**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

LAURA MARINA BANDIM MARIANO

**A prática da amamentação entre mulheres em situação de violência por
parceiro íntimo, durante a gestação atual: análise da duração do aleitamento
materno exclusivo e autoeficácia materna na amamentação**

Ribeirão Preto

2014

LAURA MARINA BANDIM MARIANO

**A prática da amamentação entre mulheres em situação de violência por
parceiro íntimo, durante a gestação atual: análise da duração do aleitamento
materno exclusivo e autoeficácia materna na amamentação**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher
no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

MARIANO, Laura Marina Bandim

A prática da amamentação entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, durante a gestação atual: análise da duração do aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna na amamentação. Ribeirão Preto, 2014.

148 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Nakano, Ana Márcia Spanó.

1. Violência contra a mulher, 2. Amamentação,
3. Autoeficácia na amamentação.

MARIANO, Laura Marina Bandim

A prática da amamentação entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, durante a gestação atual: análise da duração do aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna na amamentação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A **Jesus**, por ser meu Mestre maior, minha proteção, referência e meu guia.

Ao meu **esposo Matheus**, por ter sido mais que um companheiro, um verdadeiro "porto seguro", me auxiliou em todas as etapas deste projeto, sem sua ajuda não teria sido possível.

À **minha família**, pela compreensão, pelo incentivo e, principalmente, por ter sido a estrutura e a base da minha vida.

À querida Profa. Dra. **Ana Márcia Spanó Nakano**, pela orientação, disponibilidade e por compartilhar tanto conhecimento. Um educador é uma luz que ilumina o caminho do aprendiz, e seus ensinamentos são tesouros valiosos que jamais são esquecidos.

À Profa. **Daiane Roza**, ao Prof. Dr. **Manuel Antônio dos Santos** e em especial à Profa. Dra. **Juliana Cristina dos Santos Monteiro**, pelas valiosas contribuições e ensinamentos durante o desenvolvimento da pesquisa.

A todas as minhas **amigas**, pela paciência e pelos momentos de distração.

Às colegas de pesquisa **Mariana Fonseca Machado, Drieli Pacheco Rodrigues e Thaís Meira**, pelo companheirismo durante o tempo que compartilhamos este projeto.

Às **mulheres participantes deste estudo** que aceitaram abrir as portas de suas casas para me receber e compartilhar comigo momentos tão íntimos de suas vidas.

Dizem que a mulher é o sexo frágil
Mas que mentira absurda!
Eu que faço parte da rotina de uma delas
Sei que a força está com elas

Vejam como é forte a que eu conheço
Sua sapiência não tem preço
Satisfaz meu ego, se fingindo submissa
Mas no fundo me enfeitiça

Quando eu chego em casa à noitinha
Quero uma mulher só minha
Mas pra quem deu luz não tem mais jeito
Porque um filho quer seu peito

O outro já reclama a sua mão
E o outro quer o amor que ela tiver
Quatro homens dependentes e carentes
Da força da mulher

Mulher! Mulher!
Do barro de que você foi gerada
Me veio inspiração
Pra decantar você nessa canção

Mulher! Mulher!
Na escola em que você foi ensinada
Jamais tirei um 10
Sou forte, mas não chego aos seus pés.

Erasmu Carlos

RESUMO

MARIANO, L. M. B. **A prática da amamentação entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, durante a gestação atual: análise da duração do aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna na amamentação.** 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A violência por parceiro íntimo (VPI), durante a fase gravídico-puerperal da mulher, pode ter consequências sérias e desastrosas tanto para a saúde das mulheres como para seus conceitos/neonatos. Algumas dificuldades das mães, durante o aleitamento materno, podem estar relacionadas, direta ou indiretamente, à atitude de agressão por parte do parceiro, independente de ocorrer antes, durante e/ou depois da gestação. Este estudo teve como objetivo analisar a prática da amamentação entre mulheres em situação de VPI, durante a gestação atual, usuárias de um serviço de pré-natal da rede pública quanto à duração do aleitamento materno exclusivo (AME), ao nível de autoeficácia materna para amamentar e aos fatores relacionados ao início, estabelecimento da amamentação e desmame precoce. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo-exploratório, desenvolvido no CRSM-MATER, situado em Ribeirão Preto – SP, com aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, nº 1421/2011. Os dados foram coletados no período de maio de 2012 a maio de 2013. As mulheres participantes do estudo foram recrutadas a partir de um inquérito sobre prevalência de VPI na gestação, aplicado no pré-natal para 358 gestantes, além de dados sociodemográficos e ginecológicos. Na internação, as informações sobre variáveis obstétricas, neonatais e de amamentação foram coletadas no prontuário. Com 30 dias de pós-parto, as mulheres foram acompanhadas no domicílio, quando foi aplicado o Instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), e com 70 dias após o parto, por contato telefônico, para obter informações sobre a amamentação. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SAS ® 9.0, com análise fundamentada na estatística descritiva, utilizando-se o Teste Exato de Fisher, t-Student e Análise de Variância. Verificamos que 17,59% das participantes relataram algum tipo de VPI, durante a gestação atual, sendo 94% por violência psicológica, 42%, física e 2%, sexual. A média de idade foi de 24,5 anos e de estudo, 8,94 anos, renda familiar média de 2,61 salários-mínimos. Na alta hospitalar, 88% dos bebês estavam em AME, reduzindo para 55,32% e 40% com 30 e 70 dias após o parto, respectivamente. A média de duração do AME foi de 19,08 dias. E 54% das mulheres apresentaram alta autoeficácia na amamentação. Não houve associação do nível de autoeficácia na amamentação e da duração do AME com o tipo de VPI, na gestação atual. Verificamos associação da duração do AME com o nível de autoeficácia na amamentação com 30 e 70 dias, após o parto. Dentre os fatores relacionados ao início, estabelecimento da amamentação e desmame precoce, observamos associação estatisticamente significativa do nível de autoeficácia na amamentação com o Apgar de 1º minuto, a presença de intercorrências com o recém-nascido (RN) e a separação da mãe durante a internação. Concluímos que a análise da autoeficácia na amamentação entre mulheres em situação de VPI, na gestação atual, possibilitou identificar fatores relacionados à amamentação que podem ter influências negativas e positivas sobre o início e estabelecimento da amamentação, bem como para o desmame precoce. A BSES é um instrumento que pode ser usado tanto em pesquisas como no planejamento de uma assistência mais efetiva.

Descritores: Violência contra a mulher. Amamentação. Autoeficácia na amamentação.

ABSTRACT

MARIANO, L. M. B. **The practice of breastfeeding among women in situations of intimate partner violence, during a current gestational period: analysis of the duration of exclusive breastfeeding and maternal self-efficacy in breastfeeding.** 2014. 148 f. Dissertation (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

Intimate Partner Violence (IPV) during the pregnancy-puerperal phase can have serious and disastrous consequences for women and their neonates. Some difficulties for mothers during breastfeeding, may be related directly or indirectly to the act of aggression by the partner before, during or after gestation. This study's objective is to analyze breastfeeding in the IPV situation during current gestation among users of a prenatal service from the public health care in relation to the duration of the exclusive breastfeeding (EBF), the level of maternal self-efficacy to breastfeed, and breastfeeding factors related to its initiation, establishment, and early weaning. The present study is quantitative and descriptive-exploratory, developed at CRSM-MATER, situated in Ribeirão Preto, São Paulo, with the approval of the Ethics Committee on Human Research, no. 1421/2011. The data were collected from May 2012 to May 2013. The participating women (n=358) were recruited from an inquiry about the prevalence of IPV during their gestation, applied in pre-natal. Socio-demographic and gynecological data were also considered. At admission, information about obstetric variations, neonatal and breast-feeding were collected. In the 30th day from postpartum, the *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) instrument was applied in person in the home. Within 70 days postpartum, information about breast-feeding was obtained via telephone. The data were analyzed in using SAS® version 9.0 statistical software, with an analysis grounded in descriptive statistics, utilizing the Fisher's exact test, Student's t-test and Variance Analysis. The average age was 24.5 years and 8.94 studying years, average family income was 2.61 minimum wage. It was verified that 17.59% of the participants reported some kind of IPV during gestation, with 94% of these cases reporting psychological, 42% physical and 2% sexual violence. At hospital discharge, 88% of neonates were in EBF, reduced to 55.32% and 40% at 30 and 70 days postpartum, respectively. The average duration of EBF was 19.08 days. 54% of the women presented high self-efficacy in breast-feeding. There was no association between the kind of IPV in the current gestation with the level of self-efficacy in breast-feeding or with the duration of EBF. There was however, an association between the duration of the EBF and the level of self-efficacy in breast-feeding at 30 and 70 days postpartum. Among breast-feeding characteristics, there were significant associations between the level of self-efficacy in breast-feeding with the Apgar of 1st minute, neonatal complications and maternal separation during hospitalization. We conclude that self-efficacy in breastfeeding among women in situations of IPV during gestation can influence breastfeeding beginning, breastfeeding establishment and early weaning. The present study establishes the utility of the BSES as a research instrument in this context, which may help guide the development of strategies for more effective assistance.

Keywords: Violence against women. Breastfeeding. Self-efficacy in breastfeeding.

RESUMEN

MARIANO, L. M. B. **La práctica de lactación de las mujeres en situación de violencia del compañero íntimo, durante la gestación actual: el análisis de la duración de la lactancia materna exclusiva y la autoeficacia materna en la lactancia.** 2014. 148 f. Dissertação (Maestria) – Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La violencia del compañero íntimo (VCI) durante la fase embarazo-puerperio de la mujer puede traer consecuencias serias y desastrosas tanto para la salud de las mujeres como para sus neonatos. Algunas dificultades de las madres durante la lactancia materna pueden estar relacionadas, directa o indirectamente, con la actitud agresiva por parte del compañero, independientemente de si ocurrió antes, durante y/o después de la gestación. Este estudio tiene como objetivo analizar la práctica de lactación de las mujeres en situación de VCI durante la gestación actual, usuarias de un servicio prenatal de la red pública, en cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva (LME), el nivel de autoeficacia materna para lactar y factores relacionados con el inicio, establecimiento de la lactancia, y el destete precoz. Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo-exploratorio, desarrollado en el CRSM-MATER, ubicado en Ribeirão Preto – SP, con aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, bajo nº 1421/2011. Los datos fueron recogidos en el período de mayo 2012 a mayo 2013. Las mujeres participantes del estudio fueron reunidas a partir de un cuestionario sobre la prevalencia de VCI en la gestación, aplicado en el prenatal para 358 gestantes, más allá de datos socio-demográficos y ginecológicos. En el internado, las informaciones sobre variables obstétricas, neonatales y de lactancia fueron colectadas en el prontuario. Con 30 días de posparto, las mujeres fueron acompañadas en el hogar cuando fue aplicado el instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), y con 70 días después del parto, por contacto telefónico para obtener informaciones sobre la lactancia. Los datos fueron analizados por el programa estadístico SAS ® 9.0, con análisis fundamentado en la estadística descriptiva, utilizando el Test Exacto de Fisher, t-Student y el Análisis de la Varianza. Se verificó que el 17,59% de las participantes vivenciaron algún tipo de VCI durante la gestación actual, siendo el 94% violencia psicológica, 42% física, y 2% sexual. La media para la edad fue de 24,5 años, de estudio fue de 8,94 años, y la de renta familiar fue de 2,61 salarios mínimos. En la alta hospitalaria, 88% de los bebés estaban en AME, reduciendo el porcentaje a 55,32% y 40% con 30 y 70 días después del parto, respectivamente. La media de la duración de la AME fue de 19,08 días. 54% de las mujeres presentaron alta autoeficacia en la lactancia. No hubo asociación del nivel de autoeficacia en la lactación y duración de la AME con algún tipo de VCI en la gestación actual. Se verificó la asociación de la duración de la AME con el nivel de autoeficacia en la lactación con 30 y 70 días después del parto. Entre los factores relacionados con el inicio, establecimiento de la lactancia y destete precoz, se verificó la asociación estadísticamente significativa del nivel de autoeficacia en la lactancia con el Apgar de 1 minuto, la presencia de enfermedades con el recién nacido (RN) y separación de la madre durante el internado. Concluimos que el análisis de autoeficacia en la lactancia entre las mujeres en situación de VCI en la gestación actual permitió identificar factores relacionados con la lactancia, que pueden tener influencias negativas y positivas sobre el inicio y establecimiento de la lactancia, como también para el destete precoz. El BSES es un instrumento que puede ser utilizado tanto en investigaciones como en la planificación de una asistencia más efectiva.

Palabras clave: Violencia contra las mujeres. La lactancia materna. La auto-eficacia en la lactancia materna.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Referencial de autoeficácia relacionado à amamentação. Adaptado por Dennis (1999).....	36
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo a faixa etária, escolaridade, cor autorreferida, ocupação, prática religiosa, situação de moradia, chefe de família e renda familiar em salários-mínimos. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	47
Tabela 2 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo estado civil, marital e tempo de relacionamento com o companheiro em meses. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	48
Tabela 3 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo variáveis comportamentais. Ribeirão Preto – SP, 2013	49
Tabela 4 - Distribuição das participantes, segundo número de gestação, número de partos, desejo e planejamento da gestação atual. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	49
Tabela 5 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo o relato da ocorrência de comportamentos agressivos, cometidos pelo companheiro, e o período da ocorrência. Ribeirão Preto – SP, 2013	50
Tabela 6 - Distribuição das participantes, segundo o relato de ocorrência de comportamentos agressivos, cometidos pelo companheiro durante a gestação atual, e a frequência em que ocorreram. Ribeirão Preto – SP, 2013	51
Tabela 7 - Distribuição das participantes, segundo a convivência com parceiro, antes e durante a gestação atual. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	52
Tabela 8 - Distribuição das participantes, segundo relato de repercussão da violência cometida pelo seu parceiro na sua saúde. Ribeirão Preto – SP, 2013	52
Tabela 9 - Distribuição das participantes, segundo a adesão ao pré-natal. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	53
Tabela 10 - Distribuição das participantes, segundo a presença de intercorrências na gestação atual, parto e pós-parto. Ribeirão Preto – SP, 2013	54
Tabela 11 - Distribuição das participantes, segundo o tipo de parto atual, realização de analgesia no trabalho de parto e presença de acompanhantes durante o trabalho de parto. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	55
Tabela 12 - Distribuição das participantes, segundo as variáveis neonatais da gestação atual. Ribeirão Preto – SP, 2013	56

Tabela 13 - Distribuição das participantes, segundo os fatores relacionados à prática da amamentação. Ribeirão Preto – SP, 2013	58
Tabela 14 - Distribuição das participantes, segundo tipo de aleitamento materno e as intercorrências com a amamentação, 30 dias pós-parto. Ribeirão Preto – SP, 2013	59
Tabela 15 - Distribuição das participantes, segundo o tipo de aleitamento materno, 70 dias pós-parto. Ribeirão Preto – SP, 2013	60
Tabela 16 - Distribuição das participantes, segundo os fatores que influenciaram na introdução de água, chá, outro leite e ao desmame. Ribeirão Preto – SP, 2013	61
Tabela 17 - Distribuição das participantes, segundo a participação do companheiro no processo do aleitamento materno, e a relação com o companheiro após o nascimento do bebê na percepção delas. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	62
Tabela 18 - Distribuição das participantes, segundo o grau de confiança ou eficácia em amamentar. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	62
Tabela 19 - Padronização das pontuações das questões intrapessoais e técnicas da escala de autoconfiança. Ribeirão Preto – SP, 2012/2013	63
Tabela 20 - Distribuição da relação entre a autoeficácia baixa, média e alta na amamentação e a pontuação média das questões classificadas como pensamento técnico. Ribeirão Preto – SP, 2012/2013.....	63
Tabela 21 - Distribuição da relação entre a autoeficácia baixa, média e alta na amamentação e a pontuação média das questões classificadas como pensamento intrapessoal. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	64
Tabela 22 - Distribuição das participantes, segundo a ocorrência de violência física, psicológica e sexual (durante a gestação atual, cometida pelo companheiro) associada ao AME com 30 dias de puerpério. Ribeirão Preto – SP, 2013	65
Tabela 23 - Distribuição das participantes, segundo a ocorrência de violência física, psicológica e sexual (durante a gestação atual, cometida pelo companheiro) associada com o tipo de aleitamento materno com 70 dias de puerpério. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	65
Tabela 24 - Distribuição das participantes, segundo a ocorrência de violência física, psicológica e sexual (durante a gestação atual, cometida pelo companheiro) associada ao nível de autoeficácia na amamentação. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	66

Tabela 25 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado ao tipo de aleitamento materno. Ribeirão Preto – SP, 2013	67
Tabela 26 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado a variáveis obstétricas. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	69
Tabela 27 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado à presença de acompanhante durante trabalho de parto. Ribeirão Preto – SP, 2013.....	70
Tabela 28 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado a variáveis neonatais. Ribeirão Preto – SP, 2013	71
Tabela 29 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado a práticas assistenciais e intercorrências, durante a internação. Ribeirão Preto – SP, 2013	72
Tabela 30 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado à percepção da mulher quanto ao leite produzido e ao apoio do companheiro. Ribeirão Preto – SP, 2013	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMP	Aleitamento materno predominante
BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRSM-MATER	Centro de Referência à Saúde da Mulher - MATER
D	Desmame
DF	Distrito Federal
DP	Desvio-padrão
DRS	Divisão Regional da Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IC	Intervalo de confiança
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IP	Intrapessoal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PASS	<i>Power Analysis and Sample Size</i>
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia da Criança e da Mulher
RN	Recém-nascido
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Técnico
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
VFGG	Violência física grave na gestação
VPI	Violência por parceiro íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 Violência contra a mulher: questões conceituais, magnitude e relevância nas políticas e programas de ação	25
3.2 Amamentação: as implicações da Violência por Parceiro Íntimo (VPI)	30
3.3 Autoconfiança da mulher na amamentação - Teoria da Autoeficácia	33
4 MATERIAIS E MÉTODOS	38
4.1 Local do estudo	38
4.2 Participantes do estudo	39
4.3 Critérios de inclusão	40
4.4 Critérios de exclusão	40
4.5 Procedimento de coleta de dados	40
4.6 Instrumentos de coleta	42
4.7 Análise dos dados	44
4.8 Aspectos éticos	45
5 RESULTADOS.....	46
5.1 Caracterização das participantes do estudo.....	46
5.1.1 Dados sociodemográficos e econômicos	46
5.1.2 Dados comportamentais e ginecológicos	48
5.2 Caracterização da violência por parceiro íntimo.....	50
5.3 Variáveis obstétricas e neonatais.....	53
5.4 Aleitamento materno: tipo de AM, duração do AME, caracterização da prática da amamentação e autoeficácia na amamentação	57
5.5 Duração do AME e autoeficácia na amamentação: análise de associação	64
5.5.1 Associação da variável duração do AME com 30 e 70 dias pós-parto com o tipo de VPI, na gestação atual.....	64

5.5.2 Associação da variável autoeficácia na amamentação com o tipo de VPI, na gestação atual.....	66
5.5.3 Associação da variável autoeficácia na amamentação com o tipo de aleitamento materno, duração do AME e fatores relacionados ao início, estabelecimento e desmame precoce.....	66
6 DISCUSSÃO	74
6.1 Caracterização das participantes do estudo.....	74
6.2 Caracterização da situação de violência na gestação.....	79
6.3 Caracterização da prática de aleitamento materno.....	83
6.4 Duração do AME e autoeficácia na amamentação: análise de associação	89
6.4.1 Duração do AME e autoeficácia na amamentação: análise de associação com tipo de VPI na gestação atual.....	89
6.4.2 Autoeficácia na amamentação: análise de associação com a duração do AME e fatores relacionados ao início, estabelecimento e desmame precoce.....	92
7 CONCLUSÃO	100
8 LIMITAÇÕES DA PESQUISA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA.....	103
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES	123
ANEXOS	134

APRESENTAÇÃO

Desde a infância lembro-me das pessoas comentando o quanto feminista eu era, sempre defendia o direito à igualdade dos sexos, mesmo ainda sem entender bem do que realmente se tratava. Parecia instinto, algo interior que sempre me motivou a discursar a favor das mulheres. Além disso, também admirava a maternidade, gostava do cuidar materno-infantil, estive ligada a diversos trabalhos voluntários que envolviam bebês, crianças e mães.

Ao ingressar na faculdade de enfermagem, sentia que havia escolhido este curso pela vontade de “cuidar” que se manifestou em mim desde minha infância, e dessa forma fortaleceu minha opção para ser enfermeira. A motivação e envolvimento com a área materno-infantil eram marcantes em minha trajetória acadêmica e, quando passei pelos estágios, preferia sempre me manter nos setores onde pudesse ter contato com mães e bebês.

Assim, quando me formei e pude ter a oportunidade de escolher onde trabalhar, optei pela maternidade. Dessa forma, percebi que apesar de toda trajetória na área materno-infantil, necessitava aprofundar meus conhecimentos para melhorar a assistência prestada, para conseguir entender de uma maneira mais completa aqueles a quem cuidava. Foi assim que surgiu o interesse em fazer a pós-graduação. Comecei a frequentar o grupo de pesquisa em saúde da mulher da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Durante esse período, o grupo estava iniciando um projeto de pesquisa sobre aleitamento materno, tendo como cenário do estudo a maternidade na qual eu atuo como enfermeira, sendo convidada a inserir-me como pesquisadora. Confesso que me surpreendi em saber que além do aleitamento materno iríamos lidar com a violência contra mulher, porém aceitei o desafio.

Foi assim que demos início a esta dissertação, a qual está inserida em um projeto maior que trata da Violência de Gênero, envolvendo pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O projeto tinha como eixo comum estudar a ocorrência e características da VPI na gestação atual e repercussões à saúde das mulheres durante o processo

reprodutivo. Neste estudo, particularmente, buscamos analisar a prática do aleitamento materno em mulheres em situação de VPI.

O interesse no tema surgiu pela relevância da violência na nossa sociedade, bem como da amamentação. Atuando na maternidade como enfermeira, a violência tem se mostrado presente e, na maioria das vezes, não tem sido considerada pelos profissionais de saúde na elaboração do plano de cuidado, por dificuldade de reconhecer sua ocorrência, ou mesmo inabilidade para atuar diante dessas questões extremamente complexas.

A violência contra as mulheres no período gravídico-puerperal tem consequências à saúde das mulheres e também das crianças, conforme resultados de pesquisas científicas. Acreditamos que a violência nesse período tenha interferências significativas na amamentação, aspecto este que ainda se apresenta pouco explorado na literatura científica consultada, o que nos motivou a propor a presente pesquisa como produto do mestrado.

A maior conquista desta pesquisa, pessoalmente, foi poder estar mais próxima das mulheres, as quais eu atendia na rotina do meu serviço, mas desconhecia seu contexto de vida. Conhecer a realidade delas, dentro de seus lares, me mostrou que devemos dar atenção não apenas às técnicas corretas de amamentação, que precisamos enxergar as possíveis limitações que essas mulheres poderão ter no dia a dia. Isso me enriqueceu muito como pessoa e como profissional.

Em termos da pesquisa, esperamos que os resultados possam contribuir com o conhecimento científico para dar visibilidade ao problema da violência e suas consequências, bem como trazer subsídios para elaborar e implementar ações de efetivo alcance às reais necessidades das mulheres que vivenciam a violência por parceiros íntimos.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um dos eternos problemas da teoria social, política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente (MINAYO, 1994).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é definida como o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002).

Não existe um elemento específico para explicar o porquê de algumas pessoas se comportarem de forma violenta com as outras, nem o porquê a violência ocorre mais em algumas comunidades ou lares do que em outros (CARVALHO; GALVÃO; CARDOSO, 2009). Esse fenômeno, segundo Silva (2010), possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos, também possui aspectos comportamentais e culturais. E representa, pela sua magnitude e gravidade, um alto impacto sobre o adoecimento e a morte da população.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS), 1993).

A ocorrência da violência não é exclusiva de determinada classe social, faixa etária ou população, esta tende a vitimizar, prioritariamente, certos grupos da sociedade, como mulheres, crianças e idosos (DOSSI et al., 2008).

A violência cometida contra a mulher, objeto deste estudo, ocorre majoritariamente dentro do espaço doméstico, podendo se expressar em todas as fases de sua vida (SILVA, 2010). Nesse contexto, de acordo com Campbell (2002), a VPI é uma das principais formas de violência, estimando-se que cerca de um a dois terços de todas as mulheres estarão expostas a ela.

A condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a este tipo específico de violência no espaço privado. Sob a perspectiva de gênero, as desigualdades nas relações entre homens e mulheres são

explicadas a partir das condições históricas e sociais de construção relacional do feminino e masculino, o que gera atributos, posições e expectativas para cada um dos gêneros em relação à sexualidade, ao trabalho e à família (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Nesse sentido, há a tendência de naturalizar a violência, sendo esta tratada, na maioria das vezes, como um problema exclusivamente de foro privado, gerando um comportamento de banalização da sociedade, sendo frequentemente irreconhecível e, por vezes, socialmente aceita como natural, ou seja, como uma situação esperada ou costumeira (WHO, 2005).

As consequências da violência, sob todas as formas, em geral, são maiores do que as consequências de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001). Algumas ocorrem imediatamente após a agressão e outras demoram mais tempo para se manifestarem. Pode implicar na mulher manifestações clínicas agudas ou crônicas, ocorrência de problemas de ordem física, reprodutiva, mental, além de dificuldades na esfera social (BRASIL, 2002).

O problema da VPI torna-se ainda mais grave, quando ocorre durante a gestação e o período puerperal. A gravidez pode tornar-se um determinante para o início das agressões ou para o aumento de sua gravidade e frequência, ou mesmo, não apresentar mudança no padrão abusivo. A este respeito estudos que tratam sobre a VPI na gestação têm identificado uma prevalência que varia de 0,9 a 20,1%, 3,9 a 8,3% até próximo dos 40% (COLLADO PENA; VILLANUEVA EGAN, 2007; DUBOVA et al., 2007; MORAES; REICHENHEIM, 2002;). Essa variação entre alguns estudos pode ter ocorrido pelas diferentes definições do termo violência, das características das amostras selecionadas e da metodologia escolhida (JASINSKI, 2004).

No Brasil, identificamos, na literatura consultada, estudos realizados em maternidades que evidenciaram a ocorrência de violência nesta etapa do ciclo de vida das mulheres. Em uma pesquisa realizada com 420 mulheres em uma maternidade de Pernambuco em 2001, encontrou-se prevalência de 13,1% de relato de violência física no último ano e 7,4% durante a gravidez, sendo as formas de agressão mais frequentes empurrão e tapa. Em relação ao padrão de violência, 10,9% dessas mulheres relataram aumento durante a gravidez. Os fatores que estavam associados com a violência eram: baixa escolaridade e história de violência

na saúde da mulher, o consumo de álcool e desemprego do parceiro, sendo a mortalidade neonatal mais elevada nas vítimas de violência (MENEZES et al., 2003).

