e sucesso no processo da amamentação, que pode e deve ser realizada sem prejuízo da qualidade de vida da nutriz.

Silva (1999) aponta para a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre o processo de amamentação e a maneira como ele se articula aos diferentes papéis desempenhados pela nutriz, ao que é possível acrescentar o questionamento

sobre como e quão intenso esta prática pode interferir na qualidade de vida da mulher.

1.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é um termo atualmente muito empregado em todo o meio de comunicação, tanto acadêmico como no cotidiano, sempre relacionado à busca de uma vida saudável.

As origens do conceito de qualidade de vida podem ser encontradas no pensamento aristotélico, relacionado à concepção de “vida boa” ou “eudeimonia”, entendida como algo próximo do sentir-se realizado e pleno, que pode ser alcançada pela prática das virtudes. É um pensamento Aristototélico, em que a essência da felicidade estava presente na atividade virtuosa da alma (Musschenga, 1997).

Zhan (1992), ao se referir à tradicional cultura chinesa, identifica o conceito nos princípios de Yin e Yang. A qualidade de vida estaria relacionada ao equilíbrio entre forças energéticas positivas (Yin) e negativas (Yang), tornando possível alcançar a plenitude da vida, integrando a sua variabilidade, assim como as potencialidades para o bem e o mal.

O conceito qualidade de vida na cultura ocidental foi introduzido após a Segunda Guerra Mundial para ressaltar que uma boa vida dependia de vários fatores, como: ter emprego, moradia, meio ambiente, cultura e saúde, e não apenas de riqueza material. Esse conceito é reforçado pela afirmação do presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos (de vida das pessoas) não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Fleck *et al.*, 1999).

O interesse no conceito qualidade de vida foi inicialmente compartilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Fleck *et al.*, 1999).

O conceito qualidade de vida, apesar de ser tão discutido, é abstrato, não existindo um consenso sobre sua definição (Farquhar, 1995).

Seidl e Zannon (2004, p.5) apresentam a taxonomia das definições de qualidade de vida divididas em quatro tipos, segundo Farquhar (1995):

1. Definição global: primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 1980. Muito gerais, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
2. Definição com base em componentes: definições baseadas em componentes surgem na década de 1980. Inicia-se o fracionamento do conceito global, em vários componentes ou dimensões e a priorização de estudos empíricos e operacionais.
3. Definição focalizada: definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação de qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.
4. Definição combinada: definições incorporam aspectos tipos um e dois, favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

A partir da década de 1990, dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida passaram a ser considerados: a subjetividade e a multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Já a multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões (Seidl, Zannon, 2004).

Muitos termos são utilizados como sinônimos de qualidade de vida, tais como bem-estar, felicidade, condição de vida, satisfação de vida, entre outros.

Todavia, uma distinção entre os termos satisfação de vida e qualidade de vida deve ser feita: satisfação de vida é algo subjetivo, pois, refere-se a sentimentos de felicidade e contentamento com a vida. Já a qualidade de vida engloba aspectos subjetivos e objetivos, além de possuir múltiplas dimensões. O aspecto subjetivo na qualidade de vida é primordial, pois, a percepção de satisfação geral pessoal é uma característica intrínseca, porém, o componente objetivo está sempre presente. Se uma pessoa sente-se satisfeita com sua vida é sinal que ela tem qualidade de vida, portanto, satisfação resulta em qualidade de vida, assim como felicidade e sensação de bem-estar. Uma pessoa vivendo na pobreza e que nunca conheceu outra forma de vida pode sentir-se satisfeita com sua própria vida, enquanto uma outra, vivendo nas mesmas condições e que já têm conhecimento de outra forma de vida, pode visualizar riscos para a sua saúde, avaliando dessa forma uma qualidade de vida abaixo do ideal (Meeberg, 1993).

Ainda para essa autora, o aspecto multidimensional engloba o comportamento individual, a capacidade cognitiva, o bem-estar emocional, as habilidades adquiridas nas performances domésticas, profissional e nas funções sociais.

Atualmente, observamos duas tendências gerais quanto à conceituação do termo qualidade de vida, um conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde.

Qualidade de vida, numa abrangência mais ampla, sem referência a disfunções ou agravos, isto é, num conceito mais genérico, pode ser exemplificada com a conceituação do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde que a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, p. 43). É um conceito abrangente, que engloba a saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos pessoais, crenças e valores e meio-ambiente e está em concordância com a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) que “é o completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença”.

Já a qualidade de vida relacionada à saúde designa o movimento em que, mediante situações de lesões físicas ou biológicas, se oferecem indicações técnicas

ou melhorias nas condições de vida dos enfermos. A noção de saúde é totalmente funcional e corresponde a uma visão medicalizada do tema, uma vez que existe uma abordagem restrita aos sintomas e às disfunções, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não-médicos associados à qualidade de vida (Minayo, Hartz, Buss, 2000).

O avanço da medicina tem propiciado a mudança do perfil de morbimortalidade, tendência universal também nos países em desenvolvimento, ocorrendo um aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades têm acarretado o aumento da sobrevida e/ou a vida longa das pessoas acometidas por esses agravos, suscitando o interesse pelo conceito de qualidade de vida (Seidl, Zannon, 2004).

Kimura (1999) corrobora com a idéia de que qualidade de vida é um conceito multidimensional e, embora haja controvérsias sobre o real significado dessa expressão, há concordância entre os vários autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, centrados na avaliação subjetiva dos indivíduos. Assim, qualidade de vida apresenta-se como um construto multifatorial, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde.

Minayo, Hartz e Buss (2000, p.8) consideram qualidade de vida:

uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e a própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, expectativas e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Para esses autores, a relatividade da noção de qualidade de vida pode ser determinada a começar por três pontos de referência: o primeiro é o *histórico*, ou seja, em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e

tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é *cultural*, pois, certamente, valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto refere-se às *estratificações ou classes sociais*. Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes, mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.

Os estudos de qualidade de vida podem ser realizados por meio de indicadores que medem tanto os aspectos objetivos como os subjetivos do conceito. Ambos os tipos de medidas representam informações importantes e complementares. Muitos consideram a qualidade de vida em termos de indicadores objetivos, tais como nível socioeconômico ou condição de moradia, mas esses, provavelmente, relacionam-se mais à quantidade do que à qualidade de vida. Fica a questão se esses indicadores realmente refletem a qualidade de vida do indivíduo ou se são meramente indicativos de condição de vida. Sendo assim, fatores objetivos certamente contribuem, mas não provêm uma completa avaliação da qualidade de vida. Os indicadores subjetivos de qualidade de vida referem-se a sentimentos, como felicidade, satisfação com a vida e bem-estar. A percepção subjetiva de qualidade de vida inclui atributos que os indivíduos percebem como essenciais para o seu julgamento de qualidade de vida (Meeberg, 1993; Minayo, Hartz, Buss, 2000).

Na última década do século XX, houve uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e conceitos afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos com um grande interesse em traduzi-los e aplicá-los em outras culturas (Fleck *et al.*, 1999).

Os instrumentos podem ser classificados em genéricos e específicos.

Genéricos:

São instrumentos desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença ou estado de saúde, numa grande variedade de populações, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (Fleck *et al.*, 1999).

Ciconelli (1997) e Ferraz (1998) validam a vantagem do uso desses instrumentos devido à grande variedade de dimensões que eles possuem para avaliar

a qualidade de vida, podendo ser usados em todas as populações. Sua limitação é não poder focar adequadamente uma área ou condição específica. Dentre os instrumentos podemos citar o Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (HP), World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL – 100) e sua forma abreviada (WHOQOL – bref), The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Survey (SF-36), o Ferrans Powers e outros.

Específicos:

Avaliam de forma individual e específica alguns aspectos da qualidade de vida e têm o potencial de ser sensível às variações que ocorrem no estado do paciente, após alguma intervenção terapêutica. Dentre eles: American Rheumatism Association (ARA), Katz Activities of Daily Living (ADL) Instruments, American College of Rheumatology (ACR) Functional Class, entre outros (Ciconelli, 1997; Ferraz, 1998).

Gill, Alvan e Feinstein (1994) e Gladis, Gosch, Dishuk e Crits-Cristoph (1999) identificaram algumas deficiências nos instrumentos de qualidade de vida e fizeram recomendações para nortear estudos na área: necessidade de apresentação da definição do conceito ou do significado de qualidade de vida que orienta o trabalho, a pesquisa ou a intervenção, explicitação das razões teórico-metodológicas que levaram à escolha dos instrumentos selecionados, importância da utilização de medidas não reducionistas ou simplistas, baseadas em itens únicos ou focalizadas apenas nos sintomas, nos casos de medidas padronizadas, inclusão de itens abertos, adicionados ao final do instrumento para respostas suplementares ou combinação de métodos qualitativos, visando abarcar outros aspectos eventualmente não considerados nesse tipo de instrumento (Seidl, Zannon, 2004).

Serapioni (2000), ao discorrer sobre as questões relacionadas ao uso de métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde, afirma que, se o objeto de estudo está bem definido, com o acúmulo de um corpo suficiente de conhecimentos sobre o tema, podem-se utilizar métodos de pesquisa quantitativa como um questionário estruturado ou uma sondagem. Os métodos qualitativos devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido ou ainda não se tem um adequado conhecimento teórico e conceitual, ou não foram formuladas hipóteses precisas ou ainda não sabemos com clareza o que estamos buscando.

Nesses casos, os métodos qualitativos ajudam no trabalho de construção do objeto estudado, facilitam na descoberta de dimensões não conhecidas do problema e permitem também formular e comprovar novas hipóteses. Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novos nexos e explicar significados. Durante a pesquisa, freqüentemente emergem relações entre variáveis, motivações e comportamentos completamente inesperados, que não surgiriam utilizando um questionário estruturado.

Concluímos, assim, que é fundamental analisar bem o objeto a ser estudado antes de definir qual o método a ser utilizado. Considerando a complexidade e especificidade do processo de aleitamento materno e o fato de não encontramos no universo de estudos pesquisas que tratem da qualidade de vida de mulheres que amamentam, este trabalho nos instiga a preencher esta lacuna, procurando desvendar a qualidade de vida das mulheres que amamentam.

1.3. ALEITAMENTO MATERNO E MATERNIDADE

A maternidade é um processo histórico, social e cultural que sofreu transformações ao longo dos anos.

É em função das necessidades e dos valores dominantes de uma dada sociedade que se determinam os respectivos papéis do pai, da mãe e do filho. A sociedade, ao valorizar o homem, transforma a condição da mulher semelhante à da criança. Quando a sociedade se interessa pela criança, por sua sobrevivência e educação, o foco é voltado para a mãe, que se torna a personagem essencial, em detrimento do pai, cobrando dessa mulher o seu desempenho de ser uma boa mãe (Badinter, 1985).

A autora retrata que, na Idade Média, a criança era considerada um adulto imperfeito, marginalizada e desconsiderada pelos pais, ficando à mercê dos cuidados de amas-de-leite por vários anos. A amamentação não era valorizada principalmente pelas camadas altas da sociedade que a consideravam repugnante, dando a idéia de uma imagem animalizada da mulher. Os homens apoiavam essa atitude, uma vez que a amamentação era vista como restrição ao seu prazer, porque os médicos e

moralistas da época proibiam as relações sexuais durante toda a duração do aleitamento materno, pois afirmavam que o esperma estragava o leite, fazendo-o azedar.

O desinteresse pelas crianças era tão grande que inexistia medicina infantil. Como a taxa de mortalidade infantil era muito alta, os pais não se apegavam às crianças por este motivo (Badinter, 1985).

A Revolução Francesa, com seu tema de igualdade, pôs em dúvida a posição inferiorizada da mulher ao homem. Surgiram referências ao amor e a felicidade nas relações humanas e especificamente, entre pais e filhos, em que o respeito e afeição deveriam ser recíprocos. Surge o casamento por amor e a mulher passou a desempenhar um papel importante dentro da família na criação e educação dos filhos (Badinter, 1985).

Com a responsabilidade de a mulher cuidar de seus filhos, exalta a maternidade, que deixa de ser um dever imposto para tornar um ato de prazer.

Nessa perspectiva, a maternidade tem a conotação da natureza feminina e instintiva, uma vez que tais condições advêm de características biológicas, sendo, portanto, inevitável e imutável (Chodorow, 1990).

Faz parte da natureza femina a mãe amamentar seu filho sendo ela responsável pela saúde física e emocional da criança, fato já conhecido e presente nos discursos higienistas da época.

A maternidade é considerada gratificante para a mulher que, sendo responsável pela casa e pelo cuidado com os filhos, pode se impor ao marido em determinadas situações. A idéia de “vocação” ou “sacrifício” materno associa a mãe a uma “santa mulher” que deve estar sempre disposta a enfrentar todos os obstáculos para proteger seus filhos e a família (Badinter, 1985).

Assim, é possível perceber que a reprodução social do que é a maternidade está permeada pelas questões de gênero, em que a própria mulher reproduz por meio de gerações o que aprendeu com sua mãe, avó, tia, pessoas próximas de seu convívio social, contribuindo para a perpetuação de seus papéis sociais e seu posicionamento na hierarquia da construção de gênero (Chodorow, 1990).

A sociedade considera natural que a própria mãe cuide de seu filho, mostrando-se carinhosa, dedicada e disposta a sacrificar-se por ele, é o incondicional amor materno esperado estar presente em todas as mulheres.

Nakano (1996, p. 128) afirma que “no jogo das relações entre os gêneros frente à reprodução humana, é dada à mulher a primazia, ou ainda a exclusividade do desempenho da procriação dos filhos, envolvendo-a nas relações de poder, estruturalmente hierarquizada”.

Afirma ainda, que o cuidado é visto pela sociedade como algo intrínseco ao feminino, cabendo à mulher a esfera do privado, e ao homem a esfera do público.

No entanto, esta situação é cada vez mais contestada pela realidade de vida das mulheres que, desde a era industrial, têm sido inseridas no mercado de trabalho para o sustento da casa. As mulheres sofreram transformações em seus costumes e forma de se posicionarem publicamente, mas ainda é presente a ambigüidade por não conseguirem se dedicar plenamente ao trabalho e aos filhos, incluindo-se aqui os conflitos gerados pelas dificuldades de manter a amamentação e as atividades, em especial as profissionais (Silva, 2003, 2005).

Em relação a essa visão das mulheres sobre si mesmas, Silva (1998), em sua dissertação de mestrado: “O feminino e sua pertença, o materno: uma leitura, alguns olhares – na atualidade”, faz menção que os estudos sobre o feminismo, atravessando estágios, foram mais expressivos na Psicanálise e em outros campos, como na Antropologia Social, História e na Psicologia. A mulher tem sido objeto de estudo tendo como amplo interesse a questão da subjetividade feminina.

A autora destaca que a construção da identidade feminina e masculina não está pronta ao nascimento, não tendo no sexo biológico a garantia absoluta para que esteja instituída a identidade sexual como homem e mulher. Cita as colocações, no âmbito da Psicanálise, realizadas por Sigmund Freud, em 1905; da Psicologia expressas por John Money em 1975 e da Antropologia Social apresentadas por Michele Z. Rosaldo em 1976. Ressaltando que a identidade feminina, em seu *status* secundário ao homem, e o entrelaçamento da imagem mulher-mãe, marcaram o lugar feminino-materno, determinando as concepções sobre este lugar, havendo uma disseminação para todos os campos da cultura, envolvendo questões amplas.

A maternidade e, por conseguinte, a amamentação, apesar da maciça participação da mulher no mundo do trabalho e sua posição destacada na sociedade, parecem ainda estar no rol de experiências ou etapas que a mulher teria na sua vida, além da realização profissional e financeira.

A questão não reside apenas se tais experiências são desejadas pelas mulheres, mas o quanto é possível serem vivenciadas por elas, em uma realidade atual em grandes centros urbanos, com satisfação plena e boa qualidade de vida para as nutrízes.

1.4. ALEITAMENTO MATERNO E QUALIDADE DE VIDA

Inúmeras pesquisas destacam que o aleitamento materno é a melhor forma de alimentação para o recém-nascido (RN) do ponto de vista nutricional, imunológico e afetivo, contribuindo também para a saúde materna.

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos de idade ou mais (54.^a AMS/maio de 2001).

Apesar de sua importância, os índices de sua prática são considerados muito aquém do almejado pelos órgãos governamentais da saúde, gerando uma preocupação com a reversão do desmame precoce.

No Brasil, desde a década de 1980, esta preocupação deu origem à definição da política estatal em favor da amamentação, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM (Monson, 1992).

Esse programa visava a resgatar a prática da amamentação, concebida como um ato natural, intrínseco, inato e biológico, em que a mãe é responsável pela saúde de seu filho, reproduzindo na íntegra a concepção higienista da amamentação construída no século XIX (Almeida, 1998), frizando o tão famoso *slogan*: “A saúde de seu filho depende de você. Amamente!” (Monson, 1992).

Nota-se que essas campanhas publicitárias pró-amamentação seguiam a ideologia biologicista, sem considerar os fatores intrínsecos ao processo vivencial do amamentar (Silva, 1999).

Vale ressaltar que as mensagens veiculadas em prol da amamentação continuam focalizando, de uma forma geral, os benefícios principalmente para a criança, ficando a mulher em segundo plano. Embora na década de 1990, já se tenha iniciado uma mudança de paradigma que reconhece a mulher como personagem da amamentação, tão importante quanto a criança. Diante deste cenário, pesquisas têm

sido feitas buscando uma melhor compreensão do processo de aleitar, tendo uma abordagem mais ampla, incorporando outras ciências, como a Antropologia, Sociologia e Psicologia, além da Biologia, com o reconhecimento que a amamentação é um processo multifatorial, interdisciplinar que deve levar em conta os aspectos subjetivos da mulher que está experienciando o processo implicando em considerar a mulher como a agente ativa do processo. É interessante destacar a semelhança deste conceito com o de qualidade de vida.

Vários autores descrevem em seus estudos que o modo como a mulher vai amamentar seu filho e o tempo de duração da amamentação depende não só de fatores biológicos, mas também de fatores culturais e socioeconômicos (Silva, 1990; Silva, 1997; Nakano, 1996; Araújo, 1997; Almeida, 1998, 1999).

Analizando os estudos tanto quantitativos como qualitativos, que abordam o aleitamento materno, encontramos elementos que mostram efeitos da amamentação sobre a saúde da mulher.

Silva (1997) desenvolveu um modelo teórico representativo da experiência de amamentar da mulher, adotando a Teoria Fundamentada nos Dados. Nesse modelo, o fenômeno central identifica-se como **Pesando Riscos e Benefícios**, o qual caracteriza as múltiplas partes e movimentos da experiência de amamentar vivenciada pela mulher.

Simbolicamente, o risco corresponde às interpretações sobre o que a amamentação traz para a mulher ou para a criança, como alguma ameaça física, emocional ou social. Por outro lado, seguindo o mesmo raciocínio, a amamentação pode significar benefícios colhidos pela mãe ou para a criança, quando representa ganhos, proveitos, vantagens, prazer e satisfação, obtidos no processo de amamentar ou ser amamentado.

Desde o nascimento de seu filho, a mãe observa o comportamento de seu filho. Ela espera que a criança mame em intervalos pré-determinados, por um período pré-estabelecido e que após as mamadas permaneça calma ou então, durma. Não ocorrendo dessa maneira, ou seja, o esperado pela mulher, esta avalia o seu leite como insuficiente ou fraco e como a responsável pela nutrição da criança, se vê na obrigação de introduzir outros alimentos na tentativa de solucionar o problema.

A verificação da saída de leite, em quantidade interpretada pela mulher como suficiente para alimentar a criança, confirma a sua capacidade de produção,

fenômeno vivenciado pela nutriz e que lhe dá confiança e tranquilidade. Qualquer sinal de insuficiência de leite pode ser considerado e entendido como causa, mesmo que indireta, de ansiedade, devido à vulnerabilidade emocional a que a mulher está exposta neste período de sua vida, experimentando em um curto espaço de tempo uma série de sentimentos, muitas vezes, contraditórios (Silva, 1999).

A preocupação em alimentar seu filho, ou mais especificamente, a ansiedade interferindo na “ejeção pobre” de leite com conseqüente interpretação de hipogalactia, tão pronunciada pelas mulheres, ocorre devido ao reflexo de liberação do leite que pode ser suprimido pelos efeitos adrenérgicos produzidos na reação de alarme. Assim, se a mulher ficar nervosa ou ansiosa, durante a mamada, seu leite continuará a ser produzido, mas não drenará facilmente, intensificando assim, sua ansiedade e frustração (Aragaki, 2002).

É fundamental que a mulher permaneça tranqüila e segura durante todo o percurso da amamentação para um bom resultado.

A nutriz reconhece a importância e o benefício do leite materno como responsável pelo bem-estar físico e emocional da criança. Ela atribui um significado mais amplo do que seja “nutrir”, o leite artificial é apenas “comida” e não “alimento” para o filho. Faz ainda, comparações em termos de praticidade e do custo do leite materno diante de outros tipos de leite, configurando-o como sendo de característica inigualável (Araujo, 1997; Nakano, 1996).

A carga valorativa do leite, como alimento insubstituível em termos das qualidades nutricionais e de pureza, somada à conotação de poder imunológico e medicinal, tem reflexos diretos sobre a mulher por ser ela a detentora desse produto tão valorizado (Nakano, 1996).

A mulher também avalia a repercussão da amamentação para a sua saúde, que pode ser percebida como um processo fisiológico, mas que pode ser acompanhada de intercorrências como as dores provocadas pelas fissuras mamilares e ingurgitamento mamário, a alteração de seu sono e repouso, o cansaço, a restrição no desempenho de suas atividades (Arantes, 1991; Silva, 1997).

Com base no ato de amamentar, a mulher tem a percepção de seus sentimentos que podem resultar na sensação de prazer ou de contrariedade em relação a amamentar. Muitas vezes esses sentimentos são encobertos ou

inconfessáveis pela mulher que sente *não gostar de amamentar* e que se vê *obrigada a amamentar* (Silva, 1997).

É preciso salientar a influência exercida pelos familiares, amigos e profissionais, destacando a importância do papel exercido por essas pessoas que convivem de alguma maneira com a nutriz. Infelizmente, diante do despreparo de muitos profissionais, ou das contradições evidenciadas no meio familiar, esses mesmos “mecanismos de apoio” do contexto, em que a experiência se dá, podem exercer uma interferência negativa sobre a mulher, podendo confundi-la, oprimi-la ou tornar o amamentar uma situação difícil de ser vivenciada.

A *vergonha de amamentar em público* é outro elemento que algumas mulheres referem por sentirem-se constrangidas em expor parte de seu corpo à visão pública. Esse sentimento chega a inibir a nutriz a ponto de ela recusar a amamentar o seu filho quando está longe de casa, oferecendo-lhe a mamadeira (Silva, 1999).

O ato de amamentar também pode ser vivenciado pela mãe como prazeroso e agradável quando ela refere estar *gostando de amamentar*. Nesse relato estão presentes a afetividade que a nutriz sente pelo filho, com a construção do vínculo afetivo e o fato de a amamentação ser considerada socialmente um processo natural, a ponto de ela não se importar em ter seu sono interrompido. (Silva 1997).

A exaltação de sentimentos prazerosos ao amamentar o filho é esperado socialmente, não sendo permitido à mulher outro comportamento, que é justificado pela hierarquia imposta institucionalmente e historicamente às necessidades do filho em primeira instância, em que a amamentação é um ato de “doação”, “sacrifícios”, que exige “dedicação”, “paciência” e “vontade” (Nakano, 1996).

A concepção de que o amamentar é um ato de amor materno, faz com que muitas vezes, a mulher, ao incorporar o papel de mãe perfeita, vai se adequando às necessidades da criança, limitando seus hábitos e necessidades, incorporando sentimentos de sacrifícios, doação, dores e sofrimento os quais interferem diretamente na sua qualidade de vida.

Segundo Nakano (1996), a adequação das necessidades maternas às da criança exige da mulher mecanismos de organização para dar conta das intensas modificações que ocorrem no seu cotidiano. No entanto, nem sempre essa adequação se dá de forma equilibrada, levando a mulher a subestimar as suas próprias necessidades. Tais condutas reforçam de forma concreta a representação de

“doação” e “sacrifícios” da mulher. Percebe-se que a mãe, ao se autocuidar, é com a finalidade de atender à criança, pois procura ter uma alimentação saudável, incluindo a ingestão de líquidos. A preocupação com a sua aparência é insignificante diante das demandas do bebê.

O papel social da mulher tem sofrido grandes modificações desde a década de 1970, não só nas mudanças do controle reprodutivo, como na crescente participação feminina na força de trabalho, no número de famílias lideradas por mulheres, na participação em organizações políticas por meio de movimentos específicos de mulheres, além do aumento no grau de escolaridade e de seu ingresso nas universidades (Gubernikoff, 1992).

Silva (1997) reforça que as transformações do papel da mulher na sociedade, as aspirações de novas realizações no trabalho e vida reprodutiva, as facilidades tecnológicas e a diversidade de estímulos contextuais conflitam com as determinações do papel de mãe que a sociedade lhe atribui, resultando na difícil situação da mulher em ter que conciliar suas atividades profissionais com as maternas. Nesse cenário, a amamentação assume uma das mais difíceis tarefas femininas para aquelas mulheres que desejam dar continuidade aos seus projetos de vida pessoal e conciliá-los aos atributos e responsabilidades de mãe.

Essa crescente inserção profissional da mulher no mercado de trabalho não tem sido acompanhada da criação de mecanismos sociais como creches, lavanderias, entre outros; nem de uma maior equidade de gêneros, especialmente em relação à divisão sexual do trabalho, que as liberem de suas tarefas tradicionais, como o cuidado da casa e dos filhos (Aquino, Menezes, Marinho, 1995).

A dificuldade de a mulher contar no local de trabalho ou de estudo com creches que possibilitem a continuidade da amamentação, ao retornarem às suas atividades, faz com que a mulher, que deseja dar continuidade à amamentação, o faça às custas de muito esforço, chegando a interferir na sua saúde. Assim, o seu retorno ao trabalho é outro fator que interfere na continuidade da prática da amamentação. Pode-se, exemplificar citando a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2001, na qual as mães da Região Sul do país que não trabalham fora têm 30% a mais de chance de manterem aleitamento materno exclusivo quando comparadas às mães que exercem atividades fora do lar (Brasil, 2001).

A mulher torna-se mais sobrecarregada com o acúmulo de papéis, citando Meyer (2006, p.131), “o indivíduo ‘mulher-mãe’ parece supor, com força renovada, a existência de um ‘ser que incorpora e se desfaz em múltiplos’ – a mulher como parceira do Estado, a mãe como agente de promoção de inclusão social, a mãe como provedora do núcleo familiar e a mãe como principal produtora do cuidado, educação e a saúde de suas crianças”, cabe aqui acrescentar o papel fundamental da responsabilidade de alimentar seu filho.

As mulheres convivem com as ambivalências de ser mãe e trabalhadora em razão da discriminação sofrida por elas no mercado de trabalho o que se mantém estruturado sob as bases do masculino, não considerando a especificidade do feminino e, também, por ainda persistir a falta de socialização das tarefas domésticas e maternas na esfera do privado (Nakano, 1996).

A falta de apoio e ajuda no ambiente doméstico, em que as atividades são atribuídas inteiramente à mulher, explicam o resultado obtido por Aragaki (2002), que mostrou um crescente aumento do estado de ansiedade dos 10.º aos 30.º dia pós-parto para múltiparas quando comparados às primíparas, pelo fato destas receberem mais ajuda nos cuidados com a criança e afazeres domésticos por serem consideradas mais sujeitas às dificuldades de superação das “inabilidades” em cuidar do RN. Esse estudo mostrou que muitas vezes são justamente as múltiparas que podem apresentar maiores dificuldades na organização e adaptação no retorno ao lar, por serem consideradas mulheres experientes, tanto pelos profissionais como familiares. Na situação como a estudada, em que a maioria das mulheres pertenciam a família nuclear, estas não contavam com familiares para dividir suas tarefas, tendo de atender plenamente às necessidades familiares, o que potencialmente acarretava influência em sua qualidade de vida.

Segundo Silva (1997), o processo de amamentação situa-se em um amplo universo de interações estabelecidas pela nutriz, seja quando está em seu papel de mãe, ou no seu papel de mulher. Muitos são os fatores que refletem na vida de seu filho, ou dela própria, ou do conjunto familiar. Diante do significado atribuído a estes reflexos, é estabelecida a prioridade, seja em relação à criança ou em relação a mãe. O conjunto dos elementos interacionais, nesse contexto e experiência de amamentar, fornecem subsídios para a *tomada de decisão*, pois, nem sempre um elemento isolado é considerado suficiente para tomada de decisão, mas sim, o conjunto das

interações. Essa *tomada de decisão* em relação a amamentar segue uma avaliação das necessidades da criança e da própria nutriz. Aquilo que for interpretado como prioridade decidirá as ações a serem executadas na condução da amamentação, que visa a atender às suas próprias necessidades ou às necessidades de seu filho, *pesando* o que considera *risco ou benefício* (Silva, 1999).

A decisão em amamentar, ou dar continuidade ao processo, também é baseada nas prioridades identificadas e estabelecidas pela mulher, tendendo ao atendimento das necessidades da criança, que muitas vezes assumem maior importância que as necessidades maternas. Nesse caso, os benefícios para a criança, identificados pela mãe, anulam aquilo que seria necessidade ou riscos maternos, resultando de alguma forma, também, como benefício para a mulher (Silva, 1999).

Durante todo o processo do aleitamento materno, a mulher convive com ambigüidades, num esforço constante de integrar o modelo que ostenta de mãe com a estrutura social em que insere, à medida que as dificuldades para tal integração tornam-se visíveis, a mãe experimenta o cansaço, as frustrações, passando de responsável à culpada pelos fracassos na maternidade (Nakano, 1996).

Diante desses elementos, a mulher parece ter de superar inúmeras dificuldades e obstáculos para continuar amamentando. A literatura aponta a diversidade de benefícios do aleitamento materno, estudos qualitativos colocam a mulher como elemento central e decisório na amamentação e a criança é sempre o foco da atenção. Assim, a mulher assume um papel repleto de responsabilidades que somado à demanda e ao desgaste físico, ou à satisfação de amamenta, pode ter, de algum modo, um impacto na sua qualidade de vida.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) o termo qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da Ciência, por meio de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, o termo qualidade de vida se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito promoção de saúde seu foco mais relevante. Quando visto de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Qualidade de vida diz respeito não só ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, mas também

ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano e ainda às mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde.

Seidl e Zannon (2004) afirmam que qualidade de vida trata-se de um construto eminentemente interdisciplinar, o que implica a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o seu aprimoramento conceitual e metodológico, o que pode colaborar para a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Considerando a amamentação um fenômeno fortemente regido pela dimensão subjetiva, multidimensional e multifatorial por compreender diferentes elementos de vida da mulher em todos os âmbitos de suas interações sociais, incluindo sua inserção no trabalho e na sociedade de um modo geral, este estudo se propõe a investigar a qualidade de vida de um grupo de mulheres que amamentam os seus filhos.

2- OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Compreender a percepção de nutrizes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Paulo, acerca de sua qualidade de vida.

Objetivos específicos:

- Relacionar a qualidade de vida referida pelas nutrizes com o tipo de aleitamento materno que praticam para seus filhos.
 - Relacionar a qualidade de vida das nutrizes com suas características sócio-demográficas.
 - Identificar os elementos *objetivos e subjetivos* presentes na construção da percepção e avaliação das nutrizes acerca de sua qualidade de vida.
-

3- DESENHO DO ESTUDO

3.1- TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa realizada com base em duas dimensões: quantitativa e qualitativa, do tipo exploratório e descritivo que faz parte do Projeto de Pesquisa “A interface da performance de amamentação¹, características biológicas e sociais de mãe/nutriz e suas necessidades de saúde e qualidade de vida²”. Este projeto maior tem como objetivo geral compreender e retratar a percepção de necessidades de saúde e qualidade de vida de nutriz, desde a instalação do aleitamento até o desmame.

3.2- LOCAL

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Escola Butantã – Samuel Barnsley Pessoa, no município de São Paulo, Distrito Sanitário do Butantã, que abrange cinco microáreas e corresponde a 3,8% da área do município de São Paulo. É uma região com grandes desigualdades, no que se refere ao setor econômico, qualidade de vida, indicadores sociais e de saúde, bem como em condições de moradia e ocupação do terreno. A região é predominantemente residencial com instalação de comércio varejeiro e indústrias ao seu redor; seus moradores pertencem a grupos heterogêneos de *alta, média e baixa renda*.

¹ Compreende-se como performance de amamentação, para este estudo, os tipos de aleitamento materno praticado pela nutriz, AME, AMP e AM.

AME quando a criança recebe apenas leite materno de sua mãe, ou ordenhado e não recebe outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

AMP quando a criança recebe leite materno de forma predominante e outros líquidos que não sejam suplementos lácteos.

AM quando a criança recebe leite materno e também outros alimentos líquidos como suplementos lácteos.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de saúde. Organização Panamericana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 152p; (Série A Normas e Manuais técnicos; n.107).

² Processo Fapesp n.º07/01605-2, 2007/2009. Núcleo de Pesquisa em Aleitamento Materno NEPAL/EEUSP. Coordenação: Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva.

3.3- POPULAÇÃO

Participaram do estudo 202 mulheres sem restrição de idade, paridade e condição socioeconômica todas estavam amamentando, exclusivamente ou não, os seus filhos com até seis meses de idade. Compareceram ao Centro de Saúde Escola (CSE) para consultas das crianças no serviço de pediatria e puericultura ou para a administração das vacinas. A definição pela idade das crianças, relacionada ao tempo de amamentação, deu-se pelo fato do período de licença maternidade coincidir, em geral, com o quarto mês de vida da criança, período em que as mulheres já tinham voltado ou estavam se preparando para reassumir as atividades fora do ambiente doméstico, e dessa forma seria possível encontrar ou identificar distintas situações ao longo do período de aleitamento materno.

No momento da coleta dos dados, ainda não havia sido aprovado o Projeto de Lei 2.513/07 que propõe a ampliação da licença maternidade para seis meses. Esse projeto foi aprovado por unanimidade no Senado e aguarda votação na Câmara Federal. Dez Estados e mais de 90 municípios já aderiram à proposta, inclusive o Estado de São Paulo (Brasil, 2008).

Por considerarmos que qualquer tempo de aleitamento, seja exclusivo ou não, pode gerar demandas por essa mulher de toda ordem, e nos fornecer maior riqueza de dados relativos ao objeto de estudo não houve determinação de período mínimo de amamentação.

Esperamos que, com a ampliação do período da licença maternidade, a taxa de aleitamento materno exclusivo possa alcançar índices mais elevados, com a permanência da mãe durante os primeiros seis meses de vida da criança em sua casa, possibilitando concretizar a prática do aleitamento materno exclusivo nesse período, que antes era apenas uma recomendação feita pelo Ministério da Saúde.

A amostra deste estudo não foi definida previamente, pois se configurou a partir da totalidade de mulheres que compareceram aos setores de pediatria e puericultura do CSE e à sala de vacinas, as quais atenderam aos critérios de inclusão deste estudo. As pesquisadoras conseguiram fazer o contato com as mães no momento em que elas compareciam ao serviço com as finalidades acima citadas.

A coleta se deu no período de maio de 2007 a março de 2008, de segunda a quinta-feira no período da tarde, dias há agendamento médico para o atendimento às crianças.

3.4- COLETA DE DADOS

3.4.1- Procedimento de coleta de dados

As mulheres foram identificadas com base nos agendamentos de consultas regulares do setor de pediatria e puericultura e na sala de vacinas, sendo abordadas antes da consulta médica ou de enfermagem ou da administração da vacina de seus filhos.

Os objetivos do estudo foram esclarecidos, bem como foram adotados procedimentos que visaram a garantir o anonimato e sigilo de sua participação nos resultados da pesquisa. Foi assegurado seu voluntariado e garantido que a sua recusa em participar do estudo, ou sua saída, a qualquer momento, não acarretaria prejuízos no atendimento de qualquer de seus familiares.

Foram elucidados às mulheres os procedimentos da pesquisa e solicitada a permissão para gravação de entrevista em gravador digital. Após, apresentar-lhes a leitura do *termo de consentimento livre e esclarecido*, todos os esclarecimentos por elas solicitados ou por familiares que a acompanhavam foram realizados, sendo solicitada, a seguir, a assinatura, se assim o desejassem e estivesse de acordo (APÊNDICE 1). Foi entregue uma cópia à mulher e outra permaneceu sob guarda da pesquisadora.

Nesse primeiro contato, após seu acordo em participar do estudo, foram colhidos os dados relativos aos aspectos de identificação, história obstétrica, amamentação atual e estilo de vida (APÊNDICE 2), foi também aplicado instrumento específico para avaliação de qualidade de vida (ANEXO 1), combinado com perguntas abertas e entrevista em profundidade para obtenção dos dados empíricos que nortearam o alcance dos objetivos deste tema. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio CSE, em local que permitiu conforto, segurança e liberdade, uma vez que as participantes se mostraram dispostas de imediato a participar do estudo.

Foi realizado um teste piloto para testar a aplicação do instrumento e a realização da entrevista. A coleta de dados foi realizada por mim e por duas colaboradoras que foram devidamente treinadas.

3.4.2- Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para a realização deste estudo, foram utilizadas diferentes estratégias de coleta de dados, integrando técnicas para a abordagem quantitativa e qualitativa da pesquisa, buscando suas interfaces.

A seleção das técnicas e instrumentos para a obtenção dos dados foi definida em função da pretensão de apreender de forma mais ampla a realidade das mulheres que amamentam e sua perspectiva de qualidade de vida.

Em uma primeira etapa, foram utilizados dois formulários para coleta de dados. O primeiro com a finalidade de fazer o levantamento da caracterização biológica, social e econômica da mãe, da criança e da família (APÊNDICE 2).

Para mensurar a qualidade de vida da mulher utilizou-se o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref), (ANEXO 1), sendo esta uma versão abreviada do WHOQOL-100 (Fleck *et al.*, 2000).

O WHOQOL-100 é um instrumento de avaliação de qualidade de vida que se baseia nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto *subjetivo* (percepção do indivíduo em questão), *multidimensional* e composto por dimensões *positivas* (por exemplo: mobilidade) e *negativas* (por exemplo: dor), com 100 questões que avaliam seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais. Foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS que seguiu uma metodologia envolvendo a participação de 15 países, que representaram diferentes culturas. Esse instrumento foi traduzido, até o momento, para 20 idiomas, inclusive o português. É um instrumento auto-avaliativo e auto-explicativo. Se o respondente não tiver condições de ler o instrumento, este poderá ser aplicado pelo pesquisador cuja denominação é aplicação administrada. Em caso de dúvida, o pesquisador deve reler a pergunta de forma lenta, sem a utilização de sinônimos para evitar a modificação do sentido original da questão. Nesse caso, denomina-se de aplicação assistida (Fleck *et al.*, 1999).

A necessidade de instrumentos curtos que demandam pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, com 26 questões, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídos do WHOQOL-100.

As duas primeiras questões avaliam a qualidade de vida geral e, calculadas em conjunto, geram um escore independente dos domínios. A primeira refere a qualidade de vida de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. As demais questões, desta versão abreviada, refere-se aos quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (Fleck *et al.*, 2000).

As respostas de cada questão obedecem uma escala tipo Likert com cinco alternativas, em escalas de avaliação (muito insatisfeita a muito satisfeita; muito ruim a muito boa), de intensidade (nada a extremamente) e de frequência (nunca a sempre) (Fleck *et al.*, 2000).

Os domínios, por sua vez, são construídos por um conjunto de facetas que são investigadas por meio das 26 questões, distribuídas de forma não sequencial, como se pode visualizar no **Quadro 1**.

Quadro 1- Distribuição das questões do WHOQOL-bref conforme a avaliação de qualidade de vida geral e os domínios. São Paulo, 2007

Domínios	Questões
Geral	1 e 2
Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
Psicológico	5, 6, 7, 11, 19 e 26
Relações Sociais	20, 21 e 22
Meio Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

O instrumento deve ser preenchido somente em um encontro e a pessoa deve ser orientada a respondê-lo, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Para esse estudo adaptou-se uma técnica mista de coleta de dados que associou a aplicação do instrumento WHOQOL-bref e a entrevista em profundidade com um tempo médio de 40 minutos de duração.

Após cada uma das 26 questões do instrumento acima descrito, foi solicitado à mulher participante do estudo que explicasse o motivo da resposta dada. À medida que a mulher expunha suas idéias, a pesquisadora buscou verticalizar o assunto abordado, fazendo questões relativas ao que a nutriz estava verbalizando no decurso

da entrevista, buscando explorar as respostas dadas, mas atendo-se ao objeto de pesquisa.

Assim, utilizaram-se os itens relativos aos domínios abordados no instrumento WHOQOL-bref, que puderam explicar e dar subsídios para interpretação da realidade das mulheres, no que concerne a sua qualidade de vida.

De acordo com a recomendação feita pelos autores: Gill, Alvan e Feinstein (1994) e Gladis, Gosch, Dishuk e Crits-Cristoph (1999), a inclusão de itens abertos, adicionados ao final do instrumento para respostas suplementares ou combinação de métodos qualitativos, para complementar a metodologia quantitativa, visa a abarcar outros aspectos eventualmente não considerados nos instrumentos de qualidade de vida, possibilitando a emergência de temas que estejam presentes na fala da mulher. Assim, é possível identificar os elementos que as mulheres utilizam para construir a sua percepção de qualidade de vida.

Ao final da aplicação do instrumento, foi dada continuidade à entrevista, motivada pelas seguintes perguntas:

- “O que é qualidade de vida para a senhora?”
- “O que a senhora tem a dizer sobre a sua qualidade de vida enquanto está amamentando o(a) seu(ua) filho(a)?”

As entrevistas foram gravadas integralmente por meio de gravador digital e posteriormente transcritas.

3.4.3- Análise dos dados

3.4.3.1- Quantitativos

Os dados relativos à caracterização biológica, social e econômica da mãe, da criança e da família, bem como os obtidos por meio da aplicação do instrumento WHOQOL-bref, avaliando a qualidade de vida, foram lançados em uma planilha eletrônica. Esses dados foram analisados estatisticamente e os escores foram pontuados, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 11.0. As variáveis para caracterização da população foram descritas por proporções, médias e desvios padrão.

Para o cálculo dos escores sobre qualidade de vida foi utilizada a sintaxe disponibilizada pelo Grupo WHOQOL que calcula os escores de qualidade de vida geral (questões 1 e 2 calculadas em conjunto, que geram um único escore independente dos escores dos domínios) e dos domínios (questões 3 a 26), não havendo um escore total único de avaliação, para estes, devido a multidimensionalidade do constructo qualidade de vida (Fleck *et al.*, 2000).

Tanto para a qualidade de vida geral, como para os domínios quanto maior o escore obtido, melhor é a avaliação da qualidade de vida, ou seja, esta é avaliada positivamente. Os escores podem ser mensurados por meio de duas escalas, de 4 a 20 e outra de 0 a 100. Neste estudo foi utilizada a escala de 0 a 100, convertida em percentuais, para facilitar a visualização e compreensão, e também para facilitar a comparação com outros estudos que utilizaram o WHOQOL-bref, sendo que a maioria deles adota a mesma escala de 0 a 100.

Assim, ao se obter os valores atribuídos pela mulher à sua qualidade de vida, na resposta às questões relativas aos domínios, estes foram convertidos em pontuação, segundo cálculo previsto, assim, obteve-se a média na qualidade de vida geral e a relativa a cada domínio.

Para avaliar a consistência interna do instrumento WHOQOL-bref foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach. Este coeficiente varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1, maior é a confiabilidade. Os coeficientes de consistência interna, como este, são utilizados para avaliar a confiabilidade de um instrumento, analisando

a sua capacidade de medir ou avaliar o objeto a que se propõe mensurar (Belasco, Sesso, 2006).

O Coeficiente Alfa de Cronbach é usado para avaliar quão bom está um indicador, quando este é formado pela simples soma de pontos de vários itens. A confiabilidade, medida pelo Alfa de Cronbach, refere-se unicamente à consistência interna do indicador: se as medidas utilizadas associam-se coerentemente na medida de um fenômeno e com que intensidade isto se verifica numa escala de zero a um (Pereira, 2001).

Para este estudo, foi considerado que o resultado obtido para este coeficiente, a partir de 0,50, nos daria a confiabilidade crescente em direção a 1 apontando para a confiabilidade máxima. Isto se explica pelo fato de o Instrumento utilizado não ser específico para nutrízes.

Também, foi utilizada a análise de Qui-quadrado (teste exato de Fisher) para verificar se houve associação entre as variáveis categóricas (qualitativas). O exato de Fisher foi utilizado porque algumas células tinham valores esperados menor que cinco.

O Qui-quadrado mede a probabilidade das associações encontradas serem devidas ao acaso, partindo do pressuposto que, na verdade, não há associação entre as duas variáveis na população. Em outras palavras, o teste mede a discrepância entre os valores observados e esperados nas células de uma tabela. No entanto, o Qui-quadrado tem limitações, nomeadamente, deverá ser feito pela prova exata de Fisher quando mais de 20% dos valores esperados nas células da tabela são inferiores a cinco.

O Teste t de Student para amostras independentes foi utilizado para variáveis quantitativas e para verificar se houve diferença entre as médias nos grupos.

Análise de Variância (ANOVA) de um fator foi utilizada para comparações de médias para mais de dois grupos de dados, ou seja, os dados relativos ao Domínio Meio Ambiente nas categorias de escolaridade (4 categorias). Posteriormente foi utilizada comparação múltipla de Bonferroni para identificar quais categorias apresentaram diferença entre si (Armitage, Berry 1994; Daniel, 1995; Magalhães, Lima, 2000).

3.4.3.2- Qualitativos

Este estudo visou a uma ampla compreensão da maneira como o contexto dessas mulheres conforma sua percepção de qualidade de vida enquanto vivenciam seu processo de amamentar. Dessa forma, consideramos que os pressupostos teóricos da Representação Social permitiram que aprofundássemos na questão de como o entorno e o grupo de pertença dessas mulheres atuaram na construção de representações sobre os elementos presentes na composição da percepção de qualidade de vida.

REFERENCIAL TEÓRICO

As representações sociais – base para o estudo

Moscovici (1978) define a representação social como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, formando uma teoria de senso comum, sendo revolucionária, porque faz o resgate e valoriza o saber popular. Para esse autor, o sujeito, na teoria das representações sociais, é o criador do seu conhecimento a partir do que ele conhece, de experiências vividas em seu cotidiano e da determinação valorativa que dá a essas vivências. O sujeito cria a realidade e conseqüentemente o conhecimento dessa realidade. Esta sua condição de criador de realidade e conhecimento nunca é descolada da historicidade e do contexto social e ético de seu mundo.

Para Araújo (1997), a representação social é um processo vivenciado pelo indivíduo no seu cotidiano. Ele é o autor e ator de suas representações; é uma forma particular de adquirir conhecimento e comunicar o conhecimento adquirido, abrangendo todas as trocas estabelecidas em suas relações com outros indivíduos.

Nas representações sociais, o conteúdo é constituído por atitudes, imagens, opiniões e informações que são elaboradas pelo sujeito em relação ao objeto. Nesse processo, há sempre uma atividade de construção e reconstrução em que o sujeito interage com o objeto, modificando-o, e, em contrapartida sendo modificado também (Jodelet, 1986).

As representações sociais constituem-se no conjunto de saberes construídos pelas inúmeras formas de comunicação entre os indivíduos e grupos. Esse repertório de saber indica as construções das ações das pessoas. Mesmo que um novo dado de conhecimento seja adicionado, este terá que ser incorporado ao repertório do grupo (Moscovici, 1978).

Segundo Spink (1995), a elaboração das representações sociais se dá por meio de conteúdos que circulam pela sociedade, muitas vezes decorrentes, do processo de interação social.

A mesma autora afirma, ainda, que utilizar as representações sociais é examinar ou reconhecer o conhecimento do senso comum com legítimo e provocador de transformações sociais, construído por indivíduos que são sujeitos sociais em uma história pessoal e social, que expressam a realidade numa situação social e cultural definida, na qual as representações resultam em produtos sociais formados dentro de um determinado contexto histórico e dinâmico.

Historicamente, o indivíduo constrói significados que facilitam sua comunicação e convivência com os outros indivíduos e o mundo. A elaboração de representações sociais são provenientes desses significados construídos, mais o conhecimento estruturado (Ciência) e o seu atual momento histórico, afetivo e social. Com a representação assim constituída, o indivíduo modifica a natureza e a sociedade. Remodelando-as, ao remodelar o conhecimento (Machado, 1999).

Retomando os dados da literatura, a qualidade de vida da nutriz, pode ser compreendida dentro de um conceito subjetivo, multidimensional e multifatorial, que deve levar em conta a opinião da mulher e suas várias dimensões como o seu estado físico, emocional, ambiental, econômico e social, construído de acordo com seus conhecimentos, valores, expectativas, heranças herdadas por familiares e amigos, enfim, pelo seu convívio social, inserido em universo cultural, espacial e temporal.

3.4.4- Organização e análise dos dados – Utilização da estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo

Os dados obtidos, por meio das entrevistas realizadas com as nutrizes do estudo, foram organizados segundo a proposta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O Discurso do Sujeito Coletivo é um “discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso” (Lèfreve 2006).

Cada uma das 202 entrevistas foi gravada e transcrita na íntegra, sendo analisadas e extraídas as expressões-chaves que correspondem à essência ou “matéria-prima” da entrevista. Em seguida, as expressões-chave foram identificadas em similaridade, dando origem às idéias centrais de cada entrevista que nomeia os discursos.

As idéias centrais foram categorizadas pelos domínios abrangidos pelo instrumento WHOQOL-bref: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Segundo Lèfreve, Lèfreve (2005)³ é possível que uma mesma pessoa apresente mais de uma idéia central para cada depoimento ou resposta. As partes deste depoimento em que estão presentes idéias diferentes devem ser tratadas como um depoimento diferente. Dessa maneira, o programa Qualiquantisoft considera uma mesma pessoa como portadora de mais de uma resposta.

As mulheres deste estudo expressaram em suas falas mais de um domínio, ou seja, mais de uma idéia central. Assim, em algumas questões encontramos mais de uma resposta.

O sujeito coletivo se expressa por meio de um discurso emitido na *primeira pessoa (coletiva) do singular*. Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva à medida que esse *eu* fala pela ou em nome da coletividade (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

³ Lèfreve F, Lèfreve AMC. Passo a passo para o uso do qualiquantisoft. Programa de verão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2005.

Assim, foram construídos os discursos que representaram as falas das nutrizes deste estudo.

3.5- ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (ANEXO 2) e pelo Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa. Todas as mulheres foram abordadas quanto ao seu desejo e consentimento da utilização dos dados levantados na entrevista, para a realização da presente proposta de investigação.

Após o esclarecimento dos objetivos do estudo e anuência da mulher, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado livremente por ela (APÊNDICE 1), e por seu responsável legal, se menor de 18 anos. Foram asseguradas as garantias de anonimato, de sigilo e de que os dados serão utilizados somente para fins científicos, cujos resultados serão publicados em periódicos especializados e divulgados em eventos científicos. Caso houvesse desejo de excluir-se da pesquisa, foi assegurada à participante a continuidade da assistência na Instituição, sem nenhum prejuízo. Todo o procedimento seguiu as diretrizes traçadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos foi bastante complexa. A proposta de construção dos Discursos do Sujeito Coletivo que contribuiu para a compreensão dos elementos utilizados pelas nutrizes para explicitar a percepção e avaliação da qualidade de vida dessas mulheres. Originando-se, assim, um material abundante para análise, da mesma forma que os escores obtidos pela aplicação do instrumento, além dos dados pessoais das nutrizes e de seus filhos. Conforme já citado, participaram deste estudo, 202 mulheres das quais este capítulo visa a apresentar as suas características sociodemográficas e dados que possibilitem conhecer condições biológicas de seus filhos, sua performance de amamentação, os escores obtidos por meio da aplicação do instrumento WHOQOL-bref e os DSCs coletivo originados de suas falas.

Os resultados apontam não só para uma visualização das médias referentes aos domínios e facetas para a avaliação da qualidade de vida para as nutrizes, mas também para a compreensão de elementos que se destacam nesses domínios e facetas que possibilitam identificá-los como influentes na percepção da qualidade de vida dessas mulheres e de suas representações.

4.1- APRESENTAÇÃO DAS NUTRIZES DO ESTUDO E DE SUAS CRIANÇAS

A- Dados de Identificação Materna

Dentre as características maternas investigadas, a idade é um dado relevante para a avaliação da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, tendo implicância direta em sua saúde e na de seu filho, desde o período da gestação, parto e pós-parto.

Das 202 (100,0%) nutrizes deste estudo, a maioria das mulheres estavam na faixa etária de 26 a 35 anos correspondendo a 75 (37,1%), seguidas pelas mulheres com 19 a 25 anos, 71 (35,1%). Em menor frequência, identificamos 44 (21,8%) nutrizes com idade acima de 35 anos.

Tabela 1 – Distribuição das 202 nutrízes segundo a idade. São Paulo, 2007

Idade em anos	Nútrizes	
	N	%
Até 18	12	5,9
19 a 25	71	35,1
26 a 35	75	37,1
Acima de 35	44	21,8
Total	202	100,0

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de mudanças. Talvez essa complexidade de fenômenos que cerca o desenvolvimento humano explique a dificuldade de encontrarmos um único conceito de adolescência e em especial, dos limites de idade que definem o início e fim desse período.

Para este estudo, adotamos a definição encontrada no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069 de 13 de janeiro de 1990, que considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos, enquanto que para a OMS, adolescente é o indivíduo que se encontra na faixa etária entre 10 e 19 anos (Brasil, 2005).

A gravidez na adolescência tem sido objeto de estudo por ser considerada uma das questões críticas, tanto no âmbito social como clínico.

Segundo Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (Brasil, 2006a), em 1996, no estado de São Paulo, 3,7% das jovens afirmaram estar grávidas do primeiro filho, dez anos após, o número de jovens nessa mesma situação aumentou para 8,2% das entrevistadas. Em nosso estudo encontramos 12 (5,9%) adolescentes. Apesar de ser um percentual menor do que o encontrado na PNDS de 2006, ainda assim, pode ser considerado elevado em comparação com os dados referidos de 1996. Embora não seja objeto deste estudo, vale salientar a precocidade com que as adolescentes vêm se tornando mães, uma vez que uma (0,49%) nutriz adolescente deste estudo tinha dois filhos, na época da entrevista.

Por outro lado, é razoável comentar que uma parcela significativa das mulheres deste estudo encontravam-se próximas à faixa de idade considerada adequada para a gravidez, pois 71 (35,1%) delas tinham entre 19 e 25 anos. Neme (2005) considera a idade entre 18 e 20 anos como ideal para a primeira gestação, sendo considerados limites fisiológicos a idade de 16 anos (primigesta precoce) e a

idade igual à 35 anos (primigesta tardia). Ainda, segundo o mesmo autor, as mulheres, estando na faixa etária recomendada para a parturição, têm menor probabilidade de incidência de partos prematuros, mortalidade perinatal e partos operatórios.

Parece-nos, no entanto, que uma parcela ainda mais numerosa deste estudo, que corresponde a 119 (58,9%), continua dando à luz ou tiveram sua primeira parturição após 26 anos, tendo como limite 43 anos.

Outra variável importante para o nosso estudo constituiu na escolaridade das mulheres, para a qual estabelecemos um agrupamento, conforme o número de anos de estudo.

Tabela 2 – Distribuição das 202 nutrízes segundo a escolaridade em anos. São Paulo, 2007

Escolaridade em anos	Nútrizes	
	N	%
Abaixo ou igual a 4	20	9,9
5 a 8	52	25,7
9 a 11	109	54,0
Acima de 11	21	10,4
Total	202	100,0

Constatamos que a maioria das mulheres deste estudo, 109 (54,0%), apresentaram escolaridade entre nove e 11 anos, isto é, possuem o ensino médio incompleto, 52 (25,7%), estudaram de cinco a oito anos. Também, encontramos 21 (10,4%) mulheres com escolaridade acima do ensino médio, ou seja, cursaram ou estão cursando ensino superior e 20 (9,9%) nutrízes, sendo a minoria, que não concluíram o ensino fundamental I, tendo menos de quatro anos de escolaridade.

A condição nacional quanto ao analfabetismo entre mulheres nos anos de 1991 compreendia cerca de 20,8% da população feminina. Este índice sofreu declínio entre as mulheres com mais de 15 anos de idade que passou para 13,5% no ano de 2000 (Brasil, 2004).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) de 2006, a escolaridade média do brasileiro era de sete anos de escolaridade (IBGE, 2006).

As mulheres deste estudo apresentaram escolaridade acima da média da população brasileira, sendo encontradas 130 (64,4%) nutrízes com escolaridade

acima de nove anos e também acima da média identificada para gestantes em estudo realizado por Lima (2006), cujas grávidas com tempo de escolaridade entre nove e 11 perfaziam 53,9%.

Com o intuito de conhecer a inserção das nutrizes deste estudo no mercado de trabalho, elas foram indagadas sobre a atividade de trabalho assalariado, sendo encontradas 106 (52,5%) nutrizes que não exerciam atividades extralalar⁴, destas quatro (3,8%) são estudantes e 102 (96,2%) donas de casa.

Segundo a Pesquisa Mensal de Emprego (PME) de janeiro de 2008, realizada em Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, áreas de abrangência da pesquisa, havia 43,1% de mulheres com dez anos ou mais de idade trabalhando. Em 2003, essa proporção era de 40,1%, mostrando um crescimento de três pontos percentuais (IBGE, 2008).

Em nosso estudo foram encontradas 96 (47,5%) nutrizes com atividade extralalar, demonstrando uma porcentagem maior de mulheres inseridas no mercado de trabalho quando comparadas aos dados encontrados na PME de 2008. A ocupação dessas mulheres está descrita nos dados apresentados na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Distribuição das 96 nutrizes segundo o tipo de ocupação. São Paulo, 2007

Tipo de ocupação	Nutrizes	
	N	%
Profissionais das ciências e das artes	7	7,3
Técnicos de nível médio	6	6,3
Trabalhadores de serviços administrativos	20	20,8
Trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	18	18,7
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	7	7,3
Trabalhadores de manutenção e reparação	38	39,6
Total	96	100,0

Para a apresentação da ocupação das nutrizes foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), um documento que reconhece, nomeia e codifica os

⁴ Denominamos atividade extralalar o trabalho remunerado exercido fora de casa, pelas nutrizes deste estudo.

títulos e descreve as características da ocupação do mercado brasileiro em similaridades às atividades realizadas em dez grandes grupos ocupacionais (Brasil, 2002b).

A ocupação que apareceu em maior número foi a de trabalhadores de manutenção e reparação, sendo encontradas 38 (39,6%) mulheres nesta categoria, em que estão incluídas as atividades ligadas ao serviço de limpeza e conservação, ou seja, ocupações que exigem pouca ou nenhuma escolaridade.

As 18 (18,7%) mulheres que se enquadraram em trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados e as sete (7,3%) trabalhadoras da produção de bens e serviços industriais, trabalhos ligados a alimentos, apresentavam escolaridade intermediária entre cinco e 11 anos de escolaridade.

Dentre as mulheres com maior escolaridade encontramos 20 (20,8%) nutrízes que exerciam atividades em serviços administrativos, profissionais escriturárias e trabalhadoras voltadas a atendimento ao público, sete (7,3%) mulheres desempenhavam atividades profissionais das ciências e das artes e seis (6,3%) mulheres pertenciam à categoria de técnicos de nível médio, em parte, mulheres que teriam benefícios trabalhistas.