Estudo realizado na maternidade de Ribeirão Preto - SP, cenário do presente estudo, em que foram entrevistadas 547 puérperas que receberam assistência ao parto, identificou que 58% das entrevistadas sofreram algum tipo de agressão ao longo da vida pelo parceiro e 19,6% sofreram durante a gestação (RODRIGUES, 2007).

Uma coorte, realizada em Recife entre 2005 e 2006, mostrou que apesar da prevalência menor no pós-parto, as mulheres que relataram violência na gravidez apresentaram sempre maiores frequências de violência no pós-parto do que as mulheres sem relato de violência na gravidez. Esses resultados indicam existir padrão de recorrência e de continuidade (SILVA et al., 2011).

Na mesma direção, Gielen et al. (1994) identificaram que o puerpério se mostrou período de maior risco de violência do que a gestação, ou seja, uma prevalência de 19% de VPI no puerpério para 10% na gestação. A mesma pesquisa também mostrou que 41% das vítimas continuaram a experimentar o mesmo nível de violência após o parto, e que 17% das mulheres que não experimentaram violência durante o pré-natal reportaram algum tipo de abuso depois do nascimento do bebê.

As consequências da violência sofrida durante a fase gravídico-puerperal da mulher podem ser sérias e desastrosas. Um estudo observou a associação da violência doméstica durante a gravidez com numerosos danos à saúde da mãe e da criança, incluindo mais problemas de saúde durante a gravidez, maior probabilidade de trabalho de parto prematuro, início mais tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer, maior utilização dos recursos de assistência à saúde e maior medicalização no pré-natal (HUTH-BOCK; LEVENDOSKY; BOGAT, 2002).

O estudo realizado com 133 mulheres, em uma enfermaria obstétrica no Estado de São Paulo, pode supor que a ocorrência de violência doméstica, quer seja na gestação ou anteriormente a ela, pode ter associação com maior risco de depressão pós-parto (MATTAR et al., 2007).

Na amplitude das repercussões da violência no pós-parto, estudos verificaram que esta tem implicações na amamentação. A este respeito, estudo canadense realizado com 212 mulheres não identificou uma relação direta entre a violência doméstica e menor frequência de amamentação, apesar de as mulheres alegarem

menor disposição para amamentar e menor produção de leite (BULLOCK; LIBBUS; SABLE, 2001).

Outro estudo transversal, cujo objetivo foi avaliar o papel da VPI durante a gestação, no processo de determinação da interrupção precoce do AME, em que participaram mães de crianças menores de 5 meses de idade, atendidas em serviços públicos de atenção básica de saúde em diferentes regiões do município do Rio de Janeiro, verificou que 18,9% das entrevistas referiam violência física grave na gestação (VFGG). A associação entre VFGG e a interrupção precoce do AME mostrou-se estatisticamente significativa, apresentando uma razão de taxas (RT) de 1,35 (IC 95%: 1,04; 1,75) e 1,31 (IC 95%: 1,01; 1,69), respectivamente (OLIVEIRA, 2008).

Tais estudos apresentaram como variáveis a duração do AME e produção de leite, entretanto para uma análise mais ampliada é importante considerar que para além da determinação biológica da amamentação, os aspectos emocionais e sociais são fatores condicionantes para que ocorra e se mantenha a amamentação.

Importante fator que leva ao desmame por mulheres em situação de violência, com base em um estudo qualitativo, é a deterioração da autoconfiança materna no período de pós-parto (PAPINCZAK; TURNER, 2000).

Bandura (1977), em sua Teoria Social Cognitiva ou Teoria da Autoeficácia, traz que o nível de confiança do indivíduo em suas habilidades é um forte motivador e regulador de seus comportamentos. O indivíduo que se percebe capaz de realizar uma determinada tarefa faz maior esforço para realizá-la, tem maior motivação para concluí-la e persevera mais tempo na sua realização que aqueles com baixa autoeficácia.

Assim, a eficácia ou confiança materna na habilidade para amamentar está relacionada à percepção da mulher sobre sua capacidade para amamentar seu filho; as mães precisam acreditar que têm conhecimentos e habilidades para realizar a amamentação com êxito (DENNIS, 1999). Embora autoeficácia e autoconfiança sejam sinônimas, optamos no presente estudo por, preferencialmente, utilizar o termo autoeficácia.

A amamentação é uma ação multifatorial determinada pela realidade contextual da mulher. Para aquelas que vivem em situação de violência, esta realidade pode se constituir em importante fator de risco para o desmame precoce, como apontam alguns estudos que serão apresentados. Dessa forma, a detecção

precoce do problema já no pré-natal e o correto encaminhamento de cada situação, atrelado ao acolhimento à mulher em suas necessidades de saúde, certamente aumentariam a chance de um aleitamento mais duradouro, com benefícios tanto para a mulher como para a criança.

Como profissional de saúde, convivemos com a realidade de pouca visibilidade da violência e intervenção. Além disso, na revisão da literatura sobre estudos de violência durante a gestação e o puerpério, particularmente quanto aos efeitos na amamentação, verificamos que os estudos são incipientes e controversos, a maioria realizado em países desenvolvidos e buscam avaliar apenas a duração do AME.

Nessa direção é que propomos no presente estudo avaliar não só a duração do AME entre mulheres em situação de VPI durante a gestação e os fatores que influenciaram o início, estabelecimento e o desmame precoce, mas também a eficácia materna para amamentar, utilizando a escala de autoeficácia na amamentação. Essa escala foi desenvolvida por pesquisadores com base na Teoria da Autoeficácia de Bandura.

O presente estudo busca responder à seguinte questão:

A VPI contra a mulher, durante a gestação, pode interferir em sua autoeficácia para amamentar, bem como se tornar fator de desmame precoce?

Justificamos o estudo proposto por trazer contribuição para o despertar desse tema, uma vez que a literatura ainda é incipiente no assunto. Mostrando que a violência contra mulher é uma realidade que pode interferir em um processo tão relevante quanto o aleitamento materno, profissionais que lidam diretamente com a amamentação podem se preparar melhor para identificar problemas dessa natureza e trabalhar para minimizar suas consequências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a prática da amamentação entre mulheres em situação de VPI, durante a gestação atual, usuárias de um serviço de pré-natal da rede pública do município de Ribeirão Preto, quanto à duração do AME, o nível de autoeficácia materna para amamentar e os fatores relacionados ao início, estabelecimento da amamentação e desmame precoce.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as mulheres em situação de VPI, na gestação atual, quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e ginecológicas;

- Caracterizar quanto ao tipo e à frequência da VPI sofrida, antes e durante a gestação atual;

- Caracterizar as mulheres em situação de VPI na gestação atual, quanto às variáveis obstétricas e neonatais;

- Identificar o tipo de aleitamento materno, tempo de duração do AME, durante a internação e no intervalo de 30 e 70 dias após o parto, entre mulheres em situação de VPI, durante a gestação atual;

- Caracterizar a prática da amamentação quanto aos fatores relacionados ao início, ao estabelecimento da amamentação e ao desmame precoce: procedimentos/conduas relacionadas ao AM durante a internação, intercorrências, percepção das mulheres quanto ao leite produzido e apoio recebido, particularmente do parceiro;

- Verificar o nível de autoeficácia das mulheres em situação de VPI na gestação atual na amamentação, por meio do instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* - BSES;

- Identificar a associação da duração do AME com 30 e 70 dias pós-parto e do nível de autoeficácia para amamentar com o tipo de violência sofrida na gestação atual;
- Identificar a associação do nível de autoeficácia para amamentar com a duração do AME e fatores relacionados ao início, ao estabelecimento da amamentação e ao desmame precoce.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Violência contra a mulher: questões conceituais, magnitude e relevância nas políticas e programas de ação

A violência apresenta-se como um grande problema social com repercussões na saúde, com números próximos de áreas de conflito armado. Ela está presente nas casas, nas ruas, nas escolas, nas relações, gerando problemas na saúde mental de todos os envolvidos (SILVA, 2010).

Os atos de violência são consequências de inúmeros fatores que se associam dentro de um determinado contexto. Dentre eles o modo de agir do homem contemporâneo, suas atitudes individualistas, a competitividade e maior importância aos próprios interesses. Por tudo isso ter sido colocado acima dos valores de solidariedade, universalismo e igualdade, é que frequentemente ocorrem atos de violência (NORONHA, 2002).

Os termos “violência familiar” e “violência doméstica”, muitas vezes, são empregados como sinônimos. Porém, a violência doméstica se distingue da familiar por incluir outros membros do grupo que convivem no domicílio, sem função parental (BRASIL, 2002). Quando a violência é praticada entre pessoas que mantêm relacionamentos íntimos, heterossexuais ou do mesmo sexo, quer sejam namorados, casados, separados, divorciados ou vivam em regime de união civil estável é denominado de VPI. Incluem-se, também, as pessoas que tenham filhos em comum e as que não têm nenhum compromisso formal (SALTZMAN et al., 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a violência pode ser classificada em violência física, sexual, negligência ou abandono, psicológica, patrimonial e moral. No presente estudo, vamos abordar a violência física, sexual e psicológica, cometida contra a mulher, durante a gestação atual, pelo seu parceiro íntimo.

A violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano, por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas (hemorragias, fraturas) e/ou externas (cortes, hematomas, feridas) (BRASIL, 2002).

A violência sexual é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio da força física, da influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução) ou do uso de armas ou drogas (BRASIL, 2002).

A violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui ameaça, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares, ou impedir que ela utilize o seu próprio dinheiro. Dentre as modalidades de violência, é muito frequente e a mais difícil de ser identificada. Pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer ansiedade e adoecer com facilidade, situações estas que se arrastam durante muito tempo e que, se agravadas, podem levar ao suicídio (BRASIL, 2002).

Embora o Ministério da Saúde (MS) diferencie os tipos de violência, eles se misturam e entrelaçam-se de diversas formas (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). Com o objetivo de padronizar a abordagem por profissionais da saúde e especialistas, o MS, em 2002, definiu a violência familiar como “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família e que pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro familiar, incluindo pessoas que possam assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder a outro” (BRASIL, 2002).

Particularmente sobre a violência cometida contra a mulher, no Brasil uma mulher é vítima de agressão a cada quatro minutos, sendo que os agressores são seus parceiros em 85,5% dos casos (OKADA, 2007). Uma pesquisa brasileira realizada com 6.760 mulheres, com faixa etária entre 15 e 69 anos, em 15 capitais e Distrito Federal, mostrou uma prevalência global de agressões psicológicas, físicas leves e graves, cometidas pelo parceiro de 78%, 21,5% e 12,9%, respectivamente (REICHENHEIM et al., 2006).

O Mapa da Violência de 2012, elaborado por Waiselfiz (2012), mostra que o local de residência da mulher é o que, decididamente, prepondera nas situações de violência, especialmente até os 10 anos de idade e a partir dos 30 anos da mulher. O Mapa traz que 71,8% dos incidentes acontecem na própria residência da vítima, o

que permite entender que é no âmbito doméstico onde se gera a maior parte das situações de violência vividas pelas mulheres.

Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto mostrou que o risco de uma mulher ser agredida por seu parceiro íntimo dentro do seu lar é quase nove vezes maior do que o risco de ser vítima de violência na rua (MARINHEIRO, 2004).

O percentual de reincidência nas violências contra a mulher é extremamente elevado, principalmente a partir dos 30 anos de idade das vítimas, o que configura um tipo de “violência anunciada” e previsível que não é erradicada (WAISELFIZ, 2012).

A violência física é a preponderante, englobando 44,2% dos casos. A psicológica ou moral representa acima de 20%. Já a violência sexual é responsável por 12,2% dos atendimentos. A violência física adquire destaque a partir dos 15 anos de idade da mulher. Já a violência sexual se concentra na faixa de 1 aos 14 anos (WAISELFIZ, 2012). Dentre os autores das práticas violentas, o cônjuge e/ou namorado (ou os respectivos ex-cônjuges ou ex-namorados) preponderam sensivelmente, a partir dos 20 anos da mulher até os 59.

Na análise da VPI, importante considerar, segundo Giffin (1994), as desigualdades nas relações entre homens e mulheres, em que condições históricas e sociais destas desigualdades se refletem nas taxas de violência contra a mulher.

Nesse sentido, as taxas de violência contra a mulher se mostram variáveis em diferentes países e regiões, a depender das distintas culturas que possibilitam ou não sua revelação, visto que em algumas culturas a violência é aceita como forma de resolver conflitos, especialmente domésticos, introjetando a fatalidade da violência das relações interpessoais na vida privada, ou até punindo com a morte a vítima da violência. Este é o caso das mortes de mulheres que sofreram estupros, justificadas em nome da honra da família (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999).

Assim como nos outros tipos de violência, não é possível identificar ao certo quantas mulheres são vítimas de violência baseada no gênero, pois muitas não denunciam por ser o agressor o próprio companheiro, membro da sua família ou algum conhecido (GUIMARÃES, 2006).

Melo, Silva e Caldas (2009) realizaram uma análise quantitativa a partir de processos judiciais e entrevistas com mulheres vítimas de violência. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que a maioria das mulheres, vítimas de tentativa de

homicídio ou homicídio, foi agredida ou perdeu suas vidas pelas mãos de seus companheiros, parceiros ou cônjuges em 86,4% dos casos.

Estudo realizado no Estado de São Paulo, entre 2008 e 2009, com 2.379 usuárias de unidades básicas de saúde, revelou que mais da metade dessas mulheres referiu VPI alguma vez na vida. Dentre essas mulheres, 6,5% disseram ter procurado ajuda em um posto/unidade de saúde (OSIS; DUARTE; FAUNDES, 2012).

Esse mesmo estudo, que também coletou dados entre os profissionais de saúde das unidades básicas, mostrou que a maioria deles (80,9%) detectava a vivência de situações de violência entre as mulheres atendidas. Sinais de lesão física (88,1%) e os emocionais/psicológicos (67,9%) foram apontados como os principais indicativos da violência. Mais da metade dos profissionais apontou o silêncio das mulheres como dificuldade para a investigação e detecção dessas situações. E 27% disseram que era dado atendimento de emergência na unidade e depois a encaminhavam para outro serviço (OSIS; DUARTE; FAUNDES, 2012).

Frente a essa realidade, evidencia-se que o setor saúde é um espaço privilegiado para lidar com a problemática da violência, visto que, conforme considerações da OPAS, as vítimas de violência e os serviços de saúde se conectam, por serem os locais onde essas vítimas buscam atendimento, tanto nos setores de urgência, quanto em serviços especializados de reabilitação, psicologia e assistência social (OPAS, 1994).

Tal condição faz com que o setor saúde que até há pouco tempo era mero espectador, contador de eventos e reparador dos estragos (MINAYO; SOUZA, 1999) passe a ser um espaço estratégico no enfrentamento da violência. Segundo as autoras, a violência entra com maior rigor na agenda de debates políticos e no campo programático da saúde na década de 1980, tendendo a se consolidar no final dos anos de 1990.

No Brasil, para o enfrentamento da violência contra a mulher elegeu-se a ação direta e a reivindicação de políticas públicas, tendo como uma marca própria a sua articulação com a reivindicação dos direitos sociais e a luta pelo estado democrático, ou seja, a luta pelos direitos à saúde, à vida e ao enfrentamento da violência contra a mulher (DINIZ, 2006). Além disso, nos últimos 20 anos, foram criados serviços de atenção à mulher, especialmente em situação de violência, como as Delegacias de Defesa da Mulher, a construção de Casas-Abrigo e os

Centros de Atendimento Multiprofissionais, focando, principalmente, na violência física e sexual cometida por parceiros ou ex-parceiros (SCHRAIBER et al., 2002).

Significativo avanço nas discussões sobre o tema se mostrou presente na Constituição de 1988. Foi necessária a elaboração de uma lei capaz de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Dessa forma, em agosto de 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340/2006 de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, que ficou denominada de Lei Maria da Penha Maia. Essa lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

Na saúde, o combate à violência doméstica e sexual foi incluído nas ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo considerada parte das necessidades de saúde da mulher, uma vez que este programa foi desenvolvido pautado em uma abordagem diferenciada da saúde, baseado no conceito de atenção integral à saúde da mulher e no rompimento da visão de atendimento centrado apenas no aspecto reprodutivo, compreendendo que as necessidades de saúde da mulher estão além desses aspectos (BRASIL, 1984).

No sexto ano de vigência da Lei Maria da Penha, o governo federal e o sistema de justiça do país unem esforços para aprofundar o enfrentamento da violência contra a mulher. Dia 7 de agosto de 2012, lembrando a data, é lançado em Brasília um Compromisso Nacional para combater a tolerância e impunidade diante do crescimento das violências contra a mulher (WAISELFIZ, 2012).

Frente à questão da notificação, em 24 de novembro de 2003, foi sancionada a Lei nº 10.778/03 “que estabelece a notificação compulsória em todo o território nacional para casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, públicos ou privados” (BRASIL, 2003, p.11).

Estima-se que a notificação dos casos de violência familiar seja menor que 20% do total de casos ocorridos (MATTAR et al., 2007). Os dados sobre violência, utilizados nas pesquisas brasileiras, são algumas vezes, “baseados em serviços”, ou seja, são dados produzidos por aquelas instituições nas quais as mulheres buscam ajuda. Estas são principalmente as Delegacias da Mulher e também os Centros de Referência, os abrigos e serviços de saúde, além das informações provenientes do Judiciário.

No caso da VPI, estima-se que, no mundo, apenas 10% das mulheres que sofrem violência física comunicam o fato, pois sentem medo de ser agredidas novamente e vergonha pela própria situação. Ainda, a subnotificação se deve ao fato de que poucos são os profissionais e serviços preparados para apoiar e agir em defesa dessas mulheres (WHO, 2005).

3.2 Amamentação: as implicações da Violência por Parceiro Íntimo (VPI)

As políticas na área da saúde da mulher e da criança têm colocado a amamentação como de extrema relevância social, particularmente para a classe social pobre onde a amamentação deve ser amplamente estimulada, por ser vital a sobrevivência das crianças no primeiro ano de vida. Na população de baixa renda, as condições desfavoráveis de vida trazem implicações à saúde infantil, guardando uma forte conotação de ser a amamentação um direito das crianças e um dever das mulheres. Neste sentido, as ações de incentivo, proteção e apoio à amamentação buscam melhorar os indicadores relativos às condições de saúde da criança, tendo como foco de suas intervenções a mulher (STEFANELLO, 2008).

Um estudo transversal, realizado em 2008 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), com 34.366 crianças menores de um ano, mostrou que a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41%, e a prevalência do AM em crianças de nove a doze meses foi de 58,7%. Houve aumento de 1 mês na duração mediana do AME no Brasil, passando de 23,4 dias, em 1999, para 54,1 dias, em 2008. E a duração mediana do AM aumentou cerca de 1,5 mês, passando de 295,9 para 341,6 dias nos mesmos anos referidos (VENÂNCIO et al., 2010).

Os dados apresentados pelas pesquisas sobre tempo de AME e AM revelam que o Brasil ainda não atingiu os índices preconizados pela OMS (WHO, 2003). Embora tenha ocorrido todo esse avanço em relação à conscientização e ao incentivo ao aleitamento materno, o desmame precoce ainda se apresenta como grande desafio.

Sobre os fatores desencadeantes do desmame precoce, a literatura científica apresenta vários estudos. Dentre os fatores mais alegados pelas mulheres incluem: o leite secou, leite fraco, a criança largou, conforme apresentado no estudo de

Escobar et al. (2002) e Volpini e Moura (2005). Tais achados se relacionam aos eventos finais que concorreram para o desmame, perdendo-se a noção das partes deste todo. Rea e Cukier (1988) consideram que o desmame não deve ser visto como fato isolado, unicausal, pontual, exceto raras exceções, no processo do desmame. Reforça as autoras que devemos buscar as causas básicas desencadeadoras do processo.

Ramos e Almeida (2003) mostraram, em seu estudo qualitativo, que o estresse e a carga de trabalho, mencionados pelas mulheres entrevistadas, acompanhados pela angústia e depressão, se relacionavam com a baixa produção de leite. Para Almeida (1999), isso ocorre porque esses fatores associados desencadeiam a síntese de peptídeos supressores nas células alveolares da glândula mamária.

Em termos da biologia do processo de lactação, pesquisas mostram que o estresse, a dor e as alterações emocionais podem inibir a produção e descida do leite por atuarem no eixo hipotálamo-hipofisário (GIUGLIANI, 2004). Além disso, uma mulher pobre, doente, explorada e abusada tem reduzida capacidade de ter comportamentos saudáveis. Isso tudo pode levar a mulher a não amamentar ou amamentar seu filho por um curto período de tempo (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2004; HEINIG, 2002).

Conforme relatam Marques et al. (2010), a falta de apoio dos familiares, incluindo o parceiro, é fator de risco para o desmame precoce. No meio relacional, a participação do companheiro é considerada de grande importância, como verificado em uma coorte realizada na cidade de Pelotas que teve como objetivo a percepção das mães quanto ao apoio paterno e sua influência na duração do AM. O apoio paterno, referido pelas mães, foi bastante influente na prevalência de AM nos primeiros meses. A participação ativa e as opiniões favoráveis dos pais se mostraram fortemente associadas à duração do AM (SILVA et al., 2012).

Importante considerar que tal como a mulher, o homem durante a gravidez da mulher sofre o impacto das alterações nos papéis de homem para pai. O medo, a responsabilidade sobre o filho, as alterações no comportamento da mulher podem tornar esse momento tumultuado. A relação com o parceiro influencia positivamente ou negativamente o bem-estar da mulher na gestação e após o nascimento do filho, quer seja pela sua presença, aceitação e prazer em estar junto, quer seja pela sua ausência, resistência ou negação de ser pai (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

A influência do pai pode ser positiva ou negativa sobre a mulher, tanto na maternidade, quanto na lactação. Nesta direção, Susin (2004) refere que algumas dificuldades das mães, durante o aleitamento materno, podem estar relacionadas, direta ou indiretamente, com o pai da criança, principalmente quando ele apresenta um sentimento de repulsa frente à amamentação.

A atitude do parceiro, quando percebida pela mulher como de companheirismo, tende a ser um fator de proteção e incentivo para a amamentação mais do que outros fatores biológicos e sociais (SCOTT et al., 2006). Ainda nessa direção, segundo Falceto, Giugliani e Fernandes (2004), a presença incentivadora paterna pode facilitar o ato da amamentação e tende a prolongar a lactação.

Contrariamente ao companheiro que consegue ter uma participação efetiva na gravidez e após o parto, e proporcionar situações de bem-estar e estabelecimento de relações mais igualitárias (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007), a atitude de agressão por parte do parceiro, independente de ocorrer antes, durante e/ou depois da gestação, pode se constituir em um fator de risco para a não amamentação. Tal situação parece trazer para essas mulheres um esgotamento físico e emocional que acaba se refletindo nos cuidados com os filhos (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

Os reflexos da violência na amamentação foi objeto do estudo qualitativo de Lourenço e Deslandes (2008), em que as autoras identificaram que as mulheres em situação de violência convivem com parceiro muitas vezes ausente física, financeira e afetivamente. Nesse contexto, as mulheres precisam, além de cuidar da casa e dos filhos sozinha, trabalhar para ajudar no orçamento doméstico. Diante de dificuldades enfrentadas por mulheres em situação de VPI, é possível que muitas abandonem a amamentação em função das pressões exercidas pelo companheiro (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

Estudos não específicos sobre VPI e amamentação verificaram o papel determinante do contexto familiar em relação à amamentação em primíparas, em termos da qualidade do relacionamento conjugal, o que pode estar relacionado com a duração do aleitamento. Com base no estudo de Sullivan, Leathers e Kelley (2004), as mulheres que relataram maior estresse no relacionamento conjugal desmamaram antes dos quatro meses de vida da criança.

Observam Ichisato e Shimo (2002) que o desmame precoce é fruto de uma associação complexa de fatores ligados à mulher, ao recém-nascido, ao seu ambiente familiar e ao contexto em que eles se encontram. A complexidade da

amamentação, marcada por inúmeras transformações e adaptações físicas, psíquicas, sociais e culturais para a mulher e em uma situação de VPI e as dificuldades e limitações que normalmente estão presentes podem apresentar-se mais exacerbadas, além de outras que podem vir a se desenvolver.

Em seu estudo, Lourenço e Deslandes (2008), na análise das entrevistas, identificaram que havia um misto de sentimentos que variava entre querer amamentar para garantir proteção ao filho e de deixá-lo fora do contexto de violência; como também o desmame precoce por fatores ligados ao ato de violência. Esses fatores foram citados por elas como necessidade de retorno ao trabalho para ajudarem nas despesas do lar, e o medo das medicações usadas, devido às agressões, serem transmitidas ao bebê através do leite. O desejo de amamentar não foi suficiente para superar as dificuldades sofridas, provocando o desmame precoce.

Em outro estudo, realizado por Oliveira (2008) sobre violência e amamentação, a autora verificou que a probabilidade de permanecer em AME foi superior entre as mulheres que não foram expostas à violência durante a gestação em seus lares, isso foi demonstrado por uma taxa de desmame 1,43 vez maior entre mulheres que sofreram VFGG, em relação às que não sofreram. Conclui a autora que a amamentação é o cuidado materno que depende fundamentalmente da boa condição física e emocional da mãe. E, nessa direção, sustenta que a autoestima materna, quando alta durante o período pós-parto, parece ser um importante fator de proteção ao AME, diminuindo o risco do desmame precoce em 64%.

Sobre a autoconfiança materna frente à amamentação, vários estudos verificaram, nas mulheres que se percebem competentes como mães, que estas amamentam por mais tempo do que aquelas que não têm esta percepção (ERTEM; VOTTO; LEVENTHAL, 2001; KRONBORG; VAETHM, 2004; O'BRIEN et al., 2009).

3.3 Autoconfiança da mulher na amamentação - Teoria da Autoeficácia

No contexto relacional, as mulheres vivenciam contradições ante a amamentação: do querer e o poder amamentar, que é uma questão de base ideológica, pois o querer amamentar, muitas vezes, não é consciente, mas sim um comportamento que a sociedade espera da mulher (ARAUJO, 1997).

Nessa mesma direção, Nakano e Mamede (1999) consideram que a amamentação está na dependência das diferentes posições de sujeito assumidas pela mulher na sua realidade contextual, visto que a amamentação não pode ser vista apenas em sua biologia, mas sim dentro de um contexto amplo que envolva a mulher como mãe, esposa, trabalhadora e cidadã. Segundo as autoras, a nutriz, muitas vezes, vivencia em seu íntimo, um sentimento de acomodação quando ela acredita ser a maternidade um dever, doação e sacrifício. E, ao mesmo tempo, vivencia um sentimento de resistência quando acredita não ter capacidade fisiológica para amamentar, sofrendo, assim, as consequências de um sentimento de inadequação ao modelo de boa mãe.

Segundo Bueno e Teruya (2004), já na gestação, a mulher experimenta sentimentos de insegurança e medo. Esta condição torna-a mais sensível e suscetível frente às pressões de familiares, profissionais de saúde e amigos quanto à sua capacidade de amamentar. Pode, também, conviver com conflitos consigo mesma sobre a decisão de amamentar. Tais condições, segundo as autoras, podem levá-la facilmente a perder sua confiança e autoestima e estar muito propensa a oferecer mamadeira ao seu bebê.

O construto de confiança ou autoeficácia foi desenvolvido por Bandura (1977). Segundo o autor, se um comportamento for positivo, resultando em satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo. Mas, se o comportamento for negativo, trazendo insatisfação, o indivíduo tende a interromper o comportamento.

A autoeficácia é fundamentada por quatro fontes principais (BANDURA, 1997):

- Experiência pessoal ou de domínio que se refere ao êxito em tarefas cumpridas;
- Experiência vicária ou observacional que é resultado da observação do comportamento e desempenho de outros sujeitos;
- Persuasão social ou verbal que é exercida pelo julgamento dos outros sobre a capacidade pessoal no desempenho de uma atividade;
- Estado somático e emocional no qual o estado emocional pode afetar o julgamento sobre a capacidade pessoal e a crença de autoeficácia.

Para Bandura, um dos processos que pode interferir no comportamento é a motivação, por estar relacionada com a atuação e persistência do comportamento.

Portanto, a autoeficácia é um componente da motivação, influenciando na aquisição e na mudança de comportamento (BANDURA, 1977).

A hipótese é de que as expectativas de eficácia pessoal determinam se o comportamento de enfrentamento será iniciado, quanto esforço será gasto e quanto tempo vai ser sustentado em face dos obstáculos e das experiências adversas (BANDURA, 1977). O nível da intensidade e persistência do esforço é mais elevado quando se tem uma forte autoeficácia (BANDURA; ADAMS; BEYER, 1977). Sendo assim, a mulher precisa acreditar em sua capacidade para amamentar, antes que o processo de amamentação se inicie.

O comportamento humano é resultado de uma constante interação entre o indivíduo e o meio. Assim, o comportamento é determinado por múltiplos aspectos de natureza ambiental e pessoal (BANDURA, 1997). Pensando no contexto de vida que uma mulher em situação de VPI encontra-se, é possível que a crença em suas habilidades, incluindo a habilidade para amamentar seu filho, possa ser afetada.

Buxton et al. (1991) relataram em uma pesquisa que 27% das mulheres com baixa autoeficácia na amamentação, verificada no pré-natal, interromperam o aleitamento materno na primeira semana pós-parto.

Outra pesquisa, que avaliou o impacto de dois traços da personalidade (afetividade negativa e autoeficácia geral), no comportamento de uma mãe amamentando e na capacidade para manter a amamentação por seis meses, identificou que a afetividade negativa aumentou as chances de aleitamento misto e mamadeira. A autoeficácia geral reduziu as chances de mamadeira, mas não de aleitamento misto. Os autores acreditam que altos níveis de afetividade negativa aumenta a vulnerabilidade ao estresse e reduz os níveis de ocitocina, e em contrapartida a autoeficácia geral ajuda na manutenção de comportamentos saudáveis (YSTROM et al., 2008).

Com o objetivo de elencar os fatores que interferiam na autoeficácia para amamentar, Rodrigues, A. P. (2013) realizou uma revisão integrativa, com busca nas bases de dados PUBMED e LILACS, e assim observou que a preocupação materna quanto à qualidade e quantidade de leite, as dificuldades no início da amamentação, o estresse, a ansiedade e a depressão, mamilos doloridos durante o aleitamento, o uso de fórmula láctea como complemento ou substituto do leite materno e o retorno da mulher ao mercado de trabalho foram os fatores que exerciam influência negativa

na autoeficácia para amamentar. No presente estudo buscamos analisar algumas dessas variáveis.

Tanto as vivências pessoais e de estados afetivos, como as influências socioambientais, desenvolvem a autoeficácia em um indivíduo. Entretanto, o desenvolvimento da eficácia irá variar de pessoa para pessoa, pois cada um processa de forma particular essas vivências e influências (BANDURA, 1977).

A Teoria da Autoeficácia tem sido aplicada em diferentes áreas do conhecimento, com objetivo de entender o comportamento do indivíduo em diferentes contextos. Esta teoria assume diferentes formulações, porém todas na direção de reafirmar fenômenos de caráter subjetivos, sobre possibilidades pessoais de ser agente na produção da própria trajetória. Assim, o senso de autoeficácia influencia as escolhas, a inicialização e o curso das ações; influencia o esforço e a perseverança nelas empregados e afeta a resiliência diante de situações adversas (AZZI; POLYDORO, 2006).

A partir da teoria de Bandura, Dennis desenvolveu estudos da autoeficácia na amamentação. Segundo Dennis (2003), a confiança ou autoeficácia na amamentação é o fato de a mulher possuir conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito.

A Figura abaixo mostra a autoeficácia da mulher na amamentação:

Figura 1 – Referencial de autoeficácia relacionado à amamentação. Adaptado por Dennis (1999)

Com base nesses estudos, a autora criou uma escala de autoeficácia na amamentação: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* – BSES. Foi então que Dennis e Faux (1999) aplicaram essa escala para testar a autoconfiança materna na amamentação.

Essa escala foi validada para língua portuguesa, no Brasil, por Oriá (2008), em Fortaleza. O estudo ocorreu com 117 mulheres atendidas em um centro de referência, durante um período de dois meses. Em conjunto, os resultados dessa pesquisa sugerem que a BSES, traduzida em português, pode ser uma medida confiável e válida para avaliar a autoeficácia no aleitamento materno na cultura brasileira. Utilizamos esta escala como instrumento de avaliação da autoeficácia das mulheres em situação de violência na amamentação.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de uma pesquisa maior que trata da VPI no ciclo gravídico-puerperal, envolvendo pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a qual se constituiu em um inquérito sobre a prevalência da VPI na gestação atual e suas repercussões na saúde da mulher.

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo-exploratório.

A abordagem quantitativa segue um processo formal, objetivo, rigoroso e sistemático, para gerar informações sobre o mundo, e deve ser conduzida para descrever novas situações, eventos ou conceitos, examinar relações entre conceitos e ideias e determinar a eficiência de tratamentos (BURNS; GROVE, 2003).

Consideram-se os estudos descritivos como aqueles que fornecem informações importantes sobre os possíveis determinantes de uma doença ou agravo (HENNEKENS; BURING, 1987).

A pesquisa exploratória é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há pouco ou nenhum conhecimento acumulado ou sintetizado (TOBAR; YALOUR, 2002).

4.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM) - MATER, situado no município de Ribeirão Preto - São Paulo. Esta instituição é mantida com recursos orçamentários da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo e do Sistema Único de Saúde (SUS), sob administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com interveniência da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (CRSM-MATER, 2013).

O CRSM-MATER é destinado exclusivamente ao atendimento de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS. Atua em uma região de grande carência médico-hospitalar, sendo referência regional para os

municípios que compõem a 13^a Divisão Regional de Saúde (DRS-XIII). Realiza, em média, 275 partos por mês, sendo que os partos normais representam 67,29% do total de procedimentos. Desde 1999, por meio do Projeto Nascer da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, as gestantes são encaminhadas para a maternidade a partir da trigésima sexta semana de gravidez, conforme localização da Unidade Básica de Saúde e/ou Unidade Básica Distrital de Saúde, onde as mesmas são acompanhadas do pré-natal ao parto e, após a alta hospitalar são contrarreferenciadas para a Unidade de Saúde (CRSM-MATER, 2013).

4.2 Participantes do estudo

A população de referência foi constituída por gestantes que receberam assistência pré-natal no CRSM-MATER. Para a pesquisa maior, o cálculo amostral foi feito com base no número de atendimentos realizados no período de um ano, utilizando o programa *Power Analysis and Sample Size* (PASS) versão 2002, com base em uma população finita de 1.600 gestantes, com uma precisão de 4% para uma estimativa com 95% de confiança, totalizando 358 participantes. A partir deste cálculo, a amostra foi selecionada de forma sistemática e probabilística, com intervalo amostral de quatro, sendo a primeira unidade amostral obtida por sorteio no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), iniciada em maio de 2012 e concluída em maio de 2013.

A amostragem probabilística implica no sorteio com regras bem determinadas, sendo esta a melhor opção para se garantir a representatividade da amostra, uma vez que o acaso será o único responsável por eventuais discrepâncias entre população e amostra. A amostra sistemática ocorre quando os elementos da população se apresentam ordenados, e os elementos da amostra são retirados de forma periódica (COSTA NETO, 2002).

Entretanto, a amostra utilizada neste estudo foi composta apenas pelas mulheres que foram expostas à VPI, visto que buscamos caracterizar a prática da amamentação apenas entre as vítimas de VPI, durante a gestação atual. Somando, ao final da seleção, 63 participantes.

4.3 Critérios de inclusão

As participantes do presente estudo foram as mulheres recrutadas na pesquisa maior, identificadas como tendo sofrido violência na gestação atual e que aceitaram participar de ambas as etapas da pesquisa, sendo a primeira etapa no pré-natal e a segunda no puerpério.

Outros critérios de inclusão que são parte da pesquisa maior:

- 1) Mulheres que seguiram o pré-natal no CRSM-MATER, entre maio de 2012 e maio de 2013;
- 2) Mulheres que tinham ou haviam tido relacionamento com parceiro íntimo na atual gravidez, independente de coabitação;
- 3) Mulheres que residiam no município de Ribeirão Preto;
- 4) Mulheres que tinham possibilidade de contato por telefone.

4.4 Critérios de exclusão

- 1) Mulheres cujo RN faleceu após o parto, nasceu com grave deficiência ou passou por período prolongado de internação. Justifica-se a exclusão pelo fato de que estas situações em si já são favoráveis às alterações emocionais, dificultando relacioná-las à situação de morbidade grave;
- 2) Mulheres com deficiência auditiva, visual ou intelectual; ou desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa;
- 3) Mulheres que deram à luz RNs com deformidades que pudessem interferir no aleitamento materno.

4.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em quatro momentos:

- Primeiro momento: As gestantes que compareceram ao seguimento do pré-natal no CRSM-MATER e preencheram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo, aquelas que aceitaram foram convidadas a realizar a leitura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) ou do Termo de Assentimento para Menores (TALE) (APÊNDICE B); após a leitura foi colhida a assinatura do TCLE ou TALE e iniciada a entrevista durante o tempo de espera para a consulta de pré-natal. Os formulários aplicados nesta etapa referiam-se aos dados sociodemográficos, econômicos, comportamentais, ginecológicos (APÊNDICE C) e o instrumento de identificação e caracterização da violência (ANEXO A). Cabe ressaltar que as entrevistas com as gestantes foram realizadas no próprio serviço, em local privativo, sem a presença de acompanhante.

- Segundo momento: Foi realizado no pós-parto, durante a internação, e as informações foram obtidas dos prontuários das mulheres participantes do estudo e que foram vítimas de VPI, durante a gestação atual, e de seus filhos recém-nascidos. Este instrumento de coleta de dados foi construído especificamente para este estudo e contemplou as variáveis obstétricas e neonatais (APÊNDICE D).
- Terceiro momento: Ocorreu no intervalo de 30 dias após o parto, somente para aquelas que tinham sofrido VPI. Foi proposto um retorno da mulher à maternidade, sem custo financeiro para ela, para a continuidade de participação na pesquisa. No caso de impossibilidade de retorno, a pesquisadora teve a opção de continuar a coleta de dados, através de visitas ao domicílio dessas mulheres, ou outro local que a participante julgasse adequado. Nessa ocasião foi aplicada a BSES, para avaliação da autoeficácia no processo de aleitamento materno. Além da aplicação da escala, também foram obtidos dados sobre as intercorrências ocorridas ou não, o tipo de amamentação praticada e os fatores que influenciaram o desmame (APÊNDICE E).
- Quarto momento: Esta etapa ocorreu no período de 70 dias após o parto, por meio de contato telefônico, buscando informações quanto ao tipo de amamentação e os fatores que influenciaram o desmame (APÊNDICE F).

Justificamos os períodos de 30 e 70 dias pós-parto para a coleta dos dados em razão de que, nas primeiras semanas pós-parto, a amamentação ainda está se estabelecendo, sendo um período em que os problemas na lactação tendem a aparecer e, muitas vezes, a mulher não dispõe de suporte social necessário e efetivo para minimizar ou mesmo resolver seus problemas, o que pode se constituir em fator desencadeante ou associado ao desmame precoce. O seguimento com 70 dias, para avaliação do tempo de AME, foi estabelecido baseado na última pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto em 2011, sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida. Esse estudo revelou uma duração média de AME de 71,7 dias (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

4.6 Instrumentos de coleta

Para coleta de dados, foram aplicados os instrumentos:

- Formulário sobre os dados sociodemográficos, econômicos, comportamentais e ginecológicos (APÊNDICE C): este formulário contemplou as seguintes variáveis: idade da gestante; cor; grau de instrução; religião; ocupação; hábitos de fumar, beber e usar drogas; estado civil e marital; tempo de relacionamento; situação de moradia; identificação do provedor da família; característica da convivência; paridade; tipos de parto anteriores; número de filhos vivos; planejamento e desejo da gestação atual.

- Instrumento de identificação de violência (ANEXO A): o instrumento utilizado baseia-se no modelo proposto por Schraiber et al. (2002), adaptado por Marinheiro, Vieira e Souza (2006) e Rodrigues (2007). Este instrumento avalia se a mulher já sofreu ou sofre violência, em que momento da sua vida isso aconteceu e qual o tipo de violência – física, sexual e/ou psicológica.

- Formulário sobre as variáveis obstétricas, neonatais e aleitamento materno (APÊNDICE D): instrumento por nós elaborado com os dados clínicos, obstétricos e neonatais coletados do prontuário. Idade gestacional no início do pré-natal; número de consultas de pré-natal; intercorrências nesta gestação, parto e puerpério; presença de acompanhante no trabalho de parto; uso de analgesia no trabalho de parto; tipo de parto; intercorrência com a amamentação no período de internação; idade gestacional do nascimento; Apgar e peso do recém-nascido; intercorrências com o recém-nascido; contato pele a pele imediato e amamentação na primeira hora de vida; encaminhamentos; tempo de internação e tipo de aleitamento, no momento da alta hospitalar.

- Instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* – BSES (ANEXO B): a Escala de Autoeficácia na amamentação é uma escala do tipo Likert, contendo 33 questões divididas em dois domínios: Técnico e Pensamento Intrapessoal. Cada questão apresenta cinco possibilidades de respostas, com escores que variam de 1 a 5, sendo 1-discordo totalmente; 2-discordo; 3-às vezes concordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente. Assim, os escores totais da escala variam de 33 a 165 pontos (ORIÁ; XIMENES, 2010). A confiança em amamentar identificada através da escala é distribuída de acordo com as pontuações obtidas, a partir da somatória de cada

questão: confiança ou eficácia baixa (33 a 118 pontos), confiança ou eficácia média (119 a 137 pontos), confiança ou eficácia alta (138 a 165 pontos) (BLYTH et al., 2004). A escala foi validada para a língua portuguesa por Oriá (2008) que realizou a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento para a utilização no Brasil. A mesma autorizou o uso por meio de correio eletrônico enviado pela pesquisadora Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro, integrante do Grupo de Pesquisa (ANEXO C).

- Formulário sobre o aleitamento materno (APÊNDICE E e F): instrumento por nós elaborado com os dados sobre o tipo de amamentação, duração AME, os fatores que influenciaram introdução de líquidos e outros alimentos.

A caracterização do tipo de aleitamento materno foi analisada a partir dos indicadores definidos pela OMS (2001) como: Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebe apenas leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de medicamentos ou suplementos vitamínicos; Aleitamento Materno Predominante (AMP) a criança recebe leite materno diretamente da mama ou extraído, e água ou bebidas à base de água (chás, sucos) e nenhum outro alimento líquido ou sólido; Aleitamento Materno (AM) a criança recebe leite materno diretamente da mama ou extraído, independente de estar recebendo também qualquer outro alimento líquido ou sólido, inclusive outros leites; Desmame (D) quando a criança já não recebe mais o leite materno, mas outros tipos de leite ou outros tipos de alimentos líquidos ou sólidos.

Dentre os fatores considerados neste estudo como de possível influência na prática da amamentação, com base na literatura consultada, encontram-se a realização do pré-natal, o tipo de parto, as intercorrências no ciclo gravídico-puerperal incluindo as específicas da amamentação; características do RN - Apgar, peso, idade gestacional, intercorrências com o neonato; práticas assistenciais/condutas dos profissionais – presença de acompanhante no parto, contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, afastamento mãe e criança durante a internação; percepção da mulher quanto ao leite produzido e apoio do parceiro (CIAMPO et al., 2008; BULLON et al., 2009; ESCOBAR et al., 2002; NAKANO et al., 2007; RAMOS; ALMEIDA, 2003; RODRIGUES, A. P., 2013; SILVA, 2008; UCHIMURA et al., 2001;).

Destacamos, também, que foi realizado um estudo-piloto com a finalidade de definir a operacionalização do trabalho, realizando ajustes metodológicos que foram

necessários, tais como: identificação do momento mais oportuno para a coleta de dados, espaço físico, horários adequados para a realização das entrevistas e teste dos instrumentos elaborados para esta pesquisa.

4.7 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, o que possibilitou a validação dos dados digitados para eliminar possíveis erros e garantir confiabilidade na compilação dos dados.

Primeiramente realizou-se uma estatística descritiva com os dados. Esta metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas e de medidas descritivas.

Para as perguntas abertas, as respostas foram agrupadas e quantificadas por categorias temáticas que correspondiam ao conteúdo da informação apresentada. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher (FISHER, 1935).

Foram utilizados testes t-Student, os quais consistem em comparar duas médias provenientes de amostras não pareadas. Para a utilização deste teste, é necessário testar se as variâncias dos dois grupos são estatisticamente iguais, e se os dados seguem distribuição normal. Para a realização deste procedimento, foi utilizado o procedimento PROC TTEST do Software SAS ® 9.0.

Para as comparações, foi utilizada Análise de Variância - ANOVA (MONTGOMERY, 2000). Esta metodologia baseia-se em particionar a variância total de uma determinada resposta (variável dependente) em duas partes: a primeira devida ao modelo de regressão (no caso, entre grupos) e a segunda devida aos resíduos (erros) (dentro dos grupos). Quanto maior for a primeira em relação à segunda, maior é a evidência da diferença entre as médias dos grupos. Esse modelo tem como pressuposto que seus resíduos tenham distribuição normal com média 0 e variância constante. Quando esse pressuposto não foi atendido, foi aplicada uma transformação na variável resposta. Este procedimento foi realizado

através do *software* SAS® 9.0, utilizando a *PROC GLM*. Para as comparações, foram utilizados contrastes ortogonais baseados na distribuição t.

Para todos os testes de correlação de variáveis, foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, foram apontadas diferenças, estatisticamente significantes, quando p-valor foi menor do que 0,05.

4.8 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, foi inicialmente obtida a autorização da Comissão de Pesquisa do CRSM-MATER (protocolo – 015/2011) (ANEXO D), onde o estudo foi realizado e, após, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (protocolo – 1421/2011) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO E).

As entrevistas foram realizadas em local privativo e sem a presença de acompanhantes, após assinatura do TCLE, atendendo à Resolução 196/96 sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Para as gestantes com até 17 anos 11 meses e 29 dias, foi solicitada ao CEP a dispensa da assinatura do TCLE pelo representante legal, já que, por se tratar de uma pesquisa que investiga a ocorrência de violência, o representante legal poderia ser o agressor da adolescente e ter interesse em não autorizar a participação da mesma na pesquisa. Assim, as participantes, com menos de 18 anos de idade, assinaram o TALE.

Todas as mulheres participantes da pesquisa receberam informativos sobre violência doméstica, contendo a relação dos serviços que visam à proteção da mulher no município de Ribeirão Preto e região (PEDROSA, 2005). No momento da entrevista, se fosse necessário ou se a mulher desejasse, esta era encaminhada ao suporte assistencial e psicológico do CRSM – MATER, durante o pré-natal e o período de internação no pós-parto.

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa se referem a mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação, pelos seus respectivos companheiros. Estas participantes foram identificadas durante o inquérito realizado com 358 mulheres atendidas no pré-natal do CRSM - MATER de Ribeirão Preto - SP, no período de maio de 2012 a maio de 2013, em que se verificou a prevalência de VPI, na gestação, de 17,59%. Das 63 entrevistadas, participantes deste estudo, restaram 50 participantes em função da ocorrência de 13 perdas, durante o período de acompanhamento até 70 dias de puerpério, conforme protocolo da pesquisa.

5.1 Caracterização das participantes do estudo

5.1.1 Dados sociodemográficos e econômicos

A Tabela 1 mostra a idade das participantes do estudo, com média de 24,50 e desvio-padrão (dp) = 6,34, sendo a idade mínima de 15 anos e a máxima de 42 anos. Observou-se que a faixa etária predominante foi de 19-29 anos (60%).

Em relação à escolaridade, 30 mulheres (60%) referiram ter cursado o ensino médio completo ou incompleto, 36%, o ensino fundamental completo ou incompleto, e apenas 4%, o ensino superior completo ou incompleto. Com média em anos estudados de 8,94, dp = 2,51, sendo o tempo mínimo de estudo de 2 anos e o máximo de 12 anos.

Quanto à cor autorreferida, houve um maior percentual de mulheres que se consideravam pardas de 40%, seguidas das que se consideravam brancas de 30%.

No que se refere à ocupação, o mesmo percentual de mulheres, 30% referiram realizar atividades domésticas e estar no mercado formal, seguidas de 24% que estavam desempregadas.

O maior percentual de mulheres é evangélica (38%), seguidas da católica com 36%.

A Tabela 1 mostra também a situação de moradia das entrevistadas, sendo possível observar que 50% tinham residência própria, 42%, alugada e 16%, emprestada.

A maioria das entrevistadas (56%) referiu que o chefe de família era seu companheiro. E 20% referiram que ambos sustentavam a família, 6% referiram ser

responsáveis pelo sustento doméstico e 18% referiram serem outras pessoas as responsáveis pelo sustento doméstico.

Quanto à renda familiar, observou-se uma média de 2,61 salários- mínimos, dp = 2,03, com mínimo de 0,5 e máximo de 11 salários-mínimos. Com predomínio de 52% das participantes com renda de 2 a 6 salários-mínimos.

Tabela 1 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo a faixa etária, escolaridade, cor autorreferida, ocupação, prática religiosa, situação de moradia, chefe de família e renda familiar em salários-mínimos. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Faixa Etária (n=50)		
15 – 18 anos	9	18
19 – 29 anos	30	60
30 anos ou mais	11	22
Escolaridade (n=50)		
0 – 8 anos	18	36
9 – 11 anos	30	60
12 anos ou mais	2	4
Cor Autorreferida (n=50)		
Branca	15	30
Preta	13	26
Amarela	2	4
Parda	20	40
Ocupação (n=50)		
Desempregada	12	24
Do lar	15	30
Mercado Formal	15	30
Mercado Informal	5	10
Estudante	3	6
Religião (n=50)		
Católica	18	36
Evangélica	19	38
Espírita	1	2
Testemunha de Jeová	1	2
Crê em Deus, mas sem religião	10	20
Outros	1	2
Situação de Moradia (n=50)		
Própria	25	50
Alugada	21	42
Emprestada	4	16
Chefe da Família (n=50)		
Participante	3	6
Companheiro	28	56
Ambos	10	20
Outros	9	18
Renda Familiar (n=50)		
De 0,5 a 1,5 Salários-Mínimos	14	28
De 2 a 6 Salários-Mínimos	26	52
5 ou mais Salários-Mínimos	4	8
Não Sabe	6	12

A Tabela 2 traz informações quanto ao estado civil, marital e tempo de relacionamento das entrevistadas com seus companheiros. Observamos que apenas 26% eram casadas, mas a maioria (74%) vivia em estado marital e 14% já haviam deixado seu companheiro.

A média de relacionamento em meses foi de 62,14, $dp = 45,82$, com mínimo de 7 e máximo de 156 meses.

Tabela 2 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo estado civil, marital e tempo de relacionamento com o companheiro em meses. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Estado Civil (n=50)		
Solteira	35	70
Casada	13	26
Divorciada / Separada	2	4
Estado Marital (n=50)		
Vive com companheiro	37	74
Tem parceiro, mas não vivem juntos	6	12
Deixou companheiro	7	14
Tempo de Relacionamento (n=50)		
1 a 20 meses	11	22
21 a 40 meses	11	22
41 a 50 meses	5	10
51 ou mais meses	23	46

5.1.2 Dados comportamentais e ginecológicos

A Tabela 3 apresenta as variáveis comportamentais das entrevistadas. Observamos que a maioria delas relatou não ter o hábito de fumar e usar bebidas alcoólicas, 86% e 84%, respectivamente. Já sobre o uso de drogas ilícitas, todas as participantes negaram o uso.

Tabela 3 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo variáveis comportamentais. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Hábito de Fumar (n=50)		
Sim	7	14
Não	43	86
Hábito de Beber (n=50)		
Não Bebe	42	84
Todos ou quase todos os dias	1	2
1 ou 2 vezes por semana	3	6
1 a 3 vezes por mês	3	6
Menos de 1 vez por mês	1	2
Uso de Drogas Ilícitas (n=50)		
Não Usa	50	100
Usa	0	0

Em relação às variáveis ginecológicas, a maioria das mulheres entrevistadas (66%) estava na sua primeira ou segunda gestação, sendo, destas, a maioria primípara. Quanto ao planejamento e desejo da gestação, 70% das entrevistadas revelaram não ter planejado a gestação atual, e 26% não a desejaram (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das participantes, segundo número de gestação, número de partos, desejo e planejamento da gestação atual. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Número de Gestações (n=50)		
Uma	15	30
Duas	18	36
Três ou mais	17	34
Número de Partos (n=50)		
Nenhum	16	32
Um	19	38
Dois	10	20
Três ou mais	5	10
Gestação atual foi planejada (n=50)		
Sim	15	30
Não	35	70
Gestação atual foi desejada (n=50)		
Sim	37	74
Não	13	26

5.2 Caracterização da violência por parceiro íntimo

A maioria (94%) das 50 participantes deste estudo sofreu violência psicológica cometida por seu parceiro, durante a gestação atual, 42% delas sofreram violência física e 2%, sexual.

Na Tabela abaixo, está apresentada a distribuição das 50 participantes, segundo a ocorrência de violência, durante a gestação atual, e em alguma vez no ciclo da vida pelo parceiro íntimo, considerando a classificação dos atos e comportamentos específicos que caracterizam cada tipo de violência: psicológica, física e sexual.

Observamos que, com relação à violência psicológica, houve uma redução nas porcentagens durante a gestação, sendo os insultos o ato de maior percentual tanto antes (94%) quanto durante a gestação (76%). Quanto à violência física, ocorreu o mesmo, a maioria relatou sofrer empurrões antes (60%) e durante a gestação (34%). Também quanto à violência sexual, houve uma redução ou até mesmo a interrupção dos atos durante a gestação, sendo a prática sexual por medo de maior percentual antes (14%), reduzindo para 2%, durante a gestação.