Dentre tais benefícios, o direito das participantes do estudo à licença-maternidade (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Distribuição das 96 nutrízes que exercem atividade extraluar segundo o direito à licença-maternidade. São Paulo, 2007

Licença maternidade	Nútrizes	
	N	%
Sim	73	76,0
Não	23	24,0
Total	96	100,0

Observamos que a maior parte das mulheres que exercem atividade extraluar têm direito à licença-maternidade sendo encontradas 73 (76,0%) nutrízes com esse benefício. A licença-maternidade propicia à mulher permanecer mais tempo com o seu filho e pode vir a prolongar o tempo de aleitamento materno, trazendo tranquilidade quanto à proximidade com o filho e quanto à situação financeira, como referem as próprias nutrízes deste estudo.

Ah, eu acho bom a licença-maternidade, né? porque a gente fica quatro meses com o bebê, assim, eu acho pouco tempo, mas eu acho bom que pelo menos a gente tem o dinheirinho ali (Entrevista 178).

Assim, a mulher conta com o apoio ou proteção legal das leis trabalhistas que fazem parte de sua realidade, possivelmente, intensificada pelas recentes campanhas para ampliação da licença-maternidade para seis meses, sendo considerada como um avanço e um diferencial para a amamentação exclusiva (Müller, 2008).

Ao estudarmos a mulher no contexto gravídico-puerperal é importante conhecer as suas características quanto à paridade. Adotamos o termo não-primíparas, pois queríamos conhecer, na verdade, as mulheres com a experiência de já ter tido pelo menos um filho anteriormente, independente da quantidade. Não adotamos o termo múltiparas porque, segundo Neme (2005), múltiparas são mulheres com paridade igual ou maior que três filhos.

Tabela 5 – Distribuição das 202 nutrízes segundo a paridade. São Paulo, 2007

Paridade	Nútrizes	
	N	%
Primípara	95	47,0
Não primípara	107	53,0
Total	202	100,0

Notamos que 107 (53,0%) nutrízes já tinham experiência anterior com, pelo menos, um filho. Embora não haja consenso entre estudiosos no assunto, no que se refere à interferência da experiência anterior de amamentar, no desempenho e decisões de nutrízes em novas oportunidades de amamentação, uma questão fica clara, segundo as mulheres deste estudo, no que concerne ao aproveitamento de habilidades para lidar com as dificuldades que podem surgir no aleitamento dos filhos subseqüentes.

Não tive dificuldade, também não sou marinheira de primeira viagem, eu já sabia como dar de mamar (Entrevista 1).

Podem assim, conseguir lidar melhor com as dificuldades encontradas na amamentação atual, percebendo diferença entre uma e outra.

Do meu filho mais velho foi diferente, eu tive leite logo no começo, e desta vez, demorou um pouco, mas normal, porque é uma coisa que eu tive que passar, então pra mim não foi uma dificuldade tão grande; é uma dificuldade, mas que... foi fácil de superar (Entrevista 94).

Ou ainda, sentindo-se mais preparada agora.

O primeiro filho então machucou, e aí eu tive toda aquela frescura, mas agora a segunda não, agora a segunda eu falei: “eu vou amamentar, doendo ou não, rachando ou não o peito, eu vou dar”, e aí nos primeiros dias rachou mesmo o bico né, mas, aí eu continuei dando e aí sarou e tô dando até agora e não pretendo parar de dar (Entrevista 69)

A amamentação vivenciada com êxito, em experiência anterior, transmite à mulher confiança e segurança no desempenho da sua amamentação atual, sentindo-se mais preparada para enfrentar as dificuldades encontradas e conseguindo superá-las de maneira tranqüila (Martins, 1998).

Por outro lado, segundo Silva (1997), a experiência anterior, positiva ou negativa, pode ser transformada ou resignificada na experiência atual, pois esta é muito mais dependente do contexto de vida presente da mulher do que de suas lembranças.

Da vez dele teve bastante problema, porque, como ele era o primeiro, rachou muito o bico. Tinha uma enfermeira que vinha em casa para me ajudar, para consegui fazer ele mamar, porque eu estava quase desistindo, eu chorava, fiquei com o bico quase todo pendurado, saiu sangue, ele tinha um mês, eu tive cesárea, tive dificuldade para sentar, me virar (Entrevista 86).

Buscamos, também, conhecer por meio de qual tipo de parto, as mulheres deste estudo tiveram os seus filhos.

A OMS recomenda que a taxa de cesárea esteja no máximo ao redor de 15%. Nesse sentido, campanhas governamentais visam ao resgate do parto normal como um fenômeno natural que traz benefícios para a mãe e a criança. Apontam que o alto índice de parto com intervenção cirúrgica provoca vários problemas para a saúde da mãe, porque aumenta o risco de hemorragias e infecções. Para os bebês, o parto antecipado, como ocorre na maioria das cesáreas, resulta em problemas respiratórios e internações em UTI neonatal. Essas campanhas continuam sendo realizadas pelo

Ministério da Saúde pela veiculação em meios de comunicação, no sentido de alcançar as taxas próximas às recomendadas pela OMS (Brasil, 2006b).

Tabela 6 – Distribuição das 202 nutrízes segundo o tipo de parto. São Paulo, 2007

Tipo de parto	Nútrizes	
	N	%
Normal	99	49,0
Cesárea	76	37,6
Fórcipe	27	13,4
Total	202	100,0

Neste estudo encontramos 126 (62,4%) mulheres que tiveram seus filhos por via vaginal, ou seja, normal ou fórcepe e 76 (37,6%) por meio do parto cesárea, número relativamente alto, considerando os índices nacionais.

O Ministério da Saúde aponta que, no Brasil, a taxa de cesárea chega a 43%, sendo que os planos de saúde são responsáveis por cerca de 80%. No Sistema Único de Saúde (SUS), a taxa gira em torno de 26% (Brasil, 2006b).

Procurando verificar se os planos de saúde tiveram influência no aumento da porcentagem de cesárea encontrada, indagamos às nutrízes deste estudo o local de realização do pré-natal e o local onde tiveram seus filhos.

Tabela 7 – Distribuição das 202 nutrízes quanto ao local de realização do pré-natal. São Paulo, 2007

Local do pré-natal	Nútrizes	
	N	%
Hospital público	15	7,4
Hospital privado	1	0,5
Centro ou posto de saúde	151	74,8
Médico particular	5	2,5
Médico de convênio	30	14,8
Total	202	100,0

Das 202 (100,0%) nutrízes, todas referiram ter realizado pré-natal, sendo que 151 (74,8%) mulheres em centro ou posto de saúde e 15 (7,4%) em hospital público,

perfazendo um total de 166 (82,2%) mulheres que realizaram o pré-natal em serviço público.

Encontramos 36 (17,8%) mulheres que realizaram o pré-natal em serviço particular de saúde. Destas, 30 (14,8%) realizaram pré-natal usando os planos de convênio, outras cinco (2,5%) fizeram o pré-natal com médico particular e uma (0,5%) em hospital privado.

O pré-natal tem impacto diretamente relacionado aos indicadores de saúde, especialmente a mortalidade materna e infantil ante a possibilidade do diagnóstico e tratamento precoce de patologias tanto da mãe, quanto do feto os quais podem trazer conseqüências à saúde de ambos (Brasil, 2006b).

No que tange ao início do atendimento pré-natal, a maioria delas, 161 (79,7%), iniciaram as consultas até as 12 semanas de gestação, como preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo os Princípios Gerais de Diretrizes para a Atenção Obstétrica e Neonatal contidos no Manual Puerpério (Brasil, 2006b).

Tabela 8 – Distribuição das 202 nutrízes quanto ao início das consultas do pré-natal. São Paulo, 2007

Início das consultas	Nútrizes	
	N	%
Até as 12 semanas	161	79,7
13 a 24 semanas	38	18,8
Acima das 24 semanas	3	1,5
Total	202	100,0

Nossos achados, conforme **Tabela 8**, superam os dados do PNDS de 2006, quanto ao número de mulheres atendidas no pré-natal para a área urbana que foi de 99,2%, sendo que no atual estudo foi de 100,0%.

Quanto ao início do pré-natal até as 12 semanas, conforme preconizado por Brasil (2006b), o PNDS registrou uma freqüência de 82,5%, superando os 79,7% deste estudo (Brasil, 2006a).

Observamos como nos dados, acerca da realização do pré-natal das nutrízes, que a maioria das mulheres, deste estudo, 167 (82,6%), tiveram seus filhos em instituição pública.

Tabela 9 – Distribuição das 202 nutrízes quanto ao local do parto. São Paulo, 2007

Local do parto	Nútrizes	
	N	%
Hospital privado	8	4,0
Hospital de convênio	27	13,4
Hospital público	167	82,6
Total	202	100,0

Das 35 (17,4%) mulheres que deram à luz em serviço privado de saúde, 27 (13,4%) mulheres deram luz em hospitais ligados a planos de convênios e oito (4,0%) em hospital privado, não vinculado a planos de saúde.

Cabe ressaltar que, dessas 35 (100,0%) mulheres que tiveram seus filhos em serviço privado de saúde, 25 (74,3%) mulheres tiveram parto cesárea e apenas nove (25,7%) mulheres tiveram parto via vaginal. Esses dados vão ao encontro do relatado pelo Ministério da Saúde em que os serviços privados de saúde são responsáveis por cerca de 80% do percentual de cesáreas.

No entanto, quando avaliamos o percentual de mulheres submetidas às cesáreas, entre as 167 (100,0%) atendidas no serviço público, constatamos um valor também elevado, pois destas, 51 (30,5%) tiveram seus filhos por meio desse tipo de parto.

Embora o serviço privado de fato contribua com volume “significativo” de intervenções, o serviço público, no que tange aos nossos resultados, ainda apresenta praticamente o dobro da frequência recomendada pela OMS e acima dos valores alcançados pelo SUS.

B- Estilo de Vida

Para descrever um panorama do estilo de vida das participantes deste estudo, investigamos sobre aspectos relativos às suas relações familiares e à renda familiar.

Tabela 10 – Distribuição das 202 nutrizes segundo o fato de residirem com o companheiro. São Paulo, 2007

Presença de companheiro	Nutrizes	
	N	%
Com companheiro	169	83,7
Sem companheiro	33	16,3
Total	202	100,0

Os dados da **Tabela 10** nos mostra que 169 (83,7%) mulheres residiam com o companheiro, podendo este fato influenciar em sua performance de amamentação e também na sua qualidade de vida, uma vez que a ajuda nos afazeres diários propicia um período de descanso.

Meu marido tando em casa, ele ajuda bastante, posso dar de mamar para ela, ele que lava, passa, cozinha, faz tudo, não fico cansada não (Entrevista 149).

Quanto à renda familiar, notamos que a maioria, 115 (56,9%) das famílias das nutrizes recebiam de um até três salários mínimos e 57 (28,2%) tinham rendimentos acima de sete salários mínimos. Sendo que o menor número de famílias, 25 (12,4%), viviam com renda até um salário mínimo, estando este resultado abaixo da média nacional referida pelo IBGE (2006), que indica 45,1% da população brasileira com renda familiar até um salário mínimo. Por outro lado, para as demais faixas de renda, nossos resultados mostram que as famílias deste estudo têm rendimentos acima da média nacional que é 35,4% para a renda mensal entre um a três salários mínimos, 8,1% para renda de três a cinco salários mínimos e 7,8% apresentam rendimentos acima de cinco salários mínimos, como pode ser observado nos dados registrados na **Tabela 11**.

Tabela 11 – Distribuição das 202 nutrizes quanto à renda familiar em salários mínimos. São Paulo, 2007

Renda familiar	Nutrizes	
	N	%
Até 1 salário	25	12,4
Mais de 1 a 3 salários	115	56,9
Mais de 3 a 7 salários	35	17,3
Mais de 7 salários	22	10,9
Não sabe	5	2,5
Total	202	100,0

O que nos chamou a atenção foi o fato de cinco (2,5%) nutrizes desconhecerem a renda familiar. Trata-se de adolescentes que moram com os pais ou sogros, não tendo idéia da renda, nem do valor das despesas familiares, adquirindo o que necessita com facilidade, como demonstra o discurso a seguir.

Eu compro tudo o que quero, por exemplo, se eu vejo alguma coisa na vitrine, eu chego para a minha mãe peço e ela me dá. Se eu preciso de alguma coisa, eu peço pra minha mãe ou pro meu pai, a minha sogra também compra (Entrevista 150).

C- Dados sobre a criança

Para mostrar um perfil das crianças, filhos das participantes deste estudo, iniciamos pela idade que tinham na época da realização da entrevista.

Tabela 12 – Distribuição das 202 crianças segundo a idade no momento da entrevista. São Paulo, 2007

Idade dos RNs	Nutrizes	
	N	%
Até 30 dias	32	15,8
31 a 60 dias	54	26,8
61 a 90 dias	35	17,3
91 a 120 dias	29	14,4

Acima de 120 dias	52	25,7
Total	202	100,0

Encontramos o maior percentual de crianças nas faixas etárias de 31 a 60 dias, 54 (26,8%) e outro grupo estava acima de 120 dias, 52 (25,7%), período que coincide com o término da licença-maternidade. Em frequências bastante próximas foram encontradas 32 (15,8%) crianças com tempo de vida inferior a 30 dias, 35 (17,3%) crianças com 61 a 90 dias e 29 (14,4%) bebês tinham de 91 a 120 dias de vida (**Tabela 12**).

Do total de crianças, 112 (55,4%) eram do sexo feminino e 12 (5,9%) nasceram prematuras, o que pode explicar, em certa medida, o fato de termos 13 (6,4%) das crianças com peso até 2.500g. As demais, 134 (66,3%) e 55 (27,2%) no que tange ao peso, nasceram pesando entre 2.501 e 3.500g e acima de 3.500g, respectivamente.

Os dados encontrados neste estudo acompanham a tendência nacional, como o estudo de Silva (2008) com prematuros que registrou a taxa de prematuridade em torno de seis a 7%.

4.2- PERFORMANCE DE AMAMENTAÇÃO ATUAL DAS NUTRIZES

Questionamos as 202 mulheres participantes deste estudo, qual o tipo de aleitamento materno que praticavam naquela época para seus filhos e os resultados foram classificados segundo os tipos de aleitamento proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002b).

A maioria das nutrizes deste estudo amamentavam seus filhos em aleitamento materno exclusivo no momento da realização da entrevista, 131 (64,9%), seguidas por 39 (19,3%) nutrizes cujos filhos estavam em aleitamento predominante e as demais, 32 (15,8%), ofereciam outro tipo de leite a seus filhos, além do leite materno.

O fato de ter sido encontrado um maior número de crianças em AME, pode ser atribuído à grande porcentagem de crianças, 167 (82,6%), nascidas nos dois Hospitais Amigos da Criança (HAC) da região: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e o Hospital Mário Deghni.

Segundo Lutter *et al.* (1997) o fato de as crianças nascerem em HAC, reconhecido por cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, pode ter um impacto significativo reforçando a hipótese de que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) pode ser disseminadora das ações de incentivo à amamentação.

Tal impacto foi documentado no município de Santos (SP), onde se verificou que a mediana da duração do AME era duas vezes maior no terceiro mês de vida entre crianças nascidas em HAC do que entre as nascidas em hospital sem a influência da IHAC (Lutter *et al.* , 1997).

Outro estudo mais recente realizado na região urbana de Montes Claros (MG), intitulado “Avaliação do impacto da implementação Iniciativa Hospital Amigo da Criança” por meio da comparação de dois estudos transversais com amostra aleatória de crianças com até dois anos de idade, antes e após a implantação da IHAC para todos os serviços públicos de assistência ao parto da cidade, encontrou

um aumento da duração da mediana do AME de 27 dias para 3,5 meses (Caldeira, Gonçalves, 2007).

Labbok (2007) comenta a existência de um número limitado de estudos que tentam mostrar o impacto da IHAC referente ao nível populacional, o que nos aponta a necessidade da realização de estudos nacionais e locais, especificamente na área do Butantã, para a validação do impacto das ações da IHAC nesta região.

A **Tabela 13** nos mostra a distribuição do tipo de aleitamento materno, segundo a idade das nutrizes e a idade de suas crianças, no momento da realização da entrevista.

Tabela 13 – Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a idade da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007

Idade da mãe	Idade da criança (dias)	AME	AMP	AM	Total
Até 18 anos	Até 30	5 (100,0%)	-----	-----	5 (100,0%)
	31 a 60	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-----	3 (100,0%)
	61 a 90	1 (100,0%)	-----	-----	1 (100,0%)
	91 a 120	-----	-----	-----	-----
	Acima de 120	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-----	3 (100,0%)
Total		9 (75,0%)	3 (25,0%)	-----	12 (100,0%)
19 a 25 anos*	Até 30	10 (100,0%)	-----	-----	10 (100,0%)
	31 a 60	16 (64,0%)	5 (20,0%)	4 (16,0%)	25 (100,0%)
	61 a 90	10 (76,9%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	13 (100,0%)
	91 a 120	3 (33,3%)	4 (44,5%)	2 (22,2%)	9 (100,0%)
	Acima de 120	5 (35,7%)	4 (28,6%)	5 (35,7%)	14 (100,0%)
Total		44 (62,0%)	15 (21,1%)	12 (6,9%)	71 (100,0%)
26 a 35 anos	Até 30	12 (92,3%)	----	1 (7,7%)	13 (100,0%)
	31 a 60	11 (68,8%)	3 (18,8%)	2 (12,4%)	16 (100,0%)
	61 a 90	10 (71,4%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	14 (100,0%)
	91 a 120	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	11 (100,0%)
	Acima de 120	8 (38,1%)	6 (28,6%)	7 (33,3%)	21 (100,0%)
Total		49 (65,3%)	13 (17,3%)	13 (17,3%)	75 (100,0%)
Acima de 35	Até 30	3 (75,0%)	1 (25,0%)	----	4 (100,0%)
	31 a 60	7 (70,0%)	2 (20,0%)	1 (10,0%)	10 (100,0%)
	61 a 90	6 (85,7%)	-----	1 (14,3%)	7 (100,0%)

anos	91 a 120	7 (77,8%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	26 (100,0%)
	Acima de 120	6 (42,8%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)	14 (100,0%)
Total		29 (65,9%)	8 (18,2%)	7 (15,9%)	44 (100,0%)

* $\chi^2 = 14,82$; $p = 0,04$

Ao compararmos as mulheres entre os grupos constituídos por faixa etária, percebemos que as adolescentes apresentaram o maior percentual de AME, nove (75,0%). As mulheres acima de 35 anos, 29 (65,9%), foram as que apresentaram o segundo maior índice de AME, seguido pelas mulheres que tinham entre 26 e 35 anos, 49 (65,3%), sendo que as mulheres com idade entre 19 e 25 anos, 44 (62,0%), tiveram o menor número de crianças em AME.

Foi no grupo de adolescentes que encontramos crianças recebendo leite materno como principal alimento, pois nenhum dos 12 (100,0%) filhos dessas mulheres recebiam alimento complementar, mesmo as que estavam com idade acima de 120 dias.

No estudo de Venâncio *et al.* (2002), realizado em municípios do estado de São Paulo, sobre a frequência e determinantes do aleitamento materno, as adolescentes foram as que mais introduziram outro tipo de alimento na dieta de seus filhos, diferentemente das adolescentes do presente estudo.

Outro resultado interessante reside no fato de encontrarmos entre as 52 (100%) crianças, com idade acima de 120 dias, para todas as faixas etárias maternas, 21 (40,3%) em AME e 16 (30,7 %) em AM, sendo este um ótimo resultado, visto que a média nacional de aleitamento materno exclusivo é de 2,2 meses, segundo dados do PNAD de 2006 (Brasil, 2006a).

Também, encontramos um resultado importante quando agrupamos as mães de até 25 anos. Entre elas, encontramos 15 (100%) crianças em idade de até 30 dias e a totalidade estava em AME, havendo um alto índice de AME também para as demais mulheres cuja idade variou entre 26 e 35 anos, pois a maioria delas amamentava exclusivamente seus filhos dessa idade, 12 (92,3%).

Podemos observar que a frequência de AME é maior quando comparada ao AMP e AM para todas as faixas etárias de nutrízes.

Quando comparamos os grupos de mulheres, segundo a sua idade e de seus filhos e performance de aleitamento, não encontramos resultados com significância

estatística, que indiquem a idade materna, neste estudo, como um determinante para a performance de amamentação das nutrizes.

Porém, internamente ocorre a associação estatisticamente significativa entre a idade da criança e o tipo de aleitamento materno para as nutrizes na faixa etária de 19 a 25 anos, sendo encontrada uma frequência maior de crianças até 30 dias em AME, 10 (100,0%), quando comparadas às crianças acima de 120 dias em AME, 5 (35,7%).

A prática do aleitamento em suas diferentes modalidades, AME, AMP e AM, continua sendo motivo de preocupação para a área da Saúde mesmo com a constatação da melhoria de seus índices no decorrer das últimas duas décadas. A média nacional de AME, no ano de 1996, era de um mês, e segundo os últimos dados apresentados, passou para 2,2 meses após o incentivo da prática da amamentação na primeira hora após o nascimento. Já o aleitamento materno nas primeiras 24 horas, após o parto, alcançou praticamente a totalidade de crianças em 2006, 99,5%, contra os 70,8% referentes ao ano de 1996 (Brasil, 2006a).

Em nosso estudo encontramos 131 (64,8%) crianças em AME de zero a seis meses, sendo que esse valor cai para 63 (31,1%) quando consideramos apenas o período de zero a dois meses completos.

Embora nossos resultados ainda demonstrem queda importante nos índices de AME à medida que aumenta a idade da criança, é preciso salientar que os índices de aleitamento materno exclusivo, praticado pelas nutrizes deste estudo, estão acima da média nacional, quanto à frequência de crianças amamentadas. Segundo PNDS de 2006, apesar de 96,4% das crianças no Brasil terem iniciado a amamentação, a frequência de AME até os seis meses é de apenas 40% (Brasil, 2006a).

A performance de amamentação das nutrizes desta pesquisa também foi analisada, segundo o tempo de estudo das mulheres, em anos, e a idade de seus filhos.

Quando observamos a distribuição das crianças, independente da sua faixa etária, a frequência de AME foi maior para as mulheres com escolaridade até quatro anos, 14 (70%). A seguir, encontramos 75 (68,8%) mulheres com escolaridade entre 9 e 11 anos, 31 (59,6%) para as mulheres com 5 a 8 anos de estudo e 11 (52,4%) para as nutrizes acima de 11 anos de estudo na modalidade de AME.

Por esses resultados, não observamos associação entre os grupos de mulheres, segundo a idade e a performance de amamentação, porém, internamente, há diferença estatística quando se compara a idade das crianças e o tipo de aleitamento. Para os grupos de mulheres que correspondem ao tempo de escolaridade até 4 anos, de cinco a oito anos e o de nove a 11 anos, encontramos associação entre a idade da criança e AME. Nos três grupos, o maior índice foi encontrado para as crianças com até 30 dias, significativamente maior do que para as crianças com 120 dias ou mais em AME, o que indica a tendência da queda da prática da amamentação com o aumento da idade da criança, como já visto anteriormente.

Tabela 14 – Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a escolaridade da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007

Escolaridade da mãe (anos)	Idade da criança (dias)	AME	AMP	AM	Total
Até 4*	Até 30	1 (50,0%)	1 (50,0%)	-----	2 (100,0%)
	31 a 60	5 (100,0%)	-----	-----	5 (100,0%)
	61 a 90	4 (100,0%)	-----	-----	4 (100,0%)
	91 a 120	3 (100,0%)	-----	-----	3 (100,0%)
	Acima de 120	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (50,0%)	6 (100,0%)
Total		14 (70,0%)	3 (15,0%)	3 (15,0%)	20 (100,0%)
5 a 8**	Até 30	8 (88,9%)	-----	1 (11,1%)	9 (100,0%)
	31 a 60	6 (50,0%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	12 (100,0%)
	61 a 90	7 (100,0%)	-----	-----	7 (100,0%)
	91 a 120	3 (30,0%)	5 (50,0%)	2 (20,0%)	10 (100,0%)
	Acima de 120	7 (50,0%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	14 (100,0%)
Total		31 (59,6%)	14 (26,9%)	7 (13,5%)	52 (100,0%)
9 a 11***	Até 30	18 (100,0%)	----	-----	18 (100,0%)
	31 a 60	21 (65,6%)	5 (15,6%)	6 (18,8%)	32 (100,0%)
	61 a 90	14 (77,8%)	3 (16,7%)	1 (5,6%)	18 (100,0%)
	91 a 120	12 (80,0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	15 (100,0%)
	Acima de 120	10 (38,4%)	8 (30,8%)	8 (30,8%)	26 (100,0%)
Total		75 (68,8%)	18 (16,5%)	16 (14,7%)	109 (100,0%)
Acima de 11	Até 30	3 (100,0%)	-----	----	3 (100,0%)
	31 a 60	3 (60,0%)	2 (40,0%)	----	5 (100,0%)
	61 a 90	2 (33,3%)	1 (16,7%)	5 (50,0%)	6 (100,0%)
	91 a 120	-----	-----	1 (100,0%)	1 (100,0%)

	Acima de 120	3 (50,0%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	6 (100,0%)
Total		11 (52,4%)	4 (19,0%)	6 (28,6%)	21 (100,0%)

* $\chi^2 = 12,28$; $p = 0,02$

** $\chi^2 = 13,81$; $p = 0,04$

*** $\chi^2 = 21,17$; $p < 0,01$

Por outro lado, as mulheres com até quatro anos de escolaridade, embora tenham apresentado a maior frequência de crianças em AME, 14 (70,0%), foram as que também apresentaram a maior proporção de crianças em AM, 3 (50%), com idade acima de 120 dias. É interessante ressaltar que as mulheres, com tempo de escolaridade entre cinco e 11 anos, foram as que introduziram mais precocemente outros alimentos na dieta da criança, independente da idade de seus filhos.

Embora os resultados não sejam estatisticamente comprovados, do ponto de vista percentual, é possível observar que a frequência de AME decresce proporcionalmente com o aumento da escolaridade, enquanto os de AM aumentam, conforme também aumenta o tempo de estudo materno.

Esses dados diferem dos de Venâncio *et al.* (2002) que demonstraram existir o aumento da probabilidade de AME com a maior escolaridade materna, sendo que as mulheres com escolaridade até quatro anos tiveram 2,2 vezes mais chances de introduzir outro alimento na dieta de seus filhos, nos primeiros meses de vida, quando comparadas com as mulheres com mais de 13 anos de escolaridade. Já em outro estudo, realizado em Feira de Santana, Bahia, foram encontrados dados semelhantes ao presente estudo, em que as mulheres com maior escolaridade apresentaram ser risco para o desmame precoce de suas crianças, destacando a necessidade de maior investigação na diversidade cultural dessas mulheres (Escobar AMU *et al.*, 2002).

O trabalho assalariado ou não, também é considerado um dos determinantes do comportamento materno diante da amamentação. Consideramos neste estudo as atividades profissionais exercidas pela mulher as quais exigem que ela se ausente do lar por algum tempo, para tanto denominamos de atividades extraluar remuneradas.

Quando analisamos as atividades de trabalho extraluar e os direitos ao benefício da licença-maternidade, encontramos, como já citado, entre as 96 (100,0%)

mulheres que exercem atividade extralar, 73 (76,1%) com direito à licença-maternidade e 23 (23,9%) sem direito a esse benefício.

Observamos que as mulheres que tinham direito ao benefício, foram as que apresentaram o maior índice de AME, sendo 49 (67,1%), a seguir, as mulheres que não exerciam atividade extralar apresentaram o segundo maior índice de prática do AME, 71 (66,0%), sendo que apenas 11 (47,0%) das mulheres que trabalham fora sem direito à licença amamentavam exclusivamente seus filhos e essas mulheres também apresentaram os menores índices de AME para as crianças até 30 dias e acima de 120 dias, quando comparadas aos demais grupos de nutrizes (**Tabela 15**).

Tanto as mulheres com licença, como as mulheres sem atividades fora do lar, em sua totalidade, amamentavam exclusivamente seus filhos de até 30 dias, porém, também nesses dois grupos houve introdução precoce de alimentos para as crianças antes de 60 dias, sendo quatro (15,0%) e duas (8,0%) crianças, respectivamente.

Da mesma maneira que os resultados relativos à idade e à escolaridade materna, encontramos associação estatística significativa internamente nos grupos compostos pela variável direito à licença-maternidade. Internamente nos grupos de mulheres que tinham direito à licença-maternidade e no das que não exerciam atividade externa, há uma associação entre a menor idade da criança, até 30 dias, e maior índice de aleitamento exclusivo, o qual é inversamente proporcional quando a idade do lactente aumenta, acima de 120 dias, cujos índices indicam menor frequência de amamentação.

Também, chama a atenção o fato de ter sete (46,7%) crianças acima de 120 dias, em AM, para as mulheres com direito à licença, índice superior ao encontrado nos demais grupos de mulheres com filhos nessa idade e sendo a menor frequência a apresentada pelas mulheres que não trabalham fora de casa, seis (21,4%).

Silva (2005), em estudo sobre a vivência da amamentação para trabalhadoras e estudantes em uma universidade pública, encontrou que as nutrizes, mesmo antes de retornar às suas rotinas de trabalho ou estudo, iniciam a introdução de alimentos substitutos do leite materno, como uma forma de preparar a criança para a separação, por falta de condições de manter a criança em creches que possibilitem a oferta do leite materno ou a incerteza de poder manter a lactação.

Pelo conjunto dos resultados obtidos, é possível inferir que o trabalho materno sem direito ao tempo de licença-maternidade, para essas mulheres, representou dificuldades para o exercício do aleitamento materno, embora não se tenha encontrado dados estatísticos conclusivos.