Tabela 5 - Distribuição das participantes que referiram violência, segundo o relato da ocorrência de comportamentos agressivos, cometidos pelo companheiro, e o período da ocorrência. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Violência cometida pelo parceiro (n=50)		Alguma vez na vida		Durante a gestação atual	
		n	%	n	%
Psicológica	Insultos	47	94	38	76
	Humilhação	28	56	15	30
	Intimidação	20	40	11	22
	Ameaça	19	38	7	14
Física	Tapa	24	48	15	30
	Empurrões	30	60	17	34
	Soco	13	26	0	0
	Chute ou surra	13	26	3	6
	Estrangulamento	1	2	1	2
	Ameaça com armas	10	20	2	4
Sexual	Sexo forçado	2	4	0	0
	Sexo por medo	7	14	1	2
	Prática sexual humilhante	2	4	0	0

Analizamos a frequência dos atos violentos durante a gestação. Conforme podemos observar na Tabela 6, a maioria das participantes referiu que o insulto, a humilhação, a intimidação e a ameaça, que caracterizam a violência psicológica, ocorreram “poucas vezes” (42,11%, 53,33%, 54,55% e 42,86%, respectivamente).

Entre os atos que caracterizam a violência física, o tapa se apresentou com o mesmo percentual (46,67%) para ocorrência uma vez e poucas vezes. O empurrão ocorreu uma vez na maioria dos casos (52,94%). O chute ocorreu poucas vezes em 66,67% dos casos. O estrangulamento foi referido por uma participante, sendo sua frequência poucas vezes. A ameaça/uso de arma foi referida por duas participantes, sendo sua frequência para uma delas de poucas e para a outra de muitas vezes.

Apenas uma participante relatou ter sofrido violência sexual durante a gestação atual, sendo caracterizada pelo sexo por medo, com frequência de poucas vezes.

Tabela 6 - Distribuição das participantes, segundo o relato de ocorrência de comportamentos agressivos, cometidos pelo companheiro durante a gestação atual, e a frequência em que ocorreram. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Violência cometida pelo parceiro (n=50)			Durante a gestação atual		
			Uma vez	Poucas vezes	Muitas vezes
Psicológica	Insulto	n	9	16	13
		%	23,68	42,11	34,21
	Humilhação	n	2	8	5
		%	13,33	53,33	33,33
	Intimidação	n	3	6	2
		%	27,27	54,55	18,18
	Ameaça	n	2	3	2
		%	28,57	42,86	28,57
Física	Tapa	n	7	7	1
		%	46,67	46,67	6,67
	Empurrão	n	9	7	1
		%	52,94	41,18	5,88
	Soco	n	0	0	0
		%	0	0	0
	Chute ou surra	n	0	2	1
		%	0	66,67	33,33
	Estrangulamento	n	0	1	0
		%	0	100	0
Sexual	Ameaça com armas	n	0	1	1
		%	0	50	50
	Sexo forçado	n	0	0	0
		%	0	0	0
	Sexo por medo	n	0	1	0
		%	0	100	0
	Prática sexual humilhante	n	0	0	0
		%	0	0	0

Questionamos as participantes quanto à sensação de serem controladas pelos seus parceiros, a maioria (60%) disse não se sentir controlada por eles.

Sobre a convivência com o companheiro, as mulheres referiram, em sua maioria (80%), como sendo boa convivência. Entre as participantes, 42% referiram que a convivência piorou durante a gestação (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das participantes, segundo a convivência com parceiro, antes e durante a gestação atual. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Tipo de convivência com parceiro antes da gestação atual (n=50)		
Boa	40	80
Ruim	10	20
Tipo de convivência com parceiro na gestação atual (n=50)		
Não mudou	14	28
Piorou	21	42
Melhorou	15	30

Embora todas as participantes tenham referido algum ato violento por seus parceiros na gestação atual, apenas 36% delas tinham a percepção de serem vítimas de violência.

Outro aspecto que investigamos é a percepção das mesmas em relação à violência afetar ou não sua saúde, sendo que 30% das gestantes referiram que sim. Dessas, 40% referiram ter afetado muito sua saúde (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das participantes, segundo relato de repercussão da violência cometida pelo seu parceiro na sua saúde. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Afetou a saúde (n=50)		
Sim	15	30
Não	35	70
Como afetou a saúde (n=15)		
Pouco	5	33,33
Médio	4	26,67
Muito	6	40,00

5.3 Variáveis obstétricas e neonatais

Foi realizado o levantamento das variáveis obstétricas e neonatais das participantes do estudo por meio das informações contidas nos prontuários do CRSM-Mater.

Os dados obstétricos se referem às informações do pré-natal, parto e puerpério (durante período de internação e até 70 dias de puerpério), conforme objetivo da pesquisa, apresentado nas Tabelas 9, 10 e 11.

Tabela 9 - Distribuição das participantes, segundo a adesão ao pré-natal. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Idade gestacional do início do pré-natal, em dias (n=50)		
Até 91 dias (1º trimestre)	24	48
92 a 189 dias (2º trimestre)	14	28
190 a 294 dias (3º trimestre)	0	0
Sem informação	12	24
Número de consultas no pré-natal (n=50)		
< 6	1	2
≥ 6	46	92
Sem informação	3	6

Podemos observar que a maioria das participantes iniciou seu pré-natal ainda no primeiro trimestre (48%). Das 50 participantes deste estudo, a maioria realizou mais de seis consultas no pré-natal.

E 46% das participantes tiveram alguma intercorrência na gestação, 30% tiveram intercorrências no parto, apenas uma apresentou intercorrência anestésica e 40% tiveram intercorrência no pós-parto, conforme apresentado na Tabela 10.

As intercorrências apresentadas incluem: vulvovaginites, infecção urinária, hipertensão arterial, lacerações, cefaleias, presença de mecônio no líquido amniótico e trauma mamilar. Vale considerar que a maternidade, cenário deste estudo, recebe gestantes de baixo e médio risco, sendo as intercorrências mais graves encaminhadas a serviços de alto risco.

Tabela 10 - Distribuição das participantes, segundo a presença de intercorrências na gestação atual, parto e pós-parto. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Intercorrências na gestação (n=50)		
Sim	23	46
Não	27	54
Intercorrências no parto (n=50)		
Sim	15	30
Não	35	70
Intercorrências anestésicas (n=50)		
Sim	1	2
Não	49	98
Intercorrências no pós-parto (n=50)		
Sim	20	40
Não	30	60

Em relação ao tipo de parto, metade das participantes deste estudo teve parto vaginal. Em 46% dos partos, foi realizada analgesia (Tabela 11).

Sendo que 45 parturientes tiveram acompanhantes em seu parto, sendo seu parceiro o acompanhante em 60% dos casos, e duas participantes não tinham essa informação registrada no prontuário (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das participantes, segundo o tipo de parto atual, realização de analgesia no trabalho de parto e presença de acompanhantes durante o trabalho de parto. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Parto atual (n=50)		
Normal	25	50
Cesárea	24	48
Fórceps	1	2
Analgesia durante o trabalho de parto (n=50)		
Sim	23	46
Não	27	54
Acompanhantes durante o trabalho de parto (n=50)		
Sim	45	90
Não	3	6
Sem informação	2	4
Quem era o acompanhante durante o trabalho de parto (n=45)		
Companheiro	27	60,0
Mãe	8	17,8
Sogra	2	4,4
Irmãos	4	8,9
Outros	4	8,9

Os dados neonatais, conforme o registro nos prontuários, estão apresentados na Tabela 12. A maioria dos recém-nascidos (90%) foi a termo. O tempo médio da idade gestacional em dias foi de 276,81, $dp = 10,82$, sendo o tempo mínimo de 253 e o máximo de 300 dias.

O peso médio desses recém-nascidos em gramas foi de 3,304, $dp = 507,43$, com peso mínimo de 1,885 e máximo de 4,425 gramas. A maioria dos bebês (72%) nasceu com peso de 3,000 a 3,999 gramas. E 86% dos recém-nascidos tiveram o Apgar do primeiro minuto de vida de 7 a 10, e 98% tiveram esse mesmo Apgar no quinto minuto.

No período neonatal, 30% tiveram alguma intercorrência no nascimento tais como: presença de cianose, bradicardia, alteração do tônus muscular e dificuldade respiratória. Durante a internação, 22% dos bebês em questão apresentaram alguma intercorrência. Dentre as intercorrências apresentadas, encontraram-se hipoglicemia, icterícia, impetigo e dificuldade respiratória.

Tabela 12 - Distribuição das participantes, segundo as variáveis neonatais da gestação atual. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Idade gestacional da criança ao nascer, em dias (n=50)		
Até 258 (premature)	3	6
259 a 293 (termo)	45	90
294 ou mais (pós-termo)	2	4
Peso da criança ao nascer, em gramas (n=50)		
< 2,500	4	8
2,500 a 2,999	8	16
3,000 a 3,999	36	72
≥ 4,000	2	4
Apgar 1º Minuto (n=50)		
≤ 3	3	6
4 a 6	4	8
7 a 10	43	86
Apgar 5º Minuto (n=50)		
< 7	1	2
7 a 10	49	98
Intercorrências ao nascer (n=50)		
Sim	15	30
Não	35	70
Intercorrência durante a internação (n=50)		
Sim	11	22
Não	39	78

5.4 Aleitamento materno: tipo de AM, duração do AME, caracterização da prática da amamentação e autoeficácia na amamentação

Dentre os vários fatores que podem influenciar na prática da amamentação pela mulher, com base na literatura consultada, focalizamos nossa análise nos fatores relacionados às práticas assistenciais, durante a internação para o parto e nascimento e nas intercorrências na amamentação. Ainda considerando que os sujeitos do presente estudo são mulheres em situação de VPI, entendemos que outro fator de influência seria a participação do parceiro na amamentação. Os resultados referentes a esses fatores estão apresentados nas tabelas que se seguem

Na Tabela 13, verificamos se a prática preconizada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida foram realizados durante a internação; o setor para o qual o recém-nascido foi encaminhado após o parto, tempo de internação na maternidade e tipo de aleitamento na alta hospitalar. Segundo as informações obtidas no prontuário, a maioria dos bebês (62%) não sugou na primeira hora de vida, e 40% tiveram contato imediato com suas mães na sala de parto. Porém, 10 crianças não tinham essas informações registradas no prontuário.

Um dado importante para caracterização da prática da amamentação, considerado neste estudo, foi em relação ao setor para onde esses bebês foram encaminhados após o parto. Conforme os dados da Tabela 13, a maioria (82%) foi ao alojamento conjunto. Dos 18% que precisaram ser encaminhados à unidade de cuidados intermediários, o tempo de permanência neste último setor foi em média de 63,14 horas.

A média do tempo de internação em dias na maternidade foi de 2,52, dp = 1,6, sendo o tempo mínimo de 1 e o máximo de 8 dias.

No que diz respeito ao tipo de aleitamento no momento da alta, a maioria dos bebês (88%) deixou a maternidade em AME.

Tabela 13 - Distribuição das participantes, segundo os fatores relacionados à prática da amamentação. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem %	Média	Desvio-Padrão
Sugou na 1ª hora pós-parto (n=50)				
Sim	9	18	-	-
Não	31	62	-	-
Sem informação	10	20	-	-
Contato pele a pele ao nascer (n=50)				
Sim	20	40	-	-
Não	19	38	-	-
Sem informação	11	22	-	-
Recém-nascido encaminhado ao: (n=50)				
Alojamento conjunto	41	82	-	-
UCI	9	18	-	-
Tempo de permanência (n=50)				
UCI (em horas)	7	-	63,14	46,76
Internação na maternidade (em dias)	50	-	2,52	1,66
Tipo de aleitamento no momento da alta hospitalar (n=50)				
Exclusivo	44	88	-	-
Predominante	2	4	-	-
Aleitamento Materno	4	8	-	-
Desmame	0	0	-	-

Durante o período pós-parto, as participantes do estudo foram seguidas por até 70 dias, conforme estabelecido para este estudo. Realizamos entrevistas sobre o aleitamento materno em dois momentos, com 30 e 70 dias. Nas entrevistas com 30 dias, não ocorreram perdas, porém nas entrevistas com 70 dias ocorreram 7. As questões que não foram respondidas devido a estas perdas estão especificadas nas tabelas a seguir.

A Tabela 14 apresenta informações sobre o aleitamento materno com 30 dias de puerpério. Observou-se que, nesse tempo, 94% dos bebês estavam sendo amamentados, porém apenas 55,32% eram de forma exclusiva. A média de tempo em dias de AME foi de 19,08, dp = 10,3, sendo o tempo máximo de 32 dias.

No que diz respeito às intercorrências com a amamentação, com 30 dias pós-parto, metade das mulheres apresentou algum tipo de problema, sendo o trauma mamilar o mais citado por elas (92%). O ingurgitamento mamário ocorreu em 28% das mulheres, e não houve nenhum caso de mastite.

Tabela 14 - Distribuição das participantes, segundo tipo de aleitamento materno e as intercorrências com a amamentação, 30 dias pós-parto. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem %	Média	Desvio-Padrão
Está amamentando (n=50)				
Sim	47	94	-	-
Não	3	6	-	-
Se sim, é AME (n=47)				
Sim	26	55,32	-	-
Não	21	44,68	-	-
Se não, duração do AME (n=24)				
Tempo em dias	24	-	19,08	10,30
Presença de intercorrências na amamentação (n=50)				
Sim	25	50	-	-
Não	25	50	-	-
Trauma Mamilar (n=25)				
Sim	23	92	-	-
Não	2	8	-	-
Ingurgitamento mamário (n=25)				
Sim	7	28	-	-
Não	18	72	-	-
Mastite (n=25)				
Sim	0	0	-	-
Não	25	100	-	-

Aos 70 dias de pós-parto, verificamos que 40% das puérperas estavam amamentando exclusivamente, 18% já haviam oferecido água ou chá aos seus filhos, 12% já estavam oferecendo, além do leite materno, outro tipo de leite, e 16% já haviam desmamado seus bebês. E 7 mulheres não responderam a esse questionário (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das participantes, segundo o tipo de aleitamento materno, 70 dias pós-parto. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Tipo de aleitamento (n=50)		
AME	20	40
AMP	9	18
AM	6	12
D	8	16
Sem informação	7	14

Buscamos saber os fatores que levaram as 23 participantes do estudo a oferecer água, chá, outro leite ou até mesmo desmamar seus filhos, aos 70 dias pós-parto.

As respostas foram categorizadas e quantificadas, sendo agrupadas em três categorias: fatores relacionados ao bebê, fatores relacionados à mãe e fatores externos. A categoria fatores relacionados ao bebê diz respeito à saúde da criança na percepção das mães. Os fatores relacionados à mãe dizem respeito às condições emocionais e físicas enquanto nutriz. E fatores externos se relacionam com a influência do meio e de pessoas, tais como orientações médicas e opiniões de outras pessoas. A Tabela 16 mostra que o maior percentual de mulheres (39,13%) citou mais de um fator.

Considerando que a percepção do leite como insuficiente e fraco é um dos fatores comumente referido pelas mulheres como causa do desmame, indagamos as participantes quanto à percepção do leite produzido. E 70% delas consideravam seu leite bom, forte e suficiente.

Tabela 16 - Distribuição das participantes, segundo os fatores que influenciaram na introdução de água, chá, outro leite e ao desmame. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
O que te fez oferecer outro alimento ou outro leite (n=23)		
Fatores relacionados ao RN	7	30,43
Fatores relacionados à mãe	3	13,04
Fatores externos	4	17,40
Mais de um destes fatores	9	39,13
Fatores relacionados à percepção do leite materno (n=50)		
Bom, forte, suficiente	35	70
Ruim, fraco, insuficiente	8	16
Sem informação	7	14

Na Tabela 17, estão apresentados dados sobre o incentivo e apoio recebido pelas participantes na amamentação, principalmente do companheiro. Verificamos que 42% das participantes consideraram que tiveram esse apoio. Entretanto, quando questionadas sobre a mudança na relação com o companheiro, após o nascimento do bebê, 48% referiram que a relação melhorou.

E 46% dos companheiros, conforme relato das entrevistadas, incentivaram o aleitamento materno.

Tabela 17 - Distribuição das participantes, segundo a participação do companheiro no processo do aleitamento materno, e a relação com o companheiro após o nascimento do bebê na percepção delas. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Você recebeu ou recebe apoio do companheiro para amamentar (n=50)		
Sim	27	54
Não	16	32
Sem Informação	7	14
Com a chegada deste filho, como ficou a relação com o companheiro (n=50)		
Não mudou	13	26
Piorou	5	10
Melhorou	24	48
Sem Informação	8	16
O que ele pensa sobre você amamentar (n=50)		
Influência positiva	23	46
Influência negativa	20	40
Sem Informação	7	14

A autoeficácia materna é fator importante no processo de amamentação. Por meio do instrumento BSES, buscamos avaliar a confiança em amamentar das participantes do estudo, o que foi identificado de acordo com as pontuações obtidas a partir da somatória de cada questão respondida: confiança ou eficácia baixa (33 a 118 pontos), confiança ou eficácia média (119 a 137 pontos), confiança ou eficácia alta (138 a 165 pontos). Dessa forma, a Tabela 18 apresenta a distribuição da autoeficácia em amamentar, sendo que 12% das participantes estudadas tiveram autoeficácia baixa, 34% tiveram autoeficácia média e 54%, alta.

Tabela 18 - Distribuição das participantes, segundo o grau de confiança ou eficácia em amamentar. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Grau de confiança ou eficácia em amamentar (n=50)		
Baixa	6	12
Média	17	34
Alta	27	54

A escala de autoeficácia na amamentação mensura duas dimensões de pensamentos: técnico e intrapessoal. São 20 questões classificadas como pensamento técnico e 13 questões como intrapessoal, com pontuação que varia de 1 a 5 em cada uma delas. Dessa forma, foi necessário realizar um ajuste para a análise estatística. Conforme mostra a Tabela 19, ambos foram padronizados em uma escala de 0 a 100, para que a variação ficasse na mesma proporção, e as comparações pudessem ser feitas.

Tabela 19 - Padronização das pontuações das questões intrapessoais e técnicas da escala de autoconfiança. Ribeirão Preto – SP, 2012/2013.

Comparação entre as questões	Média	Diferença	p-valor*	Intervalo de confiança	
Intrapessoal – IP	80,62				
(IP-T)		0,76538462	0,7624	-4,24533077	5,77607700
Técnica – T	79,85				

*p-valor referente ao teste t-Student

Quando analisado o nível de autoeficácia na amamentação, separando o conjunto de questões classificadas em pensamento técnico e daquelas classificadas em pensamento intrapessoal, observamos que existe uma relação direta entre nível de autoeficácia na amamentação e pensamento técnico, ou seja, quanto maior a pontuação nas questões técnicas, maior o nível de autoeficácia na amamentação (Tabela 20), bem como uma relação direta entre o nível de autoeficácia na amamentação e o pensamento intrapessoal, ou seja, quanto maior a pontuação nas questões intrapessoais, maior o nível de autoeficácia na amamentação (Tabela 21).

Tabela 20 - Distribuição da relação entre a autoeficácia baixa, média e alta na amamentação e a pontuação média das questões classificadas como pensamento técnico. Ribeirão Preto – SP, 2012/2013.

Comparação entre nível de autoeficácia na amamentação	Médias das questões técnicas	Diferença	p-valor*	Intervalo de confiança 95%	
Baixa – Média	57,92 - 72,79	-14,8774510	<0,0001	-19,8966972	-9,8582048
Baixa – Alta	57,92 - 89,17	-31,2500000	<0,0001	-36,0206123	-26,4793877
Média – Alta	72,79 - 89,17	-16,3725490	<0,0001	-19,6451621	-13,0999359

*p-valor referente ao teste de ANOVA

Tabela 21 - Distribuição da relação entre a autoeficácia baixa, média e alta na amamentação e a pontuação média das questões classificadas como pensamento intrapessoal. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Comparação entre nível de autoeficácia na amamentação	Médias das questões intrapessoais	Diferença	p-valor*	Intervalo de confiança 95%
Baixa – Média	59,94 - 71,83	-11,8966817	<0,0001	-17,4713883 -6,3219752
Baixa – Alta	59,94 - 90,74	-30,8048433	<0,0001	-36,1034007 -25,5062859
Média – Alta	71,83 - 90,74	-18,9081616	<0,0001	-22,5429419 -15,2733812

*p-valor referente ao teste de ANOVA

5.5 Duração do AME e autoeficácia na amamentação: análise de associação

Realizamos, inicialmente, associação entre variáveis dependentes – duração do AME e autoeficácia na amamentação com o tipo de violência por parceiro íntimo, na gestação atual.

5.5.1 Associação da variável duração do AME com 30 e 70 dias pós-parto com o tipo de VPI, na gestação atual

A Tabela 22 mostra que não houve associação entre a duração do AME com 30 dias de pós-parto e a ocorrência de tipos de VPI na gestação atual. Observamos que, das 47 mulheres que estavam amamentando seus filhos até esse período, 40,43% e 23,40% não amamentavam de forma exclusiva e referiram violência psicológica e física respectivamente, conforme mostra a Tabela 22. Também observamos que 6% das que sofreram violência psicológica e 2% das que sofreram violência física já haviam desmamado seus filhos.

Tabela 22 - Distribuição das participantes, segundo a ocorrência de violência física, psicológica e sexual (durante a gestação atual, cometida pelo companheiro) associada ao AME com 30 dias de puerpério. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Violência Psicológica					Violência Física				Violência Sexual			
Variáveis	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Está amamentando com 30 dias (n=50)												
Sim	44	88	3	6	20	40	27	54	1	2	46	92
Não	3	6	0	0	1	2	2	4	0	0	3	6
	p-valor = 1,0000				p-valor = 1,0000				p-valor = 1,0000			
Se sim, é AME (n=47)												
Sim	25	53,19	1	2,13	9	19,15	17	36,17	1	2,13	25	53,19
Não	19	40,43	2	4,26	11	23,40	10	21,28	0	0	21	44,68
	p-valor = 0,5791				p-valor = 0,2503				p-valor = 1,0000			

Teste Exato de Fisher

Conforme dados da Tabela 23, não houve associação ao tipo de aleitamento materno com 70 dias de pós-parto e a ocorrência de violência na gestação. Das 43 mulheres participantes que responderam às questões relacionadas à prática da amamentação aos 70 dias de puerpério, verificamos que, dentre as que referiram violência psicológica, 44,19% estavam em AME, e 18,60% já haviam desmamado seus filhos. Também dentre as que sofreram violência física, 18,60% estavam em AME, e 6,98% já haviam desmamado.

Tabela 23 - Distribuição das participantes, segundo a ocorrência de violência física, psicológica e sexual (durante a gestação atual, cometida pelo companheiro) associada com o tipo de aleitamento materno com 70 dias de puerpério. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Violência Psicológica					Violência Física				Violência Sexual			
Variáveis (n=43)	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AME	19	44,19	1	2,33	8	18,6	12	27,91	1	2,33	19	44,19
AMP	8	18,60	1	2,33	6	13,95	3	6,98	0	0	9	20,93
AM	6	13,95	0	0	3	6,98	5	11,63	0	0	6	13,95
D	8	18,60	0	0	3	6,98	5	11,63	0	0	8	18,60
	p-valor = 0,7896				p-valor = 0,5413				p-valor = 1,0000			

Teste Exato de Fisher Missing = 7

5.5.2 Associação da variável autoeficácia na amamentação com o tipo de VPI, na gestação atual

Com relação ao nível de autoeficácia na amamentação e o tipo de violência ocorrida na gestação atual, verificamos que independente do tipo de violência, não houve alteração no perfil de distribuição do nível de autoeficácia entre as participantes, ou seja, o maior percentual de respostas se apresenta como de alta autoeficácia, seguida de média e baixa autoeficácia, como podemos notar na Tabela 24.

Tabela 24 - Distribuição das participantes, segundo a ocorrência de violência física, psicológica e sexual (durante a gestação atual, cometida pelo companheiro) associada ao nível de autoeficácia na amamentação. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Variáveis (n=50)	Violência Psicológica				Violência Física				Violência Sexual			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de autoeficácia na amamentação												
Baixa	6	12	0	0	2	4	4	8	0	0	6	12
Média	16	32	1	2	5	10	12	24	0	0	17	34
Alta	25	50	2	4	14	28	13	26	1	2	26	52
	p-valor = 1,0000				p-valor = 0,3090				p-valor = 1,0000			

Teste Exato de Fisher

5.5.3 Associação da variável autoeficácia na amamentação com o tipo de aleitamento materno, duração do AME e fatores relacionados ao início, estabelecimento e desmame precoce

Consideramos importante verificar associação entre o tipo de aleitamento materno realizado com 30 e 70 dias após o parto e o nível de autoeficácia para amamentação. Conforme ilustrado na Tabela 25, essa variável mostrou-se estatisticamente significativa, pelo teste exato de Fisher, com p-valor < 0,05.

A maioria das mulheres com alta autoeficácia (52%) estava amamentando com 30 dias de pós-parto, sendo que 38,3% delas praticavam o AME.

Com 70 dias de pós-parto, das 43 mulheres que responderam ao questionário, 34,88% que tinham alta autoeficácia praticavam o AME, 9,3%, o AMP, 6,98%, o AM e 4,65% já haviam desmamado. Enquanto nenhuma entrevistada com baixa autoeficácia amamentava exclusivamente ou parcialmente, 2,33% amamentavam, mas já ofereciam outro leite e 6,98% já haviam desmamado (Tabela 25).

Das 50 participantes, metade apresentou alguma intercorrência durante o tempo de amamentação, como trauma mamilar por exemplo. Entretanto, estas obtiveram semelhante perfil de respostas para autoeficácia baixa, média e alta comparadas àquelas que não tiveram intercorrências, ou seja, a distribuição percentual de nível de autoeficácia foi 6%, 16% e 28%, respectivamente, para as que tiveram intercorrências e 6%, 18% e 26%, respectivamente, para as que não tiveram intercorrências na amamentação.

Tabela 25 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado ao tipo de aleitamento materno. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Autoeficácia na amamentação							
Variáveis	Baixa		Média		Alta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Está amamentando com 30 dias (n=50)							
Sim	4	8,00	17	34,00	26	52,00	0,0347*
Não	2	4,00	0	0,00	1	2,00	
Se sim, é AME (n=47)							
Sim	0	0,00	8	17,02	18	38,30	0,0226*
Não	4	8,51	9	19,15	8	17,02	
Tipo de aleitamento materno com 70 dias (n=43)							
AME	0	0,00	5	11,63	15	34,88	0,0300*
AMP	0	0,00	5	11,63	4	9,30	
AM	1	2,33	2	4,65	3	6,98	
D	3	6,98	3	6,98	2	4,65	

Teste Exato de Fisher

* Valor estatisticamente significante

Nas tabelas que seguem, buscamos analisar associação entre variável autoeficácia na amamentação com as variáveis independentes que se referem aos fatores relacionados ao início, estabelecimento e desmame precoce, conforme já elencados na metodologia deste estudo.