Tabela 15 – Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a atividade extralar da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007

Atividade extralar	Idade da criança (dias)	AME	AMP	AM	Total
Com licença*	Até 30	13 (100,0%)	-----	-----	13 (100,0%)
	31 a 60	16 (61,5%)	6 (23,1%)	4 (15,%)	26 (100,0%)
	61 a 90	9 (69,2%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	13 (100,0%)
	91 a 120	5 (83,3%)	1 (16,7%)	-----	6(100,0%)
	Acima de 120	6 (40,0%)	2 (13,3%)	7 (46,7%)	15 (100,0%)
Total		49 (67,1%)	11 (15,1%)	13 (17,8%)	73 (100,0%)
Sem licença	Até 30	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	3 (100,0%)
	31 a 60	2 (66,7%)	-----	1 (33,3%)	3 (100,0%)
	61 a 90	2 (50,0%)	-----	2 (50,0%)	2 (100,0%)
	91 a 120	3 (75,0%)	1 (25,0%)	-----	4 (100,0%)
	Acima de 120	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	9 (100,0%)
Total		11 (47,0%)	5 (21,7%)	7 (30,4%)	23 (100,0%)
Não exerce atividade extralar**	Até 30	16 (100,0%)	-----	-----	16 (100,0%)
	31 a 60	17 (68,0%)	6 (24,0%)	2 (8,0%)	25 (100,0%)
	61 a 90	16 (88,9%)	2 (11,1%)	-----	18 (100,0%)
	91 a 120	10 (52,6%)	5 (26,3%)	4 (21,1%)	19 (100,0%)
	Acima de 120	12 (42,9%)	10 (35,7%)	6 (21,4%)	28 (100,0%)
Total		71 (66,0%)	23 (21,7%)	12 (11,3%)	106 (100,0%)

* $\chi^2 = 15,28$; $p = 0,02$

** $\chi^2 = 21,80$; $p < 0,01$

Quanto à relação entre paridade das mulheres deste estudo, o tipo de aleitamento praticado pelas nutrízes e a idade da criança, encontramos pequena diferença percentual entre as mulheres não-primíparas cujos filhos estavam em AME, 70 (65,4%) e para as primíparas 61 (64,2%).

Venâncio *et al.* (2002), citado anteriormente, afirmam que ante os resultados de seu estudo, as primíparas constituíram categoria de risco para a introdução de outros alimentos. Por outro lado, em estudo realizado por Aragaki (2002), as múltiparas foram as que mais introduziram precocemente outros alimentos na dieta de seus filhos, o que corrobora para o nosso estudo, pois, mesmo não sendo possível estabelecer associação estatística entre a paridade e tipo de aleitamento praticado, chama a atenção o fato de encontrarmos o maior percentual de AM praticado pelas mulheres não-primíparas para crianças em todas as idades consideradas para este estudo (**Tabela 16**).

Tabela 16 – Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a paridade da mãe e a idade da criança. São Paulo, 2007

Paridade	Idade da criança (dias)	AME	AMP	AM	Total
Primípara*	Até 30	18 (94,7%)	1 (5,3%)	-----	19 (100,0%)
	31 a 60	18 (66,7%)	7 (25,9%)	2 (7,4%)	27 (100,0%)
	61 a 90	10 (6,7%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)	15 (100,0%)
	91 a 120	5 (45,5%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	53 (100,0%)
	Acima de 120	10 (43,5%)	9 (39,1%)	4 (17,4%)	23 (100,0%)
Total		61 (64,2%)	23 (24,2%)	11 (11,6%)	95 (100,0%)
Não-primípara**	Até 30	12 (92,3%)	-----	1 (7,7%)	13 (100,0%)
	31 a 60	17 (63,0%)	5 (18,5%)	5 (18,5%)	27 (100,0%)
	61 a 90	17 (85,0%)	2 (10,0%)	1 (5,0%)	20 (100,0%)
	91 a 120	13 (72,2%)	3 (16,7%)	2 (11,1%)	18 (100,0%)
	Acima de 120	11 (37,9%)	6 (20,7%)	12 (41,4%)	29 (100,0%)
Total		70 (65,4%)	16 (15,0%)	21 (19,6%)	107 (100,0%)

* $\chi^2 = 16,31$; $p = 0,02$

** $\chi^2 = 18,29$; $p = 0,01$

Da mesma forma que nas análises anteriores, encontramos uma associação significativa para a idade da criança e tipo de aleitamento praticado pela nutriz, quando comparamos internamente no grupo de mulheres constituído pela variável estudada. Nesse caso, a paridade, para a frequência de crianças em AME com até 30

dias é estatisticamente maior que as de 120 dias, tanto para as primíparas como não-primíparas.

Tabela 17 – Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo o fato da nutriz residir com o companheiro e a idade da criança. São Paulo, 2007

Reside	Idade da criança (dias)	AME	AMP	AM	Total
Com companheiro*	Até 30	26 (92,9%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)	28 (100,0%)
	31 a 60	30 (71,4%)	8 (19,0%)	4 (9,5%)	42 (100,0%)
	61 a 90	25 (75,8%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	33 (100,0%)
	91 a 120	16 (71,0%)	6 (24,0%)	3 (12,1%)	100 (100,0%)
	Acima de 120	18 (64,0%)	9 (22,0%)	14 (34,1%)	41 (100,0%)
Total		115 (68,0%)	28 (16,6%)	26 (15,4%)	169 (100,0%)
Sem companheiro	Até 30	4 (100,0%)	-----	-----	4 (100,0%)
	31 a 60	5 (41,7%)	4 (33,3%)	3 (25,0%)	12 (100,0%)
	61 a 90	2 (100,0%)	-----	-----	2 (100,0%)
	91 a 120	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)
	Acima de 120	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)	11 (100,0%)
Total		16 (48,5%)	11 (33,3%)	6 (18,2%)	33 (100,0%)

* $\chi^2 = 24,69$; $p < 0,01$

Neste estudo, a presença cotidiana do pai da criança foi investigada, considerando o fato de a mulher residir ou não com o companheiro. Fato este que pode interferir na maneira como a mulher vivencia a amamentação, uma vez que o companheiro assume importância não apenas no que diz respeito à possibilidade de custeio das despesas da casa, mas na sua intervenção no processo de amamentação, seja pelo incentivo a mulher de manter o aleitamento ou por, muitas vezes, interferir a favor do desmame, por exigir cuidados e atenção da esposa (Silva, 1997).

Como em outros estudos, residir com o companheiro relaciona-se aos maiores índices de aleitamento materno exclusivo. Entre as mulheres, deste estudo, como já

mencionado, 169 (83,7%) residiam com o companheiro e 33 (16,3%) foram consideradas sem companheiro pelo fato de eles não residirem com elas. Entre as primeiras, 115 (68,0%) praticavam AME, enquanto entre as que não residiam com o companheiro, 16 (48,5%) tinham filhos nesse tipo de aleitamento (**Tabela 17**).

Também, as mulheres que residem com seus companheiros apresentaram maior percentual de crianças em AME com idade acima de 90 e 120 dias. Quando comparadas às suas crianças de até 30 dias e as acima de 120, encontramos associação estatística dessas idades de crianças com o tipo de aleitamento, sendo o percentual de crianças em AME significativamente maior para os de 30 dias.

Müller (2008), em seu estudo, acerca do apoio à mulher na amamentação, identificou o marido ou companheiro como a figura central de sustentação da mulher, na superação das dificuldades encontradas no processo da amamentação e no período de transição com o nascimento de seu filho, o que vai ao encontro dos achados deste estudo, como demonstra o discurso a seguir: o meu marido me ajuda bastante, mas agora já acabou a licença-paternidade e ele vai voltar pro trabalho e aí não tenho quem fique me auxiliando, eu acho que a licença paternidade tinha que aumentar um pouquinho, assim como a licença-maternidade (Entrevista 122).

A renda salarial familiar foi outro elemento considerado para a análise da performance de amamentação das mulheres, lembrando que cinco delas não sabiam referir qual era a renda familiar.

Observamos que a maior frequência de mulheres que praticavam AME foi entre as que tinham até um salário mínimo de renda familiar e a menor frequência estava entre aquelas com renda superior a sete salários, 18 (72,0%) e 13 (59,1%), respectivamente, bem como o maior índice de mulheres com crianças em AM também se encontrou entre as que tinham o maior rendimento salarial (**Tabela 18**).

Para as mulheres com renda salarial mensal, acima de um até três salários mínimos, houve associação estatisticamente significativa com a idade das crianças até 30 dias em AME e uma baixa frequência de crianças acima de 120 dias em AME.

As mães de crianças, com idade acima de 120 dias, apresentam a frequência de prática do AME maior quando a renda familiar está entre três a sete e mais de sete salários mínimos por mês, isso denota que as mulheres, com maior renda familiar, tendem a amamentar seus filhos com maior idade em AME quando comparadas às mulheres de outras rendas salariais.

Tabela 18 – Distribuição do tipo de aleitamento materno segundo a renda familiar e a idade da criança. São Paulo, 2007

Renda familiar (em salários mínimos)	Idade da criança (dias)	AME	AMP	AM	Total
Até 1	Até 30	3 (100,0%)	-----	-----	3 (100,0%)
	31 a 60	5 (83,3%)	-----	1 (16,7%)	6 (100,0%)
	61 a 90	4 (80,0%)	1 (20,0%)	-----	5 (100,0%)
	91 a 120	4 (80,0%)	1 (20,0%)	-----	5 (100,0%)
	Acima de 120	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	6 (100,0%)
Total		18 (72,0%)	4 (16,0%)	3 (12,0%)	25 (100,0%)
Mais de 1 a 3*	Até 30	17 (89,5%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	19 (100,0%)
	31 a 60	22 (66,7%)	6 (18,2%)	5 (15,2%)	33 (100,0%)
	61 a 90	17 (89,5%)	2 (10,5%)	-----	19 (100,0%)
	91 a 120	9 (56,3%)	5 (31,3%)	2 (12,5%)	16 (100,0%)
	Acima de 120	9 (32,1%)	12 (42,9%)	7 (25,0%)	28 (100,0%)
Total		74 (64,3%)	26 (22,6%)	15 (13,0%)	115 (100,0%)
Mais de 3 a 7	Até 30	5 (100,0%)	----	-----	5 (100,0%)
	31 a 60	7 (58,4%)	4 (33,3%)	1 (8,3%)	12 (100,0%)
	61 a 90	2 (50,0%)	-----	2 (50,0%)	4 (100,0%)
	91 a 120	4 (80,0%)	-----	1 (20,0%)	5 (100,0%)
	Acima de 120	5 (55,6%)	-----	4 (44,4%)	9 (100,0%)
Total		23 (67,5%)	4 (11,4%)	8 (22,9%)	35 (100,0%)
Acima de 7	Até 30	3 (100,0%)	-----	-----	3 (100,0%)
	31 a 60	1 (50,0%)	1 (50,0%)	-----	2 (100,0%)
	61 a 90	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	7 (100,0%)
	91 a 120	1 (50,0%)	-----	1 (50,0%)	2 (100,0%)

	Acima de 120	4 (50,0%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	8 (100,0%)
Total		13 (59,1%)	3 (13,6%)	6 (27,3%)	22 (100,0%)

* $\chi^2 = 23,90$; $p < 0,01$

Embora não possamos afirmar, pelos resultados deste estudo, que a maior escolaridade seja determinante positivo para a prática do aleitamento materno exclusivo, o fato de encontrarmos maiores índices dessa prática entre as mulheres de maior renda, remete-nos aos resultados de Silva (2003, 2005) que aponta a maior flexibilidade em horários de trabalho e acesso às creches com melhores condições de manutenção de aleitamento para as mulheres com escolaridade superior as demais e que ocupam cargos mais elevados que permitem tempo livre para a amamentação.

Diante de todos esses achados percebemos o quão complexa é a amamentação, não se restringindo apenas ao aspecto natural e fisiológico tão presente nas campanhas de incentivo ao aleitamento materno, mas sim de um fenômeno subjetivo, multidimensional e multifatorial por compreender os diferentes elementos de vida dessa mulher nesse momento tão particular de sua vida.

4.3- QUALIDADE DE VIDA DAS NUTRIZES

A qualidade de vida dessas nutrizes foi avaliada, segundo parâmetros quantitativos e qualitativos, como já mencionado. A etapa de análise das respostas das mulheres às questões do instrumento resultou nos índices de satisfação com a saúde e com a qualidade de vida em geral.

Lembrando que o WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e 24 questões que compõem as facetas dos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

A consistência interna do WHOQOL-bref neste estudo foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach e seus resultados estão descritos a seguir, no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios e questões do WHOQOL-bref. São Paulo, 2007

Itens	Número de itens	Coeficiente de Cronbach
26 questões	26	0,79
Domínio Físico	7	0,60
Domínio Psicológico	6	0,60
Domínio Relação Social	3	0,62
Domínio Meio Ambiente	8	0,66

Podemos observar que os valores obtidos pelo coeficiente Alfa de Cronbach para os domínios, apresentaram valores entre 0,60 a 0,79, atestando uma consistência interna satisfatória do WHOQOL-bref para este estudo.

Ao comparar cada domínio separadamente, houve a redução dos valores do coeficiente Alfa como encontrado em outros trabalhos que também utilizaram o WHOQOL-bref (Fleck *et al.*, 2000, Cárdenas, 2004).

4.3.1- Apresentação das médias dos escores de qualidade de vida

A análise dos resultados obtidos em cada um dos domínios que apresenta a avaliação da qualidade de vida, foi feita tomando como referência a média calculada, a começar da pontuação indicada pela resposta dada pelas mulheres a cada uma das questões correspondentes, denominadas medidas resumo.

De uma forma geral, é possível dizer que as mulheres deste estudo apresentam uma percepção positiva de sua qualidade de vida.

Tanto para a qualidade de vida geral como para os domínios, quanto maior o escore, melhor é considerada a avaliação da qualidade de vida pela pessoa que responde ao instrumento.

As maiores médias foram obtidas nos domínios Geral com valor igual a 74,8 e Relações Sociais que atingiu a pontuação média de 70,8. Com valores muito próximos temos o domínio Psicológico 61,9 e Físico 61,8. O domínio Meio Ambiente foi o que apresentou a menor média 54,3. Quando comparados entre si, não houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios (**Quadro 3**).

Quadro 3- Distribuição das medidas resumo do WHOQOL-bref. São Paulo, 2007

Domínios	Número	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio-padrão
Geral	202	12,5	75,0	100,0	74,8	14,4
Físico	202	32,1	64,3	89,3	61,8	10,8

Psicológico	202	25,0	65,5	87,5	61,9	10,1
Relações Sociais	202	16,7	75,0	100,0	70,8	15,5
Meio Ambiente	202	21,9	53,1	90,6	54,3	13,1

O domínio **Relações Sociais** que apresentou maior escore em relação aos demais domínios, refere-se ao fato de ser por meio das relações sociais que a nutriz encontra apoio nas suas atividades diárias, repercutindo em suas emoções, na recuperação do bem-estar físico, quando consegue repousar por ter ajuda familiar e dos amigos.

O domínio **Psicológico**, a segunda melhor pontuação, traz a percepção da nutriz sobre suas atividades cotidianas, satisfação pessoal e com sua aparência, além da identificação dos sentimentos. Nesse aspecto, para as nutrizes deste estudo, os sentimentos positivos estão relacionados em especial à maternidade.

O domínio **Físico**, em terceiro lugar, com valor igual a 61,8, mostrou a percepção da nutriz sobre a sua condição física e contém as facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho. Este domínio é marcante devido ao nítido acúmulo de atividades que a nutriz vivencia com a necessidade de conciliar os papéis que desempenha.

Para o domínio **Meio Ambiente** obtivemos a menor média de avaliação de qualidade de vida, 54,3, resultado encontrado também nos estudos de Cárdenas (2004) e Vallim (2005).

Este domínio diz respeito à percepção da nutriz sobre os aspectos relacionados ao contexto social e entorno doméstico em que vive e abrange as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, acesso aos cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de recreação/lazer, ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima), transporte. Em suas respostas fica evidente a falta de recursos financeiros que interfere em todas as outras facetas, principalmente, na moradia, transporte e lazer.

Vallim (2005), ao comparar a qualidade de vida das gestantes que participaram de um programa de exercícios aquáticos com idade gestacional de 20, 28 e 36 semanas, utilizando o WHOQOL-bref, encontrou avaliação similar à encontrada em nosso estudo, tendo o domínio Relações Sociais a melhor pontuação, seguido pelo Psicológico, Físico e o Meio Ambiente com a pior avaliação.

Em relação ao domínio Relações Sociais e Psicológico, tanto para o grupo com exercícios aquáticos, como para o grupo controle, os escores de avaliação se situaram ao redor de 70 pontos, inferindo que as gestantes, assim como as nutrizes deste estudo, sentem-se apoiadas pela rede familiar e de amigos e felizes com a vinda de seu filho. Para o domínio Físico, o grupo de hidroginástica apresentou escores iguais a 79,1, 75,2 e 67,3 e o grupo controle, 78,5, 71,3 e 66,0 para as idades gestacionais de 20, 28 e 36 semanas, respectivamente. Isto se deu, provavelmente, pelo aumento do desconforto causado pelo aumento de peso que acaba interferindo de maneira negativa para uma diminuição dos escores de avaliação da qualidade de vida da gestante.

No domínio Meio Ambiente, os escores foram significativamente maiores com as avaliações ao longo do tempo, sendo encontrados escores iguais a 60,4, 61,8 e 63,6 para o grupo de hidroginástica e para o grupo controle, 58,3, 59,9 e 61,5. A autora não encontrou em seu estudo uma associação entre a realização dos exercícios aquáticos e a qualidade de vida das gestantes, porém, evidenciou-se uma associação entre a prática dos exercícios aquáticos e uma percepção mais crítica em relação às consultas do pré-natal, revelando uma maior exigência quanto às condições de infraestrutura do serviço, o que pode ter contribuído para uma diminuição dos escores.

Lima (2006), ao avaliar a qualidade de vida de gestantes com baixo nível socioeconômico, cuja média de idade gestacional era de 25 semanas, utilizando o instrumento Medical Outcome Study Item Short Form Health Survey (MOS-FS36), encontrou pontuação igual a 68,03 para o domínio Aspectos Sociais, demonstrando que a mulher recebe apoio dos familiares e amigos durante todo o período gravídico-puerperal. Para o domínio Aspectos Emocionais, a média apresentada foi igual a 47,11 e no domínio Saúde Mental, 63,88. A autora ressalta que a gravidez é um período permeado por alterações físicas e psíquicas e repletos de queixas, sendo encontrado um grande número de gestantes com essas queixas. Em seu estudo, apenas 14,9% da amostra não apresentava queixas e foram encontradas 51,4% com

três ou mais queixas. Embora nosso estudo seja com nutrízes, não percebemos a mesma quantidade de queixas que pudesse estar vinculada ao domínio psicológico do WHOQOL-bref.

Ainda no estudo acima citado, quanto aos Aspectos Físicos, a média apresentada pelas gestantes foi igual a 44,7; a Capacidade Funcional, Vitalidade e Dor tiveram a pontuação, respectivamente, 64,63, 52,82 e 57,31. A autora aponta que as atividades diárias estavam prejudicadas para gestante, provavelmente, pelas alterações emocionais causadas pela gravidez, demonstrando o quanto um domínio é interligado ao outro.

Embora seja difícil estabelecer uma comparação entre os estudos pelos diferentes instrumentos utilizados, se considerarmos que ambos utilizam uma escala de zero a 100, é possível inferir que os nossos resultados demonstram melhor qualidade de vida de nossas participantes para o domínio físico.

Haas *et al.* (2004), ao realizar um estudo longitudinal em uma amostra multiétnica, na Califórnia, com gestantes desde o início da gravidez com idade gestacional anterior às 20 semanas, com 32 a 36 semanas e de 8 a 12 semanas pós-parto, utilizando o MOS-SF36, tiveram como resultados um declínio dos escores da capacidade Física durante a gestação e melhora no pós-parto, não chegando entretanto a recuperar os escores antes da gravidez, (95,2), (58,1) e (90,7), respectivamente. A prevalência dos sintomas depressivos apresentou valores elevados durante a gravidez e declínio no pós-parto, porém também não atingiu os valores anteriores à gravidez, 11,7%, 25,1% e 14,2%. A falta de recursos financeiros para a aquisição de alimentos e moradia, e a falta de exercícios físicos antes, durante e após a gravidez, estão diretamente associados a escores mais baixos de saúde em geral e com a maior presença de sintomas depressivos. As puérperas atribuíram melhor avaliação de sua saúde geral do que no período anterior à gravidez.

Ao compararmos os resultados do nosso estudo com os de Vallim (2005), percebemos que as médias de avaliação de qualidade de vida encontradas em seu estudo, são maiores as que apresentadas nessa pesquisa. Também, as médias apresentadas pela avaliação das nutrízes deste estudo estão abaixo das encontradas por Haas *et al.* (2004) na Califórnia, talvez por diferenças socioeconômicas e culturais, salientando mais uma vez a multifatorialidade do termo qualidade de vida.

Cárdenas (2004), ao avaliar a qualidade de vida de mulheres com trabalho doméstico (TD) e trabalho remunerado (TR), utilizando o WHOQOL-bref, diferente do nosso estudo, o domínio Físico apresentou melhor avaliação, seguido pelos domínios Relações Sociais, Psicológico e Meio Ambiente.

Os escores encontrados para o domínio Físico foram 69,1 para as mulheres com TD e 67,1 para TR. As dificuldades apontadas pelas mulheres com TR foram traduzidas em problemas de saúde decorrentes do trabalho e foram muito semelhantes àqueles decorrentes do trabalho doméstico.

Verificou-se que, para as mulheres com TD, a faceta sono e repouso contribuiu para uma avaliação mais negativa na avaliação global de sua qualidade de vida, uma vez que a insatisfação com o padrão de sono e repouso estava presente nessas mulheres, assim como para as nutrizes deste estudo.

As médias relativas ao domínio Relações Sociais apresentaram valores semelhantes nos dois grupos estudados, sendo 63,6 para o grupo TD e 63,8 para o grupo TR. Segundo as respostas dadas por algumas mulheres, a insatisfação estava relacionada à falta de confiança das pessoas, à falta de compreensão e de sinceridade nas relações interpessoais.

Para o domínio Psicológico foram encontrados valores iguais a 58,9 para as mulheres do grupo TD e 63,2 para o grupo TR, atestando uma diferença estatisticamente significativa, sugerindo que o trabalho remunerado, mesmo com a sobrecarga do trabalho doméstico, exerce na mulher um efeito positivo, principalmente na esfera do psicológico, expressando-se numa melhor capacidade de concentração, maior satisfação consigo própria e também numa melhor aceitação de sua imagem corporal e de sua aparência.

Em relação ao domínio Meio Ambiente, a faceta oportunidades de recreação e lazer apresentou a pior avaliação em ambos os grupos e os motivos alegados foram a falta de tempo, de oportunidades e de recursos financeiros, dados semelhantes encontrados neste estudo. Os escores de avaliação da qualidade de vida dessas mulheres foram iguais a 41, 2 para as mulheres com TD e 42,8 para as mulheres com TR.

4.3.2- Variáveis sociodemográficas da nutriz e de suas crianças e os domínios de

qualidade de vida

Buscamos conhecer a relação existente entre as variáveis sociodemográficas da nutriz como sua idade, escolaridade, atividade extralar, paridade, fato de residir com o companheiro, renda familiar e a idade de suas crianças, prematuridade e o tipo de aleitamento materno e as medidas resumo para os domínios Físicos, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

No que tange ao **domínio Físico**, as médias da avaliação da qualidade de vida para as mulheres segundo a idade, escolaridade, atividade extralar e paridade não apresentaram variação significativa, indicando apenas que as adolescentes parecem ter melhor avaliação de sua qualidade de vida e que as mulhere,s que só exercem atividade no lar, apresentaram as menores médias de avaliação, quando comparadas com as que trabalham fora de casa (**Tabela 19**).

Podemos inferir que as adolescentes, por contarem com a ajuda de suas mães que, por sua vez, incorporam o papel de mãe e avó, acabam tendo um melhor período de descanso e conseqüentemente, uma melhor avaliação na sua qualidade de vida.

Ajudo a minha mãe no serviço de casa quando dá, a minha mãe diz que eu preciso só cuidar bem da nenê, como ela dorme bem eu aproveito e durmo com ela.

As mulheres que exercem atividade extralar sentem-se dispostas para o trabalho e por essa razão qualificam a sua qualidade de vida com escores mais elevados do que as mulheres que não exercem atividade extralar; dado curioso, uma vez que o trabalho extralar seria algo que sobrecarregaria ainda mais a mulher, porém encontramos justamente o contrário, a mulher ao sair de casa refere distrair a mente como demonstra o discurso a seguir.

O trabalho para mim é tudo, graças a Deus não tenho nenhum problema de saúde que me impeça de trabalhar. O meu trabalho não é cansativo, tenho ajuda no meu serviço, não vejo a hora de voltar a trabalhar, não quero ficar só em casa. O serviço de casa é muito cansativo, acho que dona de casa deveria receber dois, três salários, acho que estou segurando a onda, mas homem não acha não, ou só o meu marido que é assim, não sei. Por mais que tenha o meu bebê que precise de mim, eu gosto de trabalhar fora,

saio de casa e converso com as pessoas, também preciso, porque senão não dá pra cuidar dos meus filhos.

Tabela 19- Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas, as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-Bref para o domínio Físico. São Paulo, 2007

Variáveis	Categorias	Número	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	Até 18	12	39,3	66,1	82,1	63,7	12,3
	19 a 25	71	35,7	60,7	85,7	61,7	9,5
	26 a 35	75	32,1	64,3	89,3	62,4	12,0
	Acima de 35	44	39,3	60,7	78,6	60,6	10,6
Escolaridade (anos)	Até 4	20	35,7	62,5	75,0	61,4	10,5
	5 a 8	52	32,1	64,3	85,7	62,9	10,6
	9 a 11	109	35,7	60,7	85,7	61,6	10,2
	Acima de 11	21	35,7	60,7	89,3	60,7	14,9
Atividade extralarg	Com licença	73	35,7	64,3	89,3	62,8	11,2
	Sem licença	23	39,3	60,7	82,1	62,4	11,2
	Não exerce atividade extralarg	106	32,1	60,7	85,7	61,0	10,6
Paridade	Primípara	95	35,7	64,3	89,3	62,4	10,9
	Não-primípara	107	32,1	64,3	85,7	61,3	10,7
Reside com companheiro	Com companheiro	169	35,7	64,3	89,3	62,2	10,6
	Sem companheiro	33	32,1	60,7	75,0	59,8	12,2
Renda familiar (salários mínimos)	Até 1	25	39,3	60,7	85,7	61,4	11,9
	Mais de 1 a 3	115	32,1	64,3	85,7	61,3	10,3
	Mais de 3 a 7	35	35,7	60,7	82,1	62,1	10,2
	Mais de 7	22	35,7	64,3	89,3	62,9	14,1
	Não sabe	5	60,7	71,4	71,4	67,9	5,1
Idade da criança (dias)	Até 30	32	35,7	60,7	82,1	59,6	11,2
	31 a 60	54	33,1	63,6	85,6	62,6	10,7
	61 a 90	35	32,2	64,7	82,2	62,3	10,6
	91 a 120	29	37,1	64,2	87,1	63,8	10,4
	Acima de 120	52	35,7	64,3	85,7	64,3	10,8

Prematuridade	Prematuro	12	39,3	57,1	75,0	58,6	9,8
	Não-prematuro	190	32,14	64,3	89,3	62,0	10,9
Tipo de aleitamento materno	AME	131	35,7	60,7	85,7	61,5	10,8
	AMP	39	32,1	60,7	85,7	59,9	10,9
	AM	32	42,9	66,1	89,3	65,5	10,6

As primíparas foram as que apresentaram média mais elevada de qualidade de vida (62,4) e para as não-primíparas a média foi de (61,3). Este resultado pode ser explicado pelas falas das mulheres ao discorrerem sobre suas atividades, indicando que as primíparas possuem maior possibilidade de repouso durante o dia por não ter outros filhos para cuidar.

... durante o dia eu posso descansar um pouco com ela porque só tenho ela (primípara).

... não dá para descansar, é muito pouco porque eu tenho os outros filhos para cuidar (não-primípara).

Destaca-se, também, que as mulheres que residem com seus companheiros apresentaram escores de qualidade de vida mais elevados (62,2), quando comparadas com as que não vivenciavam esta realidade (59,8). Acreditamos que isso se deve ao fato do apoio do companheiro nos serviços diários, possibilitando a essas mulheres maior tempo de dedicação ao filho e à amamentação.

No que diz respeito à renda familiar, as mulheres com renda superior a sete salários apresentam média de qualidade de vida discretamente mais elevada (62,9), do que as demais. No entanto, as nutrízes que referiram não saber o valor da renda familiar, apresentaram valores mais elevados (67,9), provavelmente por ser adolescentes, que moram com os pais ou sogros e que não têm a preocupação com as despesas diárias da casa, contribuindo apenas com o auxílio dos afazeres domésticos.

Quando tomamos por referência as variáveis biológicas das crianças, as médias obtidas apresentam-se também muito próximas entre si, mas destacando o fato de aumentarem à medida que a idade da criança também aumenta. Assim, a menor média foi encontrada entre mães cujas crianças tinham até 30 dias e a maioria, 64,3 para mães com bebês acima de 120 dias, podendo indicar a crescente adaptação das mães aos seus filhos e diminuição da dedicação exclusiva requerida pela criança.

Logo que ela nasceu, nas primeiras duas, três semanas, tava mais cansada, indisposta, por uma questão de estar dormindo menos do que eu estava acostumada. Mas nesses últimos dias eu já estou me adaptando, encontrando uma forma de dormir junto com ela, aí já estou mais descansada.

Em relação à prematuridade foram encontradas médias mais elevadas de qualidade de vida em mães de crianças não-prematuras (62,0) quando comparadas com as de crianças prematuras (58,6). Fato esperado, pois crianças prematuras requerem maior cuidado e atenção por parte de suas mães, em especial no início de vida dessas crianças.