Sobre o pré-natal, é importante ressaltar que, embora a idade gestacional do início do pré-natal não tenha apresentado resultado estatisticamente significativo em relação ao nível de autoeficácia na amamentação, houve uma tendência de que quanto mais cedo foi seu início, maior a autoeficácia. Isso porque 39,47% das mulheres entrevistadas, que iniciaram seu pré-natal ainda no primeiro trimestre, tiveram um nível alto de autoeficácia na amamentação, enquanto apenas 18,42%, das que iniciaram no segundo trimestre, tiveram o mesmo nível (Tabela 26). O mesmo ocorreu em relação ao número de consultas de pré-natal, ou seja, embora não tenha ocorrido associação, a maioria das mulheres (55,32%) que fizeram seis consultas ou mais apresentou alta autoeficácia na amamentação.

Quando comparamos o tipo de parto com o nível de autoeficácia na amamentação, observamos que não houve associação. O percentual das respostas das mulheres que tiveram parto vaginal e parto cesariano teve distribuição semelhante, considerando os três níveis da escala de autoeficácia. O maior percentual foi de 26% para alta autoeficácia, para os dois grupos, conforme Tabela 26.

Buscamos verificar se o fato de ter apresentado alguma intercorrência, durante o ciclo gravídico-puerperal, tem alguma associação com o nível de autoeficácia na amamentação. Não houve associação entre as variáveis. Independente de ter ou não ocorrido intercorrências nas diferentes fases do ciclo, não se alterou o perfil de respostas, mantendo-se os maiores percentuais para o alto nível de autoeficácia.

Tabela 26 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado a variáveis obstétricas. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Autoeficácia na amamentação							
Variáveis	Baixa		Média		Alta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Idade gestacional do início do pré-natal							
1º trimestre	2	5,26	7	18,42	15	39,47	0,6952
2º trimestre	2	5,26	5	13,16	7	18,42	
3º trimestre	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Número de consultas de pré-natal							
< 6	0	0,00	1	2,13	0	0,00	0,4468
≥ 6	4	8,51	16	34,04	26	55,32	
Tipo de parto							
Vaginal	3	6,00	9	18,00	13	26,00	1,0000
Cesárea	3	6,00	8	16,00	13	26,00	
Fórceps	0	0,00	0	0,00	1	2,00	
Intercorrências na gestação							
Sim	2	4,00	8	16,00	13	26,00	0,8496
Não	4	8,00	9	18,00	14	28,00	
Intercorrências no parto							
Sim	3	6,00	3	6,00	9	18,00	0,3058
Não	3	6,00	14	28,00	18	36,00	
Intercorrências no pós-parto							
Sim	0	0,00	8	16,00	12	24,00	0,1188
Não	6	12,00	9	18,00	15	30,00	

Teste Exato de Fisher

Do total de 50 mulheres participantes deste estudo, 44 tiveram acompanhantes durante o trabalho de parto, sendo que metade dessas apresentou nível alto de autoeficácia na amamentação. Entretanto, não houve associação o fato de ter tido ou não acompanhante no trabalho de parto com a autoeficácia na amamentação. A presença do companheiro como acompanhante foi a de maior percentual, conforme dados da Tabela 27.

Tabela 27 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado à presença de acompanhante durante trabalho de parto. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Autoeficácia na amamentação							
Variáveis	Baixa		Média		Alta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Teve acompanhante no trabalho de parto							
Sim	5	10,42	16	33,33	24	50,00	0,4880
Não	0	0,00	0	0,00	3	6,25	
Quem foi o acompanhante							
Companheiro	5	10,64	8	17,02	14	29,79	0,8784
Mãe	0	0,00	2	4,26	5	10,64	
Sogra	0	0,00	1	2,13	1	2,13	
Irmãos	0	0,00	2	4,26	2	4,26	
Outros	0	0,00	2	4,26	2	4,26	
Não teve acompanhante	0	0,00	0	0,00	3	6,38	

Teste Exato de Fisher

Na Tabela 28, podemos observar resultados estatisticamente significantes pelo teste exato de Fisher, com $p\text{-valor} < 0,05$, em relação ao Apgar do primeiro minuto de vida e a autoeficácia na amamentação. Assim, notamos que 50% das mães cujos filhos tiveram Apgar de primeiro minuto, com valor de 7 a 10, tiveram alta autoeficácia na amamentação.

A idade gestacional ao nascer, o Apgar de quinto minuto de vida e o peso do bebê ao nascer não apresentaram associação com a autoeficácia na amamentação (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado a variáveis neonatais. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Autoeficácia na amamentação							
Variáveis	Baixa		Média		Alta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Idade gestacional ao nascer em dias							
< 259	1	2,00	0	0,00	2	4,00	0,1514
259 a 293	5	10,00	15	30,00	25	50,00	
294 ou +	0	0,00	2	4,00	0	0,00	
Apgar 1º minuto							
≤ 3	2	4,00	0	0,00	1	2,00	<0,0001*
4 a 6	3	6,00	0	0,00	1	2,00	
7 a 10	1	2,00	17	34,00	25	50,00	
Apgar 5º minuto							
< 7	1	2,00	0	0,00	0	0,00	0,1200
7 a 10	5	10,00	17	34,00	27	54,00	
Peso ao nascer em gramas							
< 2.500	2	4,00	2	4,00	0	0,00	0,1546
2.500 a 2.999	0	0,00	3	6,00	5	10,00	
3.000 a 3.999	4	8,00	11	22,00	21	42,00	
≥ 4.000	0	0,00	1	2,00	1	2,00	
Teste Exato de Fisher		* Valor estatisticamente significativo					

Interessou-nos investigar práticas assistenciais relacionadas à amamentação, durante a internação. Nesse sentido, buscamos verificar se o fato de o RN ter sugado ou não na primeira hora de vida e também ter tido contato imediato pele a pele com a mãe teria relação com o nível de autoeficácia na amamentação. A Tabela 29 mostra que não houve associação entre essas variáveis.

Porém, o fato de o bebê ter apresentado intercorrências durante a internação ou ter sido encaminhado à Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) mostrou associação com a autoeficácia na amamentação, pelo teste exato de Fisher, com p-valor < 0,05.

Tabela 29 - Distribuição das participantes, segundo o nível de autoeficácia na amamentação associado a práticas assistenciais e intercorrências, durante a internação. Ribeirão Preto – SP, 2013.

Autoeficácia na amamentação							
Variáveis	Baixa		Média		Alta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sugou na 1ª hora de vida							
Sim	0	0,00	3	7,50	6	15,00	0,7527
Não	4	10,00	11	27,50	16	40,00	
Teve contato pele a pele imediato ao nascer							
Sim	0	0,00	8	20,51	12	30,77	0,4024
Não	2	5,13	8	20,51	9	23,08	
Intercorrências durante a internação							
Sim	4	8,00	4	8,00	3	6,00	0,0214*
Não	2	4,00	13	26,00	24	48,00	
RN encaminhado ao setor							
Aloj. Conjunto	2	4,00	14	28,00	25	50,00	0,0058*
UCI	4	8,00	3	6,00	2	4,00	
Teste Exato de Fisher		* Valor estatisticamente significante					

Dentre os fatores que a literatura considera como de influência na amamentação têm-se: a percepção da mãe sobre seu leite e o apoio social recebido de seu meio, particularmente do companheiro (ESCOBAR et al. 2002). Tais dados estão apresentados na Tabela 30, referente a 43 mulheres, pois 7 delas não responderam ao questionário de 70 dias de puerpério.

E 48,84% das mulheres com alta autoeficácia na amamentação consideravam seu leite bom, forte ou suficiente. Sendo que 37,21% das entrevistadas com nível alto de autoeficácia na amamentação consideraram receber apoio do companheiro para amamentar e 30,23% delas consideraram a influência do marido como positiva.

Não foi verificada associação entre autoeficácia na amamentação e percepção materna sobre o leite produzido e ter ou não apoio do companheiro.

6. DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 50 mulheres que referiam estar em situação de VPI, durante a gestação atual. Essas mulheres tinham idade média de 24,50 anos, e a maioria encontrava-se na faixa etária de 19-29 anos. O tempo médio de estudo foi 8,94 anos, sendo que a maioria referiu ter cursado o ensino médio completo ou incompleto. Quanto à cor autorreferida, a maioria das mulheres considerou-se não branca, sendo que há um predomínio das que se autodeclararam pardas. A maioria tem crença religiosa, sendo a de maior predomínio a evangélica, seguida da católica.

Tais dados corroboram o perfil sociodemográfico verificado no estudo de Audi et al. (2008), realizado com usuárias de serviço pré-natal da rede básica de saúde do município de Campinas, com mulheres que sofreram VPI na gestação. A idade média foi de 23,8 anos, de baixa escolaridade (47,1%), metade católica e um terço evangélica. Resultado diferente quanto à cor de pele em que o predomínio foi a cor branca ou amarela.

O perfil está em concordância com o verificado na pesquisa de Rodriques (2007), realizada no mesmo cenário do presente estudo, em que a média de idade das mulheres foi de 25,04 anos e a faixa etária predominante de 18-29 anos, com baixa escolaridade, diferindo quanto a características de maior predomínio de mulheres que se autodeclararam brancas e católicas.

Em outros estudos nacionais sobre violência não restrita ao parceiro íntimo e à gestação, mas em alguma vez na vida, Mota, Vasconcelos e Assis (2007) verificaram que entre mulheres que sofreram VPI ao longo da vida a idade das mulheres variou de 25 a 49 anos, sendo que a maioria tinha baixa escolaridade. Estudo realizado com mulheres residentes em 15 municípios do Estado de São Paulo, que sofreram violência alguma vez na vida pelo companheiro ou por outra pessoa, verificou predomínio da faixa etária entre 18-49 anos e baixa escolaridade (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

A maioria das mulheres não exercia atividade remunerada, entre estas o predomínio é das que realizavam atividades domésticas, seguidas das que se referiram estar desempregadas.

Semelhantes resultados foram encontrados nos estudos de Audi et al. (2008), Aquino et al. (2009) e Silva et al. (2011), em que a maioria das gestantes entrevistadas, usuárias de serviços de saúde de Campinas, São Paulo e Recife, respectivamente, não exercia ocupação remunerada.

Metade das participantes tinha residência própria, a média de renda era de 2,61 salários-mínimos, sendo que, na maioria dos casos, o companheiro era o chefe de família. Tais achados estão em consonância com os resultados de Audi et al. (2008), em que apenas 5,5% das gestantes usuárias do serviço se declararam chefes de família.

Pela renda familiar mensal, as mulheres entrevistadas, com base no Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012), se incluíram na classe econômica C1 no país.

Verificamos que 74% das mulheres entrevistadas viviam com os companheiros, com média de relacionamento de 62,14 meses. A maioria considerou ter boa convivência com o companheiro, embora 42% delas referiram piora da convivência, durante a gestação atual.

Semelhantes resultados foram encontrados nos estudos de Audi et al. (2008), quanto ao relacionamento com o parceiro íntimo, no qual a maioria das mulheres era casada ou vivia em união estável, e de Marcacine et al. (2013), no qual a maioria das participantes, também vítimas de VPI na gestação, vivia com seus companheiros, com média de relacionamento de 84 meses, sendo os mesmos os provedores da família, com renda familiar entre um e três salários-mínimos. O estudo de Mota, Vasconcelos e Assis (2007), com mulheres que sofreram VPI ao longo da vida, também verificou que a maioria vivia com o companheiro.

A maior parte das participantes negou hábitos de fumar, uso de drogas lícitas e ilícitas. Tais achados estão em concordância com o estudo de Audi et al. (2008) em que o uso de bebidas e fumo foi negado pela maioria das mulheres. Em estudo com mulheres usuárias de serviço de saúde em Fortaleza, sobre o consumo dessas substâncias na gestação, obteve-se semelhante resultado de baixa prevalência de uso de bebidas alcoólicas (16%) e tabaco (11,3%) (ROCHA et al., 2013).

Entretanto, segundo Passini Júnior (2005), 20% das brasileiras fazem uso de bebidas alcóolicas durante a gestação. Além disso, para Viellas et al. (2013), o maior consumo de bebidas alcóolicas e o uso de cigarros e de outras drogas por mulheres, durante a gestação, têm se mostrado como fator de risco para que as mesmas sofram agressão.

Vieira, Perdona e Santos (2011) realizaram um estudo com mulheres usuárias de unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto, em 2008, e mostraram que não só o fato de mulheres que usaram álcool e drogas, mas também o uso pelos seus companheiros aumentaram as chances de sofrerem VPI. O uso de álcool pelas entrevistadas aumentou duas vezes a chance de serem vítimas de VPI, e o uso de drogas aumentou as chances em três vezes. Quando o parceiro fazia uso de álcool, o risco de VPI aumentou em 59%, e com uso de drogas o risco aumentou em quase seis vezes.

Dentre as mulheres participantes deste estudo, a maioria estava na sua primeira ou segunda gestação, sendo que 70% delas referiram não ter planejado a gestação atual, entretanto foi desejada pela maioria. A média de filhos foi de 1,71. Pelo censo demográfico de 2010, a média brasileira é de 1,9 filho por mulheres, com variações a depender da região do país (IBGE, 2013).

Rodrigues, D. P. (2013) encontrou associação entre a ocorrência de VPI e o desejo da gestação. Em seu estudo, as mulheres que não desejaram a gestação tiveram 4,3 vezes a chance de sofrer VPI na gestação em comparação com as que desejaram a gestação. Para alguns autores, as mulheres que possuem companheiros controladores, que não estabelecem diálogo no relacionamento a respeito de métodos contraceptivos, estão mais vulneráveis à gravidez não planejada (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012).

A maioria das participantes iniciou seu pré-natal ainda no primeiro trimestre e elas realizaram seis consultas ou mais, conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2005). Alguns estudos apontam que as mulheres em situação de violência tendem a buscar tardiamente o pré-natal e a realizar menor número de consultas (QUELOPANA; CHAMPION; SALAZAR, 2008), não sendo observado o mesmo no presente estudo. Contrário aos nossos resultados, Moraes, Arana e Reichenheim (2010) verificaram, em uma pesquisa realizada em maternidades públicas do Rio de Janeiro, que ter sofrido pelo menos um ato de violência física perpetrada pelo companheiro durante a gestação aumentou 2,2 vezes a chance de realizar um pré-

natal, conforme preconizado para o início e a periodicidade do acompanhamento pré-natal.

A maternidade, cenário deste estudo, atende usuárias de baixo risco, entretanto as intercorrências estão presentes, sendo as mais graves encaminhadas ao serviço de alta complexidade. Entre as mulheres entrevistadas, 46% apresentaram intercorrências na gestação, 30% no parto e 40% no puerpério. Dentre as intercorrências se incluem as vulvovaginites, infecção urinária, cefaleias, lacerações, hipertensão arterial, líquido amniótico meconial e trauma mamilar.

Na pesquisa de Marcacine et al. (2013), com mulheres que sofreram violência na gestação, mais de dois terços delas apresentaram intercorrências durante a gestação, sendo a alteração na pressão arterial a mais frequente. Contudo, a taxa de intercorrências no parto foi de apenas 8,2%. E a grande maioria das mulheres apresentou intercorrências no puerpério, sendo o trauma mamilar e o ingurgitamento mamário as mais frequentes.

O parto vaginal ou normal esteve presente em metade das mulheres participantes deste estudo, seguido da cesariana (48%), e o fórceps apenas um caso. A analgesia durante o trabalho de parto foi realizada em 46% das parturientes. O índice de cesariana encontrado neste estudo foi superior ao verificado entre as usuárias assistidas na maternidade, no mesmo período de coleta de dados (maio 2012/maio 2013). Os índices da maternidade foram 29,73% de partos cesarianos, 67,68% de partos normais e 2,58% de fórceps (CRSM-MATER, 2013), muito distante do preconizado pela OMS que deve ser de 15% do total de partos realizados (WHO, 1996).

A maternidade, cenário deste estudo, é adepta das estratégias de humanização da assistência ao parto e nascimento, e por isso incentiva a presença do acompanhante, o que foi observado em 90% dos partos entre as participantes deste estudo, sendo a maioria o companheiro. No Brasil, o MS considera os benefícios associados à presença do acompanhante e recomenda que esforços sejam realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha lhe encorajando e lhe dando conforto, durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2001).

A esse respeito a literatura evidencia que a participação ativa do acompanhante durante o nascimento proporciona à parturiente sentimentos relacionados à tranquilidade e segurança, haja vista que o parto é um evento

estressor e que pode ser amenizado mediante a presença de uma referência familiar (PALINSKI et al., 2012). Particularmente quanto à participação do homem/companheiro, esta pode se apresentar de forma passiva, na qual ele não se envolve ativamente no trabalho de parto, estando apenas presente fisicamente. Embora possa apresentar maior disponibilidade para apoiar a parturiente, este é pouco informado a respeito do que pode fazer. Na possibilidade de ser ativo, demonstra habilidade de acompanhar a parturiente, oferecendo-lhe apoio espontaneamente (MOTTA; CREPALDI, 2005).

No presente estudo, majoritariamente o companheiro foi o acompanhante durante o parto, o que é visto como evento positivo, mas pode se apresentar como negativo por carregar a sua condição de agente agressor, enfraquecendo o suporte e apoio que se espera do acompanhante no processo de parturição e nascimento, no entanto este estudo não buscou realizar esta análise. Importante reflexão nessa direção é considerar que a presença do parceiro, sendo ele o agente da agressão contra a mulher, pode se constituir não como um apoio psicológico afetivo requerido pela mulher no processo de parturição, mas como elemento que pode inibir a expressão da mulher em externar a sua condição de vítima de violência, ou mesmo de estar invadindo a privacidade deste momento único que é o partear e o nascimento de um filho.

Em relação aos resultados neonatais, observamos que 90% dos RNs foram a termo, com peso médio de 3,304 gramas, sendo que a maioria apresentou Apgar no primeiro minuto e no quinto minuto de vida de 7 a 10. A maioria dos neonatos não apresentou intercorrências no nascimento e dentre os que apresentaram incluem-se: cianose, bradicardia, alteração do tônus muscular e alguma dificuldade respiratória. Durante a internação, apenas 22% apresentaram intercorrências tais como hipoglicemia, icterícia, impetigo e dificuldade respiratória.

As características dos bebês diferem do verificado no estudo de Viellas et al. (2013), realizado no município do Rio de Janeiro, com uma amostra de puérperas hospitalizadas em maternidades, no período de 2000 e 2001. No estudo referido, houve um risco maior de baixo peso ao nascer e óbitos neonatais e pós-neonatais entre puérperas adultas jovens que foram vítimas de agressão física durante a gestação. Em concordância com esses achados, Audi et al. (2008) confirmaram a hipótese de que a violência perpetrada contra a mulher, durante a gravidez, possa levar a um maior risco de partos com RNs prematuros ou de baixo peso.

Importante considerar que a não observação de tais características relacionadas aos neonatos em nosso estudo pode estar relacionada ao fato de a maternidade em que realizamos a presente pesquisa ser de baixo risco, e os casos mais graves encaminhados ao serviço de alta complexidade. Além disso, estudamos todos os tipos de violência, não apenas a física como no estudo acima.

6.2 Caracterização da situação de violência na gestação

A prevalência de VPI foi de 17,59% entre as usuárias do serviço pré-natal, cenário deste estudo, conforme dados do projeto maior sobre prevalência da VPI, na gestação atual, em uma amostra de 358 gestantes atendidas em um serviço de pré-natal da rede pública do município de Ribeirão Preto.

A prevalência da VPI, na gestação atual entre usuárias do serviço de saúde em questão, foi inferior à prevalência obtida no estudo de Rodrigues (2007), de 19,6%, entre puérperas usuárias do mesmo serviço de saúde e usando o instrumento de Schraiber et al. (2002).

Em estudos realizados em outras localidades do país sobre prevalência de VPI na gestação, encontram-se prevalências variadas. No estudo de Kronbauer e Meneghel (2005), a prevalência encontrada foi semelhante, 17% de mulheres vítimas de VPI na gestação entre 251 mulheres usuárias de unidade básica de saúde em Porto Alegre. Para esse estudo, também foi utilizado o instrumento proposto por Schraiber et al. (2002).

Prevalências superiores de VPI na gestação foram obtidas em outros estudos, usando do mesmo instrumento. Durand e Schraiber (2007) realizaram estudo com 1.922 usuárias de serviço público de saúde da Grande São Paulo, com idade de 15 a 49 anos, e verificaram que 20% das mulheres que já engravidaram sofreram algum episódio de VPI na gestação. Silva et al. (2011) realizaram uma coorte com 960 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade de Recife-PE, e verificaram a prevalência de VPI em cada período isolado, antes, durante e depois da gestação, observando uma redução da prevalência em 32,4%, 31,0% e 22,6%, respectivamente. E, no estudo transversal de Marcacine et al. (2013) com 207 puérperas, realizado em um Centro de Incentivo e Apoio ao

Aleitamento Materno ligado à Universidade Pública na cidade de São Paulo, verificou-se a prevalência de 36,7% de VPI na gestação.

Ainda, outro estudo com usuárias de um serviço de saúde do Rio de Janeiro, com objetivo de estimar a VPI na gestação, encontrou taxa de 37,8% na gestação (MORAES et al., 2011).

O tipo de violência mais frequente entre as 50 participantes deste estudo foi a psicológica (94%), seguida da física (42%) e da sexual (2%). A maior prevalência de violência psicológica frente aos outros tipos foi também observada em outros estudos. Com base nos achados dos estudos de Marcacine et al. (2013), Moraes e Reichenheim (2002) e de Silva et al. (2011) a VPI psicológica na atual gestação variou de 28,8% a 78,3%. Quanto à violência física na gestação atual, as porcentagens obtidas nos mesmos estudos variaram de 11,6% a 33,8%. A violência sexual é a que foi referida em menor frequência também nos estudos de Silva et al. (2011) e de Moraes e Reichenheim (2002), 5,6% e 9,9%, respectivamente.

Uma coorte realizada entre 2004 e 2006 no município de Campinas, que utilizou o mesmo instrumento da presente pesquisa, encontrou uma taxa de violência psicológica de 19,1%, física e sexual de 6,5%, entre gestantes usuárias do pré-natal de unidades básicas de saúde, cometida pelo parceiro, durante a gestação atual (AUDI et al., 2008).

Frente à variação nas porcentagens de violência, apresentadas na presente pesquisa e nos demais estudos, importante considerar que as diferentes prevalências podem se apresentar em função de características diversas da população estudada e pela metodologia do estudo, referentes tanto ao instrumento da violência, como ao número de vezes em que o mesmo é aplicado e o período de investigação em relação à gravidez. No presente estudo, utilizamos o instrumento uma única vez e no final da gestação. No estudo realizado por Rodrigues (2007) com usuárias da mesma instituição, o inquérito foi realizado no pós-parto, considerado um período crítico do ciclo gravídico-puerperal, em que as condições psicológicas podem influenciar fortemente nas respostas. Observaram Gazmararian et al. (2000) que prevalências mais elevadas resultam de entrevistas realizadas em mais de uma etapa na gravidez e por profissional de saúde que acompanha o pré-natal.

De maneira geral, os atos violentos se manifestam de diferentes formas coexistindo mais de um deles em um relacionamento íntimo, como notaram Marcacine et al. (2013).

Em relação ao período de ocorrência da violência, algumas pesquisas discutiram se a gestação seria fator de proteção (SILVA et al., 2011). Enquanto outras referiram ser a gestação um fator de risco, uma vez que a violência, muitas vezes, resulta da insegurança emocional do agressor e da sua necessidade de reafirmar poder e controle. Assim a gravidez parece aumentar a vulnerabilidade da mulher à agressão (BACCHUS; MEZEY; BEWLEY, 2006).

Nesse sentido, Durand (2005) analisou resultados de estudos que tinham por objetivo compreender a relação entre violência e gestação, tendo concluído que pouco se pode afirmar a esse respeito, pois para uma parte das mulheres que sofreram violência, a gestação foi um período em que a violência cessou ou diminuiu, enquanto, para outra parte, a violência começou ou piorou na gestação.

No presente estudo, verificamos uma diminuição da frequência dos atos violentos durante a gestação, em todas as formas de violência estudadas. Ou seja, a porcentagem de mulheres que referiram ter sofrido violência alguma vez na vida por seus parceiros foi maior do que as que referiram violência durante a gestação atual. Em relação à violência psicológica, o insulto foi o ato de maior porcentagem, sendo referido por 94% das mulheres antes da gestação e 76% durante a gestação. Na violência física, 60% das participantes relataram sofrer empurrões antes e 34% durante a gestação. E na violência sexual, a prática sexual por medo apresentou maior percentual antes (14%), reduzindo para 2% durante a gestação.

É o que também foi demonstrado em um estudo transversal, realizado no Centro de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno da Universidade Federal de São Paulo, que entrevistou 271 puérperas que compareceram à consulta de enfermagem, no período de janeiro de 2011 a fevereiro de 2012. O estudo observou uma diminuição da ocorrência de violência durante a última gestação (36,7%) e no período pós-parto (25,6%), em relação ao período anterior (51,2%) (MARCACINE et al., 2013).

No estudo com gestantes em Recife-PE, a violência psicológica foi a de maior prevalência, principalmente durante a gestação (28,8%), a sexual menos prevalente, principalmente durante a gestação (3,7%), e a física diminuiu quase 50% durante a gestação em comparação com o período anterior (SILVA et al., 2011).

Com base nesses resultados, Silva et al. (2011) concluíram que as mulheres que relataram violência antes da gravidez tiveram chance 11,6 vezes maior de violência durante a gravidez em relação às que não sofriam violência. A frequência no pós-parto foi 8,2 vezes maior para aquelas mulheres que relataram violência durante a gestação e 7,23 vezes maior para aquelas com relato antes e durante a gestação em relação às que não sofriam violência. O referido estudo aponta que há uma tendência de a violência continuar acontecendo, o que condiz com o encontrado na presente pesquisa, uma vez que a maior parte das entrevistadas referiu ter sofrido violência mais de uma vez, em quase todos os atos violentos pesquisados, indicando que a violência, na maioria das vezes, não é um ato isolado, e sim um ato que se repete ao longo da vida das mulheres, mesmo que diminua em algumas circunstâncias.

Quando questionadas sobre sua percepção em relação à repercussão da VPI em sua saúde, a maior parte das mulheres participantes deste estudo apontou que a violência não afetou a saúde, porém entre as que referiram ter a saúde afetada, a maior parte classificou como muito afetada. Tal resultado é congruente ao de Rodrigues (2007), em que a maioria das entrevistadas referia não ter sua saúde afetada com a violência que sofria do parceiro.

Resultados diferentes aos do presente estudo foram verificados por Marinheiro (2004), em que 61,3% das mulheres acreditavam ter sua saúde prejudicada por atos violentos, sendo que 32,8% delas classificaram como pouco afetada e 28,6% como muito afetada.

Importante aspecto de reflexão frente a essas respostas é a tendência à naturalização da violência pela própria mulher. Viver continuamente em situação de violência pode criar uma percepção da violência como algo aceitável, como forma de resolução dos problemas de uma relação (D'OLIVEIRA et al., 2009). Isso fica evidente quando apenas 36% delas referiram atos de violência cometidos pelo seu parceiro, mas não tiveram a percepção de sofrerem violência.

Para Moreira, Boris e Venâncio (2011), a VPI é sempre colocada pelas mulheres como uma situação indesejável, que não deveria ocorrer, o que não significa que as mulheres se consideram vítimas a todo momento.

6.3 Caracterização da prática de aleitamento materno

Na caracterização do aleitamento materno praticado pelas mulheres em situação de VPI durante a gestação atual, verificamos qual o tipo de aleitamento e duração do AME, nos períodos da alta hospitalar, e no intervalo de 30 e 70 dias, após o parto.

No momento da alta hospitalar, 88% dos bebês estavam em AME, com 30 dias após o parto apenas 55,32% eram amamentados de forma exclusiva. Entre os que já haviam sido desmamados ou que já haviam recebido água, chá ou leite artificial, o tempo médio de AME foi de 19,08 dias.

No período de 70 dias após o parto, verificamos continuidade na redução de crianças em AME, ou seja, apenas 40% delas eram amamentadas de forma exclusiva, 18% de forma predominante, 12% estavam em aleitamento materno e 16% já haviam sido desmamadas.

Segundo o estudo realizado em 2008 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), com 34.366 crianças menores de um ano, a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41%, e a mediana do AME no Brasil em 2008 foi de 54,1 dias (VENÂNCIO et al., 2010). Na última pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto em 2011, sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida, observou-se uma duração média de AME de 71,7 dias (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Os resultados obtidos na presente pesquisa mostram taxas de AME inferiores às encontradas no Brasil e no município de Ribeirão Preto, entretanto impossibilitam comparação, visto que nesses estudos não se considerou analisar o perfil das mulheres quanto a estarem ou não em situação de violência.

Para Marcacine et al. (2013), a taxa de AME entre puérperas que referiram VPI durante a gestação foi de 78,3% no momento da entrevista, a qual ocorreu entre 45 e 60 dias após o parto. A autora atribui a alta prevalência de AME à boa qualidade do pré-natal.

As intercorrências na lactação é um dos fatores associados ao desmame precoce (ESCOBAR et al., 2002; RAMOS; ALMEIDA, 2003; VOLPINI; MOURA, 2005), sendo mais frequentes nas primeiras semanas pós-parto (LEWALLEN, 2006). Verificamos, neste estudo, que com 30 dias de puerpério, 50% das entrevistadas

referiram algum tipo de intercorrência na amamentação, sendo 92% trauma mamilar e 28% ingurgitamento mamário.

O desmame precoce, além de estar relacionado com intercorrências maternas, tem relação com as condições da criança (RAMOS; ALMEIDA, 2003), condutas profissionais (BULLON et al., 2009), condição emocional e social da mulher (UCHIMURA et al., 2001), percepção do leite produzido e desconfortos maternos (CIAMPO et al., 2008) e inclui a influência do meio relacional (NAKANO et al., 2007; SILVA, 2008). Dentre os fatores que influenciaram a introdução de outros alimentos ou leites, elencados pelas entrevistadas, 31,13% delas referiram mais de um fator. O que inclui: perda de peso, choro intenso, ter recebido alta com complemento, retorno ao trabalho pela mulher, dor mamilar, nervoso, estresse, leite fraco, falta de tempo. E os fatores externos foram influência de outras pessoas como sogra, companheiro e vizinha.

O trauma mamilar e o ingurgitamento mamário foram identificados como fatores de risco para o desmame precoce com porcentagens de 29% e 19,5%, respectivamente, em um estudo realizado com 380 nutrízes, na cidade de Botucatu-SP (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007). Rocha et al. (2010) evidenciaram a dor em amamentar como queixa vivenciada pelas suas entrevistadas. Os problemas com as mamas são fatores negativos à prática de aleitamento materno, mas podem ser evitados com medidas preventivas ou curativas (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Segundo Giuliani et al. (2012), com base nos resultados de seu estudo, os fatores elencados pelas mães como motivos para o desmame precoce foram volta ao trabalho e ao estudo, cansaço por amamentar durante a noite, depressão, traumas mamilares, entre outros. Segundo as autoras, a amamentação, para algumas mulheres, é considerada uma experiência desagradável que exige esforço físico, resultando em cansaço e limitando outras atividades. Isso pode repercutir na vida social, profissional e emocional dessas mulheres. O processo de amamentação associado às outras funções maternas pode se tornar um fardo, gerando fadiga, perda da liberdade e sobrecarga. Além disso, quando a mulher percebe uma inadequação entre as suas necessidades e a do filho, isto pode gerar estresse, angústia e depressão, interferindo na ação dos hormônios responsáveis pela produção láctea (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Há uma dependência entre mãe e filho durante o processo de amamentação, principalmente no período em que é exclusivo, gerando, assim, em algumas

mulheres, sentimentos de contrariedade e desmotivação, que muitas vezes, são demonstrados por impaciência, nervoso, irritação e raiva (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Apesar de apenas 40% das mulheres amamentarem de forma exclusiva com 70 dias de puerpério, a maioria considerou seu leite bom, forte e suficiente no mesmo período. Nesse sentido, estudo realizado em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto, com 231 nutrízes, que teve o objetivo de identificar a percepção delas sobre o leite produzido, encontrou que a maioria considerava seu leite bom e identificava a saciedade ou não da criança pelo sono ou choro, respectivamente, após as mamadas (MONTEIRO et al., 2011).

Outros fatores considerados pelas mulheres do presente estudo como o retorno ao trabalho, também, foram verificados no estudo de Demétrio, Pinto e Assis (2012) como razão para introdução de outros alimentos. Foi realizada uma coorte com 531 crianças que nasceram entre 2005 e 2006 no Recôncavo Sul do Estado da Bahia, a qual mostrou que o risco de as crianças receberem, concomitantemente ao leite materno, outro leite ou outros alimentos foi 83% mais elevado quando a mãe trabalhava fora do domicílio, em relação àquelas que não trabalhavam fora do domicílio, depois do parto.

Entre as mulheres do presente estudo, outro fator elencado como motivo para o desmame precoce foi a influência de pessoas tais como a sogra, companheiro e a vizinha. Nessa direção, Susin, Giugliani e Kummer (2005) realizaram uma pesquisa sobre a influência da avó com 601 mães e bebês, tendo identificado que 56% das avós maternas e 54% das avós paternas aconselharam o uso de água e/ou chá. E 17,3% das avós maternas e 11,3% das avós paternas tomaram a iniciativa de oferecer esses líquidos para a criança. Já o uso de outro leite foi recomendado em 13,5% dos casos pelas avós maternas e em 12,3% pelas avós paternas.

Sobre a influência do companheiro, buscamos explorar qual a percepção das mulheres sobre o apoio recebido do companheiro na amamentação, sendo recebido pela maioria. Indagamos, também, sobre o relacionamento com o parceiro no pós-parto, sendo que 48% consideraram que a relação melhorou após o nascimento do filho e 46% afirmaram que o parceiro representava uma influência positiva na prática da amamentação.

Em relação ao apoio do companheiro na amamentação, uma coorte realizada em Pelotas com 3.449 sujeitos, entre 2002 e 2003, observou que 78% das mães citaram que seus companheiros apoiaram a amamentação e 82,4% relataram a

participação ativa do pai no aleitamento. Entretanto, os pais não apoiadores da amamentação tiveram um risco 52% maior de terem seus bebês usando mamadeiras (SILVA et al., 2012). Essa pesquisa não foi relacionada com parceiros agressores.

Investigamos fatores relacionados às práticas assistenciais/conduitas profissionais, durante a internação, que sabidamente têm influências quanto ao início e estabelecimento da amamentação. Nessa direção nosso interesse foi em verificar se as mães e bebês foram colocados em contato pele a pele logo após o parto e se houve o início da amamentação na primeira hora de vida, um dos dez passos para o sucesso na amamentação recomendado pela IHAC (WHO, 2009). Vale considerar que a maternidade onde foi realizado este estudo é credenciada pela IHAC, por incentivar práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Entre os neonatos das mulheres participantes do presente estudo, 62% não sugaram na primeira hora de vida, e 38% não tiveram contato imediato, ao nascer, com suas mães.

Na maternidade, informações como número de bebês que foram direto para mãe após o nascimento e os que foram amamentados na primeira hora de vida só foram registradas formalmente, como indicadores de qualidade, a partir de setembro de 2013. No período de setembro 2013 a fevereiro de 2014, apenas 28,62% dos bebês nascidos foram colocados em contato imediato em suas mães, e 7,9% sugaram na primeira hora (CRSM-MATER, 2014). Comparando o percentual de crianças que tiveram o contato pele a pele e amamentaram na primeira hora de vida das mães do presente estudo com os encontrados na maternidade em geral, no período referenciado, verificamos que foi superior para os bebês das mães participantes do estudo.

Os achados da presente pesquisa também se mostram superiores ao encontrado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada entre 2001 e 2006, em que 42,9% das crianças alguma vez amamentadas foram estimuladas ainda na primeira hora de vida. Para aquelas que iniciaram a amamentação apenas após o primeiro dia de vida, esses valores reduziram em 16,8% (BRASIL, 2009a).

Estudos comprovam a importância do contato pele a pele mãe-filho, indicando que o mesmo deve ser iniciado imediatamente após o parto. Deve também ser contínuo e prolongado, pois é uma prática que facilita a sintonia entre mãe e bebê,

deixando-os calmos, estabilizando os batimentos cardíacos e a respiração da criança, reduzindo o estresse e transmitindo calor da mãe para o recém-nascido (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004; WHO, 2006). Ainda, aumenta a duração do aleitamento materno e prevalência do mesmo nos hospitais e reduz a mortalidade neonatal (BUCCOLINI et al., 2011).

Por vezes, o contato mãe e filho e a amamentação são adiados em função de rotinas, cuidados e práticas determinadas pela equipe de saúde e instituição (BUCCOLINI et al., 2011; BULLON et al., 2009). Tais condutas são consideradas obstáculos à amamentação, sendo recomendado pela IHAC que mães e filhos devem permanecer juntos a maior parte do tempo, durante a internação e na ocorrência de intercorrências, e o período de separação deve ser o mais breve possível. No grupo estudado, 18% dos neonatos precisaram ser encaminhados à UCI, sendo a média de tempo de internação neste setor de 63,14 horas. A porcentagem de bebês nascidos na maternidade que não puderam ser encaminhados ao alojamento conjunto, logo após o parto, foi pouco inferior aos filhos das participantes deste estudo, ou seja, no mesmo período da coleta de dados 478 (16,70%) RNs na maternidade precisaram ser encaminhados à UCI, desses 45,60% permaneceram na unidade por 24 horas ou mais (CRSM-MATER, 2014).

O período de afastamento entre o RN e a mãe pode gerar sentimentos de medo e de preocupação da mãe e influenciar, dentre outros fatores, o início e estabelecimento da amamentação (BUCCOLINI et al., 2011).

Buscamos caracterizar a prática da amamentação entre mulheres em situação de VPI durante a gestação atual não só quanto ao tipo de aleitamento materno, duração do AME, mas também em relação à autoeficácia materna para amamentar.

O conceito de autoeficácia, conforme elaborado por Bandura, remete à confiança na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinada atividade, a um comportamento que produza resultados desejáveis (BANDURA, 1997). No caso da amamentação, a autoeficácia se constitui na confiança da mulher em ter conhecimento e habilidade suficientes para amamentar o filho (CHEZEN; FRIESEN; BOETTCHER, 2003).

A autoeficácia na amamentação, com base na Teoria Social Cognitiva ou Teoria da Autoeficácia de Bandura (1977), inclui quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa de autoeficácia, conforme já citado neste estudo.

Relacionando essas fontes à prática da amamentação: Experiência pessoal ou de domínio - experiências positivas anteriores; Experiência vicária ou observacional - resultado da observação do comportamento e desempenho de outras mães que amamentaram; Persuasão social ou verbal - apoio de pessoas de sua relação; e Estado somático e emocional - reações físicas e psicológicas frente à amamentação.

Para avaliar a autoeficácia especificamente na amamentação, Dennis e Faux (1999) desenvolveram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), utilizando o referencial da Teoria de Autoeficácia.

Depois de ser avaliada e testada em suas propriedades psicométricas, a versão final da BSES se constituiu de 33 itens organizados em duas categorias de domínio: Técnico (T) e Intrapessoal (IP). As questões técnicas enfocam aspectos técnicos da amamentação, relacionados ao manejo; e as questões intrapessoais enfocam a parte subjetiva da amamentação, relacionada ao desejo, prazer e motivação em amamentar (ORIÁ, 2008).

A maneira como a BSES foi elaborada permite identificar em quais aspectos estão as dificuldades de cada mulher para amamentar (ORIÁ, 2008). Para os profissionais da saúde, esse instrumento pode ser valioso para direcionar as orientações e o apoio à nutriz, durante o processo de amamentação.

No presente estudo, a BSES foi aplicada com 30 dias de pós-parto e identificou que 54% das mulheres apresentaram alta, 34% média e 12% baixa autoeficácia para amamentar. Ao analisar as questões de domínio T, observou-se que quanto maior a pontuação nestas questões maior o nível de autoeficácia, o mesmo ocorreu com as questões IP, não havendo diferença entre os dois domínios.

Resultados semelhantes foram encontrados por Rodrigues, A. P. (2013) que identificou em seu estudo que a maioria (81,8%) das mulheres entrevistadas apresentava alta autoeficácia em amamentar, e 18,9% apresentavam média autoeficácia. Tavares et al. (2010) também encontraram entre as 155 puérperas entrevistadas que nenhuma apresentou baixa eficácia, e que a maioria (80,6%) apresentou elevada autoeficácia, enquanto 19,4% tinham média autoeficácia na amamentação. Porém, embora esses estudos também tivessem sido realizados com puérperas, os mesmos não tinham como objetivo analisar a autoeficácia na amamentação entre mulheres em situação de violência. Outro ponto diferencial é o uso da forma curta da escala (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form - BSES-SF*).

6.4 Duração do AME e autoeficácia na amamentação: análise de associação

6.4.1 Duração do AME e autoeficácia na amamentação: análise de associação com tipo de VPI na gestação atual

Apesar de não ter sido encontrado resultado estatisticamente significativo entre tipo de VPI na gestação atual e a duração do AME no período de 30 dias de puerpério, grande parte das mulheres (40,43%) que referiram violência psicológica e 23,40% das que referiram violência física não estava praticando o AME. Aos 70 dias de pós-parto, apenas 19% e 8% das que referiram violência psicológica e física, respectivamente, mantinham AME.

A mulher, mesmo tendo vivido momentos difíceis na gestação como a violência, tende a oferecer o cuidado ao filho, como parte do ideal de boa mãe. É como se enquanto exercesse a maternidade as demais experiências se isolassem (LOURENÇO; DESLANDES, 2008). Por outro lado, no estudo de Oliveira (2008), verificamos que a chance de manter o AME foi superior entre mulheres que não foram expostas à violência física durante a gestação, sendo a taxa de desmame precoce 1,43 vez maior entre os casais que referiam violência física em relação aos que não referiam.

Um estudo americano, que teve como objetivo verificar a relação entre VPI antes ou logo após o parto com a amamentação, verificou que 71% das puérperas praticavam o aleitamento materno e 18,3% já haviam desmamado seus filhos, antes do primeiro mês. Os resultados desse estudo, quando analisados separadamente, demonstraram que a VPI diminuía discretamente o início da amamentação e contribuía para sua interrupção mais rapidamente. Porém, ao serem analisados em associação com variáveis sociodemográficas e comportamentais, a VPI aumentava significativamente o término precoce do aleitamento materno. Os autores acreditaram que esses resultados sugerem que quanto menor o estado socioeconômico maior a necessidade de proteção para essas mulheres e seus filhos, em relação aos atos de agressão (SILVERMANET et al., 2006).

Mulheres em situação de violência podem vir a ter no puerpério depressão, ansiedade, estilo de vida prejudicial, como abuso do tabaco e álcool, transtornos

alimentares, comportamento de risco para a sexualidade, distúrbios do sono, além de baixa autoestima e autoeficácia. Todos esses fatores estão relacionados com a ocorrência de desmame precoce (KENDALL-TACKETT, 2005, 2008).

Segundo documento da OPAS (2004), as mulheres que sofrem VPI durante a gestação deixam de ter interesse pela sua própria saúde e pela saúde do bebê, o que pressupõe que a amamentação poderá ser prejudicada, já que é uma tarefa realizada exclusivamente pela mãe.

Nesse sentido, Lourenço (2006), em seu estudo qualitativo, observou que a violência antes e durante o período de aleitamento pode interferir no desejo e na disposição das mulheres em amamentar e de se dedicarem a essa prática. Além disso, atitudes de companheirismo por parte do parceiro tendem a ser um fator de proteção e incentivo para o início da amamentação mais do que outros fatores biológicos e sociais (SCOTT et al., 2006).

Já Bullock, Libbus e Sable (2001), em seu estudo realizado no Canadá sobre violência e amamentação com 212 mulheres, não encontraram associação entre sofrer violência e menor propensão em amamentar, o que sugere que as mulheres se preocupam com seus filhos e tentam superar as dificuldades que sofrem com a violência.

São poucos os estudos que tratam sobre a relação entre VPI e aleitamento materno, mas refletindo sobre a complexidade de que trata o processo de amamentar, é possível que situações estressantes e conflituosas possam interferir na tranquilidade que a mulher precisa para tal.

Em relação ao nível de autoeficácia na amamentação e a ocorrência de VPI na gestação, não foi encontrado resultado estatisticamente significativo. A maior parte das mulheres que referiram violência pelo parceiro tinha alta autoeficácia na amamentação. Vale destacar, também, que não encontramos na literatura consultada outro estudo que analisasse o nível de autoeficácia na amamentação entre mulheres em situação de VPI, o que impossibilita comparação.

Entretanto, é sabido que a ocorrência de violência física, psicológica e social contra a mulher reduz os níveis de autoestima (CASIQUE, 2004). Como consequência da violência na gestação, mulheres apresentam alteração de humor no puerpério e risco maior de depressão pós-parto (MATTAR et al., 2007). Além do mais, uma mulher que esteja doente ou que tenha sido explorada de alguma

maneira tem a capacidade reduzida para comportamentos saudáveis (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2004; HEINIG, 2002).

Nessa direção, a literatura apresenta estudo que evidencia associação da autoconfiança e a depressão materna com amamentação, porém não relacionado com situação de violência pelas mulheres. O estudo de coorte realizado por Dunn et al. (2006) com 599 mulheres contatadas, na primeira a sexta semana após o parto sobre fatores como a confiança em amamentar, depressão e apoio e a relação com a amamentação nas seis semanas após o parto, verificou que há associação entre amamentação e confiança materna apenas com as mulheres mais velhas e que a depressão tem maior probabilidade de desmame precoce.

A esse respeito, estudo de Fonseca-Machado (2014) comprova que as chances de apresentar o indicativo de transtorno depressivo foram, aproximadamente, quatro vezes maiores entre as mulheres em situação de VPI na gestação atual. A mesma autora também demonstrou, por meio do instrumento Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que mulheres em situação de VPI, durante a atual gestação, apresentaram maiores escores de sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado, quando comparadas àquelas que não sofreram violência.

A análise de tal achado, considerando a fisiologia da lactação, é de efeitos negativos, visto que a ansiedade materna desencadeia a produção de peptídeos supressores da lactação, impedindo que a prolactina desempenhe seu papel na produção láctea (ALMEIDA, 1999). Ainda, o reflexo de ejeção do leite, mediado pela ocitocina, também sofre influências negativas da ansiedade. Por uma situação de estresse emocional, há a produção de adrenalina que inibe a ação da ocitocina (ALMEIDA, 1999).

A ansiedade pode, portanto, ocasionar uma percepção negativa da nutriz quanto a sua produção de leite (BOUCHER et al., 2011). Assim, poderá levá-la a não se envolver com a amamentação, por acreditar que não seja capaz de desenvolvê-la com sucesso.

6.4.2 Autoeficácia na amamentação: análise de associação com a duração do AME e fatores relacionados ao início, estabelecimento e desmame precoce

Estudos que avaliaram a autoeficácia em amamentação trouxeram evidências de que mulheres com níveis mais elevados de autoeficácia na amamentação tendem a amamentar por mais tempo (MCQUEEN et al., 2011; MOSSMAN et al., 2008; UCHOA, 2012).

O tempo de AME apresentou associação com o nível de autoeficácia na amamentação. E 52% das mulheres que estavam amamentando aos 30 dias de pós-parto apresentaram alta autoeficácia, dessas 38,30% praticavam AME. Aos 70 dias de puerpério, 34,88% das participantes que ainda mantinham o AME tinham alta autoeficácia e 6,98% das que haviam desmamado seus filhos apresentaram baixa autoeficácia.

Em semelhança ao presente estudo, Blyth et al. (2002) aplicaram a BSES na Austrália, para 300 mulheres no pós-parto, e encontraram que 92% delas iniciaram a amamentação, mas 40% a interromperam ainda no 4º mês após o parto. Esses resultados mostraram que mães com alta autoeficácia na amamentação foram mais propensas a amamentar exclusivamente até o 4º mês (79,3%) em relação às com baixo nível de autoeficácia na amamentação (50%).

Na avaliação realizada com quatro semanas após o parto, Dennis, Heaman e Mossman (2011) encontraram que as mães em AME ($62,17 \pm 7,92$) ou em AMP ($62,42 \pm 7,41$) apresentaram maior pontuação da BSES-SF que aquelas em amamentação parcial ou com mamadeira ($57,72 \pm 11,48$).

Vale ressaltar que os estudos acima citados, que utilizaram a BSES-SF ou a BSES, diferentemente do presente estudo, não investigaram a autoeficácia em mulheres que sofreram VPI na gestação.

A duração do aleitamento materno e a relação com fatores relacionados tais como as condições sociodemográficas, ambientais, biológicas, obstétricas e culturais maternas e a assistência prestada pelos serviços de saúde têm se constituído em objeto de análise na literatura científica (BRASIL, 2009b; CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007; REA, 2003).

Nessa direção, investigamos alguns fatores de possível influência na prática da amamentação de mulheres em situação de VPI na gestação atual, participantes

desta pesquisa, particularmente que podem estar associados ao nível de autoeficácia na amamentação.

Dentre os fatores analisados que contribuem para a interrupção precoce da amamentação exclusiva, ou seja, a adoção do aleitamento misto complementado, está a ausência da realização do pré-natal, conforme verificado nos estudos de Chaves, Lamounier e César (2007) e Scott et al., (2006). Corroborando esses autores quanto à importância do pré-natal sobre a amamentação, outros estudos evidenciaram os efeitos positivos da realização do pré-natal na duração do aleitamento materno e influência na intenção e no nível de autoeficácia das mulheres para a amamentação (NOEL-WEISS et al., 2006; WILHELM et al., 2008).

No presente estudo, não verificamos associação quanto à idade da gestação de início do pré-natal e número de consultas realizadas com o nível de autoeficácia na amamentação, entretanto ocorreu uma tendência de quanto mais cedo foi iniciado o pré-natal e com maior número de consultas realizadas houve maiores níveis de autoeficácia na amamentação.

Em um ensaio clínico randomizado realizado com 110 mulheres primíparas, sobre os efeitos de uma oficina de aleitamento materno no pré-natal, os autores verificaram que 87% das participantes tinham decidido amamentar, e entre estas 78% tinham frequentado aulas de pré-natal (NOEL-WEISS et al., 2006).

Nesse sentido, as orientações realizadas ainda no pré-natal são de grande importância para reconhecer e intervir nos possíveis fatores de risco ao desmame precoce (DENNIS, 2003). Vale ressaltar que a persuasão verbal é uma das fontes que fundamenta a Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1997), e utilizar-se desta ferramenta, principalmente no pré-natal, pode ser um caminho para melhorar os níveis de autoeficácia em amamentar (DODT, 2011).

Outro fator de influência no início da amamentação ainda na sala de parto, conforme apontado por D'Orsi et al.(2005), é o tipo de parto, em que os autores observaram que a prática de amamentar foi menos frequente entre mulheres submetidas à cesárea. Nessa mesma direção, Boccolini et al. (2008) relataram que um percentual maior de mães conseguiu iniciar o aleitamento materno quando submetidas ao parto normal em relação às que foram submetidas ao parto cesáreo. Os mesmos autores observaram que parto cesariano atrasa a oferta de leite materno, contrapondo-se ao efeito do parto vaginal que o favorece (BOCCOLINI et al., 2008).

O parto cesariano tem reflexos não só no início como também no estabelecimento da amamentação, visto que interfere na disposição da mulher para amamentar em função das dores e desconfortos do ato cirúrgico, além de dificultar o posicionamento do bebê em razão do repouso obrigatório da mãe no leito (SOUZA et al., 2012). As condições do parto e do períneo têm implicações diretas na disposição da mulher para amamentar, uma vez que um parto cirúrgico gera limitações na postura corporal e causa desconforto pela dor da incisão (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2006). Assim, a dor e a satisfação com o parto podem influenciar o nível de autoeficácia da mulher para amamentar, por se sentirem incapazes de realizar tal ação (DENNIS, 2006).

A esse respeito, estudo realizado por Wilhelm et al. (2008), sobre a influência da autoeficácia e duração da amamentação em primíparas de zona rural, verificou as maiores taxas de amamentação entre as que fizeram parto vaginal e níveis de autoeficácia altos. Entretanto, no presente estudo, não identificamos associação dos níveis de autoeficácia da mulher para amamentar e o tipo de parto realizado.

Contrário ao obtido em nosso estudo, no estudo de Dennis (2006), o tipo de parto apresentou associação com os níveis de autoeficácia materna para amamentar, sendo que as mulheres que deram à luz através de partos com intervenções, incluindo o parto cesáreo, apresentaram menores pontuações da BSES em relação às que puderam realizar partos vaginais sem intervenções.

Um estudo pré-experimental, desenvolvido em uma maternidade pública de Fortaleza – CE, com 100 puérperas, mostrou que a autoeficácia na amamentação foi influenciada pelo número de partos, número de filhos, experiência anterior em amamentar, ter realizado pré-natal e tipo de parto normal (DODT et al., 2013).

Outro fator que a literatura tem considerado como associado à duração da amamentação é o fato de a gravidez ser ou não planejada e desejada (GIPSON; KOENIG; HINDIN, 2008). No presente estudo, realizamos a análise deste fator associado ao nível de autoeficácia das mulheres na amamentação e não identificamos associação.

No estudo de Uchoa (2012), diferindo dos achados deste estudo, dentre as variáveis que influenciaram positivamente a autoeficácia foram planejar a gravidez, ter seis ou mais consultas de pré-natal, ter conhecimento prévio em amamentar, preparar as mamas para amamentar, pretender amamentar, ter participado do curso

de gestante, pretender amamentar exclusivamente até o 4º mês de vida do bebê. Nessa pesquisa foi utilizada a BSES-SF.