Quanto ao tipo de aleitamento materno, a maior média de qualidade de vida do domínio Físico está presente para as mulheres cujos filhos estão em AM, o que parece estar ligado ao fato de essas crianças, em geral, requisitarem muito menos suas mães, especialmente para mamadas noturnas. As mães que praticam o aleitamento predominante apresentaram a menor média (59,9), na maioria das vezes, elas relatam a oferta de chás o que está associado à presença de cólicas em seus filhos interferindo na média de sua qualidade de vida.

No **domínio Psicológico**, também, tivemos médias aproximadas em sua maioria para as características maternas (**Tabela 20**).

Encontramos os maiores escores entre as mulheres com idade entre 26 e 35 anos (62,6). As mulheres com maior escolaridade, acima de 11 anos, foram as que apresentaram as maiores médias de qualidade de vida (65,3).

Em relação à atividade extralar, a maior média de qualidade de vida foi encontrada para as mulheres que exercem atividade com direito à licença-maternidade (62,8), enquanto as mulheres que não trabalham, a exemplo do domínio Físico, apresentam a menor média (61,0). Podemos inferir que o fato de desempenhar atividade extralar traz satisfação pessoal e melhor recurso financeiro que podem afetar emocionalmente a mulher.

A mulher ao ser mãe, nutriz e trabalhadora enfrenta um conflito interior. A esse respeito, Medeiros (2006), em seu estudo sobre amamentação com mulheres trabalhadoras encontrou o reconhecimento por parte delas das dificuldades em

conciliar os papéis de mãe e trabalhadora e, no caso de opção, acabam priorizando o trabalho em relação ao aleitamento materno.

A autora entrevistou 54 mulheres trabalhadoras divididas em dois grupos: 27 com renda até dez salários mínimos denominadas de baixa renda e 27 com renda acima de 10 salários que compuseram o grupo de mulheres de alta renda familiar. Ao serem indagadas como seria a vida sua vida sem o trabalho, 77,3% das mulheres de alta renda responderam que não conseguiriam se imaginar sem o trabalho, sendo essencial para a sua vida. Para as mulheres de baixa renda, 75% responderam que é ruim/complicado, porque precisam do dinheiro para a sobrevivência.

Tabela 20- Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas, as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-BREF para o domínio Psicológico. São Paulo, 2007

Variáveis	Categorias	Número	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	Até 18	12	41,7	64,6	75,0	61,8	10,3
	19 a 25	71	25,0	62,5	83,3	61,3	10,7
	26 a 35	75	33,3	62,5	87,5	62,6	10,1
	Acima de 35	44	45,8	62,5	79,2	62,1	9,1
Escolaridade (anos)	Até 4	20	45,8	58,3	87,5	60,6	10,8
	5 a 8	52	45,8	62,5	83,3	61,5	7,9
	9 a 11	109	25,0	62,5	83,3	61,9	10,9
	Acima de 11	21	41,7	62,5	83,3	65,3	9,2
Atividade extralarg	Com licença	73	33,33	62,5	83,3	62,8	9,7
	Sem licença	23	41,7	62,5	87,5	62,5	10,4
	Não exerce atividade extralarg	106	32,1	60,7	85,7	61,0	10,6
Paridade	Primípara	95	33,3	66,7	83,3	63,9	9,30
	Não-primípara	107	25,0	58,3	87,5	60,2	10,4
Reside	Com companheiro	169	35,7	64,3	89,3	62,2	10,6
	Sem companheiro	33	32,1	60,7	75,0	59,8	12,2
Renda familiar (salários mínimos)	Até 1	25	45,8	62,5	75,0	60,8	8,2
	Mais de 1 a 3	115	25,0	62,5	83,3	61,3	10,7
	Mais de 3 a 7	35	41,7	62,5	87,5	62,0	9,1
	Mais de 7	22	45,8	66,7	83,3	66,5	9,3
	Não sabe	5	41,7	66,7	70,8	61,7	11,6
	Até 30	32	33,3	62,5	83,3	63,9	10,9

Idade da criança (dias)	31 a 60	54	42,4	63,2	17,33	63,4	10,3
	61 a 90	35	43,2	63,3	17,33	63,5	9,7
	91 a 120	29	44,4	65,4	16,67	64,1	9,8
	Acima de 120	52	41,7	64,6	87,5	64,3	9,8
Prematuridade*	Prematuro	12	25,0	54,2	66,7	52,4	11,0
	Não-prematuro	190	33,3	62,5	87,5	62,5	9,7
Tipo de aleitamento	AME	131	33,33	62,5	83,3	61,4	10,2
	AMP	39	41,7	62,5	75,0	62,1	8,2
	AM	32	25,0	62,5	87,5	63,9	11,5

* $t = -3,47$; $p < 0,01$.

Assim, o trabalho é visto de uma forma importante para as mulheres, além das questões financeiras. As mulheres de maior renda/escolaridade, por terem se preparado durante toda a sua vida, não pretendem abrir mão de tudo o que conquistaram, já as mulheres de menor renda, apesar de referirem que o trabalho é fundamental para a sobrevivência, relataram que seria muito difícil abandoná-lo, pois assim, passariam a depender financeiramente de outras pessoas e também pelo fato de sempre ter trabalhado, não conseguiam imaginar sua vida sem ele (Medeiros, 2006).

Quanto à paridade, a média mais elevada de qualidade de vida foi encontrada nas primíparas (63,9), as não-primíparas apresentaram a média igual a (60,2), podendo essa diferença ser atribuída à preocupação inexistente com outros filhos por parte das primíparas.

As nutrízes que residem com seus companheiros apresentaram as maiores médias de qualidade de vida no domínio geral (62,2) em comparação com as que não têm ou não residem com os companheiros (59,8), demonstrando que os companheiros compartilham as dúvidas e incertezas presentes diariamente no cuidados à criança.

Podemos notar que a mulher com a maior escolaridade e as de maior renda salarial apresentaram os maiores escores de qualidade de vida para este domínio. Inferimos assim, que a possibilidade de maior recurso financeiro traz menos preocupações para a mulher e que interfere diretamente na qualidade de vida quanto ao domínio Psicológico.

Em relação à idade das crianças, as médias encontradas foram de (64,3) para as nutrizes com as crianças na faixa etária acima de 120 dias; para as nutrizes com crianças de 91 a 120 dias foram de (64,1), para as nutrizes com crianças até 30 dias foram de (63,9), para as nutrizes com crianças de 61 a 90 dias foram de (63,5) e para as nutrizes com crianças de 31 a 60 dias foram de (63,4). Inferimos que as crianças maiores estão mais calmas quando comparadas às crianças nas outras faixas etárias, influenciando dessa maneira a percepção de qualidade de vida de suas mães, da mesma forma que no domínio Físico.

Novamente, as médias de qualidade de vida de mães de bebês prematuros se apresentaram menor (52,4), do que daquelas de bebês de termo (65,2), sendo demonstrada aqui uma diferença estatisticamente significativa para essa variável, $p < 0,01$, o que pode ser ilustrado no **Gráfico 1** (APÊNDICE 3). Inferimos que as crianças prematuras requerem maior atenção por parte de suas mães, afetando-a emocionalmente, atribuindo, dessa forma, uma menor média de escore de qualidade de vida.

Salientamos que a mulher é orientada a responder o instrumento de avaliação da qualidade de vida, tendo como referência as duas últimas semanas, e as crianças nascidas prematuras, deste estudo, apresentavam de 41 a 197 dias de vida, porém, mesmo assim, a repercussão da prematuridade pareceu estar presente, independentemente do crescimento e desenvolvimento da criança, no domínio Psicológico.

Quanto ao aleitamento materno, os maiores valores das médias de qualidade de vida foram encontradas nas nutrizes em aleitamento materno (63,9), seguidas pelas nutrizes em aleitamento predominante (62,0) e nas nutrizes em aleitamento exclusivo (61,4). O fato de oferecer outro tipo de aleitamento materno somado à resposta de tranquilidade do bebê, com o aumento de sua idade pode diminuir a ansiedade dessas mulheres como encontrado em outros estudos (Silva, 1997, Aragaki, 2002).

O **domínio Relações Sociais** foi o que atingiu a maior média de avaliação de qualidade de vida, entre os demais domínios, porém sem haver diferenças estatisticamente significantes para as variáveis maternas, para as quais encontramos os maiores escores da avaliação da qualidade de vida para as nutrizes de 19 a 25 anos

(72,1) e os menores (68,6) para as mulheres acima de 35 anos. O escore apresentado pelas adolescentes (70,8) pode ser atribuído ao fato de elas se sentirem excluídas do convívio dos colegas após a gravidez e das mulheres mais maduras, também, assoberbadas com tarefas domésticas, sentem-se solitárias (**Tabela 21**).

Depois que eu tive ela, ficou mais difícil, não tem como sair, não deixo ela pra me divertir assim com os outros, eu sou mais de ficar na minha mesmo, não tem como deixar com a minha mãe, e sair, porque... cadê o peito, o peito tá comigo, né? (Adolescente).

Não tenho desavenças em família; os parentes vejo muito pouco... e me dou bem. Porque são tão poucos... os amigos que me cercam. Acho que por falta de tempo mesmo. Apoio tipo uma visita, uma conversa, é sempre gostoso, né? Sinto falta (Mulher acima de 35 anos).

Tabela 21- Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas, as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-BREF para o domínio Relações Sociais. São Paulo, 2007

Variáveis	Categorias	Número	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	Até 18	12	41,7	75,0	100,0	70,8	15,3
	19 a 25	71	16,7	75,0	100,0	72,1	15,3
	26 a 35	75	25,0	75,0	100,0	71,0	16,2
	Acima de 35	44	33,3	75,0	100,0	68,6	15,0
Escolaridade (anos)	Até 4	20	25,0	66,7	91,7	64,6	16,9
	5 a 8	52	16,7	75,0	100,0	70,2	15,5
	9 a 11	109	25,0	75,0	100,0	72,1	14,8
	Acima de 11	21	41,7	75,0	100,0	71,8	17,6
Atividade extraluar	Com licença	73	16,7	75,0	100,0	72,7	14,6
	Sem licença	23	25,0	66,7	100,0	69,6	16,8
	Não exerce atividade extraluar	106	32,1	60,7	85,7	61,0	10,6
Paridade	Primípara	95	16,7	75,0	100,0	73,1	13,7
	Não-primípara	107	25,0	75,0	100,0	68,8	16,8
Reside	Com companheiro	169	16,7	75,0	100,0	71,1	15,5
	Sem companheiro	33	25,0	75,0	91,7	69,4	15,8
Renda familiar (salários mínimos)	Até 1	25	25,0	75,0	91,7	69,7	15,0
	Mais de 1 a 3	115	16,7	75,0	100,0	70,3	15,9
	Mais de 3 a 7	35	25,0	75,0	100,0	71,2	16,2
	Mais de 7	22	41,7	75,0	100,0	73,9	15,3
	Não sabe	5	66,7	75,0	75,0	73,3	3,7
	Até 30	32	41,7	75,0	100,0	69,3	14,1

Idade da criança (dias)	31 a 60	54	35,6	75,0	100,0	73,7	15,8
	61 a 90	35	48,0	75,0	100,0	75,0	15,6
	91 a 120	29	39,3	75,0	100,0	74,6	13,7
	Acima de 120	52	50,0	75,0	100,0	75,8	12,0
Prematuridade*	Prematuro	12	25,0	66,7	83,3	61,1	17,2
	Não-prematuro	190	16,7	75,0	100,0	71,4	15,3
Tipo de aleitamento materno	AME	131	16,7	75,0	100,0	69,9	15,7
	AMP	39	50,0	75,0	100,0	72,9	11,9
	AM	32	25,0	75,0	100,0	72,1	18,8

* $t = -2,26$; $p=0,03$.

Ainda, no que tange ao domínio Relações Sociais, **Tabela 21**, em relação à escolaridade, as mulheres que cursaram o ensino fundamental I, apresentaram o menor valor da média (64,6). Da mesma forma que encontramos a diminuição da média relativa ao trabalho, para as mulheres que não exercem atividade extralaboral, o que nos leva a inferir que o trabalho, como oportunidade de convívio social, pode estar relacionado à uma percepção de melhor qualidade de vida.

Quanto à paridade, as primíparas apresentaram a maior média de valores de sua qualidade de vida (73,1), em comparação às não-primíparas (69,4), enfatizando a idéia que as primíparas, por serem menos experientes, recebem maior apoio por parte da família e amigos, tendo, dessa maneira, uma melhor avaliação da qualidade de vida relacionada ao domínio Relações Sociais.

Apesar de não ter havido diferença significativa, as mulheres que residem com o companheiro e que apresentam maior renda familiar também apresentaram a média de valores de sua qualidade de vida mais elevada.

As mães de bebês com idade acima de 120 dias apresentaram os valores das médias de qualidade de vida mais elevadas quando comparadas às mães com filhos de outras faixas etárias. Com o crescimento da criança e melhor adaptação da mulher com o seu filho, as relações sociais podem se tornar mais frequentes, pois, a mulher sente-se mais tranqüila para sair de casa com uma criança maior e também esse período, coincide com o término da licença-maternidade, propiciando a retomada das relações no ambiente de trabalho.

Também, para esse domínio, houve diferença estatisticamente significativa entre as médias apresentadas pelas mães de crianças prematuras e as de termo,

$p=0,03$, em que a qualidade de vida é atribuída com menor escore para as primeiras que obtiveram a média (61,4) e as mães das crianças não-prematargas apresentaram média igual a 71,4 (**Gráfico 2**, APÊNDICE 3). A exemplo do que já foi apresentado no domínio Psicológico, que reitera a idéia de que as dificuldades vivenciadas pela mãe do prematuro são marcantes e provavelmente elas necessita sentir maior apoio nas suas relações.

Em relação ao tipo de aleitamento materno, as nutrizes com aleitamento exclusivo apresentaram menor média de qualidade de vida (69,9), quando comparadas com as nutrizes em aleitamento materno (72,1) e em aleitamento predominante (72,9).

Tabela 22- Distribuição das mulheres segundo as suas variáveis sociodemográficas e as características biológicas de suas crianças e as medidas resumo do WHOQOL-BREF de acordo com o domínio Meio Ambiente. São Paulo, 2007

Variáveis	Categorias	Número	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	Até 18	12	34,4	50,0	78,1	53,4	12,4
	19 a 25	71	25,0	53,1	75,0	52,9	12,0
	26 a 35	75	21,9	56,3	90,6	56,0	13,9
	Acima de 35	44	31,3	53,1	84,4	53,8	13,4
Escolaridade (anos)*	Até 4	20	21,9	50,0	68,8	49,5	13,2
	5 a 8	52	31,3	50,0	71,9	49,3	10,7
	9 a 11	109	25,0	56,3	81,3	55,2	11,9
	Acima de 11	21	25,0	68,8	90,6	66,7	15,3
Atividade extralax	Com licença	73	25,0	56,3	90,6	56,5	14,3
	Sem licença	23	21,9	53,1	78,1	51,6	14,5
	Não exerce atividade extralax	106	32,1	60,7	85,7	61,0	10,6
Paridade	Primípara	95	31,3	59,4	90,6	57,5	12,4
	Não-primípara	107	21,9	50,0	84,4	51,5	13,1
Reside	Com companheiro	169	21,9	53,1	90,6	54,4	13,3
	Sem companheiro	33	31,3	56,3	75,0	53,7	11,8
Renda familiar (salários)	Até 1	25	31,3	46,9	71,9	49,8	11,9
	Mais de 1 a 3	115	25,0	50,0	78,1	51,3	11,6
	Mais de 3 a 7	35	21,9	56,3	81,3	57,1	12,5
	Mais de 7	22	43,8	71,9	90,6	70,0	11,4

mínimos)**	Não sabe	5	46,9	59,4	62,5	57,5	6,5
Idade da criança (dias)	Até 30	32	25,0	53,1	81,3	54,8	14,2
	31 a 60	54	33,4	52,8	78,3	53,5	12,5
	61 a 90	35	27,2	54,5	76,4	54,8	13,2
	91 a 120	29	28,4	56,4	82,3	55,2	11,8
	Acima de 120	52	25,0	54,7	84,4	56,0	12,6
Prematuridade	Prematuro	12	25,0	53,1	65,6	48,9	14,9
	Não-prematuro	190	21,9	53,1	90,6	54,6	12,9
Tipo de aleitamento materno	AME	131	21,9	53,1	84,4	53,6	12,8
	AMP	39	25,0	53,1	78,1	53,7	12,7
	AM	32	31,3	56,3	90,6	57,8	14,5

* Teste ANOVA F= 11,40; p< 0,01

** Teste ANOVA F= 3,60; p<0,01.

Para o **domínio Meio Ambiente, Tabela 22**, merece destaque as maiores médias encontradas entre as mulheres que não exercem atividade fora do lar, que são insatisfeitas com sua condição. Também, para este domínio, as maiores médias foram encontradas entre as primíparas e aquelas que residem com seus companheiros, bem como foram encontradas, médias maiores para as mulheres que praticam AM, para as que tiveram filhos de termo e para aquelas cujos filhos têm mais de 120 dias, mantendo-se uma coerência com os resultados obtidos nos domínios anteriores.

No entanto, para este domínio, encontramos uma associação estatisticamente significativa, p<0,01, quanto à escolaridade e à renda, sendo o maior escore atribuído pelas mulheres com mais de 11 anos de estudo e também pelas mulheres com maior renda, indicando que estas têm melhor percepção de qualidade de vida.

Com base nesses resultados estatisticamente significativos inferimos que as mulheres com maior escolaridade apresentam melhor oportunidade de emprego com maior renda salarial, interferindo diretamente em sua qualidade de vida. Medeiros (2006), em sua pesquisa sobre amamentação em mulheres que exercem atividade extraluar encontrou essa mesma associação, maior escolaridade e maior renda, para melhor qualidade de vida.

4.3.3- Avaliação da qualidade de vida – uma visão quali e quantitativa

Apresentamos, a seguir, os dados quantitativos da avaliação da qualidade de vida das 202 nutrízes estudadas, segundo as freqüências de respostas do Instrumento WHOQOL-bref, seguidos pelos dados qualitativos com a apresentação dos discursos que clarificam os elementos de avaliação da qualidade de vida, relatados por essas mulheres.

A proposta do estudo, como já apresentado, não se restringe aos escores possíveis de serem obtidos pela aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida, mas também, de dar um panorama que contextualize e indique elementos presentes nas interpretações que as nutrízes constroem para avaliação de sua qualidade de vida.

Assim, apresentamos os resultados numéricos, relativos às respostas das mulheres às questões do instrumento e os discursos do sujeito coletivo, que constitui nos dados qualitativos deste estudo. As falas das mulheres foram categorizadas, segundo os domínios abrangidos pelo WHOQOL-bref: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Assim, a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo teve como objetivo, em especial, a identificação ou combinação de elementos expressos verbalmente, que fazem parte do repertório das mulheres, e que elas utilizam tais elementos para avaliar não só a própria qualidade de vida e construir sua percepção como também se posicionar diante da situação em que está vivenciando naquele momento.

Para a construção dos discursos foi apreendido na fala das mulheres as expressões chaves que traduziam as idéias sobre qualidade de vida relacionada aos domínios e qualidade de vida geral (QVG). Embora as mulheres façam a escolha da alternativa para cada uma das questões do instrumento, elas acabam por associar diferentes aspectos relacionados aos diferentes domínios quando elaboram a resposta acerca de sua percepção de qualidade de vida, associando elementos do domínio Meio Ambiente ao domínio Psicológico, por exemplo. Também, percebemos que um mesmo elemento da realidade de uma mulher pode ser interpretado por outra assumindo, assim, interpretações que dão a qualificação de vida de cada uma.

Assim, vamos observar que, para cada domínio, foram construídos dois discursos. A idéia inicial era a de termos um discurso para cada um dos graus possíveis de resposta da escala apresentada em cada questão. No entanto, percebemos que os elementos que qualificam a vida na dimensão do bom ou muito

bom, do satisfeito ou muito satisfeito, ou no outro extremo, o ruim ou muito ruim, como exemplo, são basicamente os mesmos. O que dá o tom da qualidade de vida percebida pela mulher é a variação possível com que esses elementos ou facetas aparecem e são percebidos por ela.

Ao analisarmos as respostas dadas pelas mulheres, notamos que não havia diferença relevante entre as respostas dadas por aquelas que responderam ao valor máximo de avaliação: muito boa; das que responderam: boa, assim como das mulheres que responderam ao valor extremo de avaliação: muito ruim, das que responderam: ruim. O valor intermediário, nem ruim nem boa, não justificou a construção de um discurso próprio, pois, os “definidores” de qualidade de vida estavam presentes tanto nas respostas das avaliações positivas quanto negativas, fosse pela sua presença ou pela sua ausência, ou ainda pela intensidade como eram percebidos pela nutriz. Como pudemos observar, ao analisarmos a qualidade de vida, segundo os domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

4.3.3.1- Avaliação da qualidade de vida geral (QVG)

A avaliação da QVG é obtida por meio do cálculo realizado em conjunto com as duas primeiras questões do instrumento. A primeira refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda, à satisfação com a própria saúde.

Podemos notar que 153 (75,8%) nutrízes avaliaram a sua qualidade de vida como boa ou muito boa, 43 (21,3%) nem ruim nem boa e 6 (3,0%) nutrízes como ruim e muito ruim (**Gráfico 4**).

Gráfico 4 – Distribuição das respostas das 202 nutrízes quanto à pergunta: Como você avaliaria a sua qualidade de vida? (questão 1). São Paulo, 2007

Quando se perguntou às mulheres, ou se pediu o esclarecimento da razão pela qual elas avaliaram sua qualidade de vida da maneira como o fizeram, quatro não souberam responder, demonstrando a dificuldade de avaliação do termo qualidade de vida e as demais falaram a respeito de elementos relativos aos diferentes domínios que somaram 431 (100%) expressões-chaves, das quais, 115 (26,7%) eram menções relativas às facetas do domínio Físico; 40 (9,3%), ao domínio Psicológico; 97 (22,5%), ao Meio Ambiente e 61 (14,2%) expressões relativas ao domínio Relações Sociais.

DSC 1 (QVG) - A minha qualidade de vida é boa porque estou me adaptando a esta fase

Eu tenho saúde, não tenho problema nenhum, tenho uma boa alimentação, estou comendo coisa saudável pra passar pro leite e pra ela, eu trabalho, sou independente, o meu marido também trabalha, todos têm saúde, então eu acho que tá boa. É um pouco mais pesado, mas eu dou um jeitinho pra tudo e sempre acaba sobrando tempo pra mim, pra minha família, pro meu marido, além de cuidar da casa. É um tempo de adaptação, já percebi que à medida que ela está crescendo, está melhorando. É uma fase natural e passageira.

Eu me sinto bem e feliz, graças à Deus não falta nada, a gente vive bem na medida do possível, tanto emocionalmente como financeiramente. Eu ganhei minha filha, é uma nova experiência, agora eu tenho a minha casa, meu marido, antigamente eu só trabalhava, era solteira, minha mãe cuidava das coisas, agora não, amadureci bastante, tenho mais responsabilidade. Antes eu não era tão feliz como sou agora, é uma maravilha ser mãe e estar amamentando. Não tenho nenhum aperto, nenhum tipo de tristeza, nada. Estou de bem com a vida.

Eu tenho a minha família que me apóia, meu companheiro, a minha mãe, o meu pai, irmãos, então eu não posso reclamar, eu me sinto numa situação boa. Eu e meu

marido vivemos bem, não somos de discutir, então, a gente tá bem, na vida conjugal, tá tudo bem, tenho uma boa qualidade de vida. Na verdade estou um pouco sobrecarregada, mas aí, com a ajuda do marido, dos familiares, consigo resolver numa boa.

Eu tenho um bom emprego, moro num lugar bom, a vizinhança é boa e a casa é minha mesmo. Tenho condições de divertir, passear, a gente não fica preso só naquela vidinha de trabalho-casa.

DSC 2 (QVG) - A minha qualidade de vida está ruim porque está cansativo

A minha QV não tá tão bem, eu ainda não estou conseguindo conciliar a amamentação, o meu sono, ela mama demais e não me deixa dormir, o tempo é quase total pra ela, não tenho tempo pra dedicar pra mim, nem pro meu marido, tadinho! Está cansativo, tenho que cuidar da casa, da família e do marido, me preocupo e procuro me alimentar melhor para passar tudo pro leite, apesar que às vezes nem tenho tempo pra comer. Eu queria ter tempo para fazer uma atividade física, estar descansando e não dá tempo de fazer tudo isso, porque é um momento especial na vida da mãe, então acho que acaba compensando essa necessidade que eu tenho de fazer exercício, de estar voltando ao peso normal.

Eu só estou um pouco estressada e isso atrapalha um pouco nas relações, estresse de repente, umas brigas, mas acho que tudo vale a pena, enquanto eu tiver meu leite eu pretendo amamentar, nem que eu me estresse inteira, vale a pena.

A chegada da minha bebê mudou muito. Estou tendo um pouco de dificuldade, assim, depois que ela nasceu, entre a minha família e o meu esposo, fica meio dividido, sabe? Minha mãe quer atenção pra ela, o meu esposo quer atenção pra ele, parece que sou um troféu, sabe? Estou me sentindo muito dividida...

Estou desempregada, se eu estivesse trabalhando estaria melhor, porque é só o meu marido trabalhando, às vezes a gente passa por um aperto não tem assim essa coisa de faltar, temos uma alimentação até que razoável, dá pra ir levando, eu quero ter minha casa e não precisar de pagar aluguel, morar num bairro melhor, ter carro que eu ainda não tenho. O nosso lazer é pouco, os melhores lugares para diversão custa dinheiro ,né? E o dinheiro tá pouco.

Notamos, de uma maneira geral, que os elementos de avaliação da qualidade de vida das nutrizas estão presentes em ambos os DSCs, que avalia a qualidade de vida como boa ou como ruim, pode ser a condição como esse elemento se apresenta na experiência das mulheres e como ela o apreende em sua visão de mundo.

Existe a preocupação com o cuidado de sua saúde, procurando se alimentar bem para produzir um leite de boa qualidade para o filho.

A sobrecarga de atividades da mulher, nesse novo papel, contida nos discursos é percebida pela nutriz como uma fase especial em sua vida, o que difere entre eles é a maneira como a mulher consegue administrar essa nova fase de sua vida, percebe-se nesse contexto a influência da sua característica pessoal.

Notamos a presença da representação da maternidade associada ao papel feminino de provedora de condições para o funcionamento familiar que envolve o cuidado que a mulher deve ter com todos e tudo, ficando a seu cargo a organização de seu tempo, em que ela pode ou não se incluir.

A fase de cuidados com a criança pequena é encarada como natural, tal qual seu repertório de conhecimento de senso comum lhe fornece elementos para assim se posicionar, sendo este um constructo compartilhado, ao qual a mulher confere sentido de realidade traduzido pelo sentimento de plenitude que a maternidade lhe proporciona, cercada de demais elementos que lhe dão satisfação em outras dimensões de sua vida.

Na avaliação positiva da qualidade de vida, a mulher sente que o apoio recebido de seus familiares e amigos é fundamental para conseguir superar as dificuldades encontradas. Por outro lado, a mulher não encontrando o apoio em suas relações sociais, sente-se insatisfeita com essa fase de sua vida, expressa insatisfação com a sua qualidade de vida, o que demonstra a importância do suporte social para a nutriz.

As questões financeiras também são elementos importantes, e interferem na percepção de qualidade de vida geral a depender de como estão para cada mulher. A possibilidade de aquisição de itens, que a mulher considera essencial para a sua vida é que leva esta mulher a uma avaliação satisfatória de sua qualidade de vida, em caso contrário, pode provocar a insatisfação.

Percebemos que a mulher utiliza elementos objetivos (ter trabalho, dinheiro, moradia) e subjetivos (felicidade, satisfação com a vida, bem-estar) para o

julgamento de sua qualidade de vida, que é percebida dependendo da maneira como interpreta a realidade em que vive.

Dessa maneira, a presença de todos os elementos dos diferentes domínios permite à nutriz alcançar a plenitude de atendimento das várias demandas de sua qualidade de vida, como exemplo no domínio: Físico, por ter capacidade para o trabalho; Psicológico, por relatar ser feliz; Relações Sociais, por possuir bons relacionamentos sociais e Meio Ambiente, por ter emprego e boas condições financeiras que propiciam moradia própria com boa localização, todos esses elementos apontam para uma percepção ótima de qualidade de vida, como é possível perceber no DSC 3.

DSC 3 - A minha qualidade de vida é muito boa

Eu tenho a minha casa, moro num lugar que tem bastante verde e é bem tranqüilo, sou feliz, tenho um bom emprego, trabalho e tenho possibilidade de lazer, tenho boas amizades com parentes e amigos... não me falta nada. Então, eu classifico que a minha qualidade de vida é muito boa.

Por outro lado, a falta dos mesmos elementos percebidos como importantes para o atendimento de suas necessidades básicas, leva a nutriz a avaliar a sua qualidade de vida como muito ruim, o que pode interferir também, em sua performance de amamentação, a depender da interpretação e perspectiva de vida da nutriz.

DSC 4 - A minha qualidade de vida está muito ruim

O que falta assim... eu trabalhar pra poder ter uma qualidade de vida bem melhor pra eles, pra eu poder proporcionar tudo que eu quero pra minha família. É difícil, porque eu não tenho essas coisas importantes que eu acho que a pessoa tem que ter em questões materiais. Tem dia que falta mistura, por isso que ela já está tomando mamadeira porque o meu leite não é o suficiente para ela, eu não tenho aquela alimentação adequada, fruta, legume, comer bem.

A gente também paga aluguel, quero ter minha casa própria, carro, ter dinheiro para passear também, porque ainda falta o monetário.

Gráfico 5- Distribuição das respostas das 202 nutrízes quanto à pergunta: Quão satisfeita você está com a sua saúde? (questão 2). São Paulo, 2007

Os dados do **Gráfico 5** mostram que 176 (87,2%) nutrízes relataram satisfação e muita satisfação com a sua saúde, 14 (6,9%) nem satisfeita nem insatisfeita e 12 (6,0%) insatisfeita e muito insatisfeita.

Lima (2006), em seu estudo, encontrou o escore mais elevado no domínio estado geral de saúde que apresentou valor igual a 73,12, demonstrando também, satisfação com a sua saúde.

Tal fato aponta que as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, como as gestantes dos estudos relatados acima e as nutrízes deste estudo, por não terem problemas de saúde e estar passando por um período de transição de suas vidas, sentem-se satisfeitas com a sua saúde. Tal resultado encontrado foi devido à alta frequência de respostas relativas à satisfação e alta satisfação com sua saúde.

Ao indagarmos às 202 nutrízes quanto a satisfação com a sua saúde, foram encontradas 169 (83,7%) respostas afirmativas quanto a sentir-se saudável e 33 (16,3%) respostas referidas como tendo problema de saúde.

DSC 5 – Satisfação com a saúde - Tenho saúde, cuido da minha saúde e me sinto bem

Estou muito satisfeita. Graças a Deus, a minha saúde está melhor agora do que quando estava grávida, estou superbem. Nunca tive nenhum problema de saúde, mesmo na

gravidez foi tudo excelente. A recuperação pós-parto foi muito boa. Não preciso ir ao médico para doença, só mesmo para consulta de rotina de ginecologia, de resto está tudo bem. Não sinto dor nenhuma, não sinto nada, não posso me queixar, está correndo tudo bem, eu me alimento bem e estou amamentando.

Eu sinto que depois que eu ganhei ela, a minha saúde melhorou muito mais. Eu tenho mais disposição pra fazer as coisas, mais ânimo pra fazer as coisas, tenho mais trabalho, mas me sinto mais alegre, depois da nenê, quer dizer, eu estou em forma, então tá tudo bem porque eu tenho saúde.

DSC 6 – Insatisfação com a saúde - Tenho problema de saúde, sinto dificuldade de cuidar da minha saúde e não me sinto bem

Tô com uns probleminhas de saúde, que eu ainda não consegui resolver, fico fazendo um monte de exame, não deu nada. Eu acho que preciso melhorar também na parte de obesidade, eu preciso emagrecer, voltar ao meu peso anterior, não tô conseguindo, é uma correria o meu dia-a-dia com ela, fico esgotada, ela não deixa eu fazer nada, eu não tenho tempo de fazer as coisas, nem pra fazer a minha própria comida, quando eu vou comer ela começa a chorar aí já perco a fome. Preciso me alimentar porque estou amamentando, tá difícil... é o problema principal da minha saúde, mas de resto tá tudo bem. Eu faço de tudo. Não espero por ninguém, tudo que eu tenho pra fazer eu mesma faço e... se eu tiver que pedir alguma ajuda eu peço pra minha mãe. Às vezes tenho dor em volta da barriga, às vezes nas costas... e isso incomoda mas não impede de eu ficar com ela no colo e de fazer o que é preciso.

O DSC 5 mostra a satisfação da nutriz com a sua saúde, relatando que sempre teve saúde e que agora sente que está melhor que antes da gravidez. A nutriz, ao referir que tem saúde, traz a visão ampliada de que saúde não é só ausência de doença e sim a percepção de como se sente de uma maneira geral, o que vai ao encontro da definição da OMS de que a saúde “é o completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença” (WHOQOL, 1994).

O cuidado com a saúde é apontado quando se refere à preocupação com hábitos saudáveis, tais como uma boa alimentação, necessidade da prática de atividade física, dentre outros.

Buss (2000) afirma haver uma relação estreita entre qualidade de vida e satisfação com a saúde, condição de vida e presença ou percepção de doenças. A qualidade de vida é fortemente influenciada pelo estado de saúde em que a pessoa se percebe, sendo a boa saúde um fator favorável para a qualidade de vida, e a presença de doença, um elemento dificultador pela conjugação de fatores adversos, como a diminuição de produtividade, aumento de gastos e outros aspectos que acabam por dificultar a vida humana.

No **DSC 6**, observamos a angústia da nutriz, que refere ter problemas de saúde. O fato de não ter uma perspectiva de resolução imediata de incômodos, provoca insatisfação com a saúde e conseqüentemente com a QVG. O sobrepeso aparece como um elemento importante na qualificação de vida para as nutrizes, estando associado a um sentimento de inadequação de cuidado com a sua saúde. Esse aspecto também foi evidenciado no estudo de Abuchaim (2005), o qual provoca insatisfação para a puérpera que busca impor-se uma disciplina alimentar para a perda de peso, mas sente-se insegura e temerosa de prejudicar a lactação, somada à atribulação das atividades diárias, domésticas e dedicação ao lactente, que muitas vezes a impede de se estabelecer um esquema regular para o retorno ao peso.

A conciliação da amamentação com as atividades do dia-a-dia é comum nos dois discursos que demonstram ser importante para a mulher dar conta de todas as suas atividades e tarefas que lhe são atribuídas no cuidado do lar e da família. A maneira como ela se percebe nesse contexto, cumprindo com seu papel, pode ser satisfatória ou não, pois vai depender do quanto consegue atender as suas próprias necessidades e de como aceita esta situação.

Por mais que a representação da figura materna a convoque para doar de si, ela precisaria sentir-se em condições de atender as suas necessidades para atender plenamente à da criança.

Assim, a diferença entre os discursos está no modo como a mulher encara o seu contexto de vida, tendo implicação na interpretação que ela tem de seu estado de saúde. Encontramos, em especial para a nutriz, as dificuldades que ela tem para se alimentar adequadamente por falta de tempo, devido à solicitação constante da criança, de repousar e de cuidar de seu corpo e conseqüentemente da sua saúde. Por outro lado, a mulher que consegue conciliar o cuidado da criança com o da casa e ter

atendidas as suas necessidades de saúde, demonstra satisfação com uma melhor percepção da QVG.

Como já mencionado, a avaliação da QVG, feita pelas nutrizes deste estudo, atingiu o escore de 74,8, pouco inferior ao encontrado no estudo de Vallim (2005) com gestantes e acima das médias obtidas por Cárdenas (2004) que se apresentou em 61,8 e 61,4 para dois grupos de mulheres.

Podemos inferir que, para a maioria de nossas participantes, a QVG se apresenta com tendência a ser considerada boa.

No entanto, é preciso salientar que no conjunto dos dados, podemos afirmar que a visão da QVG traz uma combinação de elementos dos ambientes doméstico e público destas mulheres, de sua acessibilidade aos diferentes recursos materiais e diversas nuances de interpretação e apreensão de suas experiências nas dimensões físicas, sociais e emocionais, que poderão ser melhor evidenciadas na exploração das informações obtidas em cada um dos domínios considerados neste estudo.

4.3.4- Avaliação da Qualidade de Vida segundo os domínios do WHOQOL-bref

Domínio Físico

Dentre os quatro domínios, como já mencionado, foi atribuído ao domínio Físico a terceira maior média de qualidade de vida pelas nutrizes. Se considerarmos os escores médios obtidos por cada questão que o compõe, observamos que a presença de dores e o padrão prejudicado do sono são elementos que se destacam negativamente na avaliação da qualidade de vida pelas nutrizes.

Ao experienciar a falta de repouso e a dificuldade em se alimentar, a nutriz vê essa fase de sua vida como prejudicial para a sua saúde, como relatado também no estudo de Arantes (1991).

É possível perceber que o bom estado geral de saúde da maioria dessas mulheres, bem como a incorporação do papel materno e sua responsabilidade com o bem-estar familiar, as nutre de energia e disposição para o trabalho e para o cumprimento do que consideram seu dever. A maternidade, nessa primeira etapa do período de amamentação, é considerada uma fase vivenciada com alegria ou com

sacrifícios, mas que tem de ser cumprida e ser coerente com a representação social da figura feminina provedora e maternal.

Quadro 4- Distribuição das respostas das 202 nutrízes quanto às perguntas relacionadas ao domínio Físico. São Paulo, 2007

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1 2 (1,3%)	2 10 (6,4%)	3 14 (8,9%)	4 126 (80,3%)	5 5 (3,2%)
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1 63 (31,2%)	2 101 (50,0%)	3 19 (9,4%)	4 15 (7,4%)	5 4 (2,0%)
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa- mente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1 2 (1,0%)	2 16 (7,9%)	3 56 (27,7%)	4 103 (51,0%)	5 25 (12,4%)
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1 4 (2,0%)	2 15 (7,4%)	3 25 (12,4%)	4 126 (62,4%)	5 32 (15,8%)
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1 9 (4,5%)	2 57 (28,2%)	3 51 (25,2%)	4 74 (36,6%)	5 11 (5,4%)
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1 1 (0,5%)	2 19 (9,4%)	3 35 (17,3%)	4 128 (63,4%)	5 19 (9,4%)
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1 8 (4,0%)	2 22 (10,9%)	3 32 (15,8%)	4 127 (62,9%)	5 13 (6,4%)

DSC 9- (Domínio Físico) - Tenho energia, sou uma heroína

Eu faço de tudo, sou extremamente ativa, sou uma heroína, eu acho que uma dorzinha de cabeça ou uma dorzinha na perna ou qualquer outra coisa que seja não me impede de fazer nada. Meu dia-a-dia continua sempre o mesmo, continuo sempre fazendo tudo que eu preciso. Não espero por ninguém, tudo que eu tenho pra fazer eu mesma faço, se eu não fizer não tem quem faça. Cheguei a sentir ainda um pouco de dor nos pontos e nos mamilos, na hora

de amamentar, mas mesmo assim eu amamento normalmente. Tento superar essa dor.

Tenho saúde, acho muito importante estar passando no médico para saber o que está acontecendo com a gente, mesmo a gente não tendo nada, né?

Agora, graças à Deus, ela está dormindo bem, então eu vou junto com ela, aproveito quando ela está dormindo. Antes ela acordava várias vezes de madrugada, agora ela dorme mais, estou dormindo umas três horas direto, aí eu acompanho ela. Daí quando ela acorda, eu já dou mamá e ela dorme, é um sono picado, mas dá para descansar. Durante o dia o tempo que dá tiro um cochilinho para por o sono em dia também, então eu fico satisfeita.

Eu acho que tenho energia suficiente! Acordo cedo e fico bem disposta para fazer as coisas, tenho uma boa alimentação, então me sinto bem, sou saudável. Tenho aquele pique, levanto, cuido da família, de casa, faço uma coisa, faço outra, tudo o que faço, faço com muito amor e carinho, não fico fraca, eu tenho força para fazer as coisas, comigo não tem disso, tudo que eu preciso fazer eu consigo fazer. Às vezes não durmo bem, aí fico cansada, como eu disse, eu tenho muita, muita agilidade nas coisas, sou bem prática, eu organizo o meu dia, sempre tem uma prioridade, só tenho que parar quando ela resmunga, daí eu tenho que dar atenção para ela, eu faço o necessário que eu posso, não além do meu limite.

DSC 10- (Domínio Físico) - Estou sobrecarregada, é uma fase

Eu mesma cuido de todo o serviço de casa. Em relação à dor, não é aquela dor que dá constantemente, mas ela atrapalha um pouco de fazer as coisas, aí eu tomo remédio, paro um pouco e só depois que melhora eu continuo a fazer o que estava fazendo. Só que quando ela começa a doer muito, aí ela me prejudica. É difícil, eu tenho vontade de fazer as coisas e não posso, preciso ficar dependendo dos outros. Já para amamentar não tem jeito, eu mesma tenho que amamentar, mesmo sentindo a dor.

Eu vou te falar, cuidar de criança, e de uma casa é muito difícil, e cuidar de um recém-nascido, às noites eu não tenho dormido direito, o meu marido também, então tá os dois assim, bem cansados e estressados, não é bom dormir pouco. Estou me adaptando a essa nova fase, que é de acordar muito no meio da noite para amamentar, acho que amamentar tira bastante a energia, fico cansada, de dia também é difícil, eu não consigo fazer nada, fico com ela. Quando ela dorme, eu durmo também ou eu vou comer,

entendeu? Não consigo nem comer, só quando meu marido chega, quando ela dorme, eu vou tomar café, aí tomo café rapidinho para dormir, rezo para ela não acordar e esses dias, então, ela não está dormindo nada.

Tenho que ter mais tempo para ela do que para as minhas próprias atividades, preciso interromper sempre o que estou fazendo, tenho que dar atenção para ela, consigo fazer as coisas para ela, para mim só se der tempo, antes eu fazia tudo, todas as coisas do dia-a-dia, eu acordava, limpava a casa, fazia almoço, a janta e ia dormir, aí no outro dia já lavava a roupa, no outro dia já passava, então eu já não consigo mais seguir, mas eu vou tentando, nem que eu acumule tudo e no outro dia eu faça tudinho de uma vez. Eu faço sim, mas é ruim. Mas como é uma fase, eu acho que é normal, faz parte.

É muito difícil sair com as crianças, carregar sacola, hoje mesmo eu vim com um vizinho meu que vinha para esses lados e me deixou aqui cedo, duas horas antes do horário da consulta, tenho dificuldade de me locomover agora.

No que se refere ao domínio Físico, a maioria das nutrizes, 126 (80,3%) referiram que a dor constitui um elemento que interfere de forma significativa para o desempenho de suas atividades (**Quadro 4**).

A dor referida por essas mulheres geralmente está associada à dor lombar, devido à postura inadequada adotada durante a amamentação e demais cuidados com o bebê, como banho, troca de fraldas e mesmo à inadequação na forma de carregar a criança.

Foram relatadas também cefaléia devido ao transtorno do sono e à dificuldade de repouso, além da dor nos mamilos provocada por traumas mamilares e outras intercorrências.

Para este domínio, as mulheres relataram em sua maioria, 164 (81,2%), que necessitam muito pouco ou nenhum tratamento médico para desempenhar suas atividades, confirmando a percepção da vida saudável e melhor qualidade de vida pelas nutrizes, apesar de referirem dores e baixa qualidade do sono. As consultas médicas para a maioria são feitas mediante uma demanda rotineira.

A maioria das nutrizes, 128 (78,2%), consideram entre boa e muito boa sua capacidade de locomoção que permite a execução de suas atividades cotidianas, no entanto, notamos que quatro (2,0%) nutrizes referiram ser muito ruim a sua

locomoção, 15 (7,4%) ruim e 25 (12,4%) nem ruim nem boa. Apesar dessa pergunta se referir ao domínio Físico, observamos que as mulheres se ativeram à dificuldade que se deparam no uso do transporte coletivo, pela necessidade de carregar sacolas e as crianças sem ajuda.

O padrão de sono da mulher, em geral fica comprometido pela frequência com que tem de atender às necessidades da criança (Silva, 2008). Para as mulheres deste estudo, 85 (42,0%) responderam estar bastante ou extremamente satisfeita com seu sono, enquanto 63 (32,7%) apresentaram queixa significativa de prejuízo do sono, e as demais, 51 (25,2%) referiram nem satisfação nem insatisfação com o sono. Para aquelas que sentem seu sono prejudicado, em algum grau, isto se dá pela prática da amamentação, em especial a exclusiva ou pela demanda de mamada noturna, a depender da idade da criança, como pode ser compreendido pela fala de uma das nutrizes:

No começo eu não tava dormindo bem, mas agora eu estou sim, porque ela... agora ela tá me deixando dormir também, faz um mês que melhorou, nos dois primeiros meses eu não dormia direito (Entrevista 19).

Percebemos que as 128 (63,4%) nutrizes deste estudo referiram satisfação no desempenho de suas atividades, 19 (9,4%) muita satisfação e em igual número insatisfação, 35 (17,3%) nem satisfação nem insatisfação, uma (0,5%) muita insatisfação. A maioria também refere satisfação com a sua capacidade para o trabalho, 127 (62,9%) nutrizes, apesar do acúmulo de tarefas. Nesta questão, muitas mulheres que não exerciam atividades extraluar responderam, também, que estão satisfeitas, assim como as mulheres que exerciam atividade extraluar, por considerar o trabalho como parte de suas atividades diárias, por não ter problema de saúde e conseguir desempenhar as atividades sem dificuldade. Isto pode estar associado ao fato de a maioria das mulheres considerarem que têm muita ou o máximo de energia para a realização de suas atividades, 128 (63,4%).

Observamos que 103 (51,0%) mulheres responderam ter muita energia para as suas atividades cotidianas e 25 (12,4%) informaram ter o máximo de energia, relatadas como completamente.

Apesar de muitas mulheres não conseguirem se alimentar adequadamente, não descansar e sentir dor que incomoda para amamentar, a maior parte das respostas está associada ao máximo de energia dessas mulheres, demonstrando que o fato de ser mãe supera tudo isso. Fica evidente a representação da naturalização da maternidade que impõe a necessidade de superação de dificuldades para dispor de energia e disposição para cuidar do seu filho.

Domínio Psicológico

A média atribuída ao domínio Psicológico pelas nutrizes deste estudo foi 61,9, a segunda entre os quatro domínios específicos, podendo ser considerada satisfatória.

Quadro 5- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto às perguntas relacionadas ao domínio psicológico. São Paulo, 2007

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
		7 (3,5%)	22 (10,9%)	46 (22,8%)	108 (53,5%)	19 (9,4%)
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
		2 (1,0%)	3 (1,5%)	11 (5,4%)	126 (62,4%)	60 (29,7%)
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
		7 (3,5%)	36 (17,8%)	70 (30,7%)	85 (42,1%)	4 (2,0%)
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
		3 (1,5%)	13 (6,4%)	54 (26,7%)	87 (43,1%)	45 (22,3%)
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	1	2	3	4	5
		1 (0,5%)	12 (5,9%)	22 (10,9%)	133 (65,8%)	34 (16,8%)
		Nunca	Algumas vezes	Freqüente-mente	Muito freqüente-mente	Sempre
26	Com que freqüência você tem	1	2	3	4	5

	sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	27 (13,4%)	133 (65,8%)	24 (11,9%)	7 (3,5%)	11 (5,4%)
--	--	------------	-------------	------------	----------	-----------

DSC 11 (Domínio Psicológico) - Aproveito todos os momentos da minha vida, sou feliz!

Tudo, tudo da vida eu aproveito, cada minuto, intensamente, como se fosse o último, não perco as oportunidades, a vida é bela pra ser vivida. Tenho minha jóia que é a minha filha, eu aproveito porque eu não sei o dia de amanhã, é... em relação a tudo, ao meu trabalho, ao meu lar, à minha família, procuro esquecer os problemas, sou feliz, tudo o que eu tenho vontade de fazer eu faço. A vida é uma só, tô sempre aproveitando ao máximo, curtindo todos os momentos.

A gente faz as nossas escolhas, então a vida tem mais sentido ainda, porque é escolha nossa ter os filhos. A partir do momento que a gente é mãe, a vida tem muito mais sentido.

Eu preciso estar sempre concentrada pra fazer as coisas, vinte e quatro horas. Assim... em termos de trabalho, principalmente, porque não posso deixar o meu trabalho de lado. Sem tirar a parte de casa, que eu preciso cuidar da minha família, então eu tenho que estar o tempo todo concentrada.

Graças a Deus eu sou perfeita, tenho tudo no lugar, não sou defeituosa, tenho uma aparência boa, eu acho que sou bonita, eu adoro a minha aparência. Eu tô achando que eu tô me dando bem como mãe, eu tava com um pouco de medo, mas tô me saindo bem, é muita coisa e fico cansada, mas tô satisfeita comigo, acho que eu tô dando conta, sim.

É... muito raro eu ter sentimentos negativos, essas coisas. Eu deixo de lado o mau humor, e stress, que eles não precisam fazer parte do meu dia-a-dia! Sou sempre amável, sorridente, brincalhona, não tenho tempo de ficar pensando: "Ah, não vai dar certo!" Eu não sou uma pessoa pessimista, tudo pra mim tem que dar certo, ou no trabalho ou nas palavras, não fico pra baixo não, não tem momento ruim pra mim não, tem que acreditar!

DSC 12 (Domínio Psicológico) - Aproveito a vida de uma maneira diferente, é uma outra fase

Porque eu tive a bebê, então é uma nova fase na minha vida, estou aproveitando muito de uma outra

maneira, não tenho que reclamar, tenho tido muito tempo pra ficar e curtir ela, agora... ham... em outras partes, como sair, já não é mais a mesma coisa, não vou a lugares onde ia antes, não posso sair sozinha, deixar ela com alguém, eu fico preocupada, "aí, o peito começa a encher, dói ..." mas... tô satisfeita. Curto a vida, mas em casa, com ela, fazendo serviço de casa, fico um pouco presa.

A minha vida tem sentido porque sou mãe, me preocupo muito com ela.

Eu só consigo me concentrar sem estar ao lado da minha família, é muita coisa, casa, trabalho, criança pequena, quero dar atenção independente dela solicitar. Depois do parto acho que modifica um pouco a mulher, não ando me lembrando de algumas coisas, acho que é a parte cerebral que ainda tá meio assim, devagar, mas é porque também não tenho dormido direito, ela solicita muito, 24 horas por dia, pra mamar, trocar fralda, às vezes fico pensando no que eu vou fazer no dia seguinte, é o cansaço, fico atordoada, é muita coisa pra fazer!

Eu ainda não voltei ao meu peso de antes, estou meio gordinha, quero colocar as minhas calças e ainda não serve, ainda estou um pouco inchada, tô me achando imensa, me sinto horrível, espero que eu retorne logo, eu queria cuidar mais da minha aparência, pentear o cabelo, passar creme, fazer as unhas, me falta tempo, acabo ficando nervosa.

Às vezes fico de mau humor... não dá pra descansar, eu estava acostumada com um ritmo de vida e tive que mudar, então, me dá um pouco de mau humor, mas compensa pela felicidade de eu estar com a minha filha. E um pouco de ansiedade, porque não consigo fazer tudo que eu fazia antes, quero dormir, não posso, a nenê não me dá folga, e não tem como passar pra outra pessoa amamentar, né, então às vezes fico irritada, ela fica irritada por causa de cólica, mama, dorme, mama, dorme... então, é complicado, fico irritada, sim, principalmente pela falta de sono e aí, já dá aquele estresse, né? Fico tensa, também porque tenho que limpar a casa, lavar a roupa, fazer a comida, cuidar de criança, é muita coisa, me dá uma ansiedade pra me restabelecer logo, mas só isso... Acho que hormonal, sobrecarga, cobrança, ansiedade de querer fazer tudo certinho, preocupação de ter que voltar a trabalhar, porque a nenê ainda não está totalmente preparada, muito dependente de mim ainda, então a minha mudança de humor é constante.

Este domínio é avaliado por meio de seis perguntas, e a primeira delas refere-se à percepção do quanto a mulher aproveita sua vida, ao que a maioria, 127 (62,9%), respondeu aproveitar bastante ou extremamente (**Quadro 5**). Uma parcela, representada por 46 (22,8%) refere aproveitar mais ou menos.

Ao analisarmos as falas das mulheres pela composição do **DSC 11**, aproveitar a vida representa a intensidade com que elas podem conviver com seus próximos, gostar de suas atividades e se sentir livre para fazer escolhas. Aproveitar a vida está ligado a ter bem-estar e viver o presente, mesmo que seja pela incerteza do futuro.

Por outro lado, aproveitar a vida também tem uma explícita representação de oportunidade de lazer, de buscar alegria em ambientes festivos. Assim, a presença da criança e a fase de amamentação acabam representando uma limitação para as atividades e escolhas de lazer, o que faz com que a nutriz re-signifique sua percepção de como aproveitar a vida, redirecionando sua satisfação para o cuidado e convívio com a criança. Não necessariamente, esta percepção represente elemento negativo para a qualidade de vida, mas certamente é visto pela mulher como estar aproveitando a vida de maneira diferente do que ela estava acostumada.

Silva (1997) encontrou em seu estudo relatos das mães que atribuíam à maternidade o significado de uma força transformadora de sua maneira de ver a vida.

Talvez seja por essa razão, que também a maioria das mulheres deste estudo, 186 (92,1%), referiram que foram seus filhos que deram bastante ou extremo sentido às suas vidas. O sentimento de vida ter significado, constitui em forte elemento de qualificação da qualidade de vida.

Outro aspecto importante para o domínio Psicológico, diz respeito ao quanto a mulher consegue se concentrar em uma determinada atividade, sendo que a maior frequência é em relação à dificuldade na concentração, referido por 106 (48,5%) das nutrizes, que acabam associando esta condição aos efeitos residuais das mudanças hormonais da gravidez e puerpério, ou ainda ao cansaço e acúmulo de atividades.

Os escores alcançados para as alternativas dessa questão não nos permite afirmar que haja um equilíbrio numérico entre as mulheres que conseguem manter atenção em sua atividade e o quanto isso pode contribuir para a qualidade de vida, porém, pelos DSCs as nutrizes valorizam a concentração para as suas atividades e para realizar o cuidado com a família. Conseguir concentrar-se naturalmente está ligado a um trabalho bem feito e torna o cotidiano mais fácil, porém, a dificuldade de

concentração, em especial causada pelo estresse e fadiga, compõe um elemento de prejuízo para a qualidade de vida, da mesma forma que a percepção de sentimentos e sinais depressivos, ansiedade e alterações do humor, que também são justificadas, pela sobrecarga de trabalho e demandas próprias do processo de amamentação.

Embora um pequeno número de mulheres tenha referido que se percebem tendo esses comportamentos e sentimentos, muito freqüentemente ou sempre, 18 (8,9%) e cerca de 160 (79,2%) referiram que têm pouca ou nenhuma freqüência, é perceptível pelas falas nos DSCs que a intensidade com que as nutrizes vivem seus sentimentos de alegria ou tristeza, tranqüilidade ou ansiedade, dá o tom da qualidade de vida e são reflexos de seu contexto familiar e social ampliado.

No que diz respeito à aceitação da aparência física, está relacionada à aspectos da saúde e integridade física, estando a maioria das mulheres, 132 (65,4%), muito ou completamente satisfeitas com sua forma e aparência.

Para as demais mulheres que apresentaram média aceitação da aparência, 54 (26,7%), muito pouco, 13 (6,4%) nenhuma aceitação, 3 (1,5%), o descontentamento é provocado essencialmente pelo sobrepeso, que também aparece na avaliação da qualidade de vida geral, relacionado à problema de saúde, dificuldade de cuidar de si, tanto para perda de peso e outros cuidados básicos com o corpo e a aparência. Dessa forma, a aparência, ou sua capacidade de se aceitar e cuidar de si, sugere a vinculação à percepção de saúde e de beleza, do estar saudável e bonita ao ter problemas de saúde e sentir-se feia, que também são nuances de qualidade de vida.

As modificações físicas que ocorrem no corpo da mulher podem perdurar no período puerperal e algumas ainda são difíceis de serem resolvidas ao longo do período de amamentação. Em especial, o ganho de peso e as condições de lactação das mamas são elementos difíceis de serem trabalhados pelas mulheres. Nesses casos, dependendo da maneira como a mulher percebe sua auto-imagem, a sua aparência pode estar relacionada com sua satisfação com a vida e interfere na sua percepção de qualidade de vida (Vido, 2006).

Novamente, a nutriz toma como referência o seu desempenho materno para qualificar aspectos de sua qualidade de vida. Quando questionadas sobre quão satisfeitas estão consigo, 168 (82,6%) referem alto grau de satisfação pelo fato de terem uma avaliação positiva de sua capacidade de ser mãe, referindo a uma identificação com a representação da provedora de cuidados à criança e à família.

Domínio Relações Sociais

Quadro 6- Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto às perguntas relacionadas ao domínio relações sociais. São Paulo, 2007.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
		2 (1,0%)	9 (4,5%)	2 (10,4%)	134 (66,3%)	36 (17,8%)
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
		4 (2,0%)	19 (9,4%)	45(22,3%)	109 (54,0%)	25 (12,4%)
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
		5 (2,5%)	8 (4,0%)	30(14,9%)	120 (59,4%)	39 (19,3%)

DSC 13 (Domínio Relações Sociais) - Estou satisfeita com minhas relações sociais

Eu sou uma pessoa que conversa muito, sou muito agradável, tô sempre de bem com meus pais, minha sogra, as irmãs e primas do meu marido, a minha família estamos sempre conversando, tenho um bom relacionamento com todo mundo, então se eu preciso de alguém, eu ligo, estão sempre a disposição, pelo fato de eu me dar sempre muito bem, né? Então sempre que eu preciso ou que precisam de mim, a gente sempre tem essa reciprocidade. Meus amigos também tão sempre presentes, são poucos, dá pra contar nos dedos, mas eles estão ali. Tão cada um vivendo sua vida, mas quando precisa tão sempre ali, prontos para ajudar, pra ficar com ela quando eu preciso, sabe, tão ali dando carinho, apoio sabe, trazendo alegria, conversando, aconselhando, até ver eles chorando no meu ombro, ou eu no deles, sabe, então me ajudam dessa forma, puxando minha orelha quando for preciso, ou eu puxando a deles, sabe. Me sinto feliz e amparada, eu acredito que eu posso contar com bastante gente!

Está tudo bem, porque graças a Deus eu tenho um marido que me ama, acima de tudo, que ama a nenê também... é carinhoso e me ajuda com os afazeres de casa. Quando volta do trabalho, cuida da nenê, a gente se entende bem, tranquilo, nada que possa impedir da gente ter intimidade, a gente se dá bem. Estou tomando precauções para evitar, agora não quero não, fica difícil ter outro bebê agora. A minha vida sexual continua...

ótima! Mesmo com a nenê, continua ótima! Então, eu não tenho o que reclamar!

DSC 14 (Domínio Relações Sociais) - Não estou satisfeita com minhas relações sociais, é uma fase

Eu não tenho muito tempo pra ir na casa dos amigos, às vezes até alguma festa, eu não posso participar, fico um pouco excluída do que acontece, e... quem tem que ir é o meu marido, né, então... mas é uma fase. Alguns vêm me ver, mas é difícil também. Tô insatisfeita por isso, falta de tempo. Na gravidez, já comecei a me afastar um pouco, fiquei mais cansada e depois com a nenê, que é muito pequenininha, depois quando ela crescer vai ser mais fácil... é isso. Eu converso por telefone, mas eu acho que é até melhor. Eu acho que muita gente dentro de casa atrapalha. Tem que receber as pessoas, tratar direitinho da nenê, fazer tudo ao mesmo tempo, acabo... me estressando muito, muita gente dentro de casa, atrapalha à beça.

Na realidade eu não tenho tido vida sexual, mais por mim do que pelo meu marido, apetite sexual tem muito, mas ainda estou com um pouco de medo, outro nem de brincadeira, não tem condições, né? Tenho medo de engravidar de novo, sei lá, fico insegura, dor eu não sinto, na primeira vez eu tive dor, parecia uma agulha, mas acho que era mais o medo. Tenho tomado precauções pra não engravidar.

Um outro problema é que por mais que eu esteja morrendo de vontade eu tenho que dar atenção pra nenê, tem que dar de mamar, cuidar dela, então a gente sempre fala, primeiro a bebê, então na hora que eu vou procurar, ele tá dormindo, aí eu fico com medo de acordar ele, já falei pra ele, fico com medo de acordar ele, a gente começar a fazer alguma coisa e a nenê acordar, aí quebra, né, joga uma água em cima, é meio embaraçoso fica meio chato, né? Nunca dá pra gente ter privacidade, lá em casa.

Então isso interfere, mas eu tenho consciência que é um momento passageiro. Ele entende mais do que eu. Tenho apoio realmente. Tudo isso faz parte duma mudança maravilhosa, onde as atenções mudam, elas se voltam pra criança.

O domínio Relações Sociais foi o que atingiu a maior média, 70,8, indicando que para a maioria das mulheres, 170 (84,1%) há satisfação ou muita satisfação no que tange às suas ligações de amizade, familiar e vida conjugal.

Para essas mulheres, as relações de amizade e os laços familiares atendem, não só a uma necessidade de convívio social, de trocas de experiência de vida, mas também representam apoio do ponto de vista emocional e prático, quando elas também podem contar com as pessoas para a ajuda nas tarefas domésticas e cuidado com os filhos.

A minha mãe fala: -Deixa um pouco aí. Deixa que eu faço pra você e vai cuidar das suas coisas". Aí eu aproveito e vou cuidar da minha filha e deixo essas coisas um pouco de lado (Entrevista 139).

Em relação a esse apoio, Dessen e Braz (2000), em seu estudo sobre a influência das redes sociais de apoio durante a transição familiar decorrentes do nascimento de filhos, encontraram um aumento nos suportes emocional e instrumental recebidos de familiares e amigos. Dentre o apoio recebido pelos familiares, o marido/companheiro foi apontado como a principal fonte de apoio e em segundo lugar as avós maternas.

Na verdade você fica um pouco sobrecarregada mais aí com a ajuda do marido, dos familiares você consegue resolver numa boa (Entrevista 102).

Apesar do número de mulheres que relatam algum grau de insatisfação com suas relações sociais, ser pequeno, 13 (15,9%), a dificuldade de manter o convívio familiar e dos amigos representa a exclusão e isolamento do círculo de amizades, sendo a vida social limitada pela necessidade de atendimento das demandas da criança pequena. Além do sentimento de marginalização, a mulher não percebe a possibilidade de ajuda e apoio de outros para aliviar seu cansaço e dedicação ao ambiente familiar.

A ajuda do marido ou companheiro nas atividades domésticas e cuidado aos filhos, constitui um elemento de importância na composição da percepção da qualidade de vida, facilitando o enfrentamento que a mulher faz em seu cotidiano de desempenho dos seus papéis sociais.

Ainda, em relação ao estudo de Dessen e Braz (2000), o apoio psicológico recebido foi considerado fundamental para o bem-estar familiar, que também reflete

a representação do “ideal” de participação do pai na vida da família, constituído pela atenção, carinho, apoio e compreensão dispensados à mulher, bem como a presença física do pai em casa como aspectos essenciais ao bem-estar da família e dos filhos. Este fato pode ser apoiado pelos resultados já apresentados que demonstraram a melhor percepção de qualidade de vida das nutrízes que residem com seus companheiros.

O apoio encontrado na figura do marido como parceiro na realização das atividades domésticas, registrado no estudo de Müller (2008), foi semelhante ao encontrado neste estudo o que contribuiu para propiciar um período de repouso para a nutriz, interferindo de maneira positiva para uma melhor avaliação da sua qualidade de vida e do processo de amamentação.

A ausência da participação do homem, nas atividades domésticas, traz o sentimento de sobrecarga e solidão e por vezes, decepção e ressentimento, podendo interferir na avaliação da qualidade de vida pela mulher, tanto por sentir-se responsabilizada pelo bem-estar de todos, como sentir-se prejudicada em seus projetos pessoais e profissionais.

A crescente participação da mulher no mercado de trabalho tem mostrado a importância do casal compartilhar as tarefas domésticas, incluindo uma participação ativa e equilibrada de ambos na educação dos filhos.

Para isso, também tem sido frutífera a discussão sobre a necessidade da (re) construção das relações sociais homem/mulher baseada nas relações de gênero.

Para Louro (1996), gênero não significa o mesmo que sexo. Enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino e feminino. Sendo mais que uma identidade aprendida, gênero é constituído e instituído por múltiplas instâncias da experiência humana e nas relações sociais.

No entanto, na experiência de algumas mulheres, as relações igualitárias estão longe de ser a realidade.

O meu marido prometeu que ia me ajudar mais, por isso que eu engravidei e ele não está me ajudando, acaba ficando tudo pra mim, e aí eu tinha uma vida profissional que tive que parar, e isso me deixou com muita raiva, eu estou tentando lidar com isso, mas eu acho que essa sociedade é muito machista mesmo, a mulher tem que segurar sempre os filhos, mesmo com pai, com nível

superior que tem uma mente aberta eles também foram criados nesse ambiente machista, eles têm dificuldade pra assumir como a mulher assume o cuidado com os filhos. Por enquanto eu fico freqüentemente brava porque eu quero que todo mundo colabore, mas eu acho que vai passar, é uma fase (Entrevista 161).

A maioria das mulheres, 134 (66,4%), referiu estar satisfeita ou muito satisfeita com sua vida sexual, embora tenha sido o menor índice obtido para as alternativas do domínio em questão. Conseqüentemente, encontramos maior percentual de mulheres que estão insatisfeitas ou muito insatisfeitas, 23 (11,4%) ou ainda, nem satisfeitas ou insatisfeitas, 45 (22,3%), dentro desse domínio, o que nos indica que dentro das relações pessoais das nutrizes, a vida sexual parece ser a mais prejudicada.

Nossos achados confirmam os de Abuchaim (2005) cujo trabalho demonstra que demandas de mamadas freqüentes, o constrangimento do casal ser interrompido pelo choro ou solicitação da criança, medo de uma nova gravidez entre outros motivos, leva a mulher, mais do que o homem, a restringir ou evitar as relações sexuais.

A autora aponta que a vida sexual está alterada sendo considerados como fatores causais as alterações hormonais decorrentes da amamentação, bem como os fatores físicos e emocionais: cansaço, sono, falta de tempo e necessidades de contato mais íntimo dessas mulheres, sendo atendidas e esgotadas no contato pele a pele com o bebê, dados semelhantes encontrados neste estudo, quando a nutriz diz que as atenções mudam, elas se voltam pra criança.

O relacionamento sexual tá ruim porque o tempo com a bebê tá sendo maior, porque é um momento de afetividade que eu tenho com ela, pego, beijo, abraço... e ela mama bastante também (Entrevista 172).

A confiança entre o casal e a colaboração ou a compreensão do homem é fundamental para a superação dessas dificuldades e pelo que se apreende dos DSC desse domínio. As mulheres enfrentam de forma diversa esta situação, obtendo dela nuances também diferentes de qualificação de qualidade de vida a depender de como se sentem seguras, devedoras ou prejudicadas nessa relação, mesmo que seja considerada uma fase de vida que tende a melhorar.

Domínio Meio Ambiente**Quadro 7-** Distribuição das respostas das 202 nutrizes quanto às perguntas relacionadas ao domínio meio ambiente. São Paulo, 2007.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1 8 (4,0%)	2 43 (21,3%)	3 55 (27,2%)	4 83 (41,1%)	5 13 (6,4%)
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1 18 (9,2%)	2 45 (23,1%)	3 52 (26,7%)	4 73 (27,4%)	5 7 (3,6%)
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1 16 (7,9%)	2 62 (30,7%)	3 89 (44,1%)	4 28 (13,9%)	5 7 (3,5%)
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1 4 (2,0%)	2 27 (13,4%)	3 70 (34,7%)	4 85 (42,1%)	5 16 (7,9%)
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1 30 (14,9%)	2 77 (38,1%)	3 61 (30,2%)	4 30 (14,9%)	5 4 (2,0%)
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1 8 (4,0%)	2 50 (24,8%)	3 38 (18,8%)	4 87 (43,1%)	5 19 (9,4%)
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1 3 (1,5%)	2 16 (7,9%)	3 23 (11,4%)	4 124 (61,4%)	5 36 (17,8%)
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1 5 (2,5%)	2 45 (22,3%)	3 49 (24,3%)	4 94 (46,5%)	5 9 (4,5%)

DSC 15 (Domínio Meio Ambiente) - Estou satisfeita com o meu meio ambiente

Não me preocupo com as coisas ruins, porque eu acho que quando tem que acontecer alguma coisa, acontece com qualquer um, então eu procuro evitar de estar nos lugares que têm maior violência.

Eu não pago aluguel, tô na minha casa própria, eu tenho os meus parentes, a minha família por perto, os vizinhos são atenciosos e prestativos, não é um lugar ruim de difícil acesso, então tem tudo que preciso: mercado, comércio, ônibus, padaria, farmácia, o postinho também é perto, então quer dizer, eu tô satisfeita né, eu acho uma região barulhenta, mas barulho é normal, né? Não é um lugar tão poluído, tem bastante verde e área livre

para andar, caminhar, tem passarinho que fica cantando, é um local gostoso, sossegado, tem segurança, gosto muito de lá.

O que eu ganho e o que meu esposo ganha é suficiente pra gente tá pagando as despesas da casa: comida, roupa, então assim, pra tudo isso a gente tem, só não tem assim, pra gastar no cinema, todo final de semana, num parquinho, saio pra shopping, parque, visito meus amigos, parentes, então tenho lazer. Gosto de andar na rua, ver vitrine, distrair a mente.

Eu estou por dentro das coisas, preciso estar sempre informada de tudo. Porque tem televisão, tem rádio, livros, internet, tem tudo, não tem como não estar por dentro, a gente conseguir qualquer tipo de informação.

Eu estou satisfeita com o atendimento médico, é bom, sempre sou atendida, é perto da minha casa, o tempo de espera é longo, como qualquer outro lugar, convênio também demora, sendo bem atendida para mim está ótimo, a gente tem que ter paciência também. Eles examinam direitinho, pedem exames, explicam tudo para a gente, tem vacinas, remédios, sempre tem tudo, estou satisfeita.

Raramente uso ônibus, muitas vezes venho andando ou venho de carro, às vezes que pego ônibus, procuro sair nos horário que não é muito cheio, então é sossegado. Onde eu moro tem ônibus para todo lugar.

DSC 16 (Domínio Meio Ambiente) - Não estou satisfeita com o meu meio ambiente

A gente não sabe o dia do amanhã, não sabe o futuro, e se de repente acontece um acidente de carro, e se algum bandido aparecer? Dá medo de andar, não sinto segurança. Eu gostaria de morar num lugar maior, a minha casa não é própria, eu pago aluguel. Ah, é muito barulho, poeira, poluição.

Tem muitas crianças que fazem barulho principalmente quando ela está dormindo, ela fica irritada, não tem nada de segurança, não dá pra confiar e deixar a criança em casa. Em termos de atrativos, não tem nada. Não consigo ter uma vida saudável!

Tenho tido pouco lazer, depois que ela nasceu eu tô me dedicando muito a ela, ela tem muito soninho, então não dá pra ficar saindo em vários lugares que eu ia antes. Gostaria de ter mais momento de lazer, mas a parte financeira também dá uma segurada, porque os melhores lugares para diversão custa dinheiro.

Compro somente o essencial, comida, roupa, contas para pagar como luz, água, gás, essas coisas. Eu gostaria

de ter um automóvel, e eu acho que a vida seria mais fácil se eu tivesse um carro para fazer uma compra, ir ao médico, eu tenho que carregá-la, carregar a bolsa, eu sozinha, é complicado.

Eu não saio muito, mal eu vejo o jornal, pelo fato de eu não trabalhar, isso eu acho que já me exclui um pouco da sociedade, eu fico muito dentro de casa, me sinto muito reclusa... as informações que preciso, eu procuro com os vizinhos, a família, mas acho que é muito pouco, não tenho internet. Eu acho que é também pelo meu grau de escolaridade também, né? Eu tenho pouco estudo, eu não tenho muita informação, não entendo muita coisa, é complicado.

Saúde para mim no Brasil é um caos, de espera e de tratamento. Eles deixam muito tempo esperando, são pessoas que...é...se a gente tá indo ao médico é sinal que a gente tá doente, né? Quando eles resolvem vir atender, eles nem olham pra gente, não examinam, já passa o medicamento, não são em todos os lugares, mas se for contar, são raros aqueles lugares que dão atenção suficiente pras pessoas que precisam.

O transporte público é precário, pois demora. É cheio, vem lotado, nem sempre tem lugar pra sentar, tem muita gente que não dá lugar pra sentar, é muito ruim andar de ônibus com criança, então eu preferia mil vezes vir de a pé, do que vir de ônibus, mas é muito longe.

O domínio meio ambiente engloba alguns aspectos estruturais da vida humana que, de alguma forma, já foram associados a outras facetas dos domínios anteriores, tais como situação financeira, acesso a serviços, entorno social de modo geral. Esse domínio foi o que apresentou a menor média, 54,3, sendo que as facetas que indicam menores escores de percepção de qualidade de vida, para este domínio, estão ligadas às condições de moradia, renda familiar, oportunidades de lazer e transporte.

A segurança pessoal cotidiana é tema de debate na sociedade atual e talvez, por isso, todas as mulheres relacionaram a segurança à violência. Percebemos que menos da metade das mulheres deste estudo, 96 (47,5%) referem segurança no dia-a-dia, porém mais por assumir uma postura fatalista do que por reconhecer que há medidas de garantia de segurança pública. Dentre as 202 (100,0%) mulheres, 55 (27,2%) sentem-se mais ou menos seguras, sendo que 51 (25,3%) sentem-se nada ou muito pouco seguras.

Tanto as respostas quanto à satisfação com o ambiente físico como condições de local de moradia, são avaliadas pelas mulheres pelas condições de saneamento e melhorias urbanas como pelo que percebem do ambiente social composto pelos demais moradores. O acesso aos serviços básicos, transporte e atrativos, combinam também com a maior ou menor sensação de segurança e salubridade, interferindo em sua percepção de qualidade de vida. Outro aspecto importante que fica evidente nessas facetas, é a importância dada à casa própria, cuja possibilidade é sempre almejada, representando não apenas realização pessoal, mas em especial segurança e conforto.

Dentre a totalidade das mulheres deste estudo, 80 (31,0%) considerou que seu ambiente físico é bastante ou extremamente saudável e 106 (52,4%) estão satisfeitas ou muito satisfeitas com o local onde moram, havendo, para esta última, uma forte influência do fato de ter de aceitar o ambiente e sua condição como tal.

As nutrízes relataram em seus discursos satisfação com o ambiente, apesar de residir em região movimentada e poluída, afirmando que, morar em São Paulo, é assim, mesmo, denotando resignação ou opção.

A possibilidade de ter lazer parece não depender exclusivamente de sua condição financeira, o que a faz diversificar e procurar alternativas que sua condição permita. Busca diversão em praças públicas, *shoppings*, casa de familiares e amigos e até mesmo em sua casa.

Poucas são as mulheres, 34 (16,9%) que consideram ter muitas oportunidades de lazer, a maioria 107 (53,0%) refere ter nada ou muito poucas oportunidades.

Embora alguns meios de comunicação possam também ser considerados oportunidades de lazer, bem como as leituras, para as mulheres deste estudo estes são considerados veículos apenas para a informação, explicando melhores índices dessa faceta para a percepção de muita ou completa disponibilidade de informações de que precisam, para as quais obtivemos resposta de 101 (50,0%), sendo que 70 (34,7%) delas consideram que têm mais ou menos acesso à informação. É interessante notar que o maior grau de escolaridade e poder aquisitivo colaboram para melhor percepção de disponibilidade da informação, bem como a combinação da baixa escolaridade e a falta do trabalho extraluar são apontados, não só para a pouca oportunidade de acesso à informação, como também, ao comprometimento da compreensão da informação. Assim, os índices encontrados nessa faceta é

compreensível pelo perfil de escolaridade e vínculos empregatícios das participantes deste estudo.

A maioria das mulheres, 160 (79,2%), está satisfeita ou muito satisfeita com o acesso aos serviços de saúde e é importante lembrar que muitas utilizam apenas o serviço público de saúde.

Ao avaliar o atendimento de saúde que recebe, a mulher analisa o modo como está sendo tratada, valorizando a assistência humanizada que recebe no serviço de saúde, não se importando com o tempo de espera, destacando a importância da realização de exames médicos, dando ênfase ao recurso tecnológico de atendimento.

Considera que a morosidade do atendimento também é característica do convênio. Apesar de possuir acesso ao plano privado de saúde, o serviço público é utilizado para a administração das vacinas para as suas crianças, o que não encontra nos planos de saúde.

A mulher que avalia negativamente seu atendimento no serviço de saúde refere insatisfação com a falta de uma assistência que ela considera humanizada e de qualidade, com a falta de atenção e descaso dos profissionais que atuam no ambiente de saúde (Soares, 2000, Almeida, 2005).

O acesso ao meio de transporte, não é tão bem avaliado assim, e para estas mulheres parece ser ainda mais difícil a utilização do transporte coletivo sem uma estrutura que as ajude a carregar o filho, sacolas, bolsas, dentre outros.

Assim, 50 (24,8%) apresentam muitas queixas expressando insatisfação e 103 (51,0%) estão satisfeitas, provavelmente por algumas delas possuírem carro próprio, outras utilizam transporte coletivo da Universidade próxima à residência que permite parte do percurso diário sem a superlotação dos transportes comuns.

Por último, no que se refere à suficiência de dinheiro para satisfação das suas necessidades, poucas são as mulheres que consideram ter recurso insuficiente, 35 (17,4%); 89 (44,1%) referem média suficiência financeira e 78 (38,6%) referem que o aporte financeiro familiar é muito pouco ou nada suficiente para suas necessidades.

Estes resultados nos parecem de acordo com a renda familiar informada pelas mulheres, no entanto, ao se considerar satisfação de necessidades é preciso ater-se à realidade e individualidade das dinâmicas familiares quanto ao consumo real e expectativa da obtenção de bens.

Nos cabe analisar que parte das mulheres consideram suas dificuldades financeiras advindas de sua não participação na renda familiar.

É sabido que a jornada de trabalho das mulheres preenche grande parte de seu tempo, em especial na lida doméstica, o qual não é remunerado, ou acrescido de trabalho muitas vezes informal, o que nas populações menos favorecidas prejudica seu acesso aos bens de consumo e aos serviços de saúde, interferindo na percepção da mulher acerca de sua qualidade de vida (Brasil, 2004).

Alguns estudos, realizados com mulheres, como os de Vido (2006) e Fernandes (2006)⁵ têm demonstrado uma relação entre a independência financeira feminina ou familiar, com o tipo de ocupação e grau de escolaridade, o que conflui para os nossos resultados, para os quais encontramos 96 (47,5%) nutrizes que desempenhavam atividade extraluar, destas, 33 (34,4%) apresentavam escolaridade acima de nove anos exercendo atividades em serviços administrativos, profissionais liberais e serviços técnicos.

É preciso considerar ainda, que pelo conteúdo dos DSCs, a condição de renda, associada à escolaridade permeia boa parte das facetas desse domínio, condicionando as condições de moradia, de ambiente físico, transporte, lazer, informação e a segurança, em especial no que tange a ter casa própria para abrigo seguro e saudável da família.

DSC 17 – Não estou satisfeita onde moro, é favela

Eu moro numa comunidade, mas o pessoal costuma chamar de favela, mas ali já tem nome, tem no mapa, tudo bonitinho, na prefeitura é reconhecido, só que é um lugar que eu não quero criar meus filhos. Pra mim é uma coisa provisória, porque eu saí do aluguel e consegui construir essa casa, mas futuramente, o projeto é juntar um dinheiro, fazer um pé de meia, ter um lugar legalizado, que seja no meu nome, que eu saiba que é meu. Não consigo ter uma vida saudável. Quem mora em favela tem que ficar mais dentro de casa do que fora, dentro de casa é assim, no calor é calor demais, no frio é frio demais, só tem uma

⁵ Fernandes RAQ. Qualidade de vida para gestantes de uma comunidade carente do município de São Paulo. [relatório de pesquisa]. São Paulo: Universidade de Guarulhos; 2006.

janela na cozinha, não tem ventilação. Fora passa rato, esgoto aberto e tem lixo e cocô de cachorro pra tudo quanto é lado, não é um lugar nada saudável. Então eu tô satisfeita por ter um teto pra morar, mas tô insatisfeita pelo local, a vizinhança principalmente., tem muitos vagabundos, muita droga que rola. Não posso escolher um lugar melhor pra morar, dar um lugar tranqüilo pros meus filhos.

A moradia é um dos aspectos fundamentais para a vida de uma pessoa, é onde são aprendidos os princípios de educação, higiene e costumes de um indivíduo, esperar que seja um local agradável e saudável é primordial para que se tenha uma avaliação da qualidade de vida satisfatória.

Apresentamos a seguir o discurso das 202 nutrízes deste estudo quanto à resposta da pergunta: O que é qualidade de vida?

A questão sobre: o que é qualidade de vida, foi respondida por 195 nutrízes e chamamos a atenção para este dado, pelo fato de sete das participantes do estudo não terem conseguido dar resposta à pergunta.

Assim, foi construído o DSC 18 – Qualidade de vida é ter tudo o que preciso para viver bem.

DSC 18 - Qualidade de vida é ter tudo o que preciso para viver bem

Qualidade de vida para mim é ter uma boa saúde, comer alimentos saudáveis, como frutas, verduras, carne, leite, ter acesso aos serviços de saúde, sempre que precisar estar sendo bem atendida, ter estudo, ter acesso à informação saber os direitos. E até em relação a transportes, um transporte coletivo que funcione. Ter um bom emprego, dinheiro para suprir pelo menos as necessidades básicas do dia-a-dia, não só financeiramente, mas assim... ter uma religião, porque isso também faz parte, é preciso trabalhar o lado espiritual e emocional. Não é preciso muito dinheiro para ter QV. Para mim é isso, ter horário para o trabalho e horário para as coisas boas da vida, poder sair, rir, se divertir, se for o caso sentar em frente a uma televisão e ver uma novela, passear no parque, beber uma cerveja, se isto te deixa feliz, isso é QV, é uma coisa que te dá prazer.

QV é viver num ambiente limpo com conforto com televisão, sofá, cama, etc. Onde me sinto bem, ter casa própria, viver no meio do verde e sem poluição, ter uma vida tranqüila sem perigo nenhum, sem muita bagunça, viver num lugar onde todos se respeitam uns aos outros. Eu acho que se as pessoas se respeitassem mais, o mundo seria melhor. QV é poder ter tudo o que preciso perto de mim, tudo o que preciso para sobrevivência, ter uma família, amigos, dar apoio e receber apoio também. Infelizmente tem pessoas que se acomodam e não procuram trabalhar, não procuram se esforçar, ir à luta.

Retomando a literatura podemos afirmar que o termo qualidade de vida é um conceito subjetivo, multidimensional e multifatorial, que deve levar em conta a opinião da nutriz, como o seu estado físico, emocional, ambiental, econômico e social. Uma percepção de vida construída de acordo com seus conhecimentos, valores, expectativas próprias e familiares e ter amigos em seu convívio, com sentimento de pertencer a um contexto cultural e social que faça sentido para ela.

Notamos que todos os elementos considerados importantes, utilizados para expressar a avaliação da qualidade de vida nos domínios, estão também presentes no discurso sobre o que é qualidade de vida, ou seja, a mulher, ao ser questionada sobre sua qualidade de vida, refere-se a maioria das facetas e aos quatro domínios abrangidos pelo instrumento WHOQOL-bref.

A nutriz destaca a importância de uma alimentação variada e saudável, cita a importância do cuidado com a saúde, a importância de ter capacidade para o trabalho.

Salienta a importância de bens materiais, ambiente adequado e saudável, seguro e bonito, mas também aponta a necessidade da crença religiosa para dar sustentação ao cotidiano.

Em seu discurso, aponta também a necessidade do conhecimento dos “direitos” e a importância do respeito entre as pessoas, tanto familiares e amigos como também da sociedade, sendo fundamental para uma vida melhor em sociedade.

O trabalho é o elemento que possibilita ter melhor condição financeira para suprir as necessidades básicas, como a alimentação, moradia própria, viver num local onde a mulher possa sentir segurança física e proteção, ter lazer, maior possibilidade

de acesso às informações, melhores condições de transporte e assistência médica de qualidade e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

A nutriz ressalta que o dinheiro não é tudo, o principal é a pessoa se sentir bem e fazer aquilo que dá prazer, isso é qualidade de vida.

Ao analisarmos o conteúdo desse discurso, é possível considerar que esta explicita uma visão ideal de vida em que a maioria dos elementos, já abordados em discursos anteriores, e muitos já previstos nas diferentes formas de avaliação de qualidade de vida, combinam-se e completam-se, indicando a necessidade de se ter, pelo menos o suficiente para uma vida digna, segura e prazerosa. Em suma, não é preciso ter muito para ser feliz! Mas é preciso ser feliz para se ter boa qualidade de vida.

Embora não tenhamos explorado diretamente com as mulheres uma questão sobre o aleitamento materno, mas sim, colocando este processo como cenário de sua perspectiva de qualidade de vida, nos deparamos com inúmeras referências das mulheres acerca da relação entre maternidade e amamentação. Esses conteúdos nos indicaram a necessidade de apresentar um discurso em que se mostre a essência das representações sociais e do universo típico do processo de amamentar e da construção da maternidade, para o que não temos domínios ou facetas que nos permita mensurar mais diretamente e especificamente o impacto da amamentação na qualidade de vida das nutrizes. Mesmo que indiretamente, foi possível conhecer o quanto várias facetas dos domínios estudados foram influenciadas pelo contexto provocado pelo fato da mulher estar amamentando seu filho.

DSC 19 - Maternidade e Aleitamento Materno

Ela veio e mudou totalmente a nossa vida, tanto a minha quanto a do meu marido. É mais responsabilidade. Eu gosto de amamentar, é inexplicável, é muito bom saber que tem alguém que depende de você, mudou 100%, é um sonho, paro de fazer o que estou fazendo para dar de mamar, fico ali o tempo que for, é um prazer, eu acho que o ar é precário, então é preciso dar pra ela o meu leiteinho que é o melhor e ajuda no crescimento dela, economiza dinheiro, tempo, dá saúde, porque tem todos os nutrientes necessários, estou comendo alimentos mais saudáveis pra

passar tudo pro leite, ela não precisa de outra coisa. Não é preciso gastar dinheiro comprando leite, levantar de madrugada pra fazer mamadeira. Ela mama, eu troco e pronto! Eu sempre tive saúde porque fui amamentada. Toda mãe deveria amamentar. Eu acho tão bonito!

Eu acho que a minha QV está boa, mesmo não dormindo direito, tendo mais coisas para fazer, como cuidar dela, da casa, trabalhar fora, fico um pouco sobrecarregada, porque não tenho tempo pra mim, à noite ainda tenho que dar carinho pro marido, mesmo assim acho que mudou pra melhor, eu queria ser mãe. Às vezes sinto uma raivinha porque ela demora pra dormir, mais aí eu olho pra carinha dela e esqueço tudo. Todo mundo já passou por isso, a minha mãe também, eu vou ter que sofrer um pouquinho também, faz parte, vai passar e a gente supera. É difícil você estar superbem, mãe tem mais despesa, mais preocupação também com o lado financeiro, mas mesmo assim eu acho que a minha qualidade de vida é boa.

A sobrecarga de atividades que a mulher enfrenta, durante a amamentação, apareceu, de alguma forma, em parte da composição de cenários de diversas facetas dos domínios aqui apresentados, interferindo nos graus de avaliação da qualidade de vida a depender da maneira da organização das atividades da mulher, do seu entorno social ou familiar mais restrito e às demais condições objetivas de vida.

No entanto, ao reunirmos num só discurso as expressões relativas à maternidade e amamentação, queremos apresentar a tipicidade de representações que explicitam um conhecimento compartilhado pelas mulheres, que conduz suas ações para a reprodução dos papéis; amamentar por ter sido amamentada, cuidar por ter sido cuidada (...). São expressividades próprias de uma dada cultura e grupo social, mas que expressam também, modos individuais de viver a vida e a maternidade.

É preciso compreender que as mulheres, ao mesmo tempo em que expressam e vivem o papel materno diante de uma representação social, têm estilos e experiências diferentes que podem interferir no quanto conseguem colocar em prática as ações idealizadas para a maternidade.

Assim, denominamos Maternidade e Aleitamento Materno como um discurso que emergiu do estudo, podendo estar contido no domínio psicológico e relações sociais, e outros, porém acreditamos que os elementos que compõem o DSC Maternidade e o Aleitamento Materno perpassam por toda uma história temporal e cultural da sociedade, da reiteração e re-significação das representações do feminino,

da maternidade, da amamentação, devendo ser considerado como um indicativo para a construção de domínios próprios da mulher/nutriz, uma vez que cada experiência é algo inédito que contribui para o enfrentamento de novos desafios. Symon, McGreavey, Picken (2003), ao utilizarem o Mother-Generated Index, um instrumento para mensurar a qualidade de vida da mãe, consideraram o aleitamento materno como um domínio à parte por ser uma fase específica da vida da mulher, assim os autores não exploraram esta face da vida materna.

Silva (1997), em seu modelo teórico *pesando riscos e benefícios*, descreve como a mulher sente a sobrecarga de atividades que ela enfrenta para manter a amamentação e diante da necessidade de desenvolver outras atividades, ou mesmo necessitar de descanso, a nutriz pode sentir-se irritada em ter que interromper seu sono para priorizar a alimentação do filho. Fato também observado neste estudo quando a nutriz refere sentir uma raivinha do filho que não dorme.

Não posso pensar em mim, tenho que pensar nele, mas em questão de amamentar, ah, às vezes enche, eu vou falar, porque é cansativo, porque é tarefa de casa, é tudo, é o tempo que eu poderia estar deitada, descansando um pouco, dormir até a hora que eu dormia, não consigo mais, porque é ele né, hoje em dia a minha vida tá pra ele, pra casa, pra tudo, mas é isso (Entrevista 126).

O processo de amamentação é permeado continuamente por dúvidas e incertezas que têm influência direta no seu lado emocional (Silva, 1997; Aragaki, 2002). A nutriz sabe que o lado emocional interfere na produção láctea e atribui aos elementos estressores o insucesso na amamentação.

Quando eu tava amamentando, tive uns dias bem agitados, fiquei muito preocupada com o lado financeiro, aí, ele não conseguia nem mamar, devido a minha agitação. Acho que ele sentia tudo, né, porque ele ficava inquieto no peito, ele queria mamar e não conseguia. E isso afetou a minha qualidade de vida... É... eu acho que não consegui amamentar devido à falta de ter aquela paz, tranquilidade. Naquela agitação, não consegui amamentar, fiquei preocupada com a saúde dele, né (Entrevista 173).

As atividades cotidianas, como o cuidado com a casa e o trabalho extraluar continuam a ser cumpridas tendo o enfoque principal a criança. Algumas mulheres conseguem administrar as mudanças ocorridas, após o nascimento do bebê, com

manejo do aleitamento materno e o desempenho das tarefas domésticas, o que pode levar à satisfação ou insatisfação como descrito nos discursos.

Um fato interessante apontado é que em todas as situações de descontentamento, as mulheres relataram estar passando por uma fase natural e passageira que significa o impacto que a maternidade e amamentação provocam pelo nascimento e necessidade de dedicação e cuidados para a criança. Passando a fase, ou seja, com o crescimento e diminuição da dependência da criança, a vida volta ao normal, a diferença está no que o contexto oferece de condições objetivas para elas superar essa fase e as contradições com as quais se deparam em amar o filho, desejar amamentar e aceitar limites e restrições que este processo lhes impõe, buscar formas de conciliar seus papéis, que também significa uma estratégia de recuperar seu espaço e seus projetos, para além da maternidade.

A maternidade e amamentação, como representação do ideal feminino, se expressa na fala das mulheres que buscam (re)afirmar a felicidade que se espera que a mulher sinta por ser mãe. Esse sentimento foi apontado como a principal razão da vida dessas mulheres, próprio da maternidade.

Ser mãe é aprendido desde muito cedo pelas mulheres que convivendo com suas mães, tias, irmãs e outras figuras maternas, são influenciadas pelos preceitos éticos e morais contidos no ideal de uma boa mãe e que servem como referência para a construção da própria identidade materna (Kitzinger, 1978).

Historicamente, a mulher foi colocada em uma situação de submissão em relação ao homem e reduzida ao domínio do privado com a função de cuidar da casa, marido e filhos o que a deixa atarefada e se esforça para desempenhar todas as tarefas que precisa executar, uma vez que acredita ser de sua total responsabilidade, encarando de maneira natural o papel de mulher construído socialmente (Badinter, 1985).

Eu consigo conciliar tudo, trabalho, a educação dos filhos, o cuidado de casa, então eu me sinto satisfeita, porque eu consigo conciliar tudo em poucas horas do dia, né, porque é tudo corrido (Entrevista 1).

Por considerar o serviço doméstico algo natural e próprio da mulher, responde com naturalidade que aproveita a vida cuidando da casa e da família.

Limpo a casa, cuido dos meus filhos, não estou trabalhando, então cuidando dos meus filhos é já o suficiente para eu aproveitar a vida (Entrevista 56).

No exercício da maternidade é esperada uma dedicação integral repleta de esforços, vocação e sacrifícios que a mulher procura executar e se sente satisfeita com uma sobra de tempo para ela e feliz por ser mãe e conseguir desempenhar todas as atividades sempre dando um jeitinho pra tudo.

Assim, a maternidade concebida como um sacerdócio, próprio das mulheres, é uma experiência feliz, mas que traz dores, sofrimento e sacrifícios (Badinter, 1985), incorporando a amamentação como mais um dever e responsabilidade do papel da mãe.

Cheguei a sentir ainda um pouco de dor nos pontos e nos mamilos na hora de amamentar, mas mesmo assim eu amamento normalmente. Tento superar essa dor (Entrevista 100).

Ao acreditar que amamentar é natural, a mulher incorpora o que a sociedade espera dela, ou seja, que suas ações sejam mediadas pelo sacrifício, doação e restrição de suas atividades e funções percebidas como normal próprias de uma mãe cuidadosa e carinhosa com o seu filho (Nakano, 2003).

É a visão romântica da maternidade e que se apresentou de forma explícita nas falas das mulheres deste estudo (Kitzinger, 1978; Nakano, 1996).

A avaliação da qualidade de vida, assim como a atribuição de significado da experiência de amamentar, é uma construção individual, subjetiva, multifatorial, composta por elementos concretos de realidade e associado à vivência de cada pessoa. A esse respeito, Silva (1997) coloca que as ações da mulher são mediadas por uma visão pessoal da experiência devido à diferença de traço de personalidade, originando a variação de respostas individuais percebidas diante do fenômeno da amamentação e também de sua qualidade de vida.

5- À GUIA DE CONCLUSÃO

A combinação das metodologias quantitativa e qualitativa nos permitiu explorar as características maternas presentes em cada uma das facetas abrangidas pelo instrumento WHOQOL-bref de avaliação da qualidade de vida, bem como a identificação dos vários fatores e atores que estão envolvidos na organização do seu cotidiano, sua relação com a prática de amamentação e seu entorno social e contextual, que são mais evidentes para a construção da percepção de qualidade de vida.

Assim, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, podemos dizer que as mulheres avaliam a sua QVG de maneira satisfatória, atribuindo a pontuação de 74,8 pontos, utilizando-se de uma combinação de elementos objetivos e subjetivos, abarcados pelos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Dessa forma, destacamos os elementos utilizados pelas mulheres para a avaliação de sua qualidade de vida em relação a cada um dos domínios que mais se destacaram nas falas das mulheres, pelo fato de terem sido apontados com maior frequência ou por ter expressado de forma mais significativa seu pensamento ou sentimento.

A dificuldade de repouso, tendo principalmente o padrão de sono prejudicado e o número de atribuições e de tarefas, foi dos elementos objetivos do domínio Físico que se apresentaram de forma significativa na avaliação de QV, diretamente ligado ao processo de amamentação, tendo na referência da dor causada por transtornos do aleitamento uma associação importante. Este aspecto, muitas vezes, é negligenciado pelos profissionais e mesmo por familiares, não sendo dada a devida importância. Na fala das mulheres, estes elementos do cotidiano podem ser superados quando estas encontram apoio familiar, mas podem ser uma faceta na qual o profissionais

poderiam intervir no sentido de buscar junto com a mulher alternativas objetivas de organização do seu tempo e identificação da demanda real de amamentação e cuidados, pela criança. Ainda encontramos muitas mulheres queixando-se que a criança *mama toda hora*. Muitas vezes, pela insegurança ou desconhecimento, a mãe despende muito mais tempo que o necessário atendendo apelos da criança que poderiam ser evitados, se ela estivesse melhor preparada para identificar as reais necessidades do filho. Quanto ao domínio Psicológico, a presença do filho traz uma série de modificações na maneira de ver e aproveitar a vida, em relação ao lazer, à capacidade de concentração causada pelo cansaço, podendo provocar alteração de humor, basicamente elementos subjetivos. O apoio recebido pelos familiares e amigos representa não só a necessidade de convívio social, como também de ajuda nas tarefas cotidianas e cuidado com os filhos, o que pareceu dar os melhores escores do domínio Relações Sociais. Em relação ao domínio Meio Ambiente, o recurso foi um dos elementos que também permeou outros domínios como pano de fundo. Elemento fundamental, a situação financeira aparece como um dos qualificadores significativos de qualidade de vida, pois determina, em certa medida, a aquisição de bens materiais, melhor acesso aos serviços de saúde, lazer, moradia, transporte, educação e acesso às informações, sendo estes elementos objetivos da avaliação da qualidade de vida.

Os escores de avaliação da qualidade de vida apresentaram a seguinte pontuação: 70,8 para o domínio Relações Sociais, 61,9 para o Psicológico, 61,8 para o Físico e 54,3 para o Meio Ambiente.

Ao relacionar os domínios de qualidade de vida com os fatores sociodemográficos, observamos em todos os domínios que os maiores escores de avaliação de qualidade de vida foram atribuídos pelas nutrízes cujas crianças apresentaram maior idade. O crescimento e desenvolvimento das crianças são, como de se esperar, indicativos de menor demanda de exclusividade e dedicação materna, possibilitando, além de maiores períodos de repouso por parte do lactente e da nutriz, a delegação dos cuidados a outrem, permitindo à mãe maior liberdade e retomada de outras atividades, ter melhor possibilidade de lazer, convívio social e satisfação com a qualidade de vida.

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa para as mulheres que tiveram crianças prematuras, no domínio Psicológico, que atribuíram menores

escores de qualidade de vida em comparação às que tiveram crianças não prematuras, denotando a preocupação que uma criança prematura provoca em sua mãe, mesmo com o passar da fase mais imediata do nascimento.

No domínio Relações Sociais, também foi encontrada diferença significativa para as nutrizes que tiveram crianças prematuras, com menores médias de qualidade de vida quando comparadas às mulheres que tiveram crianças de termo, reiterando a idéia de que as mães de crianças prematuras necessitam de maior apoio nas relações sociais, devido às dificuldades vivenciadas com o filho pré-termo.

Em relação ao domínio Meio Ambiente, a escolaridade e a renda familiar apresentaram associação estatisticamente significativa, sugerindo que mulheres com maior escolaridade possuem maior oportunidade de empregos e com isso melhores condições econômicas e uma melhor avaliação de sua qualidade de vida, que, por sua vez, reflete em demais facetas de outros domínios em que, em especial o aporte financeiro aparece como pano de fundo, como já mencionado.

As nutrizes, ao descreverem o que é qualidade de vida, utilizam os elementos objetivos como ter saúde, alimentação saudável, acesso aos serviços de saúde, transporte, educação, emprego, dinheiro, casa própria, ambiente confortável, bom relacionamento social como qualificadores para a sua experiência de vida. Ainda, somados a estes, a necessidade de sentir-se bem e feliz, que é uma representação sumular de qualidade de vida, também depende de se ter um suporte espiritual e emocional.

Em todos os DSCs encontramos a presença marcante da maternidade e do aleitamento materno, como cenário de seu cotidiano.

A construção do DSC Maternidade e Aleitamento Materno nos propiciou identificar sentimentos percebidos pela mulher no processo de amamentação e de desenvolvimento da maternidade. O período de grande dependência da criança em relação à mãe, na fase da amamentação exclusiva ou não, período de idade em que a criança ainda não apresenta uma organização de sono e vigília que possibilite maiores intervalos de repouso para ela e para a mãe, são exemplos do que constitui a representação desse período como uma fase, que vai passar e na qual a mulher vai se adaptando a uma forma de linguagem social e histórica do comportamento feminino. Mesmo o que a amamentação não seja exclusiva, o cuidado com a criança abarca outras tarefas que ficam a cargo da mãe e exigem sua presença, pelo menos nos

primeiros meses de vida da criança. Ser uma fase que passa, pode ser vivenciado como um período de grande prazer ou de enorme fardo, a depender, em especial de apoio familiar e de condições objetivas de vida, que propicie condições mínimas de alimentação, sono, e satisfação de necessidades básicas, incluindo segurança afetiva e emocional.

Assim, é possível compreender por que para o tipo de aleitamento materno e qualidade de vida não foi encontrada nenhuma relação estatística, porém os maiores escores de avaliação da qualidade de vida apontavam o aleitamento materno como o tipo de aleitamento praticado pelas mulheres, em todos os domínios, com exceção do domínio Relações Sociais que associou o aleitamento predominante com o maior escore de avaliação da qualidade de vida.

Atualmente, com a gradativa inserção das mulheres no mercado de trabalho, em todos os tipos de cargos e funções, é inaceitável que o cuidado da casa, do marido e dos filhos fique somente sob a responsabilidade exclusiva da mulher.

Para Meyer (1996), gênero é a instância na qual e por meio da qual os seres humanos aprendem a se converter em e a se reconhecer como homens e mulheres, nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais. Assim, fica evidente nos resultados deste estudo que a qualidade de vida expressa pelas mulheres, margeiam também a qualidade de relacionamento com seu parceiro, no que concerne a participação dele no trabalho doméstico e responsabilização com cuidados à criança e com ela. Esta seria uma forma aproximada do ideal de conversão da construção social consolidada em muitas gerações, na direção da re-construção de uma nova representação de mulher e de seu papel materno, bem como do homem e de seu papel paterno.

O apoio do companheiro nos apresenta como um dos elementos que podem propiciar melhor percepção da mulher em sua qualidade de vida por dar suporte para outros aspectos importantes do seu cotidiano que refletem em seu bem-estar físico e emocional.

Salientamos também, a importância dos órgãos governamentais para a formulação e implantação de políticas que envolvam uma atenção voltada a um maior número de emprego, moradia, segurança, educação, transporte público e à assistência à saúde por serem elementos fundamentais para a população no que diz respeito ao alcance de uma boa qualidade de vida.

A sociedade também tem a sua parcela de responsabilidade para o alcance de uma boa qualidade de vida para todos, praticando o exercício da cidadania e solidariedade, por meio do respeito mútuo entre as pessoas e cuidando do meio ambiente.

Acreditamos que a extensão do direito à licença-maternidade para seis meses é uma das medidas em que os órgãos governamentais podem auxiliar na concretização da prática do aleitamento materno exclusivo para as crianças nos seis primeiros meses de vida. É fundamental que essa medida seja compartilhada também pela sociedade, que poderá contar com indivíduos saudáveis e emocionalmente estruturados devido aos benefícios que o aleitamento materno promove e que indubitavelmente, influencia no alcance de uma boa qualidade de vida.

O planejamento da assistência de enfermagem deve ser construído desde a assistência pré-natal com a orientação acerca da amamentação, por meio de uma assistência humanizada e de qualidade, estendendo a assistência também à família, apontando os elementos presentes no processo, incentivando principalmente a participação do companheiro no cuidado com a criança e promovendo o melhor preparo para a família dar apoio e estrutura para a nutriz. Por outro lado, o papel da enfermagem tem se apresentado tímido em avançar nos cuidados domiciliares, em que, mais uma vez nos parece que os grandes desafios para a manutenção da amamentação se apresentam. Isto, pelo fato de podermos comparar nossa experiência de obter resultados da pesquisa de mestrado que também mostrou os desafios que as mulheres têm de superar em especial no primeiro mês de pós-parto para vencer sua ansiedade em cuidar da criança e que, pelos resultados atuais, foi possível avaliar o quanto que o processo de amamentação, associado a diversos contextos e entornos sociais, interfere na percepção de qualidade de vida pelas mulheres/nutrizes.

Assim, a qualidade de vida não é um conceito ou fenômeno contido em si, mas sua avaliação está na dependência dos elementos ou facetas que fazem sentido para a experiência da nutriz e por suas relações pessoais e ainda, a sua relação com seu papel materno e suas representações.

Não foi encontrado na literatura nenhum estudo semelhante a este que investigasse a avaliação da qualidade de vida de nutrizes. Os estudos sobre avaliação da qualidade de vida das mulheres focalizam, de uma maneira geral, a mulher idosa no período da menopausa ou então, mulheres com problemas de saúde relacionados

às doenças crônico-degenerativas. Dessa maneira realizamos as comparações com estudos que utilizaram o WHOQOL-bref em indivíduos sadios e estudos sobre qualidade de vida em mulheres, particularmente gestantes. Este foi um fator limitante do estudo, uma vez que restringiu nossas possibilidades de discussão dos resultados deste estudo com demais resultados de pesquisa que pudessem balizar as informações que obtivemos. Outro aspecto a salientar, diz respeito ao fato do instrumento utilizado não conter domínios ou facetas que sejam específicos para o público deste estudo, o que nos incentiva a dar continuidade aos trabalhos de investigação, com propostas de elaboração de formas de mensurar e avaliar a QV em mulheres que estão vivenciando fases do seu ciclo reprodutivo.

Corroboramos com Symon, McGreavey, Picken (2003) ao considerar o aleitamento materno como um domínio específico de vida da mulher. Dessa maneira, acreditamos que o WHOQOL-bref, por ser um instrumento genérico e com pouca sensibilidade para as situações específicas da amamentação, não nos possibilitou avaliar as várias facetas contidas nesse processo, salientamos a recomendação da necessidade de construção de um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida de nutrizes que contenha o domínio Maternidade e Aleitamento Materno apontado neste estudo.

6- REFERÊNCIAS

Abuchaim ESV. Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: dividindo-se entre ser mãe e mulher [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Almeida JAG. Amamentação: repensando o paradigma [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Almeida MS. Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: um análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Aquino EML, Menezes GM, Marinho LFB. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. Cad de Saúde Pública, 1995;11(2):281-90.

Aragaki IMM. Estudo sobre o traço e estado de ansiedade das nutrizes que apresentaram indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Arantes C.I.S. O fenômeno amamentação: uma proposta compreensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1991.

Araújo LDS. Querer/poder amamentar: uma questão de representação? Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina; 1997.

Armitage P, Berry, G. Statistical Methods in Medical Research. 3^aed. Oxford: Blackwell Science; 1994.

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. de Waltensir Dutra. 7^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP, Schor N. Qualidade de Vida. São Paulo: Manole; 2006. p. 1-9.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: lei n.8.069 de 13/07/1990. 2ª ed. Brasília: Imprensa Nacional; 1997.

Brasil. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, Área de Saúde da Criança. 2001. Brasília. p.50.

Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, Brasília, 4(2), p.15-25, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de saúde. Organização Panamericana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e Manuais técnicos; 2002a. Brasília. 152p.

Brasil. Ministério do trabalho e emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. [periódico na Internet] 2002b [citado 2008 maio 02]. Disponível em: [http:// www.mtecbo.gov.br/informacao.asp](http://www.mtecbo.gov.br/informacao.asp)

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 2004. Brasília. 80p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. Área de Saúde do Adolescente. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. 2005. Brasília. p.60.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Demografia e Saúde. [texto na Internet] 2006a [citado 2008 agosto 05] Disponível em: [http:// bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3ª ed. Brasília, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília. [atualizado 30 jul.2008; citado 2008 ago.5]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co...

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde coletiva* 2000; 5(1): 163-77.

Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83(2):127-32.

Cárdenas AMC. Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Chodorow N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In Rosaldo MZ, Lamphere L. organizador. *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)” [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, UNIFESP; 1997.

Costa OMJ, Costa, CAI. Representação social e literatura. *Conceitos*. João Pessoa, 5(7), p.1-188, 2002.

Daniel WW. *Biostatistics*. New York: John Wiley & Sons; 1995.

Dessen MA, Braz MP. Rede de apoio durante transição familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol: Teor e Pesq*. 2000;16(3):221-31.

Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Tomikawa SO et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2002;2(3):253-61.

Farquhar M. Definitions of life: a taxonomy. *J Adv Nurs* 1995;22(1):502-8.

Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv. Nurs.Scienc.* 1985;8(1):15-24.

Ferraz MB. Qualidade de vida – conceito e breve histórico. *JovMed* 1998;4(1):219-22.

Fleck MPA, Louzada S, Chachamovith E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref). *Rev.Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.

Gill TM, Alva MD, Feinstein MD. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619-26.

Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Cristoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1999;67:320-31.

Gubernikoff G. Perfil da mulher - O processo de emancipação feminina na sociedade urbana brasileira [tese]. São Paulo: Escola de Comunicação e Artes da USP; 1992.

Haas JS, Jackson, RA, Fuentes-Afflick, E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, Escobar GJ. Changes in the healthy status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2004; 20(1):45-51.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudos e pesquisas: informações demográficas e socioeconômicas. Síntese de indicadores sociais: Rio de Janeiro; 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Mensal de Emprego. Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho: Rio de Janeiro; 2008.

Jodelet D. La representation social: fenómenos, concepto y teoria. In: Moscovici S. *Psicologia Social*. Barcelona: Paidós; 1986. p.469-94.

Katz, S. The science of quality of life. *J.Chronic.Dis.* 1987;40(6):459-63.

Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of life Index” de Ferrans Powers [livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

Labbok M. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(2):99-102.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2003).

Lefèvre F, Lefèvre AMC. A proposta do discurso do sujeito coletivo [texto na internet]. São Paulo: 2006 [citado 2008 jun 15]. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br>

Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Lopes MJM. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DEE, Waldow VR. *Gênero&Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 55-62.

Lutter C, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am. J Public Health*. 1997;87:659-63.

Machado AI. Espaços de representação da loucura: religião e psiquiatria [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Machado ARM. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2001.

Magalhães MN, Lima ACP. Noções de Probabilidade e Estatística. 2ª ed. São Paulo: IME-USP; 2000.

Martins R de CB. O aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1998.

Medeiros IY. Amamentação em mulheres que trabalham: o não trabalho no trabalho [dissertação]. São Paulo: Saúde Pública; 2006.

Meeberg GA. Quality of life a concept analysis. J.Adv.Nurs. 1993;18(1):32-8.

Meyer DEE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJM, Meyer DEE, Waldow VR. Gênero&Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 41-51.

Meyer DEE. Relações entre ciência, mídia e gênero e a politização da maternidade. Rev ex aequo. 2006;14:129-45.

Minayo, MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

Minayo, MC de S.(organ.) Pesquisa social: teoria método e criatividade. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

Minayo MC de S., Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência&SaúdeColetiva 2000;5(1):7-18.

Monson MRR. Os bancos de leite e a política de aleitamento materno na década de 80 no Brasil. (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 34 min., color., sonoro. Rio de Janeiro: núcleo de vídeo – CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

Müller FS. Representações sociais de um grupo de nutrizes sobre o apoio no processo de amamentação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2008.

Musschenga AW. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. *J. Med. Philos.* 1997;22:11-28.

Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1996.

Nakano MAS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si” [livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.

Neme B. Obstetricia Básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005.

Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna. Ginebra, 1991.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2001.

Qualiquantisoft – software de apoio a pesquisas qualiquantitativas. Versão 1.3c. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2004.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad.Saúde Pública* 2004; 20(2). Disponível em: <http://www.bases.bireme.br>. Acesso em 08 mar.2006

Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência&SaúdeColetiva* 2000;5(1):187-92.

Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, 1990.

Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.

Silva IA. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Silva IA, Utyama SK. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. *Acta Sci Health Sci.* 2003;25(2):215-25.

Silva IA. A vivência de trabalhar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):641-6.

Silva de LCD da. O feminino e sua pertença, o materno: uma leitura, alguns olhares-na atualidade [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Silva RV da. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2008.

Spink MJ, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995.

Soares AVN. A representação social da puérpera em sistema de alojamento conjunto sobre seu processo de hospitalização [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Symon A, McGreavey, J, Picken C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother Generated-Index. *Br J Obstet Gynaecol.* 2003;110(9):865-8.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of Life Assessment: International Perspectives.* Heindelberg: Springer Verlag; 1994: 41-60.

Vallim ALBA. Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência de pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde [dissertação]. Campinas: Faculdades de Ciências Médicas da UNICAMP; 2005.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev de Saúde Pública*. 2002;36(3);313-8.

Vido MB. Qualidade de vida na gravidez [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de Guarulhos; 2006.

Zhan L. Quality of life. Conceptual and measurement issues. *J. Adv. Nurs*. 1992; 17(7):795-800.

APÊNDICE 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Avaliação e percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida

Eu Ilva Marico Mizumoto Aragaki, estou colhendo dados para realizar um estudo que tem como objetivos: - compreender a percepção de nutrizes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Paulo, acerca de sua QV; relacionar a QV das nutrizes com o tipo de aleitamento materno que praticam para seus filhos; relacionar a QV das nutrizes com as suas características sociodemográficas; identificar os elementos objetivos e subjetivos presentes na construção da percepção e avaliação das nutrizes acerca de sua QV.

Eu _____, fui esclarecida sobre o estudo e estou ciente dos objetivos e finalidades da pesquisa, plenamente satisfeita com as respostas às dúvidas e desejo voluntariamente participar do estudo.

Consinto e concordo em preencher o formulário sobre qualidade de vida, fornecer a entrevista e os outros dados pedidos para a pesquisa. Esse procedimento será realizado enquanto eu desejar, sendo que tenho a garantia da pesquisadora de que posso interromper quando for desejável para mim ou para meu filho, não havendo qualquer prejuízo para minha pessoa, meu filho ou familiar. Ainda, continuo a receber todas as orientações e atendimentos necessários nos serviços de saúde.

Também tenho plena segurança de que será mantido meu anonimato e de que os resultados deste estudo serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para os conhecimentos científicos sem qualquer ganho pessoal e econômico da pesquisadora, sendo que a mesma poderá ser contatada pelo tels: 3091-9411 ou 3091-9488.

Participante do estudo^{*}

Ilva Marico Mizumoto Aragaki

^{*} Caso a participante tenha dificuldades para leitura e escrita, será solicitada a presença de testemunha de sua escolha para acompanhar os esclarecimentos e análise do termo a ser assinado.

APÊNDICE 2**Formulário Qualidade e Necessidade Q & N****PARTE 1**

Data: ____/____/____

N.º: ____

A - Identificação materna

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone (contato): _____

Data de nascimento: ____/____/____

Escolaridade (em anos): _____

Trabalha?: () Sim () Não

Tem direito a licença maternidade?: () Sim () Não

Ocupação: _____

B - História obstétrica

Gestação: _____

Paridade: _____

N.º de filhos vivos: _____

C – Performance de sua amamentação atual

1.A senhora amamenta seu filho?

Sim () Não ()

2.Se sim* AE (); AP () ou AM ()

3.Para AP () ou AM (): até quando a criança mamou só no peito? (Registrar em meses completos e dias.)
_____***D - Dados sobre a criança***

4.Nome: _____

5.Parto da criança:

Normal 1 ()

Cesárea 2 ()

Fórcipe 3 ()

* AME (Aleitamento Materno Exclusivo); AMP (Aleitamento Materno Predominante) e AM (Aleitamento Materno).

-
6. Data de nascimento da criança: ____/____/____
7. Sexo da criança: Masculino 1 () Feminino 2 ()
8. Peso da criança ao nascer: _____ gramas
9. Criança prematura? Sim 1 () Não 2 ()
10. Onde a senhora fez consulta de pré-natal durante a gravidez da criança?
Hospital público 1 () Hospital privado 2 () Centro ou posto de saúde 3 ()
Médico particular 4 () Médico de convênio 5 ()
Outro 6 ()
Qual? _____
11. Se fez o pré-natal, em que mês da gravidez iniciou as consultas?
_____(Registre em semanas)
12. Onde a criança nasceu?
Hospital particular 1 () Hospital de convênio 2 () Hospital público 3 ()
Outro 4 ().
Qual? _____
- E - Estilo de vida***
13. Atualmente a senhora vive:
Com companheiro 1 () Sem companheiro 2 () Viúva 3 ()
14. Renda familiar: R\$ _____
-

APÊNDICE 3

Gráfico 1 – Distribuição da prematuridade das crianças quanto à média de valores do domínio Psicológico. São Paulo, 2007.

Gráfico 2 – Distribuição da prematuridade das crianças quanto à média de valores do domínio Relações Sociais. São Paulo, 2007

Gráfico 3 – Distribuição da renda familiar das nutrizes quanto à média de valores do domínio Meio Ambiente. São Paulo, 2007

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL – BREF)

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 com referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	<u>4</u>	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Após você circular a sua resposta, responda o por quê desta resposta.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número o que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	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
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	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 o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
11	Você é capaz de aceitar a 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(a)?	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 a seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Agora, se você estiver disposta, vou perguntar-lhe sobre as razões que a levaram a assinalar as respostas deste questionário e grava-las. Vamos começar pela primeira, se você concordar: “Como você avalia a sua qualidade de vida?”, Você respondeu _____, poderia me falar sobre isso?

Assim, seguirão as perguntas que buscarão explorar em profundidade cada uma das questões abordadas neste formulário. A seguir, serão realizadas as duas perguntas norteadoras sobre o tema do estudo:

- “O que é qualidade de vida para você?”
- “O que você tem a dizer sobre a sua qualidade de vida enquanto está amamentando o(a) seu(ua) filho(a)?”

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548
C.P. 41833 - CEP 05422-970 - e-mail: ediposq@usp.br

São Paulo, 26 de fevereiro de 2007.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Isilia Aparecida Silva
Ref.: Processo nº 614/2007/CEP-EEUSP

Prezado Senhor:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "A INTERFACE DA PERFORMANCE DE AMAMENTAÇÃO, CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS DE MÃES/NUTRIZES E SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para, serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Recebi
Isilia L. A.
12/03/2007