As dificuldades, no início da amamentação, podem afetar a autoeficácia das mulheres frente à amamentação (WILHELM et al., 2008). Dentre as dificuldades estão as relacionadas a alguma intercorrência materna e entre as intercorrências mais comuns e que têm influência na prática da amamentação está o trauma mamilar. No presente estudo, o trauma mamilar ocorreu em 92% das mulheres. Independente de ter ou não ocorrido intercorrências nas diferentes fases do ciclo, não alterou o perfil de respostas, mantendo-se os maiores percentuais para o alto nível de autoeficácia.

Embora não se observe associação das intercorrências com a autoeficácia na amamentação, na literatura autores referem que intercorrências na gestação, parto e puerpério têm influência na amamentação (CIAMPO et al., 2008; GIULIANE et al., 2012). Particularmente as intercorrências mamárias interferem diretamente na amamentação, sendo um risco para o desmame precoce. Nessa direção, alguns estudos verificaram relação do trauma mamilar e ingurgitamento mamário com a duração do aleitamento materno (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; COCA et al., 2009; GIULIANI et al., 2012; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Outros fatores que a literatura tem apresentado como possível influência na amamentação dizem respeito às características dos neonatos. No presente estudo, identificamos associação entre o índice de Apgar de primeiro minuto de vida e a autoeficácia na amamentação (p -valor $< 0,0001$). Identificamos que 50% das mulheres, cujos filhos obtiveram Apgar de 7 a 10 no primeiro minuto de vida, apresentaram alta autoeficácia na amamentação.

Sobre a análise da variável neonatal (Apgar) associada à autoeficácia das mães frente à amamentação, Uchoa (2012) acredita que quanto melhores as condições vitais dos neonatos, maior autoeficácia as mães terão para amamentar, tendo por base os resultados de seu estudo em que o Apgar de primeiro minuto de vida foi em 74% dos casos maiores ou igual a 7, e esse resultado apresentou associação com melhores médias na BSES-SF. A autora refere que quanto melhores forem as condições do RN, maior será também a autoeficácia das mães, pois estas se sentirão mais seguras ao lidar com um bebê sadio e com sucção adequada.

As demais variáveis neonatais como idade gestacional ao nascer, Apgar de quinto minuto e peso ao nascer não apresentaram associação com o nível de autoeficácia na amamentação.

Em relação ao peso de nascimento, Boccolini et al. (2008) encontraram que os RNs do sexo masculino e com baixo peso ao nascer demoraram um tempo maior para iniciar o aleitamento materno. Como já citado, a amamentação na primeira hora de vida é um dos passos para o sucesso dessa prática (WHO, 2009), ou seja, quanto antes se iniciar o aleitamento materno, maiores serão as chances de estabelecer essa prática.

Neste estudo, não identificamos associação entre a idade gestacional do nascimento com o nível de autoeficácia na amamentação, bem como não encontramos pesquisas sobre a autoeficácia na amamentação e a relação com esta variável. Entretanto, na literatura consultada, a idade gestacional é considerada como fator de influência na amamentação por contribuir para o desmame precoce. No estudo de Uchimura et al. (2001) realizado com mães na 12ª semana após o parto, eles verificaram que apenas 29,8% das mulheres amamentavam e, dentre as razões referidas pelas mães para a interrupção da amamentação, observou-se a prematuridade em 23,5% dos casos.

Outros fatores investigados relacionados ao início, estabelecimento e desmame precoce se referem às práticas assistenciais/conduas dos profissionais, as quais têm sido transformadas em atenção ao movimento de humanização da assistência no nascimento e parto, nas últimas décadas do século passado no Brasil e no mundo.

Dentre as práticas assistenciais analisadas incluem-se o contato pele a pele e o sugar na primeira hora de vida. A prática da amamentação na primeira hora de vida no Brasil é relativamente baixa (43%) (BRASIL, 2008). No presente estudo, a maioria dos bebês não sugou na primeira hora de vida, e menos da metade teve contato imediato com suas mães na sala de parto. Esse contato favorece o vínculo mãe e filho (BYSTROVA et al., 2009), além de aumentar a duração do aleitamento materno (BYSTROVA et al., 2009; MURRAY; RICKETTS; DELLAPORT, 2007).

O estudo de Uchoa (2012) encontrou associação entre a amamentação na primeira hora de vida em relação aos valores médios mais altos de autoeficácia na amamentação, associação que não identificamos no presente estudo. Entretanto, o distanciamento da mãe e bebê logo após o parto, por intercorrências do RN com

permanência na UCI, teve associação com o nível de autoeficácia (p-valor 0,0058 e 0,0214, respectivamente).

Verificamos que 48% das mulheres, cujos filhos não apresentaram intercorrências durante a internação e 50% das que permaneceram em alojamento conjunto durante toda a internação, tinham alta autoeficácia na amamentação. Narchi, Fernandes e Dias (2009) encontraram resultados semelhantes em seu estudo, o qual mostrou relação entre mãe e filho permanecerem em alojamento conjunto com o tipo de aleitamento materno. As autoras acreditam que a separação pode diminuir a autoconfiança materna para amamentar.

Sobre tal questão, estudos com mães de prematuros têm evidenciado como o momento do nascimento e a separação repercutem psicologicamente sobre a mãe. Segundo Paiva et al. (2013), no momento do parto o ver e tocar o bebê constitui-se em motivo de alegria, mas pode se constituir para a mulher em insegurança, principalmente quando a criança requer cuidados especiais e necessitam ser encaminhadas à UCI ou até para Unidade de Terapia Intensiva. Estudos apontam que essa separação pode dificultar no desenvolvimento do apego (CAMPOS et al., 2008) ou mesmo no aleitamento materno, visto que o atraso no início da expressão mamária e a inibição da ejeção de leite devido à tensão e ansiedade vivenciada pela mãe podem gerar insuficiência láctea (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A separação do bebê de sua mãe configura-se em uma experiência estressante que aumenta a ansiedade das mães (PADOVANI et al., 2009). Mães ansiosas têm dificuldade em perceber e interpretar suas próprias emoções, diminuindo a percepção e compreensão dos sinais demonstrados pelo bebê (FEELEY et al., 2011). Além disso, o nível de ansiedade é um fator negativo na autoeficácia em amamentação (DUNN et al., 2006; WILHELM et al., 2008).

Ainda na perspectiva da humanização do parto e nascimento, outra prática tem ganhado espaço nos contextos institucionais das maternidades: a presença do acompanhante no momento do parto, particularmente a do parceiro. Segundo Lewallen (2006), o companheiro deve ser envolvido, estimulando assim seu apoio, o que também tem se mostrado muito importante na prática do aleitamento. Nessa direção, a literatura apresenta estudos que consideram que a presença do acompanhante, como a do pai, tem importante papel no auxílio da mamada e no aumento da duração do aleitamento materno (BULLON et al., 2009; COCA et al., 2009; ERLANDSSON et al., 2007).

No que se refere à influência da presença do acompanhante no parto em relação à autoeficácia na amamentação, no presente estudo não identificamos associação. Vale lembrar a situação particular das mulheres do presente estudo, em que seus parceiros acompanhantes podem tanto representar segurança e apoio no momento do parto como medo e preocupação pela situação de VPI em que vivenciam em seu cotidiano.

Sobre a autoeficácia na amamentação e presença do parceiro como acompanhante no parto, no estudo de Zubaran et al. (2010), embora tivessem por objetivo traduzir e avaliar psicometricamente uma versão em português da BSES-SF na amamentação, encontraram que a única característica demográfica que apresentou menor pontuação na BSES-SF foi a falta de um parceiro. Esse resultado sugere que mulheres sem o apoio do parceiro estão em maior risco de interrupção do aleitamento materno em comparação com as que contam com o parceiro.

Em relação à participação do parceiro em outros momentos da amamentação, também não verificamos associação com a autoeficácia na amamentação. Entretanto, estudos (DUNN et al., 2006; WILHELM et al., 2008) têm evidenciado que o apoio da família, em especial do marido ou companheiro e das avós, exerce uma influência positiva na autoeficácia para a amamentação.

Outro fator, investigado no presente estudo, que a literatura apresenta como de influência para o desmame precoce é a percepção que a mulher tem do leite produzido. A percepção de baixa produção de leite é frequentemente alegada pelas mães, entre outros fatores, tais como retorno ao trabalho e problemas maternos para introduzir leite artificial ou deixarem de amamentar, antes do sexto mês da criança (CIAMPO et al., 2008).

A análise do fator percepção da produção de leite e a relação com o nível de autoeficácia na amamentação não apresentaram associação estatisticamente significativa neste estudo, sendo que 48,84% das mulheres com alta autoeficácia na amamentação consideravam seu leite bom, forte ou suficiente.

Apesar de não ter sido observada associação do nível de autoeficácia na amamentação com a percepção da produção do leite, na literatura consultada, a preocupação materna quanto à qualidade e quantidade do leite é um fator de influência negativa sobre a autoeficácia na amamentação (NOEL-WEISS et al., 2006; WILHELM et al., 2008). Ainda, outras preocupações maternas relacionadas ao leite produzido se referem à percepção da ejeção do leite. No estudo de Dodt

(2008), em que se buscou a validação da escala BSES-SF, verificou-se que entre puérperas com idade mais elevada ($M=23,9$; $dp=\pm 6,1$), as características dos mamilos apresentaram associação estatisticamente significativa, sendo também o reflexo da ejeção uma fonte de preocupação para as puérperas.

A alegação de leite fraco ou pouco leite para o desmame, segundo Ramos e Almeida (2003), demonstra um pedido de ajuda da mãe-nutriz frente às dificuldades vivenciadas no processo de amamentação. Acreditar na capacidade do corpo é um fator que pode influenciar no bom funcionamento fisiológico, pois isso reduz o estresse e o estado emocional negativo, controla o raciocínio e melhora o nível de autoeficácia (BANDURA, 1977).

Nesse sentido, intervenções educativas no alojamento conjunto têm se mostrado efetivas para mudanças no nível de autoeficácia na amamentação. Dodt et al. (2013) realizaram uma intervenção educativa sobre aleitamento materno para puérperas no alojamento conjunto e observaram que houve um aumento do nível de autoeficácia na amamentação, após a intervenção. Esse resultado sugere que mães em alojamento conjunto e que são bem orientadas podem adquirir maior confiança e habilidade para amamentar, aumentando as chances de maior duração do AME.

7. CONCLUSÃO

Entre as participantes desta pesquisa, a qual ocorreu no período de maio de 2012 a maio de 2013, os resultados obtidos permitiram concluir que:

- A idade média foi 24,50 anos, com tempo médio de estudo de 8,90 anos, a maioria parda, evangélica, sem vícios, não exerce atividade remunerada, coabita com companheiro, com residência própria, sendo o parceiro o chefe da família, com renda média de 2,61 salários- mínimos.
- Foi encontrada uma prevalência de 17,59% de VPI, durante a gestação atual. Essa porcentagem foi referente a um total de 358 gestantes entrevistadas. A violência psicológica ocorreu na maioria dos casos (94%), a física em 42% dos casos e a sexual em 2%. A frequência de todos os atos de violência diminui durante a gestação atual. O insulto foi o de maior ocorrência dentro da violência psicológica, e sua ocorrência antes da gestação foi de 94% e durante a gestação de 76%. Na violência física, o empurrão ocorreu mais vezes, sendo 60% antes da gestação e 34% durante. E a prática sexual por medo ocorreu com maior frequência na violência sexual, sendo 14% antes e 2% durante a gestação. A maioria das participantes referiu que a violência não afetou a saúde, porém entre as que referiram ter a saúde afetada, a maior parte classificou como muito afetada. E 36% das mulheres que referiram atos de violência cometidos pelo seu parceiro não tiveram a percepção de sofrer violência.
- A maioria era primípara, não havia planejado a gestação atual, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, realizou seis consultas ou mais, não apresentou intercorrências na gestação, parto e pós-parto imediato, com parto vaginal, sem analgesia durante o trabalho de parto, com presença do companheiro como acompanhante, durante o trabalho de parto.
- Os neonatos das participantes foram, em sua maioria, a termo, com peso médio de 3,304 gramas, apresentaram Apgar de primeiro e quinto minutos de vida de 7 a 10, sem intercorrências ao nascer e durante a internação. E 62% não sugaram na primeira hora de vida, 38% não tiveram contato imediato ao nascer com suas mães, 18% dos neonatos precisaram ser encaminhados à UCI, sendo a média de tempo de internação neste setor de 63,14 horas.

- Em relação ao aleitamento, 88% dos bebês foram para casa em AME, porém, com 30 dias após o parto, apenas 55,32% ainda eram amamentados de forma exclusiva. Entre os que já haviam sido desmamados ou que já haviam recebido água, chá ou leite artificial, o tempo médio de AME foi de 19,08 dias. No período de 70 dias após o parto, a porcentagem de crianças em AME foi de apenas 40%, 18% estavam em AMP, 12% estavam em AM e 16% já haviam sido desmamados.
- Com 30 dias de puerpério, 50% das entrevistadas referiram algum tipo de intercorrência na amamentação, sendo 92% trauma mamilar e 28% ingurgitamento mamário. Dentre os fatores que influenciaram a introdução de outros alimentos ou leites, elencados pelas entrevistadas, 31,13% delas referiram mais de um fator. O que incluiu: perda de peso, choro intenso, ter recebido alta com complemento, retorno ao trabalho pela mulher, dor mamilar, nervoso, estresse, leite fraco, influência de outras pessoas como sogra, companheiro e vizinha. Apesar de apenas 40% das mulheres amamentarem de forma exclusiva com 70 dias de puerpério, a maioria considerou seu leite bom, forte e suficiente no mesmo período. A maioria das participantes referiu receber o apoio do companheiro para amamentar, 48% consideraram que a relação melhorou após o nascimento do filho e 46% delas afirmaram que o parceiro representava uma influência positiva na prática da amamentação.
- Não foi encontrado resultado estatisticamente significativo entre VPI contra a mulher na gestação e o AME no período de 30 dias de puerpério, porém 40,43% das que referiram violência psicológica não estavam em AME e 23,40% das que referiram violência física também não. E, aos 70 dias de pós-parto, apenas 19% e 8% das que referiram violência psicológica e física, respectivamente, mantinham AME. Em relação ao nível de autoeficácia na amamentação e a ocorrência de VPI na gestação, não foi encontrado resultado estatisticamente significativo. A maior parte das mulheres que referiram violência pelo parceiro tinha alta autoeficácia na amamentação.
- O tempo de AME apresentou associação com o nível de autoeficácia na amamentação, sendo que 38,30% das mulheres que praticavam o AME, com 30 dias após o parto, e 34,88% das mulheres que praticavam o AME, com 70 dias após o parto, apresentavam alta autoeficácia na amamentação (p-valor de 0,0347 e p-valor de 0,0300, respectivamente).

- No que se refere aos resultados neonatais, o índice de Apgar de primeiro minuto de vida, as intercorrências na internação e o setor para o qual o bebê foi encaminhado após o parto mostraram-se estatisticamente significativos em relação à autoeficácia na amamentação. Metade das mulheres, cujos filhos obtiveram Apgar de 7 a 10 no primeiro minuto de vida, tinha alta autoeficácia na amamentação, 48% das mulheres cujos filhos não apresentaram intercorrências durante a internação, e 50% das que permaneceram em alojamento conjunto, durante toda a internação, também tinham alta autoeficácia na amamentação. As demais variáveis neonatais não apresentaram associação com o nível de autoeficácia na amamentação.
- Com relação aos fatores associados ao desmame precoce, tais como a presença de intercorrência na amamentação, percepção da mulher sobre o apoio do parceiro na prática da amamentação e do leite materno produzido, não foi verificada associação estatisticamente significativa em relação à autoeficácia na amamentação.
- Para os fatores relacionados à prática assistencial tais como: início do pré-natal, número de consultas realizadas, tipo de parto, realização do contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida e presença do acompanhante, não foi verificada associação com o nível de autoeficácia na amamentação.
- A análise da autoeficácia na amamentação entre mulheres em situação de VPI na gestação nos possibilitou algumas aproximações com fatores relacionados à amamentação que podem ter influências negativas e positivas sobre o início e estabelecimento da amamentação, bem como para o desmame precoce. O uso do BSES revela-se como instrumento que pode ser usado tanto em pesquisas como na assistência, de modo a possibilitar ao profissional de saúde um planejamento de assistência mais efetiva.

8. LIMITAÇÕES DA PESQUISA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA

Os resultados desta pesquisa são relevantes, porém vale ressaltar as limitações metodológicas.

Por se tratar de um estudo descritivo-exploratório, o qual é útil para formular hipóteses e verificar frequência de um desfecho, não permite inferências sobre causa-efeito. Além disso, não foi possível fazer comparações entre as mulheres vítimas de VPI e as não vítimas de VPI, em relação ao nível de autoeficácia para amamentar e duração do AME.

Também ocorreram perdas de participantes pelo fato de terem sido necessárias várias etapas de coleta de dados, sendo a última realizada com 70 dias de puerpério.

Por ter sido uma das etapas da coleta de dados realizada no domicílio das entrevistadas, muitas vezes o parceiro agressor estava presente, isto pode ter inibido as participantes a responderem ao questionário de forma fidedigna.

Não há dúvidas de que a violência contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo tem extrema relevância, principalmente quando ocorrida no período gravídico-puerperal, por trazer consequências à saúde da mulher e da criança. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam ser mais bem preparados para não somente identificar os casos, como também agir de maneira adequada, de forma a minimizar os possíveis danos.

Embora o presente estudo não tenha encontrado associação entre ser vítima de VPI durante a gestação e duração do AME, nem associação entre VPI e autoeficácia na amamentação, uma mulher em situação de violência pode ter sua saúde física e emocional abalada, conforme nos mostraram os estudos consultados, e dessa forma a amamentação pode ser prejudicada. Quando refletimos sobre a importância do aleitamento materno, tanto para a mãe quanto para o bebê, e ainda para a sociedade, nos preocupamos em saber que tal prática pode ser interrompida ou realizada por um período curto de tempo.

Os profissionais de saúde podem contribuir para o sucesso da amamentação. O pré-natal pode ser um momento oportuno para revelar possíveis conflitos vivenciados pela mulher, e a BSES é uma ferramenta valiosa para identificar

possíveis fatores de risco ao desmame precoce. Além disso, ao identificar uma situação de violência e não ter meios para cuidar do problema, o profissional de saúde dispõe de locais de encaminhamento preparados para essas situações, e o emponderamento da mulher seria um caminho.

Esperamos que este estudo possibilite mais visibilidade à questão da violência e sobre sua repercussão, particularmente na amamentação. A literatura ainda carece de estudos que analisem a violência e sua repercussão na amamentação. O presente estudo é pioneiro em analisar tal questão, tendo como indicador a autoeficácia na amamentação. Futuras investigações devem ser realizadas por meio de estudos longitudinais que analisem a manutenção da amamentação e a influência da autoeficácia neste processo com mulheres em situação de violência, bem como na identificação da reincidência da VPI durante a amamentação, o que possibilitaria aprofundamento sobre a complexidade que envolve essas duas experiências vivenciadas conjuntamente pelas mulheres.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. D. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido de natureza e cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 381-8, 2004.

AQUINO, N. M.; et al. Sexual violence and its association with health self-perception among pregnant women. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 954-60, Dec. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil 2014 - Base LSE 2012**. São Paulo: ABEP. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>. Acesso em: 20 mar. 2014.

ARAÚJO, L. D. S. **Querer/poder amamentar uma questão de representação?** Londrina: UEL, 1997.

AUDI, CA. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-85, mar. 2008.

AUDI, CA. F. et al. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 60-7, 2008.

AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. **Auto-eficácia em diferentes contextos**. Campinas: Alínea, 2006.

BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. **Violence Against Woman**, Thousand Oaks, v. 12, n. 6, p. 588-604, 2006.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v. 84, n. 2, p. 191-215, Mar. 1977.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: WH Freeman, 1997.

BANDURA, A.; ADAMS, N. E.; BEYER, J. Cognitive processes mediating behavioral change. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 35, n. 3, p. 125-39, Mar. 1977.

BLYTH, R. et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 20, n. 1, p. 30-8, Feb. 2004.

BLYTH, R.; et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, Boston, v. 29, n. 4, Dec. p. 278-84, 2002.

BOCCOLINI, C. S.; et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2681-94, nov. 2008.

BOUCHER, C. A.; et al. Mothers' breastfeeding experiences in the NICU. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 30, n. 1, p. 21-8, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intra-familiar**: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF, 2002. (Caderno de Atenção Básica, 8).

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília, DF, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, 5). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_pueperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**. Relatório – Versão preliminar. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF, 2009a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informação/Edições Câmara, 2010. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/a-camara/procuradoria-da-mulher/arquivo-1->>. Acesso em: 15 maio 2012.

BUCCOLINI, C. S.; et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, fev. 2011.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. S126-S130, 2004. Suplemento.

BULLOCK L. F.; LIBBUS, M. K.; SABLE, M. R. Battering and breastfeeding in a WIC population. **Canadian Journal of Nursing Research**, Montreal, v. 32, n. 4, p. 43-56, 2001.

BULLON, R. B.; et al. A influência da família e o papel da enfermeira na promoção do aleitamento materno. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 49-70, 2009.

BURNS, N.; GROVE, S. **Understanding nursing research**. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 2003.

BUXTON, K. E.; et al. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 7, n. 2, p. 101-6, 1991.

BYSTROVA, K.; et al. Early contact versus separation: effects on mother – infant interaction one year later. **Birth**, Boston, v. 36, n. 2, p. 97-109, 2009.

CAMPBELL, J. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, London, v. 359, p. 1331-6, 2002.

CAMPOS, A. C. S.; et al. Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 52-9, jan./mar. 2008.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu – SP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 08 maio 2014.

CARVALHO, Q. C. M.; GALVÃO, M. T. G.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

CASIQUE, L. C. **Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya México**. 2004. 145 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE DA MULHER – MATER. **Relatório anual de enfermagem do CRSM-Mater**. Ribeirão Preto: Centro de Referência à Saúde da Mulher – MATER, 2014.

CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE DA MULHER – MATER. **Relatório anual de enfermagem do CRSM-Mater**. Ribeirão Preto: Centro de Referência à Saúde da Mulher – MATER, 2013.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **Journal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, p. 241-6, 2007.

CHEZEN, J.; FRIESEN, C.; BOETTCHER, J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans effects on actual feeding practices. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 32, n.1, p. 40-7, 2003.

CIAMPO, L. A. D.; et al. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 22-6, 2008.

COCA, K. P.; et al. Fatores associados ao trauma mamilar na maternidade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p. 341-5, 2009.

COLLADO PENA, S. P.; VILLANUEVA EGAN, L. A. Relationship between familial violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn. **Ginecologia y Obstetricia de Mexico**, México, v. 75, p. 259-67, 2007.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. 3. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2002.

DEMETRIO, F.; PINTO, E. J.; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2014.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DENNIS, C. L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 15, n. 3, p. 195-201, Sep. 1999.

DENNIS, C. L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing (JOGNN)**, Philadelphia, v. 32, n. 6, p. 734-44, 2003.

DENNIS, C. L. Identifying predictors of Breastfeeding Self-Efficacy Scale in the immediate postpartum period. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 29, p. 256-68, 2006.

DENNIS, C. L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – short form among adolescents. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 49, n. 3, p. 265-71, Feb. 2011.

DINIZ, S. G. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, A. L (Orgs). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005):** alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. 2006.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-311, 2009.

DODT, R. C. M. **Aplicação e validação da Breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF) em puérperas**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) -Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 169 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

DODT, R. C. M.; et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 610-8, jul./set. 2013.

D'ORSI, E.; et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2014.

DOSSI, A. P.; et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1939-52, ago. 2008.

DUBOVA, S. V.; et al. Partner violence against pregnant women in Mexico City. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 582-90, 2007.

DUNN, S.; et al. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 87-97, 2006.

DURAND, J. G. **Gestação e violência**: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. 2005. 220 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B.; Violence during pregnancy among public health care users in the Greater. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-22, 2007.

ERLANDSSON, K.; et al. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. **Birth**, Boston, v. 34, n. 2, p. 105-14, 2007.

ERTEM, I. O.; VOTTO, N.; LEVENTHAL, J. M. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 107, n. 3, p. 543-8, 2001.

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-61, set./dez. 2002.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E.; FERNANDES, C. L. Couples' relationships and breastfeeding: is there an association? **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2004.

FEELEY, N.; et al. The evidence base for the cues program for mothers of very low birth weight infants: an innovative approach to reduce anxiety and support sensitive interaction. **The Journal of Perinatal Education**, Washington, v. 20, n. 3, p. 142-53, 2011.

FISHER, R. A. The logic of inductive inference. **Journal of the Royal Statistical Society**, London, v. 98, n. 1, p. 39-82, 1935.

FONSECA-MACHADO, M. O. **Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros**. Ribeirão Preto, 2014. 153 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-45, jan. 2007.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001. Disponível em: <http://www2.fpa.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-es>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

GAZMARARIAN, J. A.; et al. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 4, n. 2, p. 79-84, 2000.

GIELEN, A. C.; et al. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. **Social Science and Medicine**, New York, v. 39, n. 6, p. 781-7, 1994.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, p. S146-S55, 1994. Suplemento 1. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a10.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S110-S123, 2004. Suplemento.

GIULIANI, N. R.; et al. O Início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para esta prática. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 53-8, jan./mar. 2012.

GIPSON, J. D.; KOENIG, M. A.; HINDIN, M. J. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. **Studies in Family Planning**, New York, v. 39, n. 1, p. 18-38, 2008.

GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal a saúde**. Brasília, DF, 2006. (Série B textos básicos de Saúde).

HEINIG, J. M. Health mothers, health babies: breastfeeding and beyond. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 18, n. 3, p. 215-6, 2002.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population Reports**, Baltimore, v. 27, p. 1-43, 1999.

HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiology in medicine**. Boston: Little, Brown, 1987.

HUTH-BOCK, A. C.; LEVENDOSKY, A. A.; BOGAT, G. A. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. **Violence and Victims**, New York, v.17, n. 2, p. 169-85, 2002.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 578-85, jul./ago. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

JASINSKI, J. L. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. **Trauma, Violence & Abuse**, Thousand Oaks, v. 5, n. 1, p. 47-64, 2004.

KENDALL-TACKETT, K. A. **Depression in new mothers**. Binghamton: Haworth, 2005.

KENDALL-TACKETT, K. A. Violence against women in the perinatal period: the influence of lifetime violence and abuse on pregnancy and postpartum. **Trauma Psychology Newsletter**, Washington, v. 3, n. 1, p. 8-11, 2008.

KRONBAUER, J. F.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, out. 2005.

KRONBORG, H.; VAETH, M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. **Scandinavian Journal of Public Health**, Oslo, v. 32, n. 3, p. 210-6, 2004.

LEWALLEN, L. P. A Review of instruments used to predict early breastfeeding attrition. **Journal of Perinatal Education**, Washington, v. 15, n. 1, p. 26-41, 2006.

LOURENÇO, M. A.; DESLANDES, S. F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 615-21, ago. 2008.

LOURENÇO, M. A. **A experiência de gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal**. 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

MARCACINE, K. O. et al. Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 395-400, 2013.

MARINHEIRO, A. L. **Violência doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP. 2004. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M. V.; SOUZA, L. Prevalence of violence against women users of health care services. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 604-10, 2006.

MARQUES, E. S.; et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1391-400, 2010. Suplemento 1.

MATTAR, R.; et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-7, 2007.

MCQUEEN, K. A.; et al. A pilot randomized controlled trial of breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 40, n. 1, p. 35-46, 2011.

MELO, Z. M.; SILVA, D. M.; CALDAS, M. T. Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana do Recife. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2013.

MENEZES, T. C.; et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-16, 2003.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexão a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MONTGOMERY, D. C. **Design and analysis of experiments**. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

MONTEIRO, J. C.; et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 359-67, abr./jun. 2011.

MONTEIRO, J. C.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 146-50, 2006.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brasil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, New York, v. 79, n. 3, p. 269-77, 2002.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-76, 2010.

MORAES, C. L.; et al. Severe Physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 14, n. 12, p. 2148-55, 2011.

MOREIRA, V.; BORIS, D. J. B.; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia Sociale**, Bologna, v. 23, n. 2, p. 398-406, maio/ago. 2011.

MOSSMAN, M.; et al. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 24, n. 3, p. 268-77, 2008.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 2014.

MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MURRAY, E. K.; RICKETTS, S.; DELLAPORT, J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. **Birth**, Boston, v. 34, n. 3, p. 202-11, 2007.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, jul. 1999.

NAKANO, A. M. S.; et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS, D. H. N. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 87-94, 2009.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 163-72, 2004.

NOEL-WEISS, J.; et al. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 5, p. 616-24, 2006.

NORONHA, J. Trauma: a epidemia do começo de um novo século. Uma publicação do Conselho Nacional de Saúde. **Revista da Saúde**, s.L., v. 3, n. 3, 2002.

O'BRIEN, M.; et al. Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, phase 1: perceptions of mothers and clinicians. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 25, n. 1, p. 55-65, Feb. 2009.

OKADA, M. M. **Violência doméstica contra a mulher**: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica. 2007. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, A. S. D. **Violência entre parceiros íntimos durante a gestação**: um fator de risco para o desmame precoce? 2008. 217 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolución XIX**: violencia y salud. Washington, DC 1993. Mimeografado.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud y violencia**: plan de acción regional. Washington, DC 1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La violencia doméstica durante el embarazo. **Hoja Informativa**, 2004. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/DPM/GPP/GH/VawPregnancysp.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale**: aplicação em gestantes. 2008 188 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da breastfeeding self-efficacy scale para o português. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 230-8, 2010.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2013.

PADOVANI, F. H.; et al. A ansiedade, disforia e sintomas de depressão em mães e bebês prematuros. **Psychological Reports**, Montana, v. 104, n. 2, p. 667-79, abr. 2009.

PAIVA, C. V. A.; et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 924-31, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/896>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

PALINSKI, J. R.; et al. Women's perception on the process of coaching labor. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 2, p. 274-88, Sep. 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3603>>. Acesso em: 8 mar. 2013.

PAPINCZAK, T. A.; TURNER, C. T. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. **Breastfeed Review**, Hawthorn, v. 8, n. 1, p. 25-33, Mar. 2000.

PASSINI JUNIOR, R. Consumo de álcool durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, jul. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 maio 2014.

PEDROSA, C. M. **Guia da mulher**: ações de promoção dos direitos. Ribeirão Preto, 2005. Mimeografado.

QUELOPANA, A. M.; CHAMPION, J. D.; SALAZAR, B. C. Health behavior in Mexican pregnant women with a history of violence. **Western Journal of Nursing Research**, Anaheim, v. 30, n. 8, p. 1005-18, 2008.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-90, 2003.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p. 37-45, 2003, Suplemento 1.

REA, M. F.; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 184-91, 1988.

REICHENHEIM, M. E.; et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 425-37, 2006.

RIBEIRÃO PRETO. **Projeto Amamentação e Municípios**: práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação. Ribeirão Preto, 2011.

ROCHA, N. B.; et al. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1293-305, maio 2010.

ROCHA, R. S.; et al. Consumption of medications, alcohol and smoking in pregnancy and assessment of teratogenic risks. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.

RODRIGUES, A. P. **Autoeficácia em amamentação de puérperas em alojamento conjunto**: contribuições para o cuidado de enfermagem. 2013. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

RODRIGUES, D. P. **Violência por parceiro íntimo contra a gestante**: estudo sobre as repercussões obstétricas e neonatais. 2013. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

RODRIGUES, D. T. **Análise da violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco**. 2007. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SALTZMAN, L. E.; et al. **Intimate partner violence surveillance**: uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Injury Prevention and Control, 2002.

SAS INSTITUTE. **SAS/STAT® User's Guide**. Version 9.0. Cary: SAS Institute, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVIERA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 112-20, 2006.

SCHRAIBER, L. B.; et al. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-7, ago. 2002.

SCOTT, J. A.; et al. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 4, p. 646-55, 2006.

SILVA, I. A. Amamentação na perspectiva da mulher. In: ISSLER, H. (Coord.). **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008.

SILVA, E. P.; et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-53, 2011.

SILVA, P. P.; et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 mar. 2013.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B.; CAPONI, S. N. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 21, p. 93-103, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

SILVA, M. **Violência**: um problema de saúde pública. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/violenciartasilva.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

SILVERMAN, J. G.; et al. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. **Journal of Women's Health**, Larchmont, v. 15, n. 8, p. 934-40, 2006.

SOUZA, S. N. D. H.; et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres / mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. Ribeirão Preto. 191 f. (Tese) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SULLIVAN, M. L.; LEATHERS, S. J.; KELLEY, M. A. Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 20, n. 2, p. 196-205, 2004.

SUSIN, L. R. O. **Influência do pai e das avós no aleitamento materno**. 2004. 141 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-7, 2005.

TAVARES, M. C.; et al. Aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form a puérperas e alojamento conjunto: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2717/599>. Acesso em: 15 maio 2014.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

UCHOA, J. L. **Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar**. 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

UCHIMURA, N. S.; et al. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, n. 3, p. 713-8, 2001.

VENANCIO, S. I.; et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanço. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 317-24, 2010.

VELLAS, E. F.; et al. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the new born. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2013.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 maio 2014.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 311-19, maio/jun. 2005.

WASELIZ, J. J. **Mapa da violência 2012**, atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA – Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano, ago. 2012 em: < http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

WILHELM, S. L.; et al. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. **Applied Nursing Research**, v. 21, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189706001364>>. Acesso em: 7 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Geneva, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding**: conclusions and recommendations. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva, 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf. Acesso em: 27 jul. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**: a tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care**. Section 1, Background and implementation. Preliminary version. Geneva, 2006.

YSTROM, E.; et al. The Impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 152, n. 1, p. 68-72, Jan. 2008.

ZUBARAN, C.; et al. The Portuguese version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short form. **Journal of Human Lactation**, v. 26, n. 297, p. 297-303, Fev. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres.

Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher. Para participar, você responderá a um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo a outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto. Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima, havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente,

Ana Márcia Spanó Nakano
Pesquisadora Coordenadora da pesquisa
(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

APÊNDICE B - Termo de Assentimento para Menores

Nome da pesquisa: A violência de gênero - implicações na saúde reprodutiva das mulheres

Pesquisadoras: Ana Márcia Spanó Nakano (coordenadora), Flávia Azevedo Gomes, Juliana Stefanello, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é estudar a ocorrência de violência por parceiro íntimo entre as gestantes, as consequências para a saúde da mãe e da criança, como as influências no aleitamento materno e na saúde mental da mulher. Para participar, você responderá a um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais e sobre como é o relacionamento com seu companheiro; este questionário exigirá cerca de 30 minutos de seu tempo. Além disso, você poderá participar de outras fases da pesquisa, respondendo a outros questionários sobre sua saúde e a do seu filho, no período de 3 a 6 meses após o parto. Caso você concorde em participar, assinará este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará comigo. Você pode aceitar ou não participar da pesquisa e, caso aceite, assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. Esclareço que não haverá nenhum pagamento ou ajuda de custo pela sua participação na pesquisa. Este questionário tratará de experiências de vida mais íntima havendo a possibilidade de riscos emocionais como tristeza, angústia e medo durante e entrevista, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico e suporte adequado. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradeço a colaboração e informo que com este trabalho será possível melhorar a assistência às mulheres que sofrem violência, de modo que tenham acolhimento e suporte adequado pelos profissionais de saúde.

Atenciosamente, _____

Ana Márcia Spanó Nakano
Pesquisadora Coordenadora da pesquisa
(16) 3602 3405. E-mail: nakano@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Assinatura da participante

APÊNDICE C - Formulário sobre os dados sociodemográficos, econômicos, comportamentais e ginecológicos

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E COMPORTAMENTAIS	
	1. Data de nascimento: ____/____/____
	2. Cor autorreferida: () 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
	3. Escolaridade em anos estudados: ()
	4. Religião: () 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4, protestante, 5 judaica, 6 afro-brasileira, 7 budista, 8 muçulmana, 9 testemunha de Jeová, 10 anglicana, 11 agnóstico, 12 ateu, 13 creio em Deus, mas não tenho religião, 14 não tem, 15 outras _____
	5. Ocupação: () 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal
	6. Hábito de fumar: () 1 sim, 2 não (Vá para 8)
	7. Número de cigarros/dia: () 222 não sabe, 999 não se aplica (não fuma)
	8. Hábito de beber: () 1 não bebe, 2 bebe todos ou quase todos os dias, 3 bebe uma ou duas vezes/semana, 4 bebe uma a três vezes/mês, 5 bebe menos de uma vez/mês
	9. Uso de drogas ilícitas: () 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/semana, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês
	10. Estado civil: () 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada
	11. Estado marital: () 1 vivendo com um companheiro independente do sexo, 2 tem um parceiro mas não vive junto, independente do sexo
	12. Tempo de relacionamento em meses: ()
	13. Situação de moradia: () 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida
	14. Renda familiar em salários-mínimos: () 222 não sabe
	15. Provedor da família: () 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros _____
	16. Convivência com companheiro, na maioria das vezes: () 1 boa, 2 ruim
	17. Com esta gestação a convivência mudou? () 1 não mudou, 2 piorou, 3 melhorou

CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS	
	18. Número de gestações: ()
	19. Gestação atual foi planejada? () 1 sim, 2 não 19.1. Foi desejada? () 1 sim, 2 não
	20. Número de partos: () 999 não se aplica (primigesta)
	21. Número de partos normais anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto normal anterior
	22. Número de cesáreas anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve cesárea anterior
	23. Número de partos com fórceps anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto anterior), 222 não teve parto com fórcepe anterior
	24. Número de filhos vivos: () 999 não se aplica (nenhum)

APÊNDICE D - Formulário sobre as variáveis obstétricas e neonatais

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS
1. Idade gestacional do início do pré-natal em dias: ()
2. Número de consultas pré-natal: ()
3. Intercorrências na gestação atual: () 1 sim, 2 não
Se sim, marque qual (is):
4. Hipertensão arterial: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
5. Pré-eclâmpsia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
6. Eclâmpsia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
7. Diabetes gestacional: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
8. Doenças sexualmente transmissíveis: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
9. Sangramentos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
10. Crescimento uterino restrito: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
11. Vulvovaginites: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
12. Infecção do trato urinário: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
13. Descolamento prematuro de placenta: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
14. Trabalho de parto prematuro nesta gravidez: () 1 sim, 2 não, 222 não se aplica (sem intercorrências), 999 ignorado ou em branco
15. Bolsa rota prematura: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
16. Intercorrências no trabalho de parto: () 1 sim, 2 não
Se sim, marque qual (is):
17. Hipertensão arterial: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências),

222 ignorado ou em branco
18. Pré-eclâmpsia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
19. Eclâmpsia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
20. Sangramentos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
21. Descolamento prematuro de placenta: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
22. Rotura uterina: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
23. Sofrimento fetal agudo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
24. Analgesia durante o trabalho de parto: () 1 sim, 2 não
25. Acompanhante durante o trabalho de parto: () 1 sim, 2 não
26. Se sim, quem? () 1 companheiro, 2 mãe, 3 sogra, 4 pai, 5 irmãos, 6 amigos, 7 outros _____, 999 não se aplica (não teve acompanhante durante o trabalho de parto)
27. Parto atual: () 1 normal, 2 cesárea, 3 fórcepe
28. Intercorrências no parto? () 1 sim, 2 não
Se sim, marque qual (is):
29. Rotura uterina: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
30. Pico hipertensivo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
31. Hipotensão arterial: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
32. Eclâmpsia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
33. Sangramento: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
34. Sofrimento fetal agudo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
35. Acretismo placentário: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco

36. Mecônio: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
37. Laceração: () 1 primeiro grau, 2 segundo grau, 3 terceiro grau, 4 quarto grau, 5 não teve
38. Intercorrências anestésicas: () 1 sim, 2 não
39. Intercorrências no pós-parto: () 1 sim, 2 não
Se sim, marque qual (is):
40. Hipertensão arterial: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
41. Pré-eclâmpsia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
42. Eclâmpsia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
43. Sangramento: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
44. Retenção placentária: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
45. Hipotonia uterina: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
46. Infecção puerperal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
47. Trauma mamilar: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
48. Ingurgitamento mamário: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
49. Corioamnioite: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
50. Infecção do trato urinário: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
51. Infecção de sítio cirúrgico: () 1 sim, 2 não, 222 não se aplica

VARIÁVEIS NEONATAIS
1. Idade gestacional da criança ao nascer em semanas: ()
2. Sexo da criança: () 1 feminino, 2 masculino
3. Apgar 1º minuto: ()
4. Apgar 5º minuto: ()
5. Peso ao nascer em gramas: ()
6. Comprimento ao nascer em cm: ()
7. Sugou na primeira hora pós-parto? () 1 sim, 2 não, 222 ignorado ou em branco
8. Intercorrências ao nascer: () 1 sim, 2 não
Se sim, marque qual (is):
9. Cianose: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
10. Bradicardia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
11. Parada respiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
12. Alteração de tônus muscular: () 1 atonia, 2 hipotonia, 3 hipertonia, 4 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
13. Hipotermia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
14. Parada cardiorrespiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
15. Dificuldade respiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
16. Malformação: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
17. Procedimentos realizados no nascimento? () 1 sim, 2 não
Se sim, marque qual (is):
18. Contato pele a pele: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
19. Aspiração de vias aéreas superiores: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
20. Oxigênio: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco

21. Máscara e ambú: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
22. Intubação traqueal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
23. Massagem cardíaca: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
24. Aspiração gástrica: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
25. Lavagem gástrica: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
26. RN encaminhado para: () 1 Alojamento conjunto, 2 Unidade de cuidados intensivos
27. Se unidade de cuidados intensivos, qual o tempo de permanência em horas? () 999 não se aplica
28. Recém-nascido encaminhado a outro serviço? () 1 sim, 2 não
29. Intercorrências durante a internação? () 1 sim, 2 não
Se sim, marque qual (is):
30. Hipoglicemia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
31. Desidratação: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
32. Icterícia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
33. Impetigo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
34. Dificuldade respiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
35. Tempo de internação em dias: ()
36. Tipo de aleitamento no momento da alta hospitalar: () 1 aleitamento materno exclusivo, 2 aleitamento materno predominante, 3 aleitamento materno misto ou parcial, 4 Não está amamentando

APÊNDICE E - Formulário sobre aleitamento materno

1. Você está amamentando este filho? () 1 sim, 2 não
2. Se sim, o leite materno é o único alimento oferecido? () 1 sim, 2 não, 3 não se aplica (não está amamentando)
3. Se não, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água, chá, outro leite ou alimento)? () dias 999 não se aplica (está amamentando)
4. Você teve alguma intercorrência durante o tempo de aleitamento materno? () 1 sim, 2 não
5. Trauma mamilar? () 1 sim, 2 não
6. Ingurgitamento mamilar? () 1 sim, 2 não
7. Mastite? () 1 sim, 2 não

APÊNDICE F - Formulário sobre tempo de AME e fatores que influenciaram o desmame

Contato por telefone com 70 dias:
1. Hoje como você está alimentando seu bebê? () 1. aleitamento exclusivo - AME; 2. aleitamento materno predominante - AMP (sem outro leite); 3. aleitamento materno – AM (leite materno + outro leite e outros alimentos); 4. artificial – D (desmame)
2. O que te fez oferecer outro alimento ou outro leite? () 1. por condições do bebê; 2. por condições da mãe; 3. por condições externas; 4. por mais de uma condição
3. Você acha que seu leite foi ou é: () 1. bom, forte, suficiente; 2. ruim, fraco, insuficiente
4. Que aspectos influenciaram positivamente para que você amamentasse? () 1. Rede social; 2. Importância para o bebê; 3. Orientação profissional; 4. Desejo, prazer, praticidade; 5. Condições sociais, físicas, alimentares, emocionais; 6. nenhuma influência positiva
5. Que aspectos influenciaram negativamente para que você parasse de amamentar ou que possam te atrapalhar de alguma forma a amamentar? () 1. Relações conflituosas com parceiro; 2. Influências do contexto social; 3. Condições de insatisfação do bebê na percepção da mãe; 4. Condições da mulher; 5. Nenhuma influência negativa
6. Você recebe ou recebeu apoio do companheiro para amamentar? () 1. sim 2. não
7. Com a chegada deste filho a relação com companheiro: () 1. não mudou; 2. piorou; 3. melhorou
8. O que ele pensa de você amamentar? () 1. Influência positiva; 2. Influência negativa

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de identificação e caracterização da violência

Você sente que seu companheiro controla muito a sua vida? () 1 sim, 2 não				
Eu quero que você me diga se seu atual companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez na vida, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Continue em B	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu
Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO 999. Não se aplica	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Ameaçou machucá-la ou alguém/algo de que(m) você gosta?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes

Alguma vez, o seu atual companheiro ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Continue em B	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Machucou-a com um soco ou algum objeto?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Estrangulou ou queimou você de propósito?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes

Alguma vez, o seu atual companheiro ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Continue em B	B) Isto aconteceu durante esta gravidez? SIM – Prossiga NÃO – Vá para D a partir do item 2	C) Durante a gravidez, você diria que isto aconteceu	D) Antes de engravidar, você diria que isto aconteceu
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes
Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO	1. Uma vez 2. Poucas vezes 3. Muitas vezes	1. Nenhuma vez 2. Uma vez 3. Poucas vezes 4. Muitas vezes

Você diria que o comportamento do seu companheiro/marido/namorado afetou ou está afetando sua saúde física e mental? () 1 sim, 2 não, 3 não sei,

Se sim, como afetou sua saúde: () 1 pouco, 2 médio, 3 muito, 222 não afetou a saúde da participante, 999 não se aplica (nenhum SIM no questionário anterior)

Qual a razão que fez você continuar este relacionamento, mesmo após estes acontecimentos?

Não queria deixar as crianças: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)

O casamento é sagrado: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)

Pelo bem da família/filhos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)

Não poderia sustentar os filhos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)

Amava o companheiro/marido/namorado: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

(nenhum SIM)
Ele pediu que ela voltasse: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
A família pediu que ela voltasse:()1 sim, 2 não, 999 não se aplica(nenhum SIM)
Ela o perdoou: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
Achou que ele iria mudar: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
Ele ameaçou a ela/filhos: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
Não tinha para onde ir: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (nenhum SIM)
Alguma outra pessoa, na sua vida, já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal? () 1 sim, 2 não)

A) Quem? 1. SIM 2. NÃO	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu? 1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	D) Isto aconteceu durante a gravidez? 1. SIM 2. NÃO
Filhos	_____ anos	1 2 3	1 2
Mãe/mãe adotiva	_____ anos	1 2 3	1 2
Pai/pai adotivo	_____ anos	1 2 3	1 2
Irmã(o/s)	_____ anos	1 2 3	1 2
Outros familiares	_____ anos	1 2 3	1 2
Vizinhos	_____ anos	1 2 3	1 2
Amigo(a) trabalho ou escola	_____ anos	1 2 3	1 2
Alguma outra pessoa já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente? () 1 sim, 2 não			

A) Quem? 1. SIM 2. NÃO	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu? 1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	D) Isto aconteceu durante a gravidez? 1. SIM 2. NÃO
Filhos	_____ anos	1 2 3	1 2
Mãe/mãe adotiv	_____ anos	1 2 3	1 2
Pai/pai adotivo	_____ anos	1 2 3	1 2
Irmã (o/s)	_____ anos	1 2 3	1 2
Outros familiares	_____ anos	1 2 3	1 2
Vizinhos	_____ anos	1 2 3	1 2
Amigo(a) trabalho ou escola	_____ anos	1 2 3	1 2
Alguma outra pessoa já forçou você a ter relação sexual contra a sua vontade? () 1 sim, 2 não			

A) Quem? 1. SIM 2. NÃO	B) Quantos anos você tinha?	C) Quantas vezes isto ocorreu? 1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	D) Isto aconteceu durante a gravidez? 1. SIM 2. NÃO
Filhos	_____ anos	1 2 3	1 2
Mãe/mãe adotiva	_____ anos	1 2 3	1 2
Pai/pai adotivo	_____ anos	1 2 3	1 2

Irmã (o/s)	_____ anos	1	2	3	1	2
Outros familiares	_____ anos	1	2	3	1	2
Vizinhos	_____ anos	1	2	3	1	2
Amigo(a) trabalho ou escola	_____ anos	1	2	3	1	2

Alguma vez, alguém a tocou sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual, quando você não queria, antes de completar 15 anos? () 1 sim, 2 não

Quem?

Seu pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Seu padastro? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Seu irmão? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Seu tio? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Seu cunhado? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Seu vizinho? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Algum desconhecido? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Você considera que sofreu violência na vida? () 1 sim, 2 não

Você tem medo de alguém próximo de você? () 1 sim, 2 não

Quem?

Marido/namorado/companheiro? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Filho? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Ex-marido/ex-namorado? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Mãe/mãe adotiva? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Irmão(a)? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Outros familiares? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Vizinhos? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica

Na sua vida, você já agrediu fisicamente alguém? () 1 sim, 2 não

Quem?
Marido/namorado/companheiro? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Filhos? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Ex-marido ou ex-namorado? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Mãe/mãe adotiva? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Pai/pai adotivo? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Irmã (o)? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Outros familiares? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Vizinhos? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Amigo(a) trabalho/escola? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
Durante a entrevista, conversamos sobre alguns assuntos difíceis. Como você se sente após conversarmos sobre essas coisas? () 1 melhor, 2 pior, 3 indiferente (nem melhor e nem pior)

ANEXO B - Escala de autoeficácia na amamentação

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

1 = Discordo totalmente 2 = Discordo 3 = Às vezes concordo 4 = Concordo

5= Concordo totalmente.

	Discordo totalmente	Discordo	Às vezes concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	1	2	3	4	5
3. Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez (na hora da mamada presto atenção somente ao meu bebê).	1	2	3	4	5
4. Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	1	2	3	4	5

10. Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
13. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
14. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
15. Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	1	2	3	4	5
16. Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	1	2	3	4	5
17. Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês (não uso mamadeira no primeiro mês).	1	2	3	4	5
18. Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	1	2	3	4	5
19. Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê (quero amamentar).	1	2	3	4	5
20. Eu sempre posso contar com o apoio das	1	2	3	4	5

minhas amigas para amamentar (ajuda, força das amigas).					
21. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
22. Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio (amamentar um mês e meio ou mais tempo).	1	2	3	4	5
24. Eu sempre posso dar mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
25. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
26. Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	1	2	3	4	5
27. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
28. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
29. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada).	1	2	3	4	5
30. Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	1	2	3	4	5
31. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade (organizo as	1	2	3	4	5

minhas saídas de casa para trabalho, festas com amamentação do bebê).					
32. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê (organizo com minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
33. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

ANEXO C – Autorização para utilização da BSES

Autorização da Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá para a utilização e validação da Escala de Autoeficácia na Amamentação:

Zimbra

jumonte@eerp.usp.br

RE: Breastfeeding Self-Efficacy Scale

De : Mônica Oriá <oriaremon@hotmail.com> Sex, 12 de Nov de 2010 16:59
Assunto : RE: Breastfeeding Self-Efficacy Scale 1 anexo
Para : jumonte@eerp.usp.br

Prezada Profª. Juliana
Eu e Dra. Dennis (autora da escala em inglês) agradecemos pelo interesse em usar a BSES. Nós temos interesse nos estudos envolvendo a referida escala e, portanto, nos colocamos à disposição para colaborar com você ao avaliar uma população de Ribeirão Preto. Até onde sabemos será a primeira vez que a escala será utilizada no Sudeste (temos alguns estudos no interior do Ceará e Piauí). Segue em anexo outro artigo que publicamos em conjunto. Por favor, avise-nos se você tem interesse nesse trabalho colaborativo. Seria uma troca de experiências interessante.

Atenciosamente,
Profª. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.
Departamento de Enfermagem.
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160
Fortaleza - Ceará - Brasil.
Contato: (85) 3366.8454

From: jumonte@eerp.usp.br
To: oriaremon@hotmail.com
Subject: Breastfeeding Self-Efficacy Scale
Date: Thu, 11 Nov 2010 16:01:46 -0300

Prezada Profª. Mônica,
Estou realizando uma pesquisa sobre satisfação e confiança das mulheres durante aleitamento materno em uma população específica do município de Ribeirão Preto. Através de revisão da literatura, identifiquei o artigo "Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português", publicado na Acta Paulista de Enfermagem, v.23, n. 2, p.230-238. Gostaria de utilizar a "Breastfeeding Self-Efficacy Scale" que foi traduzida e validada pelos autores, para realização da referida pesquisa em RP. Assim, solicito sua autorização para utilizar a escala, com as devidas citações. Agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários!

Atenciosamente,

Juliana Cristina dos Santos Monteiro
Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
> (16)3602 3476 / jumonte@eerp.usp.br

ANEXO D – Folha de aprovação do CRSM-MATER

COMISSÃO DE PESQUISA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO - MATER

Ref.: Violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gestação e suas implicações no aleitamento materno exclusivo.

Nº 015/2011

Laura Marina Bandim Mariano

Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi avaliado pela Comissão de Pesquisa Clínica do CRSM-Mater no dia 19/07/2011 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

- 1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
- 2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
- 3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma lauda, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao CRSM-Mater

Atenciosamente,

DRª. MARISA MÚRCIA MUSSI-PINHATA

Presidente da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher

ANEXO E – Folha de aprovação do CEP da EERP-USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0516
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 459/2011

Ribeirão Preto, 16 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de novembro de 2011.

Protocolo: nº 1421/2011

Projeto: Violência por parceiro íntimo durante a gestação e suas implicações no aleitamento materno exclusivo.

Pesquisadores: Ana Marcia Spanó Nakano
Laura Marina Bandim Mariano

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Ana Marcia Spanó Nakano
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP