UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS DURANTE A GESTAÇÃO: UM FATOR DE RISCO PARA O DESMAME PRECOCE?

Alessandra Silva Dias de Oliveira

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Epidemiologia, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Claudia Leite Moraes

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

O48 Oliveira, Alessandra Silva Dias de.

Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce? / Alessandra Silva Dias de Oliveira. – 2008.

217f.

Orientador: Cláudia Leite Moraes.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Violência familiar – Teses. 2. Mulheres grávidas – Teses. 3. Amamentação – Teses. 4. Mulheres – Saúde mental. 5. Parceiros sexuais I. Moraes, Cláudia Leite. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.444.9-055.2

FICHA DE APROVAÇÃO

Alessandra Silva Dias de Oliveira

VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS DURANTE A GESTAÇÃO: UM FATOR DE RISCO PARA O DESMAME PRECOCE?

Aprovada em _____ de _____ de 2008 pela banca examinadora:

_____

Profa. Drª. Claudia Leite Moraes (Orientadora)
Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

_____

Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins
Departamento de Ensino do Instituto Fernandes Figueira

_____

Profª. Drª. Maria Inês Couto de Oliveira
Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense

_____

Profª. Drª. Maria Helena Hasselmann
Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

_____

Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim
Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Ao meu Deus pela grandiosidade da sua presença em minha vida e por me sustentar nas horas difíceis.

Aos meus pais, Antenor Julio *(in Memorian)* e Eunice, amor sincero e base de vida.

Ao meu marido Benjamin, companheiro de todas as jornadas, sempre pronto a dividir alegrias e tristezas.

A todas as mulheres e crianças expostas à violência familiar.

AGRADECIMENTOS

À Claudia Leite Moraes, minha excelente orientadora, com quem tive o privilégio de conviver nestes, pelo menos, seis anos ininterruptos e a quem passei a admirar por seus conhecimentos, dedicação em fazer bem feito e sensibilidade no trato com as pessoas.

Ao Michael Eduardo Reichenheim por estar sempre pronto a ensinar. Excelente profissional que conjuga conhecimento, dedicação e amor à pesquisa. Sou um dos frutos do seu trabalho.

À minha querida mãe por toda preocupação, orações e amor dedicado.

Ao meu pai, que mesmo ausente fisicamente, se mantém em meu coração e como base de vida.

Ao meu amado marido, por estar sempre presente e pronto a me ajudar em todos os momentos.

Às minhas amadas sobrinhas Laís e Júlia, pedacinhos de alegria nos momentos turbulentos. Meu coração é pequeno para guardar o imenso amor que sinto por vocês.

À Amanda Rodrigues Amorim, por todo apoio e pela eterna amizade.

Ao Gustavo Lobato, pelo companheirismo e seriedade em que conduziu a coleta de dados.

À minha excelente equipe de entrevistadoras, Cláudia, Magna, Maria Elisa, Geórgia e Roberta, pelo apoio e primoroso trabalho prestado.

À Márcia Luiza, do laboratório de informática, pela amizade, ajuda nos momentos de necessidade e pela colaboração na composição do banco de dados.

À equipe de digitação de dados, em especial, Cláudia e Ana Paula, pelo carinho com que sempre me receberam.

Aos amigos do IMS, Jacqueline, Cadu, Alice, Tatiana, Rita Adriana e Siléia, pelos momentos de apoio e descontração.

À Maria Helena Hasselmann que me apresentou à saúde coletiva e me contagiou com o seu amor à pesquisa.

Aos funcionários do IMS, sempre prontos a ajudar nos momentos necessários.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

Entrega o teu caminho ao Senhor,
confia Nele e o mais Ele fará...
Salmo 37: 5

O que é Apoio?

Apoio é incondicional. É escutar, não julgar, não contar sua própria história. Apoio não é oferecer conselho. É oferecer um lenço, um toque, um abraço... Nós estamos aqui para escutar... não para realizar milagres. Estamos aqui para ajudar uma mulher a identificar suas opções... não para dizer a ela que opção escolher. Estamos aqui para discutir os caminhos com uma mulher... não para seguir o caminho por ela. Estamos aqui para ajudar uma mulher a descobrir sua própria força... não para resgatá-la e deixá-la ainda mais vulnerável. Estamos aqui para ajudar uma mulher a descobrir que ela pode ajudar a si mesma... não para assumir a responsabilidade por ela. Aqui estamos para ajudar uma mulher a aprender a eleger... não para dizer a ela que é tranqüilo tomar decisões difíceis.

Autor anônimo. Traduzido e adaptado do espanhol por Marcus Renato de Carvalho.

Resumo

Esta Tese é o primeiro produto do projeto "Magnitude da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) durante a gestação e o pós-parto e suas conseqüências sobre a duração do aleitamento materno e saúde mental da mulher". O interesse pelo tema se baseia na constatação de que apesar do reconhecimento da VPI como um importante problema de saúde pública mundial, ainda restam muitas lacunas a serem preenchidas, principalmente no que concerne sua magnitude durante a gestação e o pós-parto e suas possíveis conseqüências sobre o grupo materno-infantil. A presente Tese investiga duas possíveis repercussões da VPI. No primeiro artigo, estuda-se o papel da Violência Física Grave durante a Gestação (VFGG) entre parceiros íntimos na duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Já o segundo artigo tenta explorar possíveis caminhos entre a ocorrência de VPI e desmame prematuro ao avaliar se uma baixa auto-estima materna no pós-parto diminui o tempo de duração do AME. Trata-se de um estudo transversal que teve como população de estudo mães de crianças menores de 5 meses de idade que aguardavam atendimento em 5 centros municipais de saúde em diferentes regiões do município do Rio de Janeiro. As mães elegíveis foram aquelas que relataram ter tido pelo menos uma relação amorosa por mais de um mês durante a gestação. Foram excluídos os casos de crianças gêmeas e as que possuíam alguma condição, seja no âmbito materno ou do infante, que contra-indicasse formalmente o aleitamento. Através de uma amostragem aleatória simples, 811 mulheres foram selecionadas para fazer parte da pesquisa. As informações foram obtidas através de entrevistas face-a-face, em local reservado, sem a presença do marido ou companheiro. Utilizou-se um questionário estruturado que abordava as dimensões sócio-demográficas, reprodutivas, de saúde mental e hábitos de vida maternos e do seu companheiro; sobre nascimento, alimentação e saúde da criança, além de avaliar a ocorrência de diferentes formas de VPI durante a gestação e/ou pós-parto. Para identificar VFGG utilizou-se a versão nacional das Escalas Táticas de Conflito Revisada (*Revised Conflict Tactics Scales*). O nível de auto-estima materna foi estimado a partir da escala de Rosenberg, enquanto que o desmame precoce foi caracterizado a partir do recordatório alimentar dos últimos 7 dias da criança, caracterizando uma abordagem do tipo "*current status data*". Através do modelo log-log complementar, estimou-se a função *Hazard* Cumulativa, que permitiu, subseqüentemente, a estimação das Taxas de desmame exclusivo nas diferentes faixas etárias e a Razão de Taxas (RT) do desmame exclusivo

entre mulheres expostas e não expostas. Como apresentado no primeiro artigo, o estudo sugere que a ocorrência de VFGG seja um fator de risco independente do desmame do aleitamento exclusivo, já que na análise multivariada, as mulheres com história de violência apresentaram uma densidade de incidência de desmame 35% maior (RT:1,35; IC 95%: 1,01; 1,69) do que as não expostas. Já de acordo com os resultados apresentados no segundo artigo, percebe-se um claro papel protetor de se ter "uma visão positiva de si mesmo" durante o pós-parto com relação ao desmame do aleitamento exclusivo, já que a probabilidade de ocorrência do mesmo é 65% menor (RT: 0,61; IC 95%: 0,48; 0,77) entre as mães com elevada auto-estima, quando comparadas às demais, mesmo após se considerar os possíveis fatores de confusão no processo. Os achados apontam para a necessidade da capacitação do profissional de saúde para atuar na assistência à amamentação através de abordagem que ultrapasse as fronteiras do biológico, compreendendo a nutriz em todas as suas dimensões do ser mulher. Em particular, merece destaque a necessidade de uma abordagem integral em saúde no atendimento destas durante a gestação e pós-parto, incluindo um olhar mais atento e sensível à ocorrência da violência entre parceiros íntimos, assim como à auto-estima materna.

Palavras-chave: violência entre parceiros íntimos; aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo; auto-estima materna; modelo log-log complementar.

Abstract

This Thesis is an offshoot of the main project entitled “Magnitude of Intimate Partner Violence (IPV) during Pregnancy and Postpartum and its Repercussions on Breastfeeding Duration and Woman’s Mental Health” The main interest in this field is based on the fact that despite the recognition of IPV as a public health problem worldwide, there are still gaps in knowledge particularly regarding its magnitude during pregnancy and postpartum and its potential consequence on maternal and child health. This thesis focuses on two potential repercussions of IPV. The first article aimed at investigating the role of Severe Physical Violence during Pregnancy (SPVP) between partners on Exclusively Breastfeeding Duration (EBD). The second article tries to explore possible paths between the occurrence of VPI and weaning premature to assess whether a low self-esteem maternal post-partum decreases the time duration of the AME. This is a cross-sectional study and information was collected throughout interviews of mothers of children under 5 years old, who sough for health care assistance at 5 health centers in different regions of Rio de Janeiro. Mothers who reported having at least one intimate relationship during pregnancy that lasted for more than one moth were eligible for inclusion in the study. Mothers who gave birth to twins and children and mother who had any condition where breastfeeding was contraindicated were excluded. In total, 811 were randomly selected. All information was collected throughout face-to-face interview in a private place and with the partner absent. A structured questionnaire including information on socio-demographic, and reproductive characteristics, conditions at birth, infant feeding and health status, mental health, and lifestyle of the mothers and their partners were used. The questionnaire also included information on occurrence of different types of violence during pregnancy and/or postpartum. In order to assess SPVP a national version of the Revised Conflict Tactics Scales were used. The self-esteem level was measured by Rosenberg scale and premature breastfeeding cessation was identified by using a current status data approach, which is based on the information reported from food recall the last 7 days. The Cumulative Hazard Function was estimated by complementary log-log transformation models, which allowed the ensuing estimate of early breastfeeding cessation rates in different age groups and rates ratio of wean between women exposure and non-exposure to violence. As shown in the first article, the result suggests that SPVP is an independent risk factor of exclusive breastfeeding cessation because in the

multivariate analysis women exposed to violence had an incidence-density 35% higher than those who were not exposed (RT:1,35; CI 95%: 1,01; 1,69). According to the results presented in the second article, “having a positive view of your-self” is a protective factor against exclusive breastfeeding cessation. The probability of exclusive breastfeeding cessation is 65% lower among women reporting high self-esteem level (RT: 0,61; CI 95%: 0,48; 0,77) compared to the others, even after taking into account potential confounding factors. The finding indicates the necessity of incentives for adequately preparing health care personnel in dealing with lactating women in order to get a broader view of breastfeeding beyond the biologic aspects of lactation including the maternal psychological dimension. Particularly, it is emphasized the establishment of multi-professional teams during pre and postnatal care and awareness of the occurrence of IPV during pregnancy and postpartum and its repercussion on maternal self-esteem.

Key-words: intimate partner violence; breastfeeding; exclusive breastfeeding; self-steem; complementary log-log model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo teórico-conceitual (Artigo I) 61

Figura 2 – Probabilidade de permanecer em aleitamento materno exclusivo segundo a ocorrência ou não de violência física grave na Gestação 70

Figura 3 – Modelo teórico-conceitual (Artigo II) 97

Figura 4 – Probabilidade de permanecer em aleitamento materno exclusivo segundo a auto-estima materna no pós-parto 105

Figura 5 – Modelo teórico-conceitual da relação entre violência física grave na gestação e aleitamento materno 158

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características da criança, demográficas e sócio-econômicas maternas e relativas à gestação e nascimento da população de estudo (Artigo I) 69

TABELA 2 – Análise multivariada via modelo I, modelo II e modelo III. (Artigo I) ..71

TABELA 3 – Características da criança, demográficas e sócio-econômicas maternas e relativas à gestação e nascimento da população de estudo (Artigo II) 103

TABELA 4 – Razão de Taxas (RT) proveniente de análise multivarida, utilizando a duração do Aleitamento Materno Exclusivo como desfecho (Artigo II) 106

TABELA 5 – Descrição dos desdobramentos previstos do projeto de fundo segundo as diferentes vertentes do PIEVF 124

TABELA 6 – Escores atribuídos à variável denominada de condições ambientais 160

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA - Associação Brasileira de Anunciantes;

AM - Aleitamento Materno;

AME - Aleitamento Materno Exclusivo;

AMP - Aleitamento Materno Predominante;

APNCU - Adequacy of Prenatal Care Utilization Index;

CTS – Conflict Tactics Scale;

DEAM - Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher;

ENDEF – Estudo Nacional de Despesas Familiares;

EPDS – Edinburgh Post-natal Depression Scale;

EUA – Estados Unidos da América;

HAC – Hospital Amigo da Criança

MS – Ministério da Saúde;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde;

PIEVF - Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar;

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde;

PNSN - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição;

PPAM – Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno;

RJ – Rio de Janeiro;

SRQ-20 - Self-Report Questionnaire 20;

TMC - Transtornos Mentais Comuns;

TWEAK - Tolerance; Worry; Eye-opened, Amnesia; C/Kut-down;

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro;

VF – Violência Familiar;

VFGG – Violência Física Grave na Gestação

VPI – Violência entre Parceiros Íntimos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 19

1. INTRODUÇÃO 23

1.1 Violência familiar: relevância, conceituações e magnitudes 23

1.2 A violência contra a mulher 28

1.3 Caracterização da violência entre parceiros íntimos na gestação e no pós-parto 31

1.4 Conseqüências da violência entre parceiros íntimos na saúde materno-infantil .. 34

1.5 Importância do aleitamento materno na saúde materno infantil 36

1.6 Magnitude do desmame precoce no Brasil e no mundo 41

1.7 Fatores relacionados ao desmame precoce 43

1.8 Violência entre parceiros íntimos: um empecilho ao aleitamento materno? 47

2. JUSTIFICATIVA 51

3. OBJETIVOS 53

3.1 Objetivo geral 53

3.2 Objetivos específicos 53

4. ARTIGOS 54

4.1 Violência física grave entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame do aleitamento exclusivo precoce? (Artigo I) 54

Introdução 54

Materiais e métodos 58

Resultados 67

Discussão 72

Conclusão 79

Referências bibliográficas 80

4.2 Elevada auto-estima materna no pós-parto: um fator de proteção ao aleitamento exclusivo? (artigo II) 91

Introdução 91

Materiais e métodos 95

Resultados 102

Discussão 106

Referências bibliográficas 112

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 121

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (referentes à seção 1) 125

7. ANEXOS 142

7.1 ANEXO I – Questionário de Elegibilidade 142

7.2 ANEXO II – Questionário Principal 143

7.3 ANEXO III – Detalhamento do modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis independentes do estudo principal. 157

7.4 ANEXO IV – Detalhes sobre a equivalência do modelo log-log complementar e Weibull. 174

7.5 ANEXO V – Parecer dos Comitês de Ética em Pesquisa 175

7.6 ANEXO VI – Termo de consentimento livre e esclarecido 177

7.7 ANEXO VII – Listas de instituições que prestam auxílio a mulheres vítimas de violência conjugal 178

7.8 ANEXO VIII – Manual de instruções: questões gerais 179

7.9 ANEXO IX – Manual de instruções: questões específicas do questionário 185

APRESENTAÇÃO

Esta tese se insere no projeto intitulado "Magnitude da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) durante a gestação e o pós-parto e suas conseqüências sobre a duração do aleitamento materno e saúde mental da mulher", coordenado pelo Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), sediado no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Além de deste produto, o projeto pretende gerar outra tese de doutorado[1], que tem como objetivo principal avaliar a relação entre a VPI no ciclo grávido-puerperal e a saúde mental de mulheres no período pós-natal, bem como trabalhos e artigos científicos em parceria com os coordenadores do PIEVF[2].

Desde a sua instalação, as atividades do PIEVF têm se concentrado essencialmente em cinco enfoques. Um destes é voltado para o ensino e produção de material didático em meio digital. Os outros quatro concernem áreas de pesquisa, a saber, i) avaliações de magnitude e caracterização da violência familiar em nível populacional; ii) avaliações de violência familiar no âmbito dos serviços de saúde; iii) violência familiar como fator de propensão a efeitos deletérios à saúde da criança, da mulher e dos idosos; e iv) estudos metodológicos conexos, com ênfase ao processo de adaptação transcultural de instrumentos de coleta de dados no âmbito da própria violência familiar e domínios afins, e no desenvolvimento de programas e rotinas (software) de análise de dados. Este estudo se insere na terceira vertente, fazendo parte do conjunto de pesquisas que tem como foco investigar possíveis repercussões da VPI durante a gestação e pós-parto na saúde materno-infantil. Especificamente, a tese tem como objetivo central avaliar o papel da VPI durante a gestação no processo de

[1] Gustavo de Azevedo Lobato
[2] Cláudia Leite Moraes; Michael Eduardo Reichenheim

determinação do desmame precoce do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças atendidas em serviços públicos de saúde.

O interesse em estudar as possíveis relações entre VPI e desmame precoce é decorrente da significativa magnitude destes eventos na sociedade; do conhecimento prévio sobre diferentes conseqüências negativas dos mesmos na saúde de mães e bebês; e das divergências encontradas entre os poucos estudos que têm tentado explorar o tema. Adicionalmente, ressalta-se a relevância de pesquisas que se dediquem em identificar os fatores que influenciam no desmame precoce, dado os reconhecidos benefícios do aleitamento para a saúde materno-infantil, sua baixa prevalência e curta duração em diversas partes do mundo.

Com a finalidade de apresentar a proposta de estudo e a primeira parte de seus resultados, este documento está estruturado da seguinte forma. A primeira seção (Introdução) oferece um panorama da literatura atual sobre a Violência Familiar (VF), enfatizando a magnitude, relevância e as diferentes definições do tema (subseção 1.1). Em seguida, oferece-se um panorama sobre a violência contra a mulher (subseção 1.2), priorizando os dados relacionados à VPI. Nas subseções 1.3 e 1.4 apresenta-se, respectivamente, uma caracterização da VPI durante o período da gestação e do pós-parto e uma breve revisão sobre suas possíveis repercussões na saúde materno-infantil. A partir deste ponto, descreve-se o conhecimento descrito pela literatura específica na área de aleitamento materno infantil: importância do aleitamento materno na saúde materno infantil (subseção 1.5); magnitude do desmame precoce no mundo e no Brasil (subseção 1.6); e os principais fatores que vêm sendo relacionados ao desmame precoce (subseção 1.7). A seção encerra apresentando uma síntese dos estudos que abordam as possíveis relações entre VPI e o desmame precoce, destacando os poucos estudos existentes e a falta de concordância entre estes (subseção 1.8). Na segunda seção são

explicitadas as justificativas para a realização desta pesquisa. Aponta-se a relevância do tema, os poucos estudos existentes e a falta de consenso entre os mesmos. Na seção 3, relata-se os objetivos geral e específicos da pesquisa.

Na quarta seção são apresentados os dois primeiros produtos do projeto (artigos 1 e 2), principais resultados da tese. O primeiro explora o papel da Violência Física Grave durante a Gestação (VFGG) sobre a duração do AME. O segundo investiga se apresentar uma elevada auto-estima materna no pós-parto é um fator de proteção ao AME, como uma tentativa de explorar possíveis mecanismos e processos entre a ocorrência de VPI e a interrupção precoce do AME. Subseqüentemente, na seção 5 são expostas algumas considerações finais acerca dos estudos e do programa de investigação como um todo. Ressalta-se a importância da identificação precoce de mulheres sob risco de aleitar seus filhos exclusivamente por apenas um curto período de tempo, a necessidade de um aconselhamento e acolhimento adequado destas durante o pré-natal e/ou pós-parto através de uma visão integral da saúde da gestante/puérpera. Ainda nesta subseção explicita-se os desdobramentos futuros do projeto que originou a tese. As referências bibliográficas utilizadas na introdução são apresentadas em seguida (Seção 6), dado que as referências específicas de cada artigo encontram-se no final dos mesmos.

No final do documento encontra-se a seção de anexos (Seção 7) que inclui o os questionários de elegibilidades e principal utilizados na coleta de dados; o detalhamento do modelo teórico-conceitual com as estratégias utilizadas para a operacionalização das variáveis independentes do estudo; os detalhes sobre a equivalência do modelo log-log complementar e weibull; o parecer dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que autorizaram a realização do projeto; um modelo do termo de consentimento assinado pelas respondentes; a lista de locais que prestam auxílio às mulheres vítimas de

violência conjugal, entregue a todas as entrevistadas e os manuais de instruçoes utilizados no treinamento da equipe de entrevistadores.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Violência familiar: relevância, conceituações e magnitudes

A violência é um dos principais problemas de saúde pública em todo mundo. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2000 houve 1,6 milhão de mortes em decorrência deste problema, o que equivale a uma morte por hora. A violência é a principal causa de óbito de pessoas com idade entre 15 a 44 anos, sendo responsável por 14% das mortes entre os homens e 7% entre as mulheres no mundo. No Brasil a violência constitui o segundo grupo de causas de mortes, respondendo por quase 120 mil óbitos a cada ano, 13% do total de mortes no País, matando mais do que as neoplasias. Nesse contexto, indivíduos jovens e de grupos socioeconômicos desfavorecidos são particularmente sujeitos à morte em virtude da violência (Costa et al., 2007). Sendo assim, a redução da mortalidade por causas externas é um dos maiores desafios para a saúde pública na atualidade (Krug et al., 2002; Noronha, 2002). Tais estatísticas são apenas a ponta de um grande iceberg, pois a boa parte dos atos de violência é cometida no âmbito das famílias, sendo amplamente sub-registrada. Em adição a estas mortes, um significante número de pessoas sofre de transtornos físicos, sexuais, reprodutivos e mentais, tornando o problema um grande desafio para a saúde pública (Krug et al., 2002).

Aparentemente, o lar é um lugar seguro e de abrigo, onde o amor familiar dá sustentação e cuidado, protegendo os indivíduos da violência do mundo. Entretanto, a família pode ser considerada o berço da violência (Barnett et al., 1997). Um indivíduo é mais propenso a ser assassinado e agredido fisicamente dentro de seu próprio lar por familiares do que em qualquer outro ambiente ou por outras pessoas com quem se relacione (Straus et al., 1980; Gelles, 1997; Langhinrichsen-Rohling 2005). Assim, desde aproximadamente 1970, a Violência Familiar (VF) vem sendo sistematicamente

discutida por pesquisadores e profissionais de diferentes áreas (Straus & Gelles, 1995; Barnett et al., 1997; Gelles, 1997; Krug et al., 2002; WHO, 2002; Goodman, 2006). Desde então, um substancial crescimento da literatura sobre este tema tem sido observado (Krug et al., 2002). No entanto, ainda existem importantes e diferentes dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que pretendem trabalhar com o tema, dentre os quais se destaca a falta de consenso quanto à conceituação do termo violência.

Há uma variedade de fatores que podem caracterizar um ato de violência, a natureza da ação, com sua forma, intensidade e freqüência, as conseqüências físicas e psicológicas do ato ou a intenção do perpetrador. Diferenças culturais permitem que comportamentos considerados agressivos numa população sejam encarados como atos religiosos, punitivos, permissivos, educativos e até encorajados em outras sociedades (Barnett et al., 1997).

Visando uma linguagem comum entre profissionais que trabalham com o tema, a OMS define violência como "o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (Krug et al., 2002).

Em relação ao termo VF, ainda não existe consenso quanto à sua definição, apesar do termo ser amplamente utilizado pela literatura. A utilização de diferentes definições do fenômeno pelas instituições e pesquisadores dificulta a comparação entre estudos, gerando discrepâncias significativas nas estimativas de incidência, repercussões sobre o indivíduo e nos métodos de detecção, já que cada um tem uma visão particular do que considera VF (Emery, 1989; Belsky, 1993; Cicchetti & Lynch, 1993; Gough, 1996; Emery & Laumann-Billings, 1998). Soares (1997) comenta que na prática e na literatura militante os termos VF e violência doméstica se tornam intercambiáveis e

acabam se confundindo. Estes termos têm sido usados para descrever agressões entre membros familiares, incluindo as entre parceiros íntimos, de pais contra filhos, entre irmãos e de cuidadores ou parceiros contra idosos (Groves et al., 2002). Entretanto, a violência doméstica distingue-se da familiar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço do domicílio. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados (Brasil, 2002).

Segundo as discussões de especialistas na área e com vistas à padronização da abordagem por profissionais de saúde, o Ministério da Saúde (MS) em 2002 definiu a VF 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 passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra" (Brasil, 2002).

A VF tem como suas principais vítimas, mulheres, crianças, adolescentes, idosos e deficientes físicos. Pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma seqüência crescente de episódios (Brasil, 2001c; Brasil, 2002; Krug et al., 2002; Goodman, 2006). Apesar do abuso físico ser mais evidenciado nos serviços de saúde e de proteção às vítimas, a literatura aponta para a existência de outros três importantes tipos de abusos: sexual, psicológico, e negligência ou abandono, que podem ter importantes repercussões, por vezes tão ou mais graves do que a violência física (ABRAPIA, 1992; Barnett et al., 1997).

Dimensionar a magnitude da VF ainda é um grande desafio para os pesquisadores da área (McMurray, 2005; Ruiz-Pérez et al., 2007), principalmente porque além da família ser uma instituição social íntima e privada, a violência é um

tema que carrega um grande tabu (Straus & Gelles, 1995). A idealização da vida familiar é parcialmente responsável pela tendência de se ocultar a violência íntima, fazendo com que seja difícil estimar com que freqüência esta ocorre (Barnett et al., 1997; Pires, 1998). No entanto, isto não significa que raramente aconteça. Se há um ponto em que os especialistas parecem concordar, é o fato da VF ser mais comum do que se imagina (Noel & Yam, 1992; Heise, 1994; Barnett et al., 1997; Hartigan, 1997; Moraes et al., 2006; Pinheiro, 2006; Garcia-Moreno et al., 2007; Gunter, 2007; Ruiz-Pérez et al., 2007).

No primeiro relatório mundial sobre violência e saúde (Krug et al., 2002), o qual incluiu 48 estudos de base populacional em diferentes países e continentes, entre 10% e 69% das mulheres relataram terem sido agredidas fisicamente por um parceiro íntimo durante suas vidas; cerca de 10% das mulheres e 5-10% dos homens relataram ter sido sexualmente abusados quando crianças; e cerca de 4 a 6% dos idosos já tinham sido abusados de alguma forma em seus lares. Mais recentemente, um estudo multicêntrico da OMS em 15 localidades e 10 diferentes países, revelou números bastante semelhantes (Garcia-Moreno et al., 2007). Mulheres entre 15 e 49 anos, entrevistadas de 2000 a 2003 em seus domicílios, reportaram entre 15 e 71% de prevalência de violência física ou sexual perpetrada pelos seus parceiros íntimos ao longo da vida. No Brasil, os recentes estudos sobre o tema apontam prevalências bastante semelhantes à média mundial (Marinheiro et al., 2006; Reichenheim et al., 2006).

Diversas pesquisas internacionais realizadas pelo projeto WORLDSAFE (World Study of Abuse in the Family Environment) mostram a magnitude da violência familiar praticada contra a criança em diferentes partes do mundo. A prevalência de violência física grave praticada contra a criança, medida nos doze meses anteriores à realização de inquéritos populacionais, foi estimada em 4,9% nos EUA, passando por 8% na Itália,

22,6% no Egito, e chegando a 51,3% na Coréia (Krug et al., 2002). Inquéritos epidemiológicos locais também confirmam a alta prevalência de violência contra a criança. Um estudo realizado em 2001 com a clientela do ambulatório de pediatria do Hospital Universitário no município do Rio de Janeiro (RJ) evidenciou o uso de castigo corporal na criança em 91,3% das mães entrevistadas e a agressão física grave contra a criança por 9,9% (Moura, 2002). Ainda em relação à notificação da violência contra crianças e adolescentes, um estudo realizado na cidade de Feira de Santana nos anos de 2003 e 2004 reiterou a necessidade de disseminação da prática de denúncia desses atos, bem como uma melhor capacitação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento dessas notificações (Costa et al., 2007). Em estudo realizado em São Gonçalo-RJ, em 2002, envolvendo 1.685 estudantes, constatou-se que 14,6% referiram ter sofrido violência física grave desferida pelo pai ou pela mãe ao longo da vida; 11,8% dos entrevistados testemunharam ou vivenciaram violência sexual na família, e que 48% deles sofreram violência psicológica de pessoas significativas (Assis et al., 2004).

O idoso também tem sido apontado como um importante alvo da violência privada. A importância desse tipo de violência ficou mais clara a partir do início do século XX, concomitante ao aumento progressivo da representatividade populacional deste grupo (Davies, 1997). Contudo, apenas nas últimas duas décadas é que essa questão começou a despertar o interesse na comunidade científica (Machado & Queiroz, 2002), revelando então a magnitude do abuso contra o idoso no âmbito familiar (Krug et al., 2002). Inquéritos populacionais conduzidos em diversas regiões do mundo têm apontado prevalências de abuso físico contra idosos que variam entre 1,2% (Holanda) e 18% (Finlândia), dependendo das diferentes definições conceituais e operacionais utilizadas para a sua caracterização (Espíndola & Blay, 2007)

1.2 A violência contra a mulher

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública (Ruiz-Pérez et al., 2007). Caracteriza-se como um fenômeno mundial, não respeitando fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade. A chance de a mulher ser agredida pelo pai de seus filhos, ex-marido ou atual companheiro é muitas vezes maior do que o de sofrer alguma violência por estranhos (Heise, 1994; Langhinrichsen-Rohling 2005; Heise et al., 2002). Adicionalmente, a violência contra a mulher perpetrada pelo seu parceiro íntimo vem sendo referida como uma das principais formas de violência na população (Ruiz-Pérez et al., 2007).

Estima-se que cerca de um a dois terços de todas as mulheres estarão expostas à VPI em algum momento de suas vidas (Campbell, 2002; Garcia-Moreno et al., 2007; Gunter, 2007; Guth & Pachter, 2000). Este mal é responsável por um de cada cinco dias de vida saudáveis perdido entre as com idade reprodutiva. Dessa forma, representa um obstáculo ao desenvolvimento econômico e social, uma vez que ao sugar a energia feminina diminui sua confiança e compromete sua saúde, privando a sociedade da participação plena das mulheres (Heise, 1994; Goodman, 2006; Ruiz-Pérez et al., 2007; Heise et al., 2002).

A violência contra a mulher foi conceituada inicialmente pelo movimento feminista americano com base na suposição de que era um fenômeno unilateral, fundamentalmente masculino, movido pelo desejo dos homens de controlar e exercer poder sobre as mulheres. Embora o tema seja controverso, vários autores sugerem que esse fenômeno não pode ser tratado sem confrontar as crenças culturais e estruturas sociais que o perpetuam (Soares, 1996; Heise et al., 2002). As justificativas para esta abordagem são várias. Por exemplo, as primeiras leis matrimoniais concediam aos homens o direito legal de bater em suas mulheres, consideradas inferiores aos homens e

propriedade destes (Barnett et al., 1996). Segundo Giffin (1994), a família é uma instituição social que organiza as relações sexuais entre gêneros, exercendo de forma direta um controle social sobre a identidade e o corpo da mulher. Tal controle pode legitimar direitos dos maridos sobre suas esposas, dando-lhes prerrogativas de exercerem até mesmo a força física contra elas.

Apesar de presente em vários relatos ao longo da história, o debate sobre a VPI tem sido aprofundado nos últimos 30 anos (Gelles, 1997; Reichenheim et al., 2006). Enquanto na Europa e América do Norte essas mudanças se iniciaram nos anos 60 e 70, no Brasil a percepção da importância da violência entre casais é mais recente. Foi apenas na primeira metade dos anos 80 que as autoridades brasileiras reconheceram a necessidade de se buscar uma efetiva igualdade entre os gêneros, tendo como marco temporal a assinatura da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres. Em 1985, a fundação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher e a criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher, no Estado de São Paulo, também representaram um importante progresso (Reichenheim et al., 2006). Nesses últimos 20 anos, um considerável avanço na discussão político-social sobre a violência tem sido observado. Especificamente no que tange à violência contra a mulher, ressaltam-se a assinatura da Convenção Interamericana de Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher ("Convenção de Belém do Pará"), em 1995 3; a elaboração de várias leis referentes à violência contra a mulher 4; e a criação da Secretaria Especial de Políticas da Mulher, em 2003. Essa secretaria tem claramente atuado na defesa dos direitos individuais e contra a violência de gênero 5, incluindo

[3] http://64.233.187.104/search?q=cache:q591IIuuuHcJ:www.saude.rj.gov.br/apav/convencao_belem.doc+convencao_belem.doc&hl=pt-BR, accessado em 29/Nov/2005)

[4] Ato Nacional 10.778 (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm, accessado em 02/Jun/2005); e Lei Federal n. 10.886 (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.886.htm, accessado em 16/Jun/2005)

[5] (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5390.htm, accessado em 16/Jun/2005)

uma articulação com o Ministério da Justiça através da Política Nacional para a Redução da Morbidade e Mortalidade por Acidentes (Brasil, 2001b) e Violência e do Plano Nacional para Prevenção da Violência (Brasil, 2004).

A VPI é pouco identificada (Rhodes et al., 2006). Estima-se que apenas 10% das mulheres espancadas entram em contato com algum serviço de saúde, centros especializados, advogados, abrigos ou polícia (Heise, 1994). As mulheres que convivem com esta forma de violência parecem buscar auxílio apenas depois de aproximadamente 11 episódios agressivos (Bacchaus et al., 2001). Além dos tabus culturais, também pode ser considerado um entrave para sua detecção: a vergonha da vítima em admitir a ocorrência do abuso; a falta de apoio e preparo das instituições públicas para lidar com as situações de VPI; o medo de retaliações posteriores pelo agressor e a ausência de ações públicas de suporte à mulher vítima de violência. (Soares et al., 1999; Hasselmann, 2002; Heise et al., 2002).

Apesar das dificuldades acima descritas, e também do despreparo da maioria dos profissionais e serviços de saúde para a detecção da VPI, diversos estudos nacionais e internacionais apontam ser alta a prevalência da violência entre parceiros íntimos (Krug et al., 2002; Schraiber & D'Oliveira, 2002; Marinheiro et al., 2006; Reichenheim et al., 2006). Um inquérito de base-populacional envolvendo 6.760 mulheres de 15 a 69 anos das principais capitais brasileiras apontou uma prevalência global de agressão psicológica, abuso físico “menor” e grave no casal de 78,3%, 21,5% e 12,9%, respectivamente (Reichenheim et al., 2006). Grande também é a demanda em serviços de saúde em função dos atos violentos perpetrados entre os membros do casal (Rhodes et al., 2006). Estima-se que 35% de todos os atendimentos médicos a mulheres nas

emergências hospitalares nos EUA sejam decorrentes de VPI (Guth & Pachter, 2000; Heise et al., 2002).

Restringir a violência contra a mulher apenas às agressões físicas impede a percepção da verdadeira gama de interações familiares potencialmente prejudiciais à saúde (Langhinrichsen-Rohling 2005; Goodman, 2006). O abuso emocional é uma forma de mau trato que pode até ser mais devastadora do que a violência física. Mulheres podem ser psicologicamente atormentadas e controladas por homens que nunca a tocaram violentamente (Barnett et al., 1996; Langhinrichsen-Rohling 2005). Por outro lado, não é menos problemático incluir a omissão, ameaça verbal e xingamentos no rol das manifestações de violência, uma vez que a intensidade das ameaças e o poder que as palavras têm de ferir uma pessoa dependem do contexto em que são proferidas e da dinâmica de cada relação (Soares et al., 1999; Langhinrichsen-Rohling 2005).

1.3 Caracterização da violência entre parceiros íntimos na gestação e no pós-parto

Também merece atenção a violência precípua contra a mulher grávida. Infelizmente, a VPI não cessa durante a gestação (Saurel-Cubizolles & Lelong, 2005; Collado Peña & Villanueva Egan, 2007). A ocorrência dos abusos pode até mesmo se iniciar, ou aumentar em freqüência no período gestacional (Freitas et al., 2001; Valladares et al., 2002). Estudos apresentam resultados conflitantes no que diz respeito à prevalência de VPI e dos efeitos adversos associados neste período. Até o momento, as publicações que versam sobre o tema têm apontado para prevalências de VPI durante a gestação que alcançam 40% (Moraes & Reichenheim, 2002; Castro & Ruiz, 2004; Saurel-Cubizolles & Lelong, 2005; Collado Peña & Villanueva Egan, 2007; Dubova et al., 2007; Usta et al., 2007).

Embora alguns autores refiram uma diminuição ou cessação do abuso durante a gestação (Albernaz et al., 2003; Janssen et al., 2003), evidências apontam a gravidez como um período de risco para ocorrência de VPI(Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993; Cokkinides et al., 1999; Martin et al., 2001; Rachana et al., 2002; Collado Peña & Villanueva Egan, 2007). Neste sentido, Roy (1977) incluiu a gravidez numa lista das nove causas de violência doméstica. As situações de violência parecem não ocorrer de forma isolada ao longo da gestação. Cerca de 60% das vítimas referem dois ou mais episódios de agressão física durante o decurso da gravidez (Stewart & Cecutti, 1993).

Inquérito norte-americano mostrou que mulheres grávidas estão sob maior risco de sofrerem violência (Gelles, 1997). No entanto, quando a análise foi controlada pela idade da mulher e do parceiro, a relação desapareceu. Assim, postula-se que a associação entre gestação e VPI parece ser confundida pela idade da mulher. Embora se observe que a VPI na gestação seja um fenômeno universal e disseminado, atingindo todos os grupos sociais, diversos estudos têm apontado que a violência durante este período de vida incide principalmente em mulheres jovens ou adolescentes, solteiras, com baixo nível socioeconômico, que não trabalham e que são usuárias de álcool e tabaco (Cokkinides et al., 1999; Moraes & Reichenheim, 2002; Janssen et al., 2003; Langhinrichsen-Rohling 2005; Leal et al., 2005; Saurel-Cubizolles & Lelong, 2005; Gunter, 2007).

Infelizmente, a gestante vítima de violência tende a permanecer ao lado do agressor, relatando o mesmo nível de violência durante o período de pós-parto ou ainda aumento dos maus tratos físicos nos primeiros meses de vida da criança. Os poucos estudos existentes sobre o tema mostram que a ocorrência de abuso durante a gestação é um forte fator de risco para um subseqüente abuso no período do pós-parto (Gielen et al., 1994; Stewart, 1994; Hedin, 2000; Martin et al., 2001). Adicionalmente, a

ocorrência de um episódio de abuso antes da gestação parece fortemente relacionada com outros eventos violentos, tanto na gestação, quanto no pós-parto (Martin et al., 2001; Collado Peña & Villanueva Egan, 2007). Por fim, um estudo que acompanhou mulheres desde a gestação até os seis primeiros meses de vida da criança indicou que o período de pós-parto representa maior risco de violência do que a gestação. Os autores encontraram uma prevalência de 19% de VPI durante os primeiros meses de pós-parto, enquanto a prevalência durante a gestação foi de 10%. Esta 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 (Gielen et al., 1994).

Embora a incidência estimada seja alta e as conseqüências graves (Gazmararian et al., 1996; Leung et al., 2002), a VPI na gravidez e no pós-parto é tema ainda pouco discutido no âmbito da saúde. Os primeiros estudos nesta área datam de pouco mais de 20 anos (Hillard, 1985; Amaro et al., 1990). As formas de violência durante estes períodos não se restringem ao abuso físico, envolvendo também manifestações na área sexual, psicológica e social. Uma dificuldade adicional é que essas manifestações não são mutuamente exclusivas. Estão freqüentemente relacionadas entre si, conforme sugerido por diversos autores (Webster, 1994; Valladares et al., 2002). Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2000 com entrevistas a 526 puérperas usuárias de serviços de saúde pública mostrou que 33,8% das respondentes relataram ter participado de situações de violência física durante a gestação, como vítimas ou perpetradoras. E um total de 78,3%, 9,9% e 15,6% relatou agressão psicológica, coerção sexual e injúrias físicas, respectivamente (Moraes & Reichenheim, 2002).

1.4 Conseqüências da violência entre parceiros íntimos na saúde materno-infantil

As conseqüências da VPI sobre a saúde materno-infantil envolvem uma ampla gama de manifestações clínicas agudas ou crônicas, físicas ou mentais, além de vários prejuízos psico-sociais (Brasil, 2002). Gestantes ou mulheres vítimas de abuso emocional, físico ou sexual perpetrado no âmbito domiciliar por pessoas do seu círculo de relações estão mais sujeitas a uma série de sintomas e formas de adoecimento (Garcia et al., 2007; Martin et al., 2007). No âmbito das conseqüências físicas a violência conjugal parece estar relacionada às lombalgias crônicas, à cefaléia, às contusões localizadas, à presença de dores abdominais recorrentes, às queimaduras, às fraturas dos ossos e às doenças sexualmente transmissíveis (Martin et al., 2007). Em relação às psico-sociais, a VPI está associada à insegurança, à depressão, aos distúrbios do sono, ao isolamento social progressivo, à intimidação, à baixa auto-estima, aos distúrbios psicossomáticos (Martin et al., 1996; Gelles, 1997; Daniels, 2005). Os reflexos destes problemas também incidem sobre os custos da atenção médica. Suas vítimas apresentam maior propensão a utilizar os serviços de saúde e de serem atendidas nos serviços de emergências (Heise, 1994; Minayo, 1994; Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996), demandando, por vezes, um atendimento multi-profissional e de alta complexidade (Heise, 1994; Coker et al., 2004; Jones et al., 2006; Rivara et al., 2007).

Apesar de ainda em número reduzido, estudos sobre as repercussões específicas na evolução da gravidez apontam que as gestantes abusadas iniciam o pré-natal mais tardiamente, o que dificulta a identificação de comportamentos de risco, do uso de medicamentos proscritos e de patologias pregressas ou correlatas à gravidez, acarretando um possível aumento de complicações maternas e fetais (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993; McFarlane et al., 1996; Nogueira, 2006). Acredita-se que o

parceiro agressor possa impedir que a mulher compareça às consultas pré-natais, negue acesso ao transporte e destrua prescrições médicas (Bacchaus et al., 2001).

As pesquisas sobre VPI durante a gravidez sugerem várias conseqüências deletérias à evolução desta, tais como abortamento espontâneo, descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina, doença hipertensiva específica da gestação, corioamnionite (Berenson et al., 1994). Já as que avaliam a associação entre abuso físico na gestação e a saúde do feto apontam para um maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, crescimento intra-uterino restrito, hemorragias intracranianas com conseqüente morte fetal, natimortalidade e neomortalidade (Pugh, 1978; Bullock & McFarlane, 1989; Goodwin & Breen, 1990; Shei et al., 1991; Berenson et al., 1994; Parker et al., 1994; Valdez-Santiago & Sanín-Aguirre, 1996; Rachana et al., 2002; Albernaz et al., 2003; Janssen et al., 2003; Collado Peña & Villanueva Egan, 2007). Corroborando algumas pesquisas internacionais, recente estudo brasileiro propõe que uma parte destes desfechos é mediada por um baixo ganho de peso da mulher durante a gestação (Moraes et al., 2006).

Filhos de mulheres abusadas estão sob risco de uma variedade de distúrbios físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais (Humphreys, 1993; Hasselmann & Reichenheim, 2006; Sharps et al., 2007). Entretanto, poucos autores têm se interessado em avaliar as conseqüências da VPI no período do pós-parto, mostrando conflitantes resultados. Segundo Ahmed (2006), os filhos de mulheres que sofreram VPI durante a gestação apresentam um risco 2 a 3 vezes maior de morrer no período perinatal e neonatal, respectivamente. Por outro lado, (Martin et al., 2001) não encontraram diferença no padrão de utilização dos serviços de puericultura e pediatria entre mulheres agredidas e não agredidas durante a gestação e ou pós-parto. Essas discrepâncias

sugerem que a relação entre a VPI e as diferentes complicações da gestação e pós-parto é ainda controversa e necessita ser mais bem explorada.

Além dessas repercussões sobre a saúde da gestante e do bebê, investigações têm indicado uma forte associação entre o fenômeno e o uso de álcool, fumo e drogas ilícitas (Barnett et al., 1996; McFarlane et al., 1996; Gelles, 1997; Curry, 1998). Segundo estes autores, o estresse permanente, a decepção com o companheiro e a falta de esperança de modificação da situação de violência são os principais precursores da aquisição ou intensificação destes hábitos de vida. Adicionalmente, os efeitos psicológicos da VPI parecem se exacerbar pelo fato do agressor ser um conhecido íntimo, aumentando assim as sensações de vulnerabilidade, perda, traição e falta de esperança.

1.5 Importância do aleitamento materno na saúde materno infantil

Durante anos, a alimentação no seio representou a forma natural e praticamente única de alimentar uma criança nos primeiros meses de vida (Jelliffe & Jelliffe, 1978). Segundo Dettwyler (1995), antes do uso disseminado de leites não humanos as crianças eram tradicionalmente amamentadas por três a quatro anos, época em que estas, usualmente deixavam de mamar quando lhes era permitido alimentar-se de acordo com sua vontade. Porém, com a invenção do processo de industrialização do leite animal na segunda metade do século XIX, tanto o aleitamento materno, quanto a amamentação por amas de leite passaram a ser amplamente substituídos. Depois de décadas de "desmame comerciogênico," a cultura do aleitamento materno foi rompida e a alimentação por mamadeira passou a ser considerada comum em um grande número de países. Assim,

até hoje, muitas crianças deixam de ser amamentadas ao seio ou então o são por um curto período de tempo (Jelliffe, 1971)[6].

São muitas e inquestionáveis as vantagens não só do leite humano, mas do aleitamento materno para os lactentes, as mulheres, a sociedade e o meio-ambiente. Estes benefícios são de ordem nutricional, imunológica, psicológica, ortodôntica, social, cultural e econômica (Venancio et al., 2002). Segundo a OMS a prática da amamentação salva a vida de 6 milhões de crianças a cada ano, já que o leite materno é um alimento completo e seu efeito protetor, em virtude de suas propriedades anti-infecciosas, tem início logo após o nascimento. Este garante em muitos casos a sobrevivência das crianças, particularmente, daquelas em situações desfavoráveis e/ou que nascem com baixo peso. (WHO, 2003).

A ação dos diferentes fatores de proteção presentes no leite humano, aliada à menor exposição aos contaminantes ambientais e ao seu efeito sobre a melhora do estado nutricional, resulta em uma diminuição no risco de desenvolvimento, na incidência e na gravidade de diversas doenças, tais como diarréia, otite média, infecções respiratórias, bronquite, meningite, enterocolite necrotizante, doenças alérgicas, diabetes mellitus insulino-dependente, doença de crohn e doenças crônicas do trato digestivo (Feachem & Koblinski, 1984; Victora et al., 1987; Howie et al., 1990; Lucas & Cole, 1990; Aniansson et al., 1994; WHO, 2000; Kosloske, 2001; Albernaz et al., 2003). Por outro lado, o impacto em longo prazo da falta de aleitamento materno, especialmente o AME, inclui baixa performance escolar, redução na produtividade e prejudicado

[6] Nesta tese utiliza-se as definições das categorias de aleitamento materno recomendadas pela OMS, quais sejam: ***Aleitamento Materno Exclusivo (AME)*** **–** caracterizado quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitamina, minerais, e/ou medicamentos; ***Aleitamento Materno Predominante (AMP)*** **–** se caracteriza quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas a base de água, como suco de frutas e chás; ***Aleitamento Materno (AM)*** **–** caracterizado quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite artificial.

desenvolvimento intelectual e social da criança (WHO, 2003). Atualmente, sabe-se também que a administração de outros líquidos além do leite materno nos primeiros 6 meses de vida pode interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite ingerido e levar a menor ganho ponderal, levando a um déficit de crescimento e desenvolvimento. Além de garantir a oferta de fatores de proteção contra infecções, a amamentação evita os riscos de contaminação no preparo de alimentos lácteos e diluições inadequadas. Os erros de diluições podem ocasionar um ganho de peso insuficiente ou excessivo do lactente devido a preparação de fórmulas lácteas muito diluídas ou concentradas, respectivamente (Feachem, 1984).

As vantagens psicológicas do aleitamento materno são sempre mais difíceis de serem definidas e documentadas do que os benefícios nutricionais e imunológicos, embora sejam igualmente importantes. A amamentação estabelece um contato íntimo, físico e emocional entre mãe e filho. Esta intimidade não só fortalece o instinto maternal como também o vinculo afetivo que existirá entre ambos durante o resto de suas vidas. Além disso tende a tornar a separação no pós-parto mais gradual, facilitando assim a adaptação da criança ao novo ambiente. Franceschini (1989) demonstrou que amamentar pode ser uma experiência prazerosa para a mãe. Durante a sucção o nível plasmático de beta-endorfina, um similar químico da morfina, aumenta significativamente e atinge o seu pico depois de 20 minutos que se iniciou a mamada. Algumas mulheres também relatam aumento da auto-estima. Estas referem que o fato de se sentirem capazes de alimentar seus filhos lhes proporciona um bem-estar que desempenha papel importante para a realização pessoal como mãe e mulher (Euclydes, 2000).

A amamentação imediatamente após o parto também contribui para a recuperação mais rápida da mãe. A sucção do bebê estimula a hipófise materna a liberar oxitocina, que além de favorecer a descida do leite, provoca a contração da musculatura uterina. O que contribui para a expulsão da placenta e diminui a hemorragia no pós-parto. A manutenção do aleitamento materno promove uma mais rápida involução uterina e também aumenta o gasto energético materno neste período, podendo facilitar a recuperação do peso pré-gestacional (Garcia & Schaefer, 1991). A amenorréia lactacional evita a anemia e o aparecimento precoce da ovulação, o que condiciona maior intervalo interpartal (Kennedy & Visness, 1992). Além disto, facilita a remineralização óssea no pós-parto, com redução de fraturas do colo de fêmur no período pós-menopausa e menor risco de câncer de ovário e de mama (Howie & Mcneilly, 1982; Vitzthumv, 1989; Commings & Klineberg, 1993; Zheng et al., 2001).

No âmbito macro-social, segundo o entendimento da OMS (WHO, 2003), as práticas de amamentação inapropriadas e suas conseqüências parecem ser um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento sustentável e redução da pobreza, principalmente nos países em desenvolvimento. Os governos não terão sucesso em seus esforços para acelerar o desenvolvimento da economia até que as boas práticas de aleitamento, o crescimento e o desenvolvimento infantil estejam asseguradas. A amamentação além de reduzir os custos dos serviços de saúde e taxa de absenteísmo da mãe trabalhadora, também afeta a poupança familiar (Carvalho & Tamez, 2005). Foi estimado que os custos relativos com a aquisição de leite e utensílios para um lactente correspondem à cerca de US$ 855,00/ano nos EUA, enquanto que, o aumento nos gastos com suprimento calórico da nutriz não é significativamente superior ao da mulher que não amamenta durante as primeiras semanas de pós-parto. Estima-se que no

Brasil a suplementação da dieta da nutriz representa apenas 4% do salário mínimo mensal (IBFAN, 1989).

Dado todas as vantagens anteriormente descritas, a promoção do aleitamento materno, e em especial o AME, é considerada uma estratégia de saúde de ótimo custo-benefício, devendo os profissionais de saúde empreender esforços para promover, e apoiar esta prática. No entanto, apesar de toda a importância deste para a saúde materno-infantil, o desmame precoce continua sendo fato constatado em diversos estudos sobre este tema em diferentes partes do mundo.

Com base nas evidências científicas que demonstraram a importância do aleitamento materno para a saúde do binômio mãe-filho e para o desenvolvimento da sociedade tornou-se necessário estabelecer uma idade ideal para que ocorresse a introdução de outros alimentos além do leite humano, sem que houvesse prejuízo a saúde das crianças. Até o início desta década, a OMS ainda recomendava o AME nos primeiros quatro a seis meses e a continuação do mesmo com adequada complementação alimentar até os dois anos de vida da criança (WHO, 1995). Porém, esta recomendação criou, principalmente em função dos países em desenvolvimento, um exaustivo debate. Este foi denominado de “dilema do desmame” baseado na escolha entre o conhecido efeito protetor do AME contra morbidades infecciosas e a teórica insuficiência de apenas o leite materno para satisfazer as necessidades energéticas e de micronutrientes até os 6 meses de idade (Kramer & Kakuma, 2002).

Durante a 54ª Assembléia Mundial de Saúde em maio de 2001 a OMS concluiu que a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida da criança não trazia nenhum significante benefício para a saúde da mesma. Esta conclusão se baseou nos resultados de uma revisão sistemática da literatura com objetivo de avaliar os efeitos do aleitamento exclusivo até os seis meses versos o aleitamento exclusivo até

os três ou quatro meses de idade, sobre o crescimento, o desenvolvimento, a saúde infantil e materna. Assim, desde então, a instituição vem exortando todos os seus Estados Membros a que fortaleçam estas atividades e elaborem novos critérios para proteger, promover e apoiar o AME durante seis meses e que proporcionem alimentos complementares inócuos e apropriados, junto com a continuação da amamentação até os dois anos de idade ou mais. Deve-se dar ênfase nos canais de divulgação social desses conceitos a fim de induzir às comunidades a desenvolverem estas práticas como recomendação de saúde pública mundial (Kramer & Kakuma, 2002).

1.6 Magnitude do desmame precoce no Brasil e no mundo

Como assinalado nas seções anteriores, amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e criança. No entanto, a prevalência e a duração do aleitamento materno ainda estão muito aquém do esperado e recomendado pelos especialistas em diversas partes do mundo. As taxas de AME costumam ser bem mais baixas que as taxas de aleitamento materno em geral, declinando rapidamente já nos primeiros dias de pós-parto (Carvalho & Tamez, 2005). Não mais do que 35% de todas as crianças no mundo são amamentadas exclusivamente ao seio durante os quatro primeiros meses de vida. A alimentação complementar freqüentemente começa muito cedo, e os alimentos oferecidos são normalmente inadequados, tanto nutricionalmente, quanto em relação à higiene durante o preparo e conservação dos mesmos (WHO, 2003).

Na Austrália mais de 90 % das mães iniciam o aleitamento materno, no entanto, apenas 48% destas estão amamentando seus filhos ao completarem um mês de idade, e somente 23% mantêm alguma forma de aleitamento materno até os seis meses de vida (Lund-Adams & Heywood, 1996). Similares prevalências são encontradas nos EUA

(Ryan, 1997), Canadá (Barber et al., 1997) e Inglaterra (Savage et al., 1998) e em outros países desenvolvidos (Dennis, 2002).

Na América Latina, apenas 20% das crianças menores de quatro meses são amamentadas exclusivamente (Manaseki-Holland, 2001). Em 1999, a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (PPAM), última pesquisa de âmbito nacional, mostrou que o percentual de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno é baixo já no 1º mês de vida (47,5%). À idade de 120 dias, a proporção estimada foi de 17,7% e, aos 180 dias, 7,7%. Considerando as diferentes regiões geográficas, observa-se que a região Sul apresentou a maior prevalência de AME na faixa etária de 0 a 4 meses (44,5%) com uma duração mediana de 39,1 dias. Já a encontrada na região Sudeste foi a menor (28,7%), com uma duração mediana de 23,4 dias. Considerando-se as diferentes formas de aleitamento materno, o cenário parece um pouco melhor. Em todo o Brasil, a prevalência de AM foi de 86% para crianças de 0 a 4 meses de vida (Brasil, 2001a).

Apesar da situação ainda estar longe da almejada, já se pode notar uma tendência mundial ao aumento da prevalência e duração do aleitamento materno. Em estudo realizado em 22 países, dentre eles o Brasil, pesquisadores identificaram estimativas em ascenção (Manaseki-Holland, 2001). Segundo os autores e outros pesquisadores da área, o fato se deve, principalmente, ao incentivo à prática da amamentação através de políticas públicas de proteção e programas de promoção que incluem fortes campanhas sobre o aleitamento materno (Escamilla, 2003; Oriá et al., 2005). Estas políticas vêm obtendo bons resultados também em nosso País, já que se observa um aumento crescente na duração do AM em diferentes estudos de âmbito nacional. Entretanto, apesar da notável melhoria do quadro ao longo dos últimos trinta anos, as estimativas ainda revelam um grande descompasso entre a realidade brasileira e o que recomenda a OMS.

Na década de 70 o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) mostrou uma duração mediana de AM de 2,5 meses. Em 1989 a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) apontou uma duração mediana de 5,5 meses (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, 1989) e na década de 90, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) (BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar familiar no Brasil, 1997) e a PPAM (Brasil, 2001a) apontaram, respectivamente, uma duração mediana de 7 e 9,9 meses de AM no Brasil. Vale ressaltar que este quadro não é homogêneo no País como um todo. Entre as crianças acima de seis meses de vida, a tendência de crescimento do aleitamento não parece ter ocorrido no Brasil urbano, mostrando a necessidade de se trabalhar com ações de promoção e apoio à amamentação complementar no País (Brasil, 2001a; Sena et al., 2007). Diversos fatores demográficos, sociais, culturais e psicológicos podem ser responsabilizados por esta situação. Porém, como elaborado na próxima seção, a despeito dos vários estudos que se preocupam em identificar tais fatores, a compreensão acerca da etiologia do desmame ainda é incompleta.

1.7 Fatores relacionados ao desmame precoce

É consenso que não existem causas isoladas para estabelecer ou interromper o curso da amamentação. Trata-se de uma relação entre diferentes e complexos fatores que envolvem características maternas, do recém-nascido e do contexto em que eles se encontram em uma dada dimensão espaço-temporal. A amamentação é decorrente de uma série de impulsos biológicos, instintivos e comportamentais (Scott et al., 2001; Taveras et al., 2003). As fêmeas dos mamíferos apresentam o instinto de abrigar, proteger e propiciar aos filhotes a amamentação. Em algumas espécies de primatas, entretanto, dentre as quais o homem se inclui, o ato de levar o filho ao seio não é instintivo, mas comportamental. Esta característica pressupõe aprendizado e, por

conseguinte, pode ser modificado, abolido ou incrementado. A aprendizagem da amamentação ou a aquisição do comportamento de colocar o bebê junto à mama nos primatas acontece por imitação. Logo, nos seres humanos a amamentação é uma arte que depende de reflexos instintivos do recém-nascido, combinado com o comportamento materno, encorajado, apoiado socialmente e guiado por conhecimento e informação. Este pode ser influenciado pela sociedade e pelas condições de vida da mulher (Jelliffe & Jelliffe, 1978).

A *"International Lactation Association"* identificou que aproximadamente 50% das crianças que são desmamadas precocemente do seio materno o fazem nos primeiros 14 dias de vida. Uma das suas principais causas para esta realidade é a falta de apoio e/ou incentivo por parte dos profissionais de saúde que lidam com a gestante durante o pré-natal, parto e puerpério (Loughlin et al., 1985; Dungy et al., 1992). Não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar pela amamentação. Para levar a diante a sua opção, muitas vezes ela precisa contar com o apoio de um profissional habilitado a ajudá-la. Estudos demonstram que o apoio dos profissionais de saúde está associado tanto com a iniciação quanto com a duração do aleitamento materno (Taveras et al., 2003; Li et al., 2004). Mas, nem sempre o profissional de saúde tem conhecimentos e habilidades suficientes para manejar adequadamente as muitas situações que podem servir de obstáculos à amamentação bem-sucedida. A contrário, algumas práticas de profissionais de saúde podem ter influência negativa no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno, tais como, recomendações inapropriadas, falta de habilidade para dar suporte às mães que estão amamentando e manejo clínico inadequado (Carvalho & Tamez, 2005).

Segundo a literatura especializada, diferentes características maternas podem levar ao desmame precoce, incluindo as sócio-econômicas, ambientais, demográficas,

reprodutivas e ligadas aos hábitos de vida (Buxton et al., 1991; O'Campo et al., 1992; Rea, 1994; Rea et al., 1997; Scott et al., 2001; Meyerink & Marquis, 2002). Outros fatores como o tipo do parto, as características do recém-nascido, as cirurgias ou traumas mamários anteriores à gestação também são apontados como relacionados ao desmame precoce (Neifert et al., 1990; Weiderpass et al., 1998; Souto et al., 2003).

A experiência anterior da nutriz com a amamentação também pode influenciar na manutenção do aleitamento materno atual. Estudos mostram que mulheres que foram amamentadas ao seio ou que já amamentaram outros filhos têm uma maior chance de sucesso com o aleitamento (Scott et al., 2001; Meyerink & Marquis, 2002). Dykes et al. (1999) sugerem que para algumas mulheres o conhecimento de que suas mães aleitaram por um longo período pode ser suficiente para lhes dar confiança na sua própria capacidade de amamentar. Segundo Scott et al. (2001) as puérperas têm maior probabilidade de descontinuar o aleitamento antes da alta hospitalar se suas mães não amamentaram. Similarmente, Hoddinott et al. (1992) demonstraram que mulheres que tiveram contato com crianças aleitadas por uma amiga ou parente próximo tiveram menos problemas com aleitamento. Estas experiências vivenciadas ou compartilhadas aumentam a auto-confiança em sustentar a amamentação. Esta confiança materna vem emergindo como uma significante influência sobre a iniciação e duração da amamentação (Buxton et al., 1991; O'Campo et al., 1992; Blyth et al., 2002; Blyth et al., 2004; Dunn et al., 2006; Cooke et al., 2007). Um estudo qualitativo sugere que a deterioração da auto-confiança materna no período de pós-parto imediato é um importante fator de desmame (Papinczak & Turner, 2000). Esta também pode ser influenciada pelo encorajamento de outras pessoas, como amigos, familiares e profissionais de saúde e pelos fatores psicológicos (Dennis C-L, 1999).

As diferentes características psicológicas ligadas à mãe, como o estresse, a depressão e a ansiedade, são importantes fatores relacionados ao aleitamento materno. Estas características podem influenciar, especificamente, na produção e apojadura do leite. A prolactina, hormônio hipofisário que atua nas células alveolares determinando a síntese do leite, tem sua liberação regulada por estes distintos fatores psicogênicos, assim como pelo estímulo mamário, a anestesia, a cirurgia, os exercícios e a relação sexual (Venancio et al., 2002; Bueno et al., 2003; Escamilla, 2003). Segundo Henderson et al. (2003), durante o primeiro ano de pós-parto, uma mulher deprimida tem 1,25 vezes maior risco de cessar o aleitamento materno do que uma mulher que não desenvolveu sintomas de depressão.

As relações entre a inexistência de uma rede social de apoio capaz de dar suporte social à gestante e a ocorrência de desfechos perinatais desfavoráveis também vêm sendo sugerida por diferentes autores já há alguns anos (Reeb et al., 1987; Rutter & Quine, 1990; Hagoel et al., 1995; Hedegaard et al., 1996). A maioria dos pesquisadores que estudam estas relações sugere que a existência de tais redes teria um efeito "tamponador" (mediador) de possíveis conseqüências nocivas à saúde ocasionadas por estas situações, podendo os diferentes tipos de suporte social contribuir na escolha e na duração da amamentação materna (Broadhead et al., 1983).

Os membros familiares exercem uma importante influência durante amamentação, sendo considerados como a principal fonte de suporte para a mesma. O suporte familiar, particularmente, do pai do bebê e da avó materna, aumenta a probabilidade de se estender o período da amamentação (Matthews et al., 1998; Scott et al., 2001; Krouse, 2002; Cernadas et al., 2003). Estudos comprovam que a participação paterna é importante desde os primeiros meses da gestação, além de proporcionar gravidez e parto mais tranqüilos e de trazer vivências mais positivas no pós-parto. O pai

da criança tem sido, repetidamente, relatado como uma importante fonte de suporte social, influenciando significativamente na escolha e manutenção do aleitamento materno. A presença, o apoio e a aprovação paterna influenciam positivamente na amamentação, podendo até mesmo prolongá-la (Matich & Sims, 1992; Littman et al., 1994; Bar-Yam & Darby, 1997; Scott et al., 2001; Falceto et al., 2004; Rempel & Remple, 2004; Sullivan et al., 2004).

1.8 Violência entre parceiros íntimos: um empecilho ao aleitamento materno?

Como explicitado nas seções anteriores, a VPI traz negativas repercussões sobre a saúde física e psicológica das mulheres independente da sua forma de apresentação. Apesar de estar presente nos distintos grupos sociais, esta parece acometer preferencialmente mulheres jovens, solteiras, de baixa escolaridade, sem companheiro fixo e envolvidas em relações onde o uso abusivo de álcool e drogas é comum. Suas vítimas estão mais sujeitas a apresentarem depressão, baixa auto-estima, gravidez indesejada, e com um número reduzido de consultas pré-natais (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993; Webster, 1994; Gazmararian et al., 1995; Blyth et al., 2002; Dennis, 2002; Moraes et al., 2002; Valladares et al., 2002; Taveras et al., 2003). Como muitos dos fatores precursores e das conseqüências negativas também são habitualmente associados ao desmame precoce, torna-se plausível imaginar que possa haver relações entre a VPI e a curta duração do aleitamento materno (Acheson, 1995; Bullock et al., 2001)

Estudos anteriores têm sugerido que o desmame precoce é fruto de uma complexa rede de relações entre fatores associados à mulher, ao recém nascido, ao seu ambiente familiar e ao contexto em que eles se encontram em uma dada dimensão espaço-temporal (Ichisato & Shimo, 2002). Segundo Heinig (2002), uma mulher que é

pobre, doente, explorada e/ou abusada tem uma diminuída capacidade de escolher comportamentos saudáveis, podendo não amamentar ou, no máximo, amamentar exclusivamente seu filho por um período de tempo muito curto. Também é importante considerar que o estresse e as alterações emocionais, como a ansiedade e a depressão, podem inibir a produção e o reflexo da descida do leite, pois esta é mediada pela adrenalina ou noradrenalina que atua no eixo hipotálamo-hipofisário que é responsável pelo controle da produção e apojadura do leite (Accioly et al., 2004). Assim, o estresse, o temor, a ansiedade, a dor e o cansaço são fatores que inibem tanto a liberação de prolactina, hormônio responsável pela produção de leite, quanto da oxitocina, hormônio que atua na descida do leite (Mezzacappa & Katkin, 2002).

Morse (1990) e Dignam (1995), sugerem que muitas mães são desencorajadas a amamentar devido à conotação sexual dos seios. Adicionalmente, estes autores relatam que alguns pais percebem a diferença entre o relacionamento deles com a criança e o relacionamento criado entre mãe e filho durante a amamentação. Segundo o último autor, o aleitamento permite uma troca íntima entre mãe e bebê, trazendo harmonia, proximidade emocional, toque de pele, e reciprocidade. Tal relação acaba excluindo o companheiro, que pode visualizar a criança como um competidor da atenção da mãe, fazendo com que este desestimule o aleitamento materno e tenha uma atitude agressiva com a mulher e o recém-nascido.

Como visto anteriormente, o apoio do parceiro tem sido consistentemente identificado como uma das principais fontes de suporte ao aleitamento, influenciando significativamente na iniciação e duração do mesmo (Rempel & Remple, 2004). É plausível a hipótese de que este suporte tem menos chance de estar presente em relacionamentos abusivos. No entanto, pouco se tem discutido sobre uma provável associação entre VPI e desmame precoce. Um estudo que avaliou a relação entre

qualidade do relacionamento conjugal no período perinatal e cuidado infantil, que engloba o aleitamento materno, encontrou uma associação positiva entre ambos (Namba & Tanaka, 1999). Este mostrou que um bom relacionamento e o envolvimento paterno no cuidado da criança influenciam no bem-estar da mulher, aumentando a habilidade materna para responder às necessidades do bebê.

No entanto, os resultados dos artigos que avaliam a relação entre qualidade do relacionamento conjugal e aleitamento materno são contraditórios. Contrariando a hipótese inicial, Falceto et al. (2004) não encontraram uma associação direta entre um bom relacionamento conjugal e a manutenção do aleitamento até quatro meses de pós-parto. Entretanto, o estudo evidenciou que uma boa relação entre o casal possui uma associação positiva com o suporte paterno à amamentação. Para justificar tal ambigüidade, os autores sugerem que entre as mulheres com relacionamentos conjugais problemáticos há uma maior aproximação das mesmas com os recém-nascidos, como uma forma de compensação do afeto negado pelo companheiro. Além disto, muitas mulheres nesta população tiveram outras fontes de suporte, principalmente de familiares, vizinhos e amigos, assim como fácil acesso aos serviços de saúde, favorecendo a manutenção do aleitamento.

Já Sullivan et al. (2004), ao avaliarem o papel de determinadas características do relacionamento familiar sobre a duração da amamentação em mulheres primíparas, confirmaram a hipótese de que a qualidade do relacionamento conjugal pode estar relacionada com a duração do aleitamento. Neste estudo as mulheres que desmamaram antes dos 4 meses de vida da criança relataram maior estresse no relacionamento conjugal. Segundo os pesquisadores, relacionamentos problemáticos podem atuar como significantes marcadores de conflitos ou de baixo suporte, podendo abalar a habilidade materna de atender as demandas da amamentação. Alternativamente, os casais em que

as mulheres deixaram de amamentar tenderam a apresentar dificuldade de adaptação ao papel de pais, que é preditivo, tanto para o desmame, quanto para o estresse conjugal. Entretanto, os autores também sugerem que, devido à associação entre estresse conjugal e desmame precoce ter sido marginalmente significativa, futuras pesquisas ainda são necessárias para replicar os resultados e explorar de que forma o relacionamento conjugal afeta o aleitamento.

Os parcos estudos que se debruçaram especificamente sobre a associação entre VF e aleitamento materno também são contraditórios (Acheson, 1995; Bullock et al., 2001; Silverman et al., 2006; Lau & Chan, 2007). Acheson (1995) mostrou que o abuso físico e sexual sobre a mulher e/ou seus filhos diminui a probabilidade do aleitamento materno. Entretanto, Bullock (2001), Silverman (2006) e Lau (2007) não encontraram associação entre abuso prévio ou atual e iniciação e duração da amamentação.

Salienta-se que alguns destes estudos embutem importantes problemas metodológicos, tais como, heterogeneidade nas definições da VPI, ausência de ferramentas válidas para sua identificação e caracterização do desmame, ausência de modelos teóricos explicativos e reduzido tamanho amostral. Em seu estudo, Bullock et al. (2001) também apontam a possibilidade de viés de seleção, pois dentre as puérperas participantes de um programa de suplementação nutricional, só entraram na pesquisa aquelas que se propuseram a participar, dificultando a generalização dos achados.

2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo parece pertinente visto que a VPI vem sendo considerada pela literatura mundial importante causa de morbi-mortalidade para o conjunto de mulheres e, particularmente, para aquelas que atravessam o período gestacional. A grande magnitude do problema, a insuficiência e as controvérsias nos estudos internacionais sobre efeitos adversos da violência na gestação e no pós-parto sugerem a necessidade de estudos complementares nesta área.

Ademais, o reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno tem levado a busca das causas de seu insucesso freqüente. A eficiência de medidas de intervenção para promover o aleitamento depende, principalmente, da identificação precoce de mães com risco aumentado de não iniciar ou interromper precocemente a lactação. Apesar dos avanços observados nas últimas décadas na cobertura e no aumento do tempo de aleitamento no Brasil, ainda não alcançamos as metas propostas pela OMS.

Sabe-se que diversas características apresentadas pelas mães são também reconhecidas como relacionadas às vítimas da VPI. Dentre estas, destaca-se a depressão, a baixa auto-estima, a gravidez indesejada, baixa escolaridade e status sócio-econômico menos privilegiado. Logo, torna-se plausível supor que a VPI atue como um aspecto psico-social negativo que dificulta a prática do aleitamento materno durante os primeiros meses de vida da criança. No entanto, os estudos que abordam o papel da violência durante a gestação e nos primeiros meses de vida como fator de risco para o desmame prematuro ainda são recentes, em número reduzido, controversos, apresentam problemas metodológicos importantes e realizados exclusivamente em países desenvolvidos. O investimento em pesquisas robustas que explorem as possíveis relações entre VF e amamentação, bem como a proposição de dimensões que possam estar contribuindo como intermediárias e possíveis efetores no processo, pode contribuir

para melhora deste quadro, na medida em que permitirem a elaboração de propostas mais específicas e efetivas para o enfrentamento do problema.

Além disto, o reconhecimento da VPI e de outros fatores envolvidos no processo como propensores de efeitos adversos na saúde materno-infantil, tal como o desmame precoce, poderá sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do rastreamento destes durante o atendimento à mulher e à criança, particularmente os que atuam no pré-natal e puericultura. Uma vez o problema detectado, se faz necessário a incorporação das mulheres que vivem em ambientes conflituosos em programas de incentivo ao aleitamento materno, visando um atendimento diferenciado e um maior apoio à manutenção da amamentação.

Caso as hipóteses da pesquisa sejam confirmadas, a atenção dos profissionais à importância de uma atenção interdisciplinar, vislumbrando as diferentes dimensões envolvidas no bem-estar da mulher e da criança, também será despertada. A necessidade de uma atuação intersetorial também se fará mais presente. Em função da complexidade do problema, o enfrentamento da VPI pelo setor saúde deve se dar em rede com as demais instituições da sociedade civil envolvidas na prevenção primária e secundária da VF.

Em função das lacunas e possibilidades apontadas nas linhas acima, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para a prevenção da VPI na gestação e suas conseqüências negativas à saúde da mãe e bebê ao oferecer subsídios às propostas de ação que tenham como objetivo prevenir e mitigar a VPI, seus efeitos diretos e repercussões negativas, tais como o desmame precoce.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar o papel da VPI durante a gestação no processo de determinação da interrupção precoce do AME em crianças atendidas em serviços públicos de atenção básica de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar o papel da violência física grave durante a gestação como fator de propensão a interrupção precoce do AME em crianças atendidas em serviços públicos de atenção básica de saúde. (ARTIGO I)

- Avaliar o papel de uma elevada auto-estima materna como fator de proteção ao AME em crianças atendidas em serviços públicos de atenção básica de saúde. (ARTIGO II)

4. ARTIGOS

4.1 Violência física grave entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo? (Artigo I)[7]

Introdução

A ciência é unânime ao reconhecer o leite materno como fonte segura de nutrição para o ser humano na infância e cujos benefícios ecoam para a vida adulta (Kramer & Kakuma, 2002). Estes envolvem diferentes esferas como as de ordem nutricional, imunológica, psicológica, ortodôntica, econômica e sócio-cultural (Feachem & Koblinski, 1984; Victora et al., 1987; Howie et al., 1990; Lucas & Cole, 1990; Aniansson et al., 1994; WHO, 2000; Kosloske, 2001; Venancio et al., 2002; Albernaz et al., 2003). Dentre os prejuízos do desmame precoce à saúde do infante, ressalta-se o aumento da incidência e da gravidade de diversas patologias, tais como, diarréia, otite média, infecções respiratórias, bronquite, meningite, enterocolite necrotizante, doenças alérgicas, diabetes mellitus insulino-dependente, doença de Crohn e doenças crônicas do trato digestivo (Feachem & Koblinski, 1984; Victora et al., 1987; Howie et al., 1990; Lucas & Cole, 1990; Aniansson et al., 1994; WHO, 2000; Kosloske, 2001; Albernaz et al., 2003). Mesmo em situações em que o desmame não é completo, sua complementação com outros líquidos ou alimentos nos primeiros 6 meses de vida também é alvo de críticas. Esta prática pode interferir negativamente na absorção de nutrientes, pois pode influir na biodisponibilidade deste. Pode também, diminuir a quantidade de leite ingerido, levando a um menor ganho ponderal, o que pode ocasionar um déficit de crescimento e desenvolvimento da criança (Longo et al., 2005; Sprydes et al., 2005; Hill & Johnson, 2007).

[7] Autores: Oliveira, ASD; Moraes, CL; Reichenheim, ME; Lobato, G

No âmbito da saúde da mulher, estudos vêm apontando que o aleitamento contribui para uma adequada recuperação materna no pós-parto imediato, provocando uma mais rápida involução uterina, diminuindo a hemorragia neste período (Garcia & Schaefer, 1991). Ademais, há relato de que a amamentação reduz o risco de câncer de mama (Zheng et al., 2001), de ovário (Rosenblatt & Thomas, 1993), de osteoporose (Commings & Klineberg, 1993) e da incidência de esclerose múltipla (Pisacane et al., 1994). Além de reduzir riscos específicos, a prática contribui para o espaçamento entre as gestações a partir de seu efeito contraceptivo. A amenorréia induzida pela lactação é confiável nos primeiros seis meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva e que a mãe se mantenha amenorréica durante todo o período (Howie & Mcneilly, 1982; Kennedy & Visness, 1992). Adicionalmente, alguns autores vêm mostrando os benefícios do aleitamento para a saúde psicológica materna. Franceschini (1989) sugere que amamentar pode ser uma experiência prazerosa para a mãe, pois durante a sucção o nível plasmático de beta-endorfina, similar químico da morfina, aumenta significativamente. Algumas mulheres relatam também o aumento da auto-estima e da competência feminina, com base no fato de serem capazes de alimentar seus filhos e no bem-estar que podem proporcionar a ele com este ato. Estes sentimentos desempenham papel importante para a realização pessoal como mãe e mulher (Euclydes, 2000).

Na perspectiva das políticas públicas de saúde, em face aos benefícios que congrega, o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de vida da criança e a complementação com outros alimentos inócuos e apropriados deste até os dois anos de idade, configuram-se como recomendação oficial (Kramer & Kakuma, 2002; WHO, 2003). Em função disto, diversos estudos têm buscado conhecer a prevalência do aleitamento na população, assim como avaliar os fatores que poderiam influenciar na

sua iniciação e duração nas diferentes partes do mundo(Escobar et al., 2002; WHO, 2003; Faleiros et al., 2006).

No Brasil, de maneira geral, as pesquisas são unânimes em apontar os bons resultados das políticas públicas que visam promover e proteger o aleitamento materno (Brasil, 2004). No entanto, o País ainda apresenta uma baixa prevalência e duração do aleitamento materno, principalmente de forma exclusiva nos primeiros meses de vida da criança (OPAS, 1991; Brasil, 2001; Sena et al., 2007). As taxas de AME costumam ser bem mais baixas do que as taxas de aleitamento materno em geral, declinando rapidamente já nos primeiros dias de pós-parto (Carvalho & Tamez, 2005). A Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (PPAM), realizada em 1999, que envolveu diferentes capitais brasileiras e o distrito federal, indicou que apenas 47,5% das crianças na faixa etária de 0 a 30 dias recebem exclusivamente leite materno, ocorrendo a partir daí uma brusca redução neste índice, sendo de 17,7% a prevalência de AME das crianças até três meses e de 7,7% a prevalência aos seis meses de vida. (Brasil, 2001(Sena et al., 2007).

Também parece consenso que não existem causas isoladas para iniciar ou interromper o curso da amamentação. Trata-se de uma relação entre diferentes e complexos fatores que envolvem características maternas, do recém-nascido e do contexto em que estes se encontram em uma dada dimensão espaço-temporal. A amamentação é decorrente de uma série de impulsos biológicos, instintivos e comportamentais (Scott et al., 2001; Taveras et al., 2003). Dos fatores ligados à criança, merecem destaque o baixo peso ao nascer, a prematuridade e outros agravos perinatais que aumente o tempo de internação hospitalar (Venancio et al., 2002; Vasconcelos et al., 2006; Venâncio & Monteiro, 2006). Dentre as características maternas enfatiza-se o baixo nível sócio econômico, a baixa idade e escolaridade, a situação conjugal instável,

a primiparidade, a falta de experiência anterior com amamentação, o retorno precoce ao trabalho, o fumo e o uso de álcool ou drogas ilícitas (Buxton et al., 1991; O'Campo et al., 1992; Rea, 1994; Rea et al., 1997; Scott et al., 2001; Escobar et al., 2002; Meyerink & Marquis, 2002; Vieira et al., 2004a; Vieira et al., 2004b; Faleiros et al., 2006; Venâncio & Monteiro, 2006).

Algumas características psicológicas da mulher, tais como a depressão pós-parto, a ansiedade, o estresse permanente e uma baixa auto-confiança também têm se mostrados capazes de reduzir a habilidade materna de iniciar e/ou manter o aleitamento (Blyth et al., 2002; Mezzacappa & Katkin, 2002; Henderson et al., 2003; Taveras et al., 2003; Blyth et al., 2004; Li et al., 2004; Hatton et al., 2005; Dunn et al., 2006; Baghurst et al., 2007; Ystrom et al., 2008). Dentre os fatores associados ao contexto em que os indivíduos estão inseridos, há evidências de que o apoio social recebido e/ou percebido pela gestante proveniente dos profissionais de saúde e familiares, a ocorrência de eventos estressantes na gestação e/ou pós-parto e a qualidade do relacionamento conjugal também podem interferir no processo (Matich & Sims, 1992; Falceto et al., 2004; Sullivan et al., 2004; Olayemi et al., 2007). Em relação ao último aspecto, em anos recentes, alguns autores vêm chamando a atenção para a necessidade de se incluir a Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) como um dos potenciais fatores de risco ao desmame (Matich & Sims, 1992; Bullock et al., 2001; Falceto et al., 2004; Sullivan et al., 2004; Silverman et al., 2006; Kendall-Tackett, 2007; Lau & Chan, 2007).

A incorporação do tema ao debate se justifica em função das diferentes repercussões negativas da VPI na saúde mental e no contexto social da mulher, tais como, os freqüentes distúrbios psicossomáticos, a depressão, os distúrbios do sono, a insegurança, a intimidação e a baixa auto-estima, que trazem como conseqüência um isolamento social progressivo (Martin et al., 1996; McFarlane et al., 1996; Gelles, 1997;

Kendall-Tackett, 2007). Assim, é possível conjeturar que um contexto familiar caracterizado por um elevado nível de stress e hostilidade possa comprometer a capacidade da mulher tanto para o auto-cuidado, como para o cuidado do recém nascido. Este comprometimento pode dificultar a adoção de medidas de promoção de saúde, tal como a iniciação e manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança. As próprias repercussões da VPI na saúde mental da gestante em termos de auto-estima e auto-confiança também podem dificultar a sua capacidade de se perceber como a única fonte de alimento para o/a filho/a. Ademais, o estresse presente no ambiente familiar das mulheres que vivenciam a VPI pode alterar o padrão de liberação de adrenalina e noradrenalina atuantes no eixo hipotálamo-hipofisário, principal responsável pela produção e o reflexo da descida do leite (Mezzacappa & Katkin, 2002; Accioly et al., 2004).

Ainda que pesquisas sobre as repercussões da VPI na saúde da criança em seus primeiros meses de vida venham sendo realizadas, os estudos sobre o tema ainda são escassos. Muitos embutem problemas metodológicos, tais como, heterogeneidade das definições da VPI, ausência de ferramentas válidas para sua identificação e caracterização do desmame, ausência de modelos teóricos explicativos e reduzido tamanho amostral (Acheson, 1995; Bullock et al., 2001; Silverman et al., 2006; Lau & Chan, 2007). Visando dar um passo adiante, este estudo pretende explorar as possíveis relações entre a ocorrência de Violência Física Grave durante a Gestação (VFGG) entre parceiros íntimos e o desmame precoce do AME.

Materiais e métodos

Desenho e contexto de estudo

Trata-se de um estudo transversal que coletou informações através de entrevistas às mães de crianças menores de 5 meses de idade que aguardavam atendimento nos

setores de pediatria, puericultura e/ou vacinação em 5 Centros Municipais de Saúde (CMS) de diferentes regiões do município do RJ[8]. Selecionou-se as unidades de saúde que melhor se adequaram às necessidades da pesquisa, tais como, ter uma infra-estrutura que facilitasse a privacidade necessária durante as entrevistas, ter localização de fácil acesso e apresentar um número significativo de atendimentos em pediatria e/ou puericultura.

Segundo informação obtida pela secretaria municipal de saúde do RJ, todas as unidades selecionadas apresentavam perfil semelhante de incentivo ao aleitamento materno, não possuíam o título de Unidades Básicas Amigas da Amamentação (De Oliveira et al., 2001).

População alvo, fonte e amostra

Assume-se que o domínio do estudo (população alvo) seja restrito às famílias que utilizam rotineiramente os serviços de atenção primária à saúde (CMS) para atendimento nos setores de pediatria e vacinação. Desta forma, é possível que as relações aventadas no estudo não possam ser generalizadas para famílias com crianças de alto risco que mereçam acompanhamento em unidades de maior nível de complexidade, nem tampouco às famílias de nível sócio-econômico mais elevado, habitualmente acompanhadas no setor privado de saúde.

Foram elegíveis a participar do estudo (população fonte) as crianças acompanhadas pela própria mãe se esta relatasse ter tido pelo menos uma relação amorosa por mais de um mês durante a gestação. Foram excluídos os casos de crianças gêmeas e as que possuíam alguma condição no âmbito materno ou da própria criança que contra-indicasse formalmente o aleitamento materno (mãe HIV positiva, em

[8] CMS Silveira Martins localizado (Catete), CMS Heitor Beltrão (Tijuca), CMS Ariadne Lopes de Menezes (Engenho da Rainha),CMS Marcolino Candau (Praça XI) e CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello (Jacarepaguá)

tratamento oncológico, fazendo uso de medicação que contra-indicasse o aleitamento, crianças com problemas metabólicos que impedissem a amamentação ou que apresentasse lábio leporino com má formação bilateral).

Para a realização do cálculo do tamanho amostral foi utilizado a suite EpiInfo 6,04, através do programa STATCALC. Foi utilizada uma freqüência esperada do evento na população, ou seja, prevalência de desmame completo em crianças de 0 a 5 meses de cerca de 20% entre os não-expostos, de acordo com resultados de pesquisa anteriormente realizada (Brasil, 2001). Assumindo-se um nível de significância de 5%, um poder de estudo de 90%, uma relação de exposição de 1:4 e um OR de 2,0, estima-se um tamanho amostral final de aproximadamente 800 entrevistas.

A seleção das respondentes se deu de forma aleatória através do sorteio destas enquanto aguardavam o atendimento nas unidades de saúde. Das 853 mães convidadas a participar do estudo, 18 (2,11%) não eram elegíveis e 24 (2,81%) se recusaram a participar. Desta forma, a amostra de estudo é formada por 811 mães.

Coleta de dados

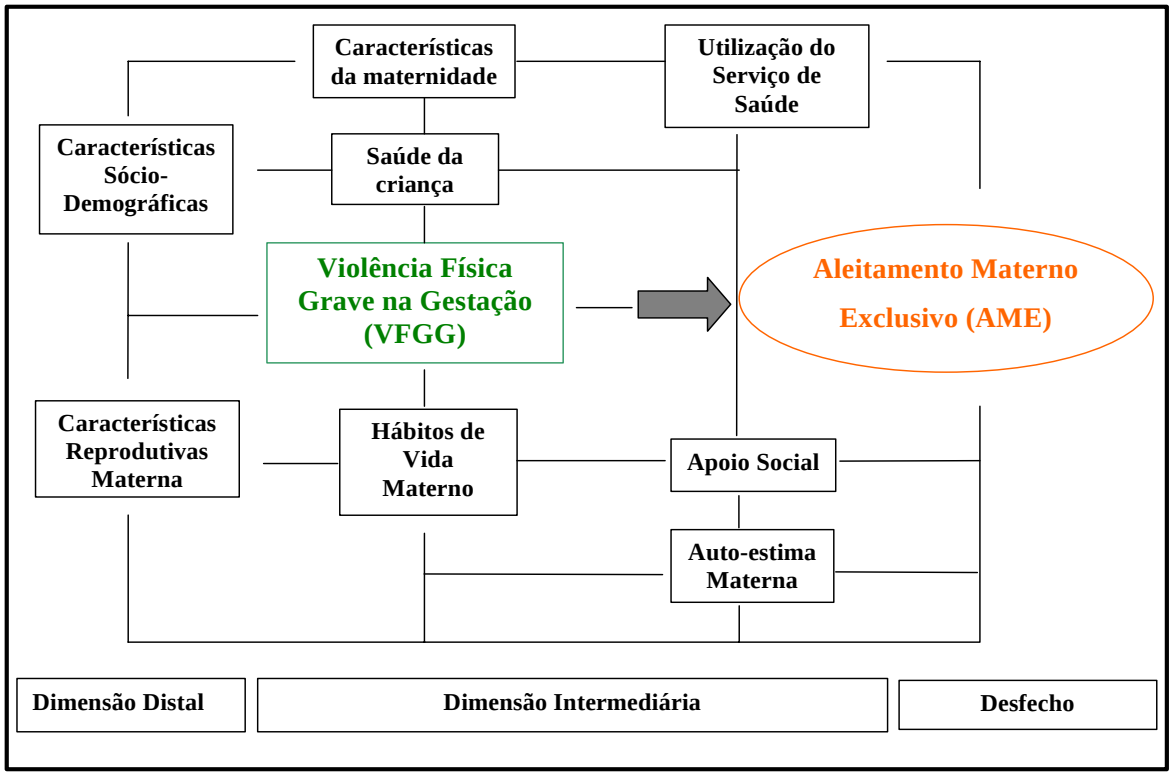
A coleta de dados teve duração de 5 meses, tendo início em janeiro de 2007 e término em junho do mesmo ano. As informações foram coletadas a partir de entrevistas face a face com a mãe das crianças[9]. Dado que estas abordavam questões de foro íntimo, a equipe de entrevistadores foi composta apenas por mulheres, profissionais de saúde, previamente treinadas. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado sem a presença do companheiro. A seleção das respondentes se deu de forma aleatória através do sorteio destas enquanto aguardavam o atendimento de saúde.

[9] O questionário principal encontra-se no Anexo II

Modelo teórico, instrumentos e operacionalização das variáveis[10]

O modelo teórico-conceitual do estudo contemplou as dimensões que vêm sendo mais freqüentemente pesquisadas nas investigações sobre violência familiar durante a gestação e desmame precoce (**Figura 1**).

Figura 1 – Modelo teórico-conceitual



O primeiro nível hierárquico (dimensão distal) do modelo é composto pelas características sócio-demográficas e reprodutivas maternas. As características sócio-demográficas foram representadas pela condição econômica e ambiental do domicílio, idade, cor, escolaridade, trabalho materno durante a gestação e pós-parto e situação conjugal. O indicador escolhido para caracterizar a condição econômica foi o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Este instrumento foi produzido pela

[10] Vide Anexo III que detalha o modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis independentes.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa e tem como função estimar o potencial de compra das famílias, segmentando o mercado em classes econômicas a partir de informações sobre escolaridade do chefe da família, posse de bens duráveis e existência de empregado doméstico no domicílio (Mattar, 1995; ABEP, 2003). Para caracterização da situação ambiental do domicílio, utilizou-se um escore composto por quatro variáveis: número de pessoas por cômodo do domicílio; tipo de material que constitui a maior parte do piso da casa, esgotamento sanitário e recolhimento do lixo (Reichenheim & Harpham, 1990). As características reprodutivas maternas foram avaliadas através das variáveis paridade e intervalo interpartal.

As demais dimensões contempladas se encontram no nível intermediário do modelo, sendo influenciadas pelas variáveis que compõe a dimensão distal e também relacionadas à Violência Física Grave durante a Gestação (VFGG) e ao desmame precoce. A saúde da criança é aqui representada por uma única variável que capta a percepção materna em relação a esta. A utilização dos serviços de saúde é retratada pela variável idade gestacional da respondente no início do acompanhamento de pré-natal. O perfil da maternidade de nascimento da criança pela variável Hospital Amigo da Criança (HAC), operacionalizada em três níveis: hospitais com titulação, em vias de receber a titulação, e sem o título de HAC.

A auto-estima materna foi avaliada através da escala de Rosenberg, utilizada mundialmente em função de suas boas propriedades psicométricas e a sua fácil aplicabilidade (Rosenberg, 1989). Esta já foi traduzida para 28 idiomas (Schmitt & Allik, 2005) e aplicada em 53 países, incluindo o Brasil (Assis et al., 2003). Os hábitos de vida maternos foram representados pelo uso inadequado de álcool pela respondente, avaliado através da utilização da versão em português do instrumento TWEAK *(Tolerance; Worry; Eye-opened, Amnesia; C/Kut-down)* (Masur & Monteiro, 1983;

Moraes et al., 2005). Foram considerados casos suspeitos de uso inadequado de álcool os indivíduos que obtiveram um escore de dois ou mais (Ewing, 1984; Sokol et al., 1989; Russell et al., 1994).

Para a avaliação do nível de suporte social recebido pela gestante durante a gravidez e pós-parto será utilizada a escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS) que mede a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social recebido (Sherbourne and Stewart 1991; Chor, Griep et al. 2001), na sua versão em português (Griep, Chor et al. 2003)(Griep, Chor et al. 2005). A operacionalização deste conceito no nível empírico foi dada através da utilização do escore obtido nas escalas de apoio material, afetivo, emocional, apoio para informação e interação social positiva, que foi avaliado tanto de forma separada quanto em conjunto.

A ocorrência de VFGG foi avaliada utilizando-se a escala de agressão física que compõe o instrumento *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2) previamente adaptado para o uso no Brasil (Straus et al., 1996; Moraes et al., 2002; Straus & Douglas, 2004; Reichenheim et al., 2007). A escala de agressão física é composta por 12 itens, sendo subdividida em menor (5 itens) e grave (7 itens). Para o presente estudo, utilizou-se apenas à relativa à violência física grave, sendo esta composta pelos respectivos itens: uso de faca ou arma contra o(a) companheiro(a); se deu um murro ou acertou-o(a) com alguma coisa que pudesse machucar; se sufocou ou estrangulou-o(a); se jougou-o(a) contra a parede com força; se deu uma surra no(a) companheiro(a); se queimou ou derramou líquido quente no(a) companheiro(a) de propósito e se chutou-o(a). Foi considerado um caso positivo as mulheres que relataram terem vivenciado pelo menos um dos atos que compõem a sub-escala, seja como vítima ou como perpetradora, durante o período da gestação (Moraes et al., 2002).

Utilizou-se como variável de desfecho o Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Este foi caracterizado por criança que recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de gotas ou xaropes de vitamina, minerais, e/ou medicamentos, tal como recomendação da OMS (OPAS, 1991; WHO, 1995). Este foi avaliado a partir do recordatório materno da alimentação da criança nos últimos 7 dias. A opção por uma janela temporal mais abrangente do que a habitualmente utilizada em pesquisas da área (24horas) teve como justificativa o fato da população de estudo ser constituída também por crianças que procuraram os CMS por apresentarem pequenos agravos de saúde. Neste caso, é plausível supor que, por estarem apresentando algum problema de saúde, as crianças poderiam estar sob uma alimentação atípica nas 24 horas antecedentes à entrevista, em vez da alimentação habitual. Em se tratando de lactentes, é possível que mesmo as crianças que já tivessem introduzido outros tipos de alimentos em sua alimentação de rotina estivessem fazendo uso apenas do leite materno no período da enfermidade e convalescença, superestimando, assim, a prevalência de AME na população estudada, caso o recordatório se restringisse às últimas 24 horas. Como grande parte das patologias que acometem as crianças desta faixa etária são agudas, entende-se que a janela temporal de 7 dias seria mais apropriada.

Análise dos dados

Utilizou-se a abordagem de "*current status*" nas análises envolvendo o desmame (exclusivo) como variável dependente (Grummer-Strawn, 1993; Aarts et al., 2000). O método permite recompor via modelagem a experiência longitudinal da subjacente coorte de crianças a partir do recordatório alimentar dos últimos 7 dias e da informação da idade da criança na data de entrevista. Adicionalmente é possível, de forma indireta,

projetar curvas de sobrevida do status de aleitamento. Dentre vários modelos propostos (Grummer-Strawn, 1993), optou-se pelo modelo log-log complementar por ser este capaz de estimar a função *hazard* cumulativa equivalente à estimada pelo modelo de sobrevida de Weibull (Selvin, 2004). No contexto do presente estudo, o modelo log-log complementar pode ser especificado como $\ln\left(-\ln\left(S(i)\right)\right) = \alpha + p\ \ln(x_i) + x_v\beta_v + x_k\beta_k$, o que fornece $S(i) = \exp\left(-e^{\alpha} x_i^p e^{X_v\beta_v} e^{X_k\beta_k}\right)$, a proporção ainda amamentando na idade *i*. Denotando $\lambda = e^{\alpha/p}$ e apontando que no modelo log-log complementar α e p são, respectivamente, o intercepto e coeficiente de regressão relativo ao logaritmo da idade da criança, é possível reescrever $S(i) = \exp\left(-\left(\lambda x_i\right)^p e^{X_v\beta_v} e^{X_k\beta_k}\right)$. A uma inspeção mais acurada, constata-se que o primeiro componente da exponencial ($-\left(\lambda x_i\right)^p$) corresponde à função *hazard* cumulativa de uma Weibull, conforme anunciado (Selvin, 2004).

Em se tratando de uma análise de *current status*, o tempo de sobrevida do aleitamento exclusivo da Weibull é aproximado pela logaritmo da idade da criança mediante os termos x_i e p contemplados no modelo log-log complementar acima[11]. Por extensão e de interesse central, deve ser notado também que o segundo componente envolve $X_v\beta_v$, o que significa ser possível estimar as razões de taxas (*hazard-ratio*) do desmame exclusivo entre mulheres expostas e não expostas à VFGG. O último termo $X_k\beta_k$ referente à *k* covariadas indica que se trata de um contexto multivariado com vista ao controle de variáveis de confusão.

A análise multivariada foi realizada segundo três perspectivas. A primeira (Modelo I) assume que as dimensões relativas aos hábitos de vida da gestante, a utilização dos serviços de saúde durante a gestação, e a auto-estima materna são intervenientes nas relações causais entre a exposição (VFGG) e o desfecho (interrupção

[11] Detalhes sobre esta equivalência encontram-se no Anexo IV

precoce do AME), não sendo, portanto, introduzidas no modelo. A segunda perspectiva (Modelo II) assume que apenas a utilização dos serviços de saúde e a auto-estima materna são intervenientes no processo, permanecendo, assim, fora da modelagem. O Modelo III considera que todas as dimensões expostas no modelo teórico-conceitual não são intervenientes, mas sim variáveis de confusão, sendo, portanto, introduzidas no modelo multivariado.

O processo de modelagem obedeceu as seguintes etapas. Primeiramente, foram selecionadas as variáveis que se mostraram associadas ao desfecho na análise univariada, considerando-se um *p-valor* $\leq$ 0,20 como ponto de corte. Em seguida, realizou-se a análise multivariada, incluindo-se as variáveis independentes de acordo com a hierarquia das dimensões subjacentes proposta pelo modelo teórico-conceital. No Modelo I, além da VPI, incluíram-se as variáveis para captar as condições sócio-econômicas e demográficas maternas, relativas à gestação e ao nascimento da criança, reconhecidos fatores de confusão no processo. A mesma ordem de entrada de variáveis foi respeitada nos Modelos II e III, acrescentando-se as relativas aos hábitos de vida da gestante (modelo II), cuja direção das associações à VPI ainda são discutidas e posteriormente às relativas à utilização dos serviços de saúde e a auto-estima materna (modelo III), variáveis supostamente intervenientes no processo causal. As variáveis que modificaram em pelo menos 10% o coeficiente da variável VFGG e/ou as que apresentaram um *p-valor* < 0,05 foram mantidas nos modelos. Os questionários foram codificados e digitados através do *software* Epi-Info versão 6.04 (Dean et al., 1994) e o processamento e as análises estatísticas foram realizados com o software Stata 9 (StataCorp, 2009).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde do RJ em conformidade

com os princípios da Declaração de Helsinque (CONEP, 2000)[12]. A participação anônima e voluntária foi assegurada através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido[13], que deveria ser assinado por todas as respondentes no momento em que estas aceitavam participar da pesquisa. Todas receberam orientação sobre onde procurar ajuda para lidar com situações de violência familiar caso achassem necessário[14].

Resultados

Tal como apresentado na **Tabela 1,** a prevalência de abuso físico grave no casal foi 18,9%. Mais da metade das crianças (53,9%) já não estava em AME no momento da entrevista, sendo a idade mediana de permanência em AME de 30 dias. A maioria das crianças estudadas era do sexo feminino (53,8%), tinha até 3 meses de vida (73,6%) e apresentava boa ou excelente condições de saúde segundo a percepção da mãe. Cerca de 1/4 das mulheres era adolescente; a maioria (71,8%) não havia concluído o ensino fundamental, bem como não relatou trabalho remunerado após o nascimento do bebê. Cerca de 1/3 das mesmas foi classificada como um caso suspeito de consumo inadequado de bebidas alcoólicas e apenas 34,6% das respondentes apresentam um grau de auto-estima elevado. A maior parte das mães (86,3%) pertencia às classes econômicas C e D, apesar de apenas uma pequena parcela (2,5%) habitar em domicílios com condições ambientais consideradas ruins. Em relação às características da gestação e do nascimento do bebê, 50,1% iniciaram o pré-natal até o segundo mês de gestação e 50,8% das crianças nasceram em Hospitais intitulados Amigo da Criança (HAC).

Como apresentado na Tabela 1, a análise exploratória inicial indicou que algumas características sócio-demográficas, reprodutivas e de hábitos de vida maternos mereceriam ser consideradas como possíveis fatores de confusão neste estudo, uma vez

[12] Os pareceres dos respectivos CEP encontram-se no Anexo V
[13] O termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se no anexo VI
[14] A lista de instituições que prestam auxílio a mulheres vítimas de VPI encontra-se no anexo VII

que tanto se mostravam associadas à ocorrência de violência familiar de acordo com a literatura, como à ocorrência de desmame precoce do aleitamento exclusivo no presente estudo. Vale apontar que as relações entre a presença de AME e as variáveis situação conjugal, cor da mãe, trabalho materno durante a gestação, intervalo interpartal, baixo peso ao nascer, tipo de parto, primiparidade, experiência anterior com amamentação, má qualidade da assistência pré-natal, número de consultas de pré-natal, tempo de internação do bebê e suporte social também foram apreciadas, mas não participaram das etapas subseqüentes de análise de dados por não se mostrarem associadas ao desfecho e/ou porque eram praticamente intercambiáveis com algumas efetivamente utilizadas.

TABELA 1 – Características da população de estudo e análise univariada

CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO DE ESTUDO			ANÁLISE UNIVARIADA		
	N	%	IC (95%)	HT	IC (95%)	p-valor
Aleitamento Materno Exclusivo (AME)						
Sim	374	46,1	(42,7 / 49,5)	-----	-----	---
Não	437	53,9	(50,4 / 57,3)			
Abuso físico grave na gestação						
Sim	153	18,9	(16,2 / 21,56)	1,43	(1,12 / 1,8)	**0,004**
Não	658	81,1	(78,4 / 83,8)			
Sexo da criança						
Masculino	375	46,2	(42,8 / 49,7)	1,09	(0,89 / 1,33)	0,406
Feminino	436	53,8	(50,3 / 57,2)			
Idade da criança (dias)						
0 –| 30	264	32,5	(29,3 / 35,8)			
30 –| 90	333	41,1	(37,7 / 44,5)	2,04	(1,79 / 2,31)	**0,000**
90 –| 150	214	26,4	(23,3 / 29,4)			
Percepção de saúde do bebê referida pela mãe						
Excelente	407	50,2	(46,7 / 53,6)			
Muito boa	156	19,2	(16,5 / 21,9)			
Boa	215	26,5	(23,5 / 29,5)	1,21	(1,09 / 1,34)	**0,000**
Regular	31	3,8	(2,5 / 5,1)			
Ruim	1	0,1	(0,1 / 0,3)			
Idade materna						
Abaixo de 20 anos	184	22,7	(19,8 / 25,6)			
20 a 35 anos	554	68,3	(65,1 / 71,5)	0,97	(0,95 / 0,99)	**0,001**
Acima de 35 anos	73	9,0	(7,0 / 10,9)			
Escolaridade materna						
Até 1º incompleto	336	41,4	(38,0 / 44,8)			
1º completo até 2º incompleto	247	30,4	(27,3 / 33,6)	0,97	(0,95 / 0,98)	**0,001**
2º grau completo	174	21,4	(18,6 / 24,3)			
3º grau incompleto ou mais	54	6,7	(4,9 / 8,4)			

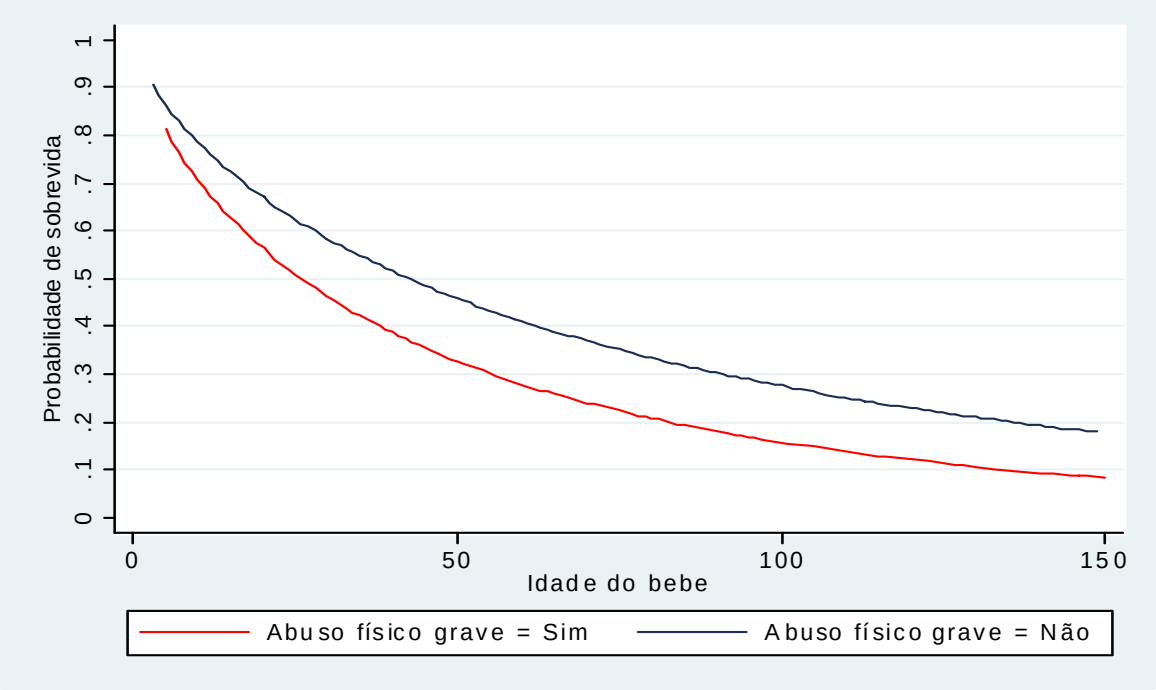
TABELA 1 – (Continuação).

CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO DE ESTUDO			ANÁLISE UNIVARIADA		
	N	%	IC (95%)	RT	IC (95%)	p-valor
Trabalho materno no pós-parto						
Sim	80	9,9	(7,8 / 11,9)	1,31	(0,96 / 1,77)	**0,091**
Não	731	90,1	(88,1 / 92,2)			
Consumo inadequado de álcool pela mãe						
Sim	272	33,5	(30,3 / 36,8)	1,44	(1,17 / 1,77)	**0,001**
Não	539	66,5	(63,2 / 69,7)			
Grau de auto-estima (tercis)						
Baixa	216	26,6	(23,6 / 29,7)	0,94	(0,92 / 0,97)	0,000
Média	314	38,7	(35,3 / 42,1)			
Alta	281	34,6	(31,4 / 37,9)			
Início do pré-natal						
Até 2 meses	401	50,1	(46,6 - 53,6)	1,31	(1,08 / 1,61)	**0,007**
Acima de 2 meses	399	49,9	(46,4 – 53,3)			
Característica da maternidade[(a)]						
Com o titulo de HAC	412	50,8	(47,3 – 54,2)	0,58[(b)]	(0,42 / 0,81)	0,001
Em vias de receber titulação	151	18,6	(15,9 – 21,3)	0,85[(c)]	(0,67 / 1,08)	0,189
Sem o título de HAC	248	30,6	(27,4 – 33,7)			

[(a)] Hospital Amigo da Criança (HAC) – Variável não apresentou um efeito linear
[(b)] RT da categoria de HAC Em vias de receber titulação versus Sem título
[(c)] RT da categoria Com título de HAC versus Sem título de HAC

Como evidenciado na **Figura 2**, as probabilidades de permanecer em AME são superiores entre as mulheres que não foram expostas à VFGG, quando comparadas às de mulheres que relataram a VFGG em seus lares. A análise univariada mostrou uma taxa de desmame do aleitamento exclusivo 1,43 (IC 95%: 1,12; 1,83) vezes maior entre os casais que praticaram VFGG, quando comparados aos que não referem a situação.

Figura 2 – Probabilidade de permanecer em Aleitamento Materno Exclusivo segundo a ocorrência ou não de Violência Física Grave na Gestação



A introdução das variáveis de confusão na análise multivariada evidenciou uma atenuação do efeito da exposição central sobre o desfecho, tal como pode ser visto na Tabela 2, que apresenta os resultados das análises segundo os três diferentes modelos utilizados. Nota-se que mesmo após a introdução das variáveis de confusão (modelos I e II), a associação entre VFGG e a interupção precoce do AME mostrou-se estatisticamente significativa, apresentando uma RT de 1,35 (IC 95%: 1,04; 1,75) e 1,31 (IC 95%: 1,01; 1,69), respectivamente. Já ao se introduzir as variáveis início do pré-natal e grau de auto-estima materna, possíveis intervenientes no processo, a RT cai consideravelmente a 1,16 (IC 95%: 0,88; 1,52), perdendo sua significância estatística. Todas as variáveis de controle se mantiveram significativas nos modelos I e II. Já ao utilizar o modelo III, tanto a variável início do pré-natal quanto a classe econômica e a idade materna não apresentam significância estatística.

Tabela 2 – Análise multivariada via modelo I, modelo II e modelo III.

VARIÁVEIS	MODELO I		MODELO II		MODELO III	
	RT [(a)] (IC – 95%)	p-valor	RT (IC – 95%)	p-valor	RT (IC – 95%)	p-valor
Violência Física Grave na Gestação (VFGG)	1,35 (1,04 / 1,75)	0,025	1,31 (1,01 / 1,69)	0,049	1,16 (0,88 / 1,52)	0,294
CCEB	1,19 (1,03 / 1,37)	0,018	1,17 (1,02 / 1,36)	0,030	1,15 (0,99 / 1,33)	0,071
Idade Materna	0,98 (0,96 / 0,99)	0,013	0,98 (0,96 / 0,99)	0,019	0,98 (0,97 / 1,01)	0,062
Trabalho materno no pós-parto	1,43 (1,03 / 1,97)	0,032	1,39 (1,01 / 1,94)	0,046	1,41 (1,01 / 1,98)	0,045
Percepção materna da saúde do bebê	1,18 (1,06 / 1,32)	0,002	1,18 (1,06 / 1,32)	0,002	1,15 (1,03 / 1,28)	0,012
Característica da maternidade[(b)]						
Em vias de receber titulação *versus* sem titulação	0,59 (0,43 / 0,81)	0,001	0,59 (0,43 / 0,81)	0,001	0,58 (0,42 / 0,81)	0,001
Com titulação *versus* sem titulação	0,91 (0,72 / 1,15)	0,42	0,90 (0,71 / 1,13)	0,36	0,85 (0,67 / 1,08)	0,189
Consumo inadequado de álcool pela mãe	------	---	1,30 (1,04 / 1,61)	0,019	1,30 (1,04 / 1,62)	0,021
Início do Pré-Natal [(c)]	------	---	------	---	1,22 (0,99 / 1,51)	0,063
Auto-estima	------	---	------	---	0,96 (0,94 / 0,99)	0,006

[(a)] Razão de Taxas; em parênteses: intervalo de confiança de 95%
[(b)] Hospital Amigo da Criança (HAC) – Variável não apresentou um efeito linear
[(c)] N = 800

Nota-se que, de modo geral, a probabilidade de interromper precocemente o AME foi maior entre as que possuem baixa situação sócio-econômica, pouca idade, trabalham durante o pós-parto, são suspeitas de fazer uso inadequado de álcool durante a gestação e/ou pós-parto, não percebem a saúde de seus filhos como excelente e não os tiveram em maternidades em vias de receber o título de amigo da criança. Já a auto-estima materna se mostrou um importante fator de proteção ao AME. Quanto maior o escore obtido na escala, maior a probabilidade de amamentar exclusivamente a criança.

A assunção de linearidade das variáveis ordinais foi rejeitada apenas para a variável Hospital Amigo da Criança. Logo, esta foi a única variável que não permitiu a apreciação na modelagem multivariada em sua forma original, sendo suas categorias avaliadas separadamente. Não foram encontradas interações significativas entre as variáveis de interesse e a ocorrência de violência física grave no casal.

Discussão

Como apresentado na Figura 2, as diferenças nas taxas de desmame do AME entre as mulheres que participam de situações de VFGG e as que não relatam tal experiência percorrem todas as faixas etárias desde o nascimento até o quinto mês de vida da criança. A apreciação dos resultados da análise multivariada, destaca ainda mais o papel da VFGG. Ao se analisar os resultados provenientes dos primeiros dois modelos propostos, percebe-se que a VFGG parece ser um fator de risco para a interrupção do AME precoce, independente da situação econômica da família, da idade e trabalho materno no pós-parto, da percepção materna sobre a saúde do bebê, do grau de sensibilização da maternidade de nascimento da criança para o incentivo e apoio ao aleitamento materno, e do uso inadequado de álcool pela mulher. Mesmo após a introdução destas variáveis no modelo multivariado, a VFGG permanece aumentando o risco de ocorrência do desfecho em mais de 30%. Entretanto, ao se introduzir as variáveis relativas à utilização dos serviços de saúde durante o pré-natal e ao grau de auto-estima materna, o efeito independente da VFGG não pode ser ratificado, já que a estimativa perde a significância estatística.

Ainda que de forma preliminar, estes achados sugerem que pelo menos uma parte do efeito da VFGG na redução da prevalência e duração do AME possa ser mediado por uma menor freqüência da gestante aos serviços de saúde durante a

gravidez e pela redução da auto-estima da mulher que vivencia situações de violência familiar, corroborando o modelo teórico-conceitual proposto pelo estudo. Como sugerido por estudos anteriores, o afastamento da gestante do pré-natal, caracterizado por uma entrada tardia ou um pequeno número de consultas realizadas, dificulta a orientação profissional sobre a prática e a importância do AME até os seis meses de vida da criança. Adicionalmente, reduz a possibilidade de convivência da gestante com outras mulheres na mesma situação ou que já estejam amamentando em grupos operativos realizados nos serviços de saúde (grupos de gestantes, grupos de apoio ao aleitamento, etc.). Esta estratégia é reconhecidamente efetiva no incentivo ao aleitamento (Fairbank et al., 2000; De Oliveira et al., 2001; De Oliveira & Camacho, 2002).

Do mesmo modo, a proposição de que o efeito da VFGG também possa se dar a partir da redução da auto-confiança e auto-estima materna parece corroborada. Estudos anteriores têm apontado que uma das mais importantes conseqüências psicológicas de médio e longo prazo da vivencia sistemática de situações de VPI é a redução da auto-estima de suas vítimas (Russo et al., 1997; Forte et al., 2005; Zlotnick et al., 2006; Rokach, 2007). No âmbito dos fatores de risco e proteção ao AME, como apontado anteriormente, pesquisas recentes vêm apontando que o bem-estar psico-social da mulher durante a gestação parece ser um importante fator a ser considerado ao se investigar os fatores que promovem ou desestimulam o aleitamento (Scott & Binns, 1999; Scott et al., 2001; Blyth et al., 2002; Henderson et al., 2003; Taveras et al., 2003; Blyth et al., 2004; Li et al., 2004; Hatton et al., 2005; Dunn et al., 2006; Baghurst et al., 2007; Rondó & Souza, 2007; Ystrom et al., 2008). Questões relativas ao bem-estar psicológico da gestante e da puérpera podem influenciar na capacidade materna para o

cuidado infantil e/ou desta em se sentir capaz de ser a única fonte de alimentação para seu filho.

Outro ponto que merece comentário diz respeito ao papel dos hábitos de vida maternos na prevalência e duração do AME, bem como sua atuação nas relações entre VFGG e interrupção precoce do AME. Em sintonia com outras pesquisas, a Tabela 2 informa que aqui também o uso inadequado de álcool pela gestante se mostrou um fator de risco independente para o desmame (Cobo, 1973; Chaves et al., 2007). Já no âmbito dos estudos que procuram avaliar as relações entre uso inadequado de bebidas alcoólicas e violência, ainda não há consenso sobre o tipo de associação e/ou a direção das mesmas entre estes. Se por um lado o uso destas substâncias é apontado por diversos pesquisadores como fator de risco para a VFGG, por outro, se têm sugerido que a ocorrência desta possa favorecer o uso dos mesmos (Martin et al., 1996; McFarlane et al., 1996; Gelles, 1997). Apesar da controvérsia, tanto os estudos clínicos que abordam mulheres vítimas de violência, como os estudos epidemiológicos anteriores vêm observando uma marcante associação entre os eventos. Visando ampliar o debate, o presente estudo avaliou as duas possibilidades, ao propor 2 modelos de análise (I e II). O uso de álcool não parece ser um mediador do efeito da violência no desmame. A inclusão do álcool no modelo II não reduziu substancialmente o estimador de ponto da variável VFGG, mas se mostrou altamente significativa no modelo, indicando a sua permanência no mesmo, como um possível fator de confusão no processo.

Cabe ressaltar que outros fatores também se mostraram significativamente associados ao desfecho nas análises multivariadas. É o caso da situação sócio-econômica desprivilegiada, a pouca idade materna, o trabalho no pós-parto, a percepção materna sobre a saúde do bebê, este ter nascido em maternidade em vias de receber o

título de HAC. Entretanto, algumas variáveis não apresentaram significância estatística, nem mesmo na análise univariada, apesar do amplo conhecimento prévio a respeito da associação com o desmame. Dentre estas, destaca-se o peso ao nascer, a prematuridade do recém-nascido, a presença e apoio do companheiro ao aleitamento materno e o apoio social de familiares e amigos percebido pela gestante. Não sendo o foco central deste estudo, cabe às investigações vindouras o aprofundamento destas questões.

Vale comentar que outras variáveis também foram testadas como representantes das dimensões subjacentes ao modelo teórico-conceitual do estudo. Entretanto, estas não acrescentaram muito à análise final, sendo retiradas dos modelos. Os hábitos de vida maternos, por exemplo, foram retratados apenas pela variável que capta o consumo inadequado de álcool pela mãe. A introdução das variáveis relativas ao tabagismo e o uso de drogas pela mulher durante a gestação não modificaram a RT da variável de interesse central em pelo menos 10%. Ademais, estas não apresentaram coeficientes estatisticamente significativos, sendo por tais motivos retiradas do modelo final (dados não mostrados). É possível que tenha havido uma certa redundância de informações captadas pelas variáveis.

Cabe apontar que a análise dos dados demonstrou uma concomitância entre violência psicológica, física menor e física grave, já que boa parte dos casos positivos à sub-escala de VFGG também o foram nas demais sub-escalas do instrumento. Este padrão de violência instiga a discussão sobre se de fato é a ocorrência de VFGG que implica em maior probabilidade de desmame ou se o efeito é proveniente de uma vivência das diferentes formas de VPI simultaneamente. Desta forma, seria interessante que futuras pesquisas investigassem o papel das outras formas de VPI, tais como, a agressão psicológica e coerção/violência sexual na iniciação e duração do AME. A constatação de que a VFGG parece ser um dos fatores envolvidos no desmame precoce

reforça a necessidade de se avaliar mais profundamente as relações entre o tipo de relacionamento do casal e a qualidade do cuidado com a criança.

Os resultados do estudo devem ser analisados à luz de seus pontos positivos e limitações. Dentre os positivos, destaca-se a qualidade das informações sobre a exposição de interesse central. Em função da complexidade do tema e do grande tabu ainda existente em relação à revelação das situações vivenciadas de VPI, muito se tem alertado para as dificuldades na identificação da VFGG, tanto no âmbito clínico, como no contexto de pesquisa (Straus & Gelles, 1995; Krug et al., 2002). Visando a minimização destas dificuldades, o presente estudo utilizou um instrumento consagrado para captar o evento. Abordando diferentes facetas da VPI, a CTS2 interpola itens socialmente aceitos para a resolução de conflitos entre parceiros íntimos com aqueles que caracterizam situações de violência, aumentando a aceitabilidade do instrumento. A adequação do instrumento vem sendo ratificada pelos excelentes resultados de suas avaliações psicométricas em diferentes contextos de estudo (Jones et al., 2002; Moraes et al., 2002; Reichenheim et al., 2007).

A aplicação do instrumento durante o período de pós-parto, também pode ter facilitado a detecção das situações de violência, já que permitiu a investigação da mesma ao longo de toda a gestação, diferentemente da maioria dos estudos que abordam as conseqüências da VPI durante a gestação. Estes coletam os dados durante o período de pré-natal, impedindo que situações que ocorram proximamente ao parto sejam identificadas. (Cokkinides et al., 1999). Como aventado na Introdução, uma das grandes lacunas no campo de investigação dos efeitos da VPI durante a gestação na saúde materno-infantil parece ser o reduzido número de pesquisas baseadas em modelos de análise que contemplem a apreciação de outros possíveis determinantes dos agravos (Krug et al., 2002).A utilização de uma abordagem multivariada no processo de análise

de dados, orientada por um modelo teórico-conceitual abrangente e profícuo no controle de importantes fatores de confusão, também pode ser considerado um ponto positivo do estudo, reforçando a robustez de seus achados.

Outra questão metodológica que merece comentário diz respeito à estratégia de captação das informações de interesse sobre a alimentação da criança. Acatando as sugestões da literatura de referência na área de aleitamento, optou-se por utilizar a informação sobre a alimentação atual das crianças em oposição à coleta retrospectiva sobre a época de introdução de cada um dos alimentos. A primeira abordagem traz maior confiabilidade e validade às informações (Grummer-Strawn, 1993). Como uma parte da população de estudo compreendeu crianças que buscavam atendimento médico nas unidades básicas que participaram do estudo, optou-se por ampliar a janela temporal de recordatório para sete dias, adicionalmente às 24 horas, habitualmente utilizadas em inquéritos sobre a prevalência de aleitamento materno. Esta estratégia visou recuperar a alimentação habitual da criança fora dos períodos de doença aguda ou convalescença, já que nestas ocasiões muitos lactentes passam a aceitar apenas o leite materno, levando a uma falsa informação de que estão sob regime de AME.

Por outro lado, a opção por uma estratégia tipo "*current status*" também traz alguma inconveniência. Ao se amostrar apenas os casos prevalentes de desmame em crianças que aguardam atendimento de pediatria e/ou puericultura em serviços de saúde, as estimativas podem estar subestimadas. Segundo a literatura, aquelas que não são aleitadas ao seio ou que o são por períodos curtos e/ou em conjunto com outros alimentos têm uma maior probabilidade de óbito, e conseqüentemente, de não ter sido captada no estudo (WHO, 2003; Carvalho & Tamez, 2005). Porém, assumindo-se que esta probabilidade de sobrevida não está associada à exposição, o problema não atinge

as estimativas de efeito da VFGG no desmame, se restringindo apenas às estimativas de prevalência do AME nas várias faixas etárias.

Outra possível limitação do desenho transversal seria a imposição da mensuração de exposições e desfecho em um único momento do tempo, levantando questões sobre as relações temporais entre estes. Porém, esta não parece ser uma preocupação no presente estudo. Este questiona a ocorrência dos atos de agressão física no período da gestação, evidenciando que a mesma antecede o desfecho (desmame). Não obstante, há que se considerar as restrições éticas inerentes aos estudos longitudinais que têm como exposição as diferentes formas de violência. A identificação de atos violentos como forma de solucionar desavenças entre os indivíduos investigados, necessariamente suscitaria alguma intervenção que visasse à interrupção dos mesmos, o que poderia modificar o grau de exposição à violência, reduzindo a informatividade do estudo.

À luz dos resultados apresentados, algumas medidas mereceriam ser adotadas durante o período de pré-natal no intuito de aumentar o tempo de duração do AME. Assinala-se a importância da sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a investigação da ocorrência do conflito familiar e de outros aspectos psicosociais na rotina clínica, permitindo que se tenha uma abordagem mais integral à saúde da mulher. A detecção precoce do problema e o correto encaminhamento de cada situação, juntamente com um aconselhamento efetivo sobre a prática e as vantagens do AME, certamente aumentaria a chance de um aleitamento mais duradouro. A relevância do rastreamento da violência conjugal durante o pré-natal vem sendo enfatizada em virtude da sua magnitude e de seus efeitos deletérios para a saúde materno-infantil durante a gravidez (Hasselmann & Reichenheim, 2006; Moraes et al., 2006).

Os resultados do presente estudo reforçam esta necessidade ao constatar que as repercussões da violência na saúde materno-infantil transcendem o período gestacional. No âmbito da assistência à mulher e à criança, também merece destaque o potencial uso do desfecho em questão como evento sentinela de situações de conflito conjugal. O conhecimento de que existe uma puérpera com dificuldades em manter o aleitamento materno sem a presença de outros fatores clínicos e sociais que o expliquem, pode ser útil para a detecção de casos de violência familiar, facilitando a detecção precoce do problema e seu enfrentamento.

Conclusão

Os resultados encontrados foram consistentes com a hipótese do estudo que aponta a VFGG como um fator de risco para a interrupção precoce do AME, corroborando alguns dos estudos anteriores (Acheson, 1995; Silverman et al., 2006) e refutando outros (Acheson, 1995; Bullock et al., 2001; Silverman et al., 2006; Lau & Chan, 2007). Contudo, ainda existe um longo caminho a ser percorrido até que possa entender completamente os processos que subjazem tal relação. Neste sentido, o estudo merece ser visto como mais uma contribuição para o entendimento do desmame precoce, sendo necessária a realização de novas pesquisas que explorem com mais detalhe o papel da diferentes formas de violência entre parceiros íntimos na iniciação e duração do aleitamento materno exclusivo.

Referências bibliográficas

AARTS, C.; KYLBERG, E.; HÖRNELL, A.; HOFVANDER, Y.; MEDHIN-GEBRE, M. & GREINER, T., 2000. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth whith current status data. *International Journal of Epidemiology,* 29:1041-1046.

ABEP, 2003. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. www.abep.org [2006, 04 de outubro].

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C. & LACERDA, E. M. D. A., 2004. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. (Revisada ed.). Rio de Janeiro: Cultura Médica.

ACHESON, L., 1995. Family violence and breastfeeding. *Archives of Family Medicine,* 4.

ALBERNAZ, E.; MENEZES, A.; CESAR, J.; VICTORA, C.; BARROS, F. & HALPERN, R., 2003. Risk factors associated with hospitalization for bronchiolitis in the post neo-natal period. *Revista de Saúde Pública,* 37:485-93.

ANIANSSON, G.; ALM, B.; ANDERSSON, B.; HAKANSSON, A.; LARSSON, P. & NYLEN, O., 1994. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in swedish infants. *Pediatric Infectious Disease Journal,* 13:183-188.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SILVA, C. M. F. P.; MALAQUIAS, J. V.; SANTOS, N. C. & OLIVEIRA, R. V. C., 2003. A representação social do ser adolescente:um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva,* 8:669-680.

BAGHURST, P.; PINCOMBE, J.; PEAT, B.; HENDERSON, A.; REDDIN, E. & ANTONIOU, G., 2007. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery,* 23:382-91.

BLYTH, R.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C.; MOYLE, W.; PRATT, J. & VRIES, S. M. D., 2002. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth,* 29:278-284.

BLYTH, R. J.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S. M. & HEALY, G. N., 2004. Breastfeeding duration in an australian population: The influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation,* 20:30-38.

BRASIL, 2001. *Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal.* Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 2004. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.* Brasília-DF: Ministério da Saúde.

BULLOCK, L.; LIBBUS, M. K. & SABLE, M. R., 2001. Battering and breastfeeding in a WIC population. *Canadian Journal of Nursing Research,* 32:43-56.

BUXTON, K.; GIELEN, A.; FADEN, R.; BROWN, C.; PAIGE, D. & CHWALOW, A., 1991. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *American Journal of Preventive Medicine,* 7:101-106.

CARVALHO, M. R. & TAMEZ, R. N., 2005. *Amamentação: bases científicas*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A. & CÉSAR, C. C., 2007. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria,* 83:241-6.

COBO, E., 1973. Effect of different doses of ethanol on the milk-ejecting reflex in lactating women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 115.

COKKINIDES, V. E.; COKER, A. L.; SANDERSON, M.; ADDY, C. & BETHEA, L., 1999. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology,* 93:661-6.

COMMINGS, R. G. & KLINEBERG, R. J., 1993. Breastfeeding and other reproductive factors and risk of hip fracture in elderly women. *International Journal of Epidemiology,* 22:684-91.

CONEP, 2000. *Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96 e outras)*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública,* 17:109-118.

DE OLIVEIRA, M. I. C. & CAMACHO, L. A. B., 2002. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* 5:41-51.

DE OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. & TEDSTONE, A. E., 2001. Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions. *Journal of Human Lactation* 17.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. & DICKER, R. C., 1994. *Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control.

DUNN, S.; DAVIES, B.; MCCLEARY, L.; EDWARDS, N. & GABOURY, I., 2006. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *JOGNN Clinical Research,* 35:87-97.

ESCOBAR, A.; OGAWA, A.; HIRATSOKA, M.; KAWAHITA, M.; TERUYA, P.; S, G. & TOMIKAWA, S., 2002. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame prococe. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,* 2:253-61.

EUCLYDES, M. P., 2000. *Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada*. Viçosa-MG: Suprema.

EWING, J. A., 1984. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA (Journal of the American Medical Association),* 252:1905-1907.

FAIRBANK, L.; O'MEARA, S.; RENFREW, M. J.; WOOLRIDGE, M.; SOWDEN, A. J. & LISTER-SHARP, D., 2000. A sistematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment,* 4:1-171.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J. & FERNANDES, C. L. C., 2004. Couples' Relationships and Breastfeeding: Is there an Association. *Journal of Human Lactation,* 19:1-10.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C. & CARANDINA, L., 2006. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição* 19:623-630.

FEACHEM, R. G. & KOBLINSKI, M. A., 1984. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bulletin of the World Health Organization,* 62:271-291.

FORTE, T.; COHEN, M. M.; DU MONT, J.; HYMAN, I. & ROMANS, S., 2005. Psychological and physical sequelae of intimate partner violence among women with limitations in their activities of daily living. *Archives of Women's Mental Health* 8:248-56.

FRANCESCHINI, R., 1989. Plasma beta-endorphin concentration during suckling in lactation women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology,* 96:711-713.

GARCIA, R. R. & SCHAEFER, L. A., 1991. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Boletin Sanitário Panamericano.,* 111:1-14.

GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. & LOPES, C., 2003. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 19:625-634.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; L.WERNECK, G. & LOPES, C. S., 2005. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 21:703-714.

GRUMMER-STRAWN, L., 1993. Regression analysis of current-status data: an application to breast-feeding. *Journal of the American Statistical Association,* 88:758-65.

HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2006. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Pediatric and Perinatal Epidemiology,* 20.

HATTON, D. C.; HARRISON-HOHNER, J.; COSTE, S.; DORATO, V.; CURET, L. & MACCARRON, D. A., 2005. Symptoms of depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation,* 21:444-49.

HENDERSON, J. J.; EVANS, S. F.; STRATON, J. A. Y.; PRIEST, S. R. & HAGAN, R., 2003. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth,* 30:175-180.

HILL, P. D. & JOHNSON, T. S., 2007. Assessment of breastfeeding and infant growth. *Journal of Midwifery Women's Health,* 52:571-8.

HOWIE, P. & MCNEILLY, A. S., 1982. Effect of breast-feeding patterns on human birth intervals. *Journal of Fertility,* 65.

HOWIE, P.; FORSYTH, J.; OGSTON, S.; CLARK, A. & FLOREY, C., 1990. Protective effect of breast feeding against infection. *BJM,* 300:11-16.

JONES, N. T.; PETER, J. I.; BECK, M. & BECK, N., 2002. The reliability and validity of the revised conflict tactics scale (CTS2) in a female incarcerated population. *Journal of Family Issues,* 23:441-457.

KENDALL-TACKETT, K. A., 2007. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, pospartum and breastfeeding. *Trauma, violence and abuse,* 8:344-53.

KENNEDY, K. I. & VISNESS, C. M., 1992. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet,* 339:227-30.

KOSLOSKE, A., 2001. Breast milk decreases the risk of neonatal necrotizingenterocolitis. *Advances in Nutritional Research,* 10:123-37.

KRAMER, M. S. & KAKUMA, R., 2002. *The Optimal Duration of Breastfeeding: A Sistematic Review*. Geneva: WHO.

KRUG, E. G.; MERCY, J. A.; DAHLBERG, L. L. & ZWI, A. B., 2002. The world report on violence and health. *The Lancet,* 360:1083-1088.

LAU, Y. & CHAN, K. S., 2007. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health,* 52:e15-e20.

LI, L.; ZHANG, M.; SCOTT, J. A. & BINNS, C. W., 2004. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by chinese mothers in Perth, Western Australia. *Journal of Human Lactation,* 20:188-195.

LONGO, G. Z.; SOUZA, J. M. P. D.; SOUZA, S. B. D. & SZARFARC, S. C., 2005. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* 5 109-118.

LUCAS, A. & COLE, T. J., 1990. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet,* 336:1519-1523.

MARTIN, S. L.; ENGLISH, K. T.; CLARK, K. A.; CILENTI, D. & KUPPER, L. L., 1996. Violence and substance use among North Carolina pregnant women. *Am J Public Health,* 86:991-8.

MASUR, J. & MONTEIRO, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research,* 16:215-218.

MATICH, J. R. & SIMS, L. S., 1992. A Comparison of Social Support Variables between Women Who Intend to Breast or Bottle Feed. *Social Science and Medicine,* 34:919-927.

MATTAR, F. N., 1995. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio econômica da ABA-Abipeme. *Revista de administração,* 30: 57-74.

MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 25:313-20.

MEYERINK, R. O. & MARQUIS, G. S., 2002. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: The importance of personal and familial experiences in making infant-feeding choices. *Journal of Human Lactation,* 18:38-45.

MEZZACAPPA, E. S. & KATKIN, E. S., 2002. Breastfeeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology,* 21:187-93.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2002. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar a violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública,* 18:163-175.

MORAES, C. L.; VIELLAS, E. F. & REICHENHEIM, M. E., 2005. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *Journal of Studies on Alcohol,* 66:165-73.

MORAES, C. L.; AMORIM, A. R. & REICHENHEIM, M. E., 2006. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence: A study in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 95.

O'CAMPO, P.; FADEN, R.; GIELEN, A. & WANG, M., 1992. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal intervations. *Birth,* 19:195-201.

OLAYEMI, O.; AIMAKHU, C. O.; BELLO, F. A.; MOTAYO, V. O.; OGUNLEYE, A. A.; ODUNUKAN, O. W. & OJENGBEDE, O. A., 2007. The influence of social support on the duration of breast-feeding among antenatal patients in Ibadan. *Journal of Obstretrics and Gynaecologic,* 27:802-5.

OPAS, 1991. *Indicadores para evaluar las praticas de lactancia materna*. Ginebra: Organização Mundial de Saúde.

PISACANE, A.; IMPAGLIAZZO, N.; M RUSSON, R. V.; VALIANI, R.; MANDARINI, A.; FLORIO, C. & VIVO, P., 1994. Breast feeding and multiple sclerosis. *British Medicine Journal* 308:1411-2.

REA, M. F., 1994. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. *Revista de Saúde Pública,* 28:365-72.

REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; BATISTA, L. E.; SANTOS, R. G. & GREINER, T., 1997. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Revista de Saúde Pública,* 31:402-16.

REICHENHEIM, M. E. & HARPHAM, T., 1990. Perfil intra-comunitário da deficiência nutricional: um estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública,* 24:69-79.

REICHENHEIM, M. E.; KLEIN, R. & MORAES, C. L., 2007. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: An item response theory analysis. *Cadernos de Saúde Pública,* 23:53-62.

ROKACH, A., 2007. Loneliness and intimate partner violence:antecedents of alienation of abused women. *Social Work in Health Care,* 45:19-31.

RONDÓ, P. H. & SOUZA, M. R., 2007. Maternal distress and intended breastfeeding duration. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology,* 28:55-60.

ROSENBERG, M., 1989. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

ROSENBLATT, K. A. & THOMAS, D. B., 1993. Lactation and risk of epithelial ovarian cancer. *International Journal of Epidemiology,* 22:192-97.

RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; BOTTOMS, S.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 18:1156-1161.

RUSSO, N. F.; DENIOUS, J. E.; KEITA, G. P. & KOSS, M. P., 1997. Intimate violence and black women's health. *Women's Health,* 3:15-48.

SCHMITT, D. P. & ALLIK, J., 2005. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology,* 89:623-642.

SCOTT, J. A. & BINNS, C. W., 1999. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Review,* 7:5-16.

SCOTT, J. A.; LANDERS, M. C. G.; HUGHES, R. M. & BINNS, C. W., 2001. Psychosocial Factors Associated With the Abandonment of Breastfeeding Prior to Hospital Discharge. *Journal of Human Lactation,* 17:24-30.

SELVIN, S., 2004. *Statistical analysis of epidemiologic data*. Oxford, UK: Oxford University Press.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F. D. & PEREIRA, M. G., 2007. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira,* 53:520-4.

SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine,* 32:705-714.

SILVERMAN, J. G.; DECKER, M. R.; REED, E. & RAJ, A., 2006. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *Journal of Women's Health,* 15:934-940.

SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S. & AGER, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 160:863-870.

SPRYDES, M. H. C.; STRUCHINER, C. J.; BARBOSA, M. T. S. & KAC, G., 2005. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* 5:145-53.

STATACORP, 2009. Stata Statistical Software: Release 9. *College Station (TX): Stata Corporation*.

STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical Violence in American Families. Risk factors and Adaptations to Violence in 8.145 Families.* New Brunswick, London: Transaction Publishers.

STRAUS, M. A. & DOUGLAS, E. M., 2004. A Short Form of the Revised Conflict Tactics Scales, and Typologies for Severity and Mutuality. *Violence and Victims,* 19:507-520.

STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B., 1996. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues,* 17:283-316.

SULLIVAN, M. L.; LEATHERS, S. J. & KELLEY, M. A., 2004. Family characteristics Associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal of Human Lactation,* 20:196-205.

TAVERAS, E.; CAPRA, A. M.; BRAVEMAN, P. A.; JENSVOLD, N. G.; ESCOBAR, G. J. & LIEU, T. A., 2003. Clinician support and psychological risk factors associated with breastfeeding descontinuation. *Pediatrics,* 112:108-15.

VASCONCELOS, M. G. L. D.; LIRA, P. I. C. D. & LIMA, M. D. C., 2006. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,* 6 99-105.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P. M.; REA, M. F. & MONTEIRO, A. C., 2002. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública,* 36:313-18.

VENÂNCIO, S. I. & MONTEIRO, C. A., 2006. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition,* 9:40-46.

VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; LOMBARDI, C.; FUCHS, S. M. C.; GIGANTE, L. P. & SMITH, P. G., 1987. Evidence for protection by breastfeeding aganist infant deaths from infectious diases in Brazil. *Lancet,* 2:319-22.

VIEIRA, G.; ALMEIDA, J.; SILVA, L. & CABRAL, V., 2004a. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* 4:143-50.

VIEIRA, G.; ALMEIDA, J.; SILVA, L.; CABRAL, V. & (2):143-50., N. P. R. B. S. M. I., 2004b. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 4:143-50.

WHO, 1995. World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bulletin of the World Health Organization,* 73:165-174.

WHO, 2000. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: how much does breastfeeding protect against infant and child mortality due infections diseases: a pooled analyses of six studies from less developed countries. *Lancet,* 355:451-455.

WHO, 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.

YSTROM, E.; NIEGEL, S.; KLEPP, K.-I. & VOLRATH, M. E., 2008. The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: The norwegian mother and child cohort study. *Journal of Pediatrics,* 152:68-72.

ZHENG, T.; HOLFORD, T. R.; MAYNE, S. T.; OWENS, P. H.; ZHANG, Y.; ZHANG, B.; BOYLE, P. & ZAHM, S. H., 2001. Lactation and breast cancer risk: a case control study in Connecticut. *British Journal of Cancer* 84:1472-6.

ZLOTNICK, C.; JOHNSON, D. & KOHN, R., 2006. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence,* 21:262-75.

4.2 Elevada auto-estima materna no pós-parto: um fator de proteção ao aleitamento exclusivo? (artigo II)[15]

Introdução

Atualmente, os méritos nutricionais, imunológicos e higiênicos do leite humano estão adequadamente estabelecidos e a prática do aleitamento materno tem sido reconhecida não apenas por suas vantagens sobre o desenvolvimento da criança, (Newton, 1971; Feachem, 1984; Victora et al., 1987; Howie et al., 1990; Lucas & Cole, 1990; Aniansson et al., 1994; Victora, 1996; WHO, 2000; Kosloske, 2001; Venancio et al., 2002; Albernaz et al., 2003; Longo et al., 2005; Sprydes et al., 2005; Hill & Johnson, 2007), mas também por seus benefícios sobre a saúde física e psicológica materna (Howie & Mcneilly, 1982; Franceschini, 1989; Garcia & Schaefer, 1991; Kennedy & Visness, 1992; Commings & Klineberg, 1993; Zheng et al., 2001). Frente as abrangentes evidências, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses e a partir de então sua complementação com alimentos inócuos e apropriados até pelo menos os dois anos de idade (Kramer & Kakuma, 2002).

Entretanto, o aleitamento materno ainda apresenta uma baixa prevalência, principalmente em sua forma exclusiva, declinando rapidamente já nos primeiros dias de pós-parto (OPAS, 1991; Manaseki-Holland, 2001). Não mais do que 35% de todas as crianças no mundo são amamentadas exclusivamente ao seio durante os quatro primeiros meses de vida (WHO, 2003). No Brasil, o último inquérito nacional realizado em 1999 mostrou que apenas 47,5% das crianças na faixa etária de 0 a 30 dias recebem exclusivamente leite materno, sendo de 17,7% a prevalência de AME das crianças até três meses e de 7,7% aos seis meses de vida (Sena et al., 2007).

---

[15] Autores: Oliveira, ASD; Moraes, CL; Reichenheim, ME; Lobato, G

A baixa prevalência aliada à importância que o AME traz para o bem-estar materno-infantil faz com que vários autores venham concentrando esforços para determinar quais fatores poderiam estar relacionados ao desmame precoce (Buxton et al., 1991; Matich & Sims, 1992; O'Campo et al., 1992; Rea, 1994; Rea et al., 1997; Scott & W., 1999; Bullock et al., 2001; Letson et al., 2002; Meyerink & Marquis, 2002; Venancio et al., 2002; Bueno et al., 2003; Falceto et al., 2004; Sullivan et al., 2004; Faleiros et al., 2006; Silverman et al., 2006; Vasconcelos et al., 2006; Venâncio & Monteiro, 2006; Kendall-Tackett, 2007; Lau & Chan, 2007). Dos ligados à criança merecem destaque, o peso ao nascer, a idade gestacional e a saúde da mesma (Vasconcelos et al., 2006; Venâncio & Monteiro, 2006).

As características sócio-demográficas, reprodutivas e de hábitos de vida maternos também têm se mostrado capazes de influir na duração do aleitamento materno (Buxton et al., 1991; O'Campo et al., 1992; Rea, 1994; Rea et al., 1997; Scott & W., 1999; Letson et al., 2002; Meyerink & Marquis, 2002; Venancio et al., 2002; Bueno et al., 2003; Faleiros et al., 2006). Dentre os fatores associados ao contexto em que as mulheres e crianças estão inseridas, enfatiza-se a qualidade do relacionamento conjugal, o apoio social recebido e/ou percebido pela gestante e a ocorrência de eventos estressantes na gestação e/ou pós-parto, incluindo-se, ainda que com controvérsias, a Violência entre Parceiros Íntimos no rol de possíveis inibidores do AME (Matich & Sims, 1992; Bullock et al., 2001; Falceto et al., 2004; Sullivan et al., 2004; Silverman et al., 2006; Kendall-Tackett, 2007; Lau & Chan, 2007).

Recentemente, a literatura tem destacado o papel que algumas características psicológicas maternas podem exercer na iniciação e na duração do AME (Scott & W., 1999; Li et al., 2008). Dentre estas se encontram a depressão pós-parto, o alto nível de ansiedade e estresse pré e pós parto e a baixa auto-confiança materna (Blyth et al., 2002;

Henderson et al., 2003; Blyth et al., 2004; Hatton et al., 2005; Dunn et al., 2006; Cooke et al., 2007; Dennis & McQueen, 2007). Segundo a maior parte dos pesquisadores que se debruçam sobre o tema, tais fatores parecem interagir com as demais dimensões apontadas acima, ratificando a natureza multidimensional do processo que incentiva ou dificulta o aleitamento (Scott et al., 2001; Taveras et al., 2003). É notório que a tomada de decisão pela amamentação é complexa, e que algumas mulheres conseguem vencer obstáculos e avançar neste processo com maior tranqüilidade do que outras. O que diferencia as mulheres que aleitam exclusivamente seus filhos até os seis meses das demais é uma motivação interior que as ajuda a superar as opiniões contrárias, ou seja, algo que as fazem sentir seguras quando decidem amamentar seus filhos (Ramos & Almeida, 2003).

Apesar da inexistência de estudos epidemiológicos que tenham investigado a relação entre a auto-estima materna e a duração do AME, a existência de pesquisas correlacionadas ao tema sugere que essa característica possa ser uma das questões fundamentais na capacidade da mãe em sustentar o aleitamento. Estudos indicam uma associação positiva entre auto-estima e adaptação à maternidade e/ou habilidade materna no cuidado infantil (Mercer, 1981; Drake et al., 2007). A literatura também aponta que mulheres com adequada habilidade para o cuidado da criança possuem maior probabilidade de amamentar seus filhos por um longo período de tempo (John R. Britton et al., 2006). Os estudos sobre as relações entre depressão pós-parto e aleitamento também tem subsidiado a discussão, indicando que as repercussões da depressão no aleitamento materno podem ser mediadas pela diminuição da auto-estima materna (Pope, 1995; Henderson et al., 2003; Hatton et al., 2005; Cooke et al., 2007).

Apesar de não usarem o termo “auto-estima materna” alguns autores vêm apontando que mães com uma visão negativa de si mesmas, assim como uma baixa

auto-confiança possuem maior risco de desmamar precocemente seus filhos. (Blyth et al., 2002; Taveras et al., 2003; Blyth et al., 2004). A falta de confiança materna parece estar associada às observações clínicas e epidemiológicas de que indivíduos com baixa auto-estima são mais sensíveis às críticas dirigidas a eles por apresentarem um "afeto negativo", isto é, por terem freqüentemente sentimentos de inferioridade, menos valia, isolamento e insegurança, tendo a vulnerabilidade como uma característica marcante (Assis et al., 2003). Por outro lado, as mulheres com elevada auto-estima acreditam na sua competência e no seu valor, demonstram capacidade para lidar com desafios, são auto-suficientes e conseguem se adaptar mais facilmente às situações novas (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1989; Dennis, 1999), como a chegada de um filho ou o processo de amamentar. Desta maneira, podem apresentar reações positivas quando se confrontam com as dificuldades práticas.

Considerando-se que a temática da auto-estima é pouco abordada no campo da saúde coletiva (Assis et al., 2003) e que ainda restam lacunas a serem preenchidas, particularmente no âmbito dos estudos epidemiológicos, esta pesquisa pretende dar um passo adiante, tentando enfocar a condição como um dos possíveis fatores que dificultam a iniciação e duração do aleitamento materno. A hipótese central deste estudo é de que as mães que apresentam elevada auto-estima nos primeiros meses de vida do recém-nascido apresentam uma maior prevalência de AME, bem como uma maior duração do mesmo em um cenário que contempla famílias de baixa e média situação sócio-econômica que fazem uso de serviços públicos de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Materiais e métodos

Desenho e contexto de estudo

Trata-se de um estudo transversal que coletou informações através de entrevistas às mães de crianças menores de 5 meses de idade que aguardavam atendimento nos setores de pediatria, puericultura e/ou vacinação em 5 Centros Municipais de Saúde (CMS) de diferentes regiões do município do RJ[16]. Selecionou-se as unidades de saúde que melhor se adequaram às necessidades da pesquisa, tais como, ter uma infra-estrutura que facilitasse a privacidade necessária durante as entrevistas, ter localização de fácil acesso e apresentar um número significativo de atendimentos em pediatria e/ou puericultura.

Segundo informação obtida pela secretaria municipal de saúde do RJ, todas as unidades selecionadas apresentavam perfil semelhante de incentivo ao aleitamento materno, não possuíam o título de Unidades Básicas Amigas da Amamentação (De Oliveira et al., 2001).

População alvo, fonte e amostra

Assume-se que o domínio do estudo (população alvo) seja restrito às famílias que utilizam rotineiramente os serviços de atenção primária à saúde (CMS) para atendimento nos setores de pediatria e vacinação. Desta forma, é possível que as relações aventadas no estudo não possam ser generalizadas para famílias com crianças de alto risco que mereçam acompanhamento em unidades de maior nível de complexidade, nem tampouco às famílias de nível sócio-econômico mais elevado, habitualmente acompanhadas no setor privado de saúde.

[16] CMS Silveira Martins localizado (Catete), CMS Heitor Beltrão (Tijuca), CMS Ariadne Lopes de Menezes (Engenho da Rainha),CMS Marcolino Candau (Praça XI) e CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello (Jacarepaguá)

Foram elegíveis a participar do estudo (população fonte) as crianças acompanhadas pela própria mãe se esta relatasse ter tido pelo menos uma relação amorosa por mais de um mês durante a gestação. Foram excluídos os casos de crianças gêmeas e as que possuíam alguma condição no âmbito materno ou da própria criança que contra-indicasse formalmente o aleitamento materno (mãe HIV positiva, em tratamento oncológico, fazendo uso de medicação que contra-indicasse o aleitamento, crianças com problemas metabólicos que impedissem a amamentação ou que apresentasse lábio leporino com má formação bilateral).

Para a realização do cálculo do tamanho amostral foi utilizado a suite EpiInfo 6,04, através do programa STATCALC. Foi utilizada uma freqüência esperada do evento na população, ou seja, prevalência de desmame completo em crianças de 0 a 5 meses de cerca de 20% entre os não-expostos, de acordo com resultados de pesquisa anteriormente realizada (Brasil, 2001). Assumindo-se um nível de significância de 5%, um poder de estudo de 90%, uma relação de exposição de 1:4 e um OR de 2,0, estima-se um tamanho amostral final de aproximadamente 800 entrevistas.

A seleção das respondentes se deu de forma aleatória através do sorteio destas enquanto aguardavam o atendimento nas unidades de saúde. Das 853 mães convidadas a participar do estudo, 18 (2,11%) não eram elegíveis e 24 (2,81%) se recusaram a participar. Desta forma, a amostra de estudo é formada por 811 mães.

Coleta de dados

A coleta de dados teve duração de 5 meses, tendo início em janeiro de 2007 e término em junho do mesmo ano. As informações foram coletadas a partir de entrevistas face a face com a mãe das crianças[17]. Dado que estas abordavam questões de foro íntimo, a equipe de entrevistadores foi composta apenas por mulheres, profissionais

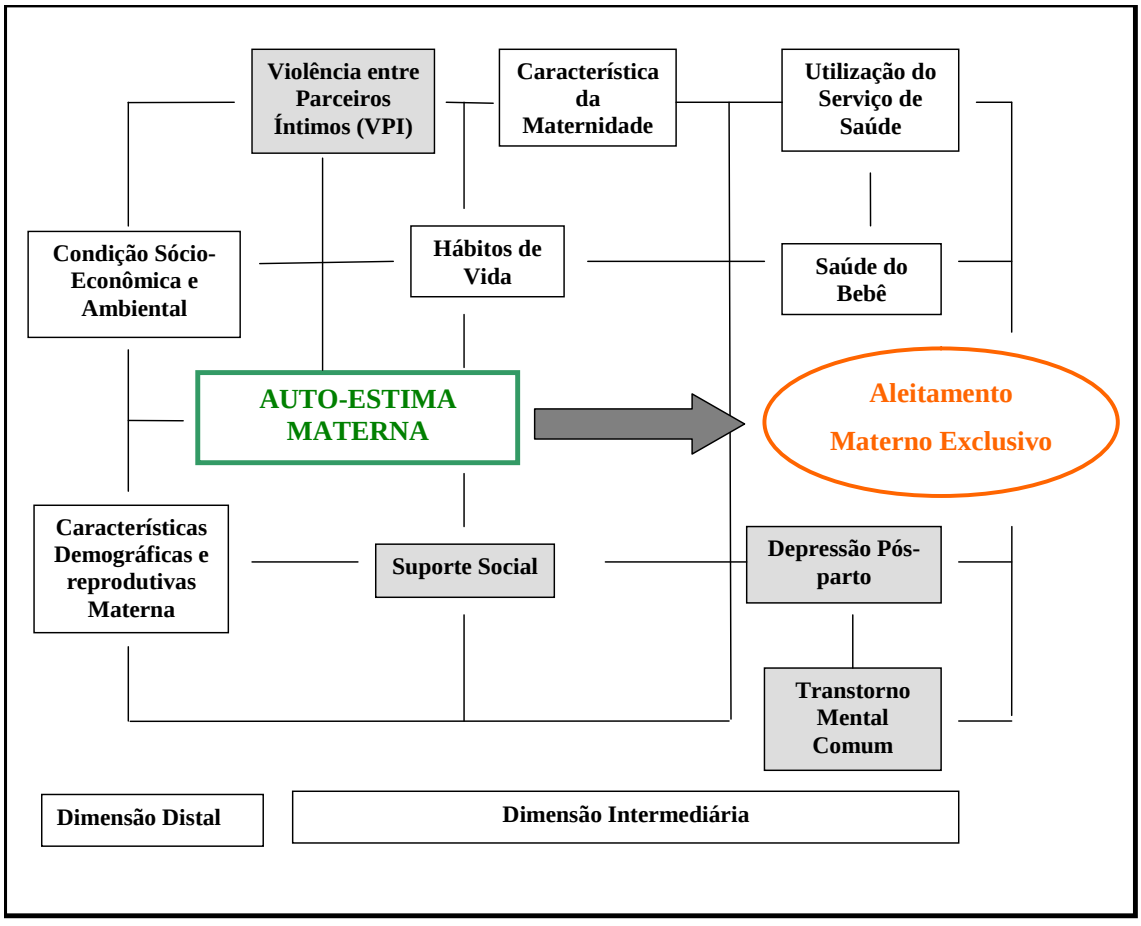
[17] O questionário principal encontra-se no Anexo II

de saúde, previamente treinadas. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado sem a presença do companheiro. A seleção das respondentes se deu de forma aleatória através do sorteio destas enquanto aguardavam o atendimento de saúde.

Modelo teórico-conceitual, instrumentos de coleta de dados e operacionalização das variáveis.

Com base na literatura corrente, optou-se por construir um modelo teórico-conceitual composto por algumas das dimensões que vêm sendo mais freqüentemente pesquisadas nas linhas de investigação sobre características psicológicas maternas e desmame precoce (Figura 3).

Figura 3 – Modelo teórico-conceitual



O primeiro nível hierárquico (dimensão distal) do modelo é composto pelas condições sócio-econômicas, ambientais da família e pelas características demográficas e reprodutivas maternas. O indicador escolhido para caracterizar a condição econômica foi o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Este instrumento foi produzido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa e tem como função estimar o potencial de compra das famílias, segmentando o mercado em classes econômicas a partir de informações sobre escolaridade do chefe da família, posse de bens duráveis e existência de empregado doméstico no domicílio (Mattar, 1995; ABEP, 2003). Para caracterização da situação ambiental do domicílio, utilizou-se um escore composto por quatro variáveis: número de pessoas por cômodo do domicílio; tipo de material que constitui a maior parte do piso da casa, esgotamento sanitário e recolhimento do lixo (Reichenheim & Harpham, 1990). As características reprodutivas maternas foram avaliadas através das variáveis paridade e intervalo interpartal.

As demais dimensões contempladas se encontram no nível intermediário do modelo, sendo influenciadas pelas condições sócio-econômicas e ambientais e também relacionadas à auto-estima e ao desmame precoce. A saúde da criança é aqui representada por uma única variável que capta percepção materna em relação a esta. A característica da maternidade é retratada pela variável que avalia se a mesma possui o titulo de Hospital Amigo da Criança (HAC), se está em vias de receber este, ou não.

Os hábitos de vida maternos foram representados pela suspeição do uso inadequado de álcool pela respondente, sendo este avaliado pela versão em português do instrumento TWEAK (Tolerance; Worry; Eye-opened, Amnesia; C/Kut-down) (Masur & Monteiro, 1983; Russel et al., 1994; Moraes et al., 2005). Foram considerados casos suspeitos de uso inadequado de álcool os indivíduos que obtiveram um escore de dois ou mais na escala. (Ewing, 1984; Sokol et al., 1985; Sokol et al., 1989; Russel et

al., 1994). Por serem consideradas dimensões mediadoras entre ter uma elevada auto-estima e o AME, as dimensões destacadas em cinza não foram incorporadas no modelo de análise multivariado.

A variável independente de interesse central, auto-estima materna, foi avaliada pela escala de Rosenberg, instrumento criado em 1965, utilizado e conhecido mundialmente em função de suas boas propriedades psicométricas e a sua fácil aplicabilidade (Rosenberg, 1989). Esta escala já foi traduzida para 28 idiomas (Schmitt & Allik, 2005) e aplicada em 53 países, inclusive o Brasil (Assis et al., 2003). Trata-se de uma escala unidimensional composta por 10 itens designados para avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa de si mesmo. Foi produzida inicialmente para uso em adolescente, mas já foi validada para uso em mulheres durante a gestação e pós-parto (Higgins et al., 1995; Troy, 1995; Damato et al., 2004). Após a leitura de cada um dos itens, a respondente indica se concorda totalmente, concorda, discorda ou discorda totalmente da assertiva. O escore varia entre 0 a 40, quanto maior o escore, maior a auto-estima. No presente estudo, os escores obtidos tiveram como pontos de corte os tercis, consolidando três gradientes de intensidade: auto-estima elevada, moderada e baixa. Entende-se como auto-estima um sentimento ou atitude de aprovação ou de repulsa de si mesmo, bem como uma auto-avaliação sobre sua capacidade, significância e valor no meio social que a cerca (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1989; Dennis, 1999).

Utilizou-se como variável de desfecho a duração em dias do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Este foi caracterizado por criança que recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de gotas ou xaropes de vitamina, minerais, e/ou medicamentos, tal como recomendação da OMS (OPAS, 1991; WHO, 1995). Este foi avaliado a partir do recordatório materno

da alimentação da criança nos últimos 7 dias. A opção por uma janela temporal mais abrangente do que a habitualmente utilizada em pesquisas da área (24horas) teve como justificativa o fato da população de estudo ser constituída também por crianças que procuraram os CMS por apresentarem pequenos agravos de saúde. Neste caso, é plausível supor que, por estarem apresentando algum problema de saúde, as crianças poderiam estar sob uma alimentação atípica nas 24 horas antecedentes à entrevista, em vez da alimentação habitual. Em se tratando de lactentes, é possível que mesmo as crianças que já tivessem introduzido outros tipos de alimentos em sua alimentação de rotina estivessem fazendo uso apenas do leite materno no período da enfermidade e convalescença, superestimando, assim, a prevalência de AME na população estudada, caso o recordatório se restringisse às últimas 24 horas. Como grande parte das patologias que acometem as crianças desta faixa etária são agudas, entende-se que a janela temporal de 7 dias seria mais apropriada.

Análise dos dados

Utilizou-se a abordagem de "*current status*" nas análises envolvendo a a duração do AME como variável dependente (Grummer-Strawn, 1993; Aarts et al., 2000). O método permite recompor via modelagem a experiência longitudinal da subjacente coorte de crianças a partir do recordatório alimentar dos últimos 7 dias e da informação da idade da criança na data de entrevista. Adicionalmente é possível, de forma indireta, projetar curvas de sobrevida do status de aleitamento. Dentre vários modelos propostos (Grummer-Strawn, 1993), optou-se pelo modelo log-log complementar por ser este capaz de estimar a função *hazard* cumulativa equivalente à estimada pelo modelo de sobrevida de Weibull (Selvin, 2004). No contexto do presente estudo, o modelo log-log complementar pode ser especificado como $\ln\left(-\ln\left(S(i)\right)\right) = \alpha + p\ \ln(x_i) + x_v\beta_v + x_k\beta_k$, o

que fornece $S(i) = \exp\left(-e^{\alpha} x_i^{p} e^{X_v \beta_v} e^{X_k \beta_k}\right)$, a proporção ainda amamentando na idade *i*. Denotando $\lambda = e^{\alpha / p}$ e apontando que no modelo log-log complementar α e *p* são, respectivamente, o intercepto e coeficiente de regressão relativo ao logaritmo da idade da criança, é possível reescrever $S(i) = \exp\left(-\left(\lambda x_i\right)^{p} e^{X_v \beta_v} e^{X_k \beta_k}\right)$. A uma inspeção mais acurada, constata-se que o primeiro componente da exponencial ($-\left(\lambda x_i\right)^{p}$) corresponde à função *hazard* cumulativa de uma Weibull, conforme anunciado (Selvin, 2004). Em se tratando de uma análise de *current status*, o tempo de sobrevida do aleitamento exclusivo da Weibull é aproximado pela logaritmo da idade da criança mediante os termos x_i e p contemplados no modelo log-log complementar acima[18]. Por extensão e de interesse central, deve ser notado também que o segundo componente envolve $X_v \beta_v$, o que significa ser possível estimar as razões de taxas (*hazard-ratio*) da interrupção precoce do AME entre mulheres expostas e não expostas à VFGG. O último termo $X_k \beta_k$ referente à *k* covariadas indica que se trata de um contexto multivariado com vista ao controle de variáveis de confusão.

O processo de modelagem obedeceu as seguintes etapas. Primeiramente, foram selecionadas as variáveis que se mostraram associadas ao desfecho na análise univariada, considerando-se um p-valor = 0,20 como ponto de corte. Em seguida, realizou-se a análise multivariada incluindo-se as variáveis independentes de acordo com a hierarquia das dimensões subjacentes proposta pelo modelo teórico-conceital. As variáveis que modificaram em pelo menos 10% o coeficiente da variável de exposição centarl e/ou as que apresentaram um p-valor < 0,05 foram mantidas nos modelos. Os questionários foram codificados e digitados através do software Epi-Info versão 6.04

[18] Detalhes sobre esta equivalência encontram-se no Anexo II

(Dean et al., 1994) e o processamento e as análises estatísticas foram realizados com o software Stata 9 (StataCorp, 2005).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do RJ em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque (CONEP, 2000). A participação anônima e voluntária foi assegurada através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido que deveria ser assinado por todas as respondentes no momento em que estas aceitavam participar da pesquisa.

Resultados

Como apresentado na Tabela 1, que descreve as características da população de estudo, 34,6% das respondentes apresentavam uma elevada auto-estima no momento da entrevista. Mais da metade (53,9%) das crianças estudadas já não estava em AME, sendo a idade mediana de permanência em AME de 30 dias. A maioria era do sexo feminino (53,8%), tinha até 3 meses de vida (73,6%) e apresentava boa ou excelente condição de saúde segundo a percepção da mãe (69,4%). Quanto às características demográficas, de hábitos de vida e sócio-econômicas maternas, 22,7% era adolescente, a maioria (71,8%) não concluiu o ensino médio e 33,5% se configuravam casos suspeitos de uso inadequado de álcool durante a gestação e/ou pós-parto. A maior parte das respondentes (86,3%) pertencia às classes econômicas C e D e somente 2,5% habitavam em domicílios com condições ambientais ruins.

Como pode ser visto na Tabela 1, a análise exploratória inicial indicou que o desmame do AME ocorreu preferencialmente entre as crianças mais velhas, com pior condição de saúde segundo a percepção materna, que não nasceram em maternidades em vias de receber título de HAC e que possuem mães jovens, de baixa escolaridade,

que trabalhavam durante o pós-parto, com suspeita de consumo inadequado de bebida alcoólica, de baixo de nível econômico, morando sob más condições ambientais. Logo, estas características foram consideradas como possíveis fatores de confusão, uma vez que também se mostraram associadas à ocorrência de auto-estima materna de acordo com a literatura. Vale apontar que as relações entre a presença de AME e as variáveis situação conjugal, cor da mãe, trabalho materno durante a gestação, intervalo interpartal, baixo peso ao nascer, tipo de parto, primiparidade, experiência anterior com amamentação, má qualidade da assistência pré-natal, número de consultas de pré-natal, tempo de internação do bebê e suporte social também foram apreciadas, mas não participaram das etapas subseqüentes de análise de dados por não se mostrarem associadas ao desfecho e/ou porque eram praticamente intercambiáveis com algumas efetivamente utilizadas.

TABELA 3 – Características da população de estudo e análise univariada

CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO DE ESTUDO			ANÁLISE UNIVARIADA		
	N	%	IC (95%)	RT	IC (95%)	p-valor
Aleitamento Materno Exclusivo						
Sim	**374**	**46,1**	**42,7 / 49,5)**	----	----	----
Não	**437**	**53,9**	**50,4 / 57,3)**	----	----	
Auto-estima Materna						
Baixa / Média	530	65,4	62,1 / 68,6)	0,54	0,43 / 0,67)	**0,000**
Elevada	281	34,6	31,4 / 37,9)			
Sexo do bebê						
Feminino	436	53,8	(50,3 / 57,2)	1,09	(0,89 / 1,33)	0,406
Masculino	375	46,2	(42,8 / 49,7)			
Idade do bebê (dias)						
0 –| 30	264	32,5	(29,3 / 35,8)			
30 –| 90	333	41,1	(37,7 / 44,5)	2,04	(1,79 / 2,31)	**0,000**
90 –| 150	214	26,4	(23,3 / 29,4)			
Percepção de saúde do bebê referida pela mãe						
Excelente	407	50,2	(46,7 / 53,6)			
Muito boa	156	19,2	(16,5 / 21,9)	1,21	(1,0 / 1,343)	**0,000**
Boa	215	26,5	(23,5 / 29,5)			
Regular	32	3,9	(2,6 / 5,4)			

TABELA 3 – (Continuação)

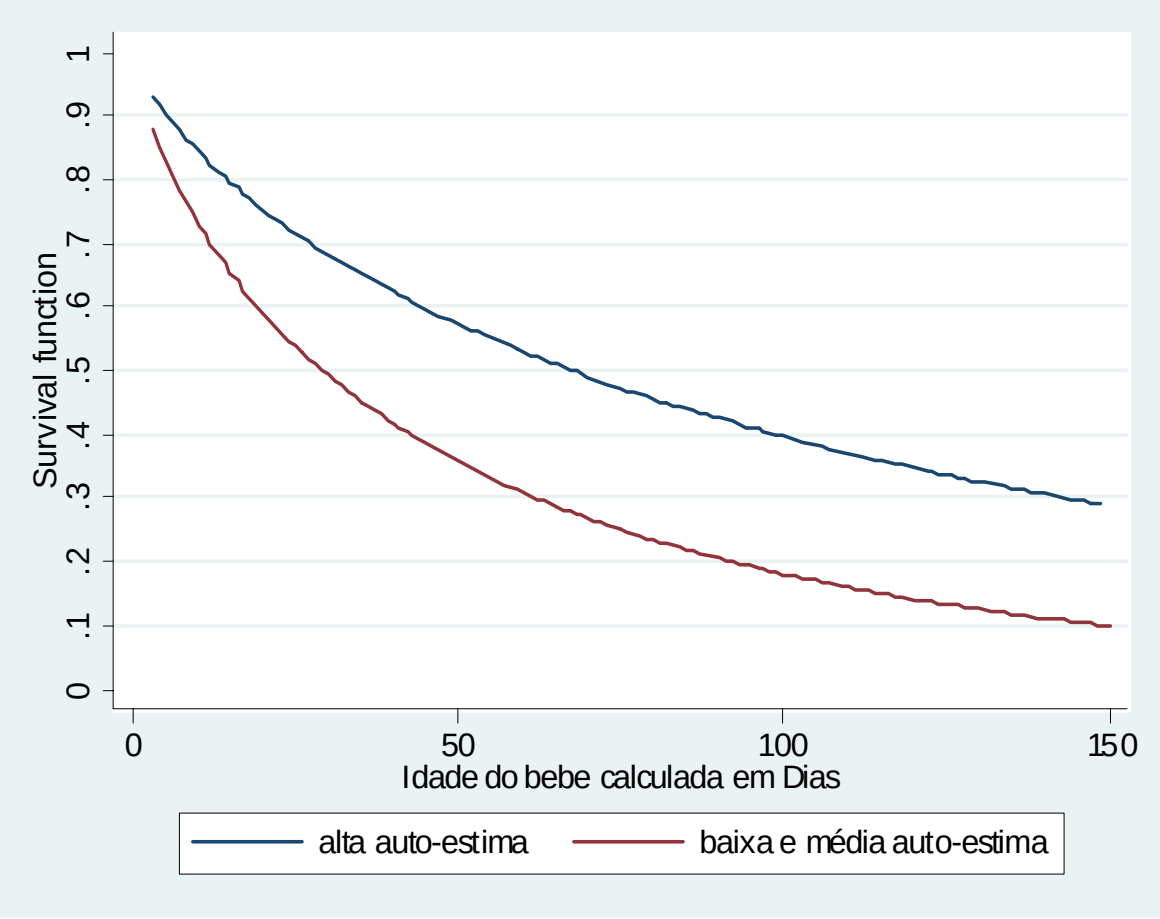
CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO DE ESTUDO			ANÁLISE UNIVARIADA		
	N	%	IC (95%)	RT	IC (95%)	p-valor
Idade materna						
Abaixo de 20 anos	184	22,7	(19,8 / 25,6)			
20 a 35 anos	554	68,3	(65,1 / 71,5)	0,97	(0,96 / 0,99)	**0,001**
Acima de 35 anos	73	9,0	(7,0 / 10,9)			
Escolaridade materna						
Até 1º grau incompleto	336	41,4	(38,0 / 44,8)			
1º grau completo até 2º grau incompleto	247	30,4	(27,3 / 33,6)	0,97	(0,90 / 0,99)	**0,001**
2º grau completo	174	21,4	(18,6 / 24,3)			
3º grau incompleto ou mais	54	6,7	(4,9 / 8,4)			
Trabalho no pós-parto						
Sim	80	9,9	(7,8 / 11,9)	1,31	(0,96 / 1,78)	**0,091**
Não	731	90,1	(88,1 / 92,2)			
Consumo inadequado de álcool pela mãe						
Sim	272	33,5	(30,3 / 36,8)	1,44	(1,17 / 1,77)	**0,001**
Não	539	66,5	(63,2 / 69,7)			
Condições ambientais do domicílio						
Ruim	69	8,5	(6,6 / 10,4)	0,58	(0,42 / 0,81)	**0,001**
Boa	742	91,5	(89,5 – 93,4)			
Classe econômica						
A	96	1,85	(0,9 / 2,8)			
B	81	10,0	(7,9 / 12,0)			
C	370	45,6	(42,2 / 49,0)	1,23	(1,08 / 1,41)	**0,002**
D	3450	40,7	(37,3 / 44,1)			
E	15	1,85	(0,9 / 2,8)			
Característica da maternidade [(a)]						
Com o titulo de HAC	412	50,8	(47,3 / 54,2)	0,58[(b)]	(0,42 / 0,81)	0,001
Em vias de receber titulação	151	18,6	(15,9 / 21,3)	0,85[(c)]	(0,67 / 1,08)	0,189
Sem o título de HAC	248	30,6	(27,4 / 33,7)			

[(a)] Hospital Amigo da Criança (HAC) – Variável não apresentou um efeito linear
[(b)] RT da categoria de HAC Em vias de receber titulação versus Sem título
[(c)] RT da categoria Com título de HAC versus Sem título de HAC

Como apresentado na Figura 2, as probabilidades de sobrevida para o desfecho, ou seja, permanecer em AME são superiores entre as mulheres que apresentaram um alto escore na escala de Rosenberg, quando comparadas às que apresentaram uma pontuação média ou baixa. A análise univariada mostrou uma razão de taxas de desmame do aleitamento exclusivo de 0,54 (IC 95%: 0,43; 0,67), o que significa que as

mulheres que não apresentam uma elevada auto-estima durante o período de pós-parto possuem em média uma probabilidade quase duas vezes maior de desmamar precocemente seus filhos, quando comparados às que não referem esta situação.

Figura 4 – Probabilidade de permanecer em aleitamento materno exclusivo segundo a auto-estima materna no pós parto



Ao se introduzir as variáveis de confusão na análise multivariada (Tabela 2) a associação entre alta auto-estima materna e desmame continuou estatisticamente significativa, apresentando uma RT de 0,61 (IC 95%: 0,48; 0,77). Todas as variáveis de controle se mantiveram significativas no modelo completo. Não foram encontradas interações significativas entre as variáveis de interesse e a auto-estima materna.

Tabela 4 – Razão de Taxas (RT) proveniente de análise multivarida, utilizando a duração do Aleitamento Materno Exclusivo como desfecho

VARIÁVEIS	Razão de Taxas (RT)	(IC – 95%)	p-valor
Elevada auto-estima materna	**0,61**	**(0,48 – 0,77)**	**0,000**
Escore ambiental	0,89	(0,82 – 0,97)	0,008
Idade materna	0,98	(0,96 – 0,99)	0,019
Trabalho materno no pós-parto	1,42	(1,02 – 1,98)	0,037
Percepção materna da saúde do bebê	1,13	(1,01 – 1,26)	0,026
Característica da maternidade [c]			
Em vias de receber titulação versus sem titulação	0,59	(0,43 – 0,81)	0,001
Com titulação versus sem titulação	0,85	(0,67 – 1,08)	0,197
Abuso de Álcool pela mãe	1,29	(1,03 – 1,60)	0,024

[b] **Em parênteses: intervalo de confiança (IC) de 95%**
[c] **Hospital Amigo da Criança (HAC) – Variável não apresentou um efeito linear**

A assunção de linearidade das variáveis ordinais foi rejeitada apenas para a variável Hospital Amigo da Criança. Logo, esta foi a única que não permitiu a apreciação na modelagem multivariada em sua forma original, sendo suas categorias avaliadas separadamente.

Discussão

Como visto, uma elevada auto-estima materna durante o período do pós-parto parece ser um importante fator de proteção ao AME, diminuindo o risco de ocorrência do desfecho em 64%, mesmo após o controle pelas variáveis relativas ao nível sócio-econômico da família; às características demográficas, reprodutivas e de hábitos de vida

maternas; e ao perfil da maternidade relativo ao aleitamento. Estes resultados, além de concordar com a hipótese do estudo, corroboram a literatura, que apesar de não avaliar diretamente a auto-estima materna, avaliam outros desfechos bastante relacionados à mesma. Ystrom et al. (2008), por exemplo, descreveram que a afetividade negativa materna, traço de personalidade presente em indivíduos que apresentam uma baixa auto-estima, também aumentou a chance de introdução de outros alimentos diferentes do leite humano na alimentação da criança. Pesquisadores que avaliaram o papel da confiança materna sobre o padrão do aleitamento, também identificaram que quanto maior esta for, menor a probabilidade da interrupção do AME (Blyth et al., 2002; Taveras et al., 2003; Blyth et al., 2004; Dykes, 2005; Ystrom et al., 2008).

Vale ressaltar que todas as demais variáveis consideradas na análise multivariada também se mostraram significativamente associadas ao desfecho. Também parecem contribuir para a manutenção do AME a mãe ter uma idade mais avançada, residir em domicílios com boas condições ambientais e ter tido o parto em hospitais em vias de receber a titulação de amigo da criança. Já o trabalho materno durante o pós-parto, a suspeição de abuso de álcool pela mãe e a sua percepção de que o estado de saúde do bebê é inferior aos dos outros de sua idade atuam como fatores de risco para o desmame, corroborando achados anteriores (Dennis, 2002; Dunn et al., 2006; Faleiros et al., 2006). Etes achados reforçam a visão multifatorial do processo do desmame precoce, demonstrando que se trata de uma complexa rede de eventos que interagem.

Por outro lado, algumas variáveis supostamente relacionadas ao desmame precoce segundo com a literatura não tiveram este comportamento no presente estudo. Nem mesmo na análise exploratória inicial as variáveis, peso ao nascer, prematuridade, número de filhos, situação conjugal, apoio do companheiro ao aleitamento materno e suporte social se mostraram associadas ao desfecho. Já as variáveis tabagismo e o uso

de drogas pela mulher durante a gestação, escolaridade materna e classe econômica da família, que se mostraram associadas ao desmame na análise univariada, perderam sua importância ao serem introduzidas no modelo multivariado. Como justificativa para redução da importância dessas variáveis, pode-se propor que esteja havendo redundância entre as informações captadas por estas e pelas demais representantes das respectivas dimensões que permaneceram no modelo final. A alta colinearidade entre as variáveis dificulta a análise independente das mesmas.

Apesar de não caber uma discussão mais abrangente, já que o tema foge ao escopo do artigo, chama à atenção o fato de que ter nascido em maternidade em vias de receber a titulação de HAC parece ser um fator protetor de maior peso do que ter nascido em instituição que já possui o título. Apesar de estudo anterior sugerir o efeito positivo desta iniciativa sobre o aleitamento (Lamounier, 1998), devido a relativamente recente implantação do Programa no Brasil, ainda se faz necessário ampliar o número de investigações sobre o tema. Estudos que monitorem o cumprimento das condições que autorizam o título, bem como os que avaliem a efetividade de médio e longo prazos do Programa são muito bem vindos.

Alguns aspectos metodológicos da pesquisa merecem comentários. Sua principal limitação diz respeito à dificuldade em se identificar as relações temporais entre a exposição de interesse central e o desfecho. Como se trata de um estudo transversal, as variáveis foram aferidas em um único momento do tempo, o que dificulta a assunção de que a exposição necessariamente tenha ocorrido antes do desfecho. Desta forma, há que se considerar o estudo como tendo um caráter exploratório e pioneiro em avaliar a relação entre auto-estima materna e a duração do AME, havendo a necessidade da realização de pesquisas de seguimento para explorar mais profundamente as associações aqui encontradas.

Por outro lado, as estratégias utilizadas para captação das variáveis principais e a abordagem implementada para a análise de dados são pontos positivos que robustecem os achados da pesquisa. Acatando as sugestões da literatura de referência na área de aleitamento, optou-se por utilizar a informação sobre a alimentação atual das crianças em oposição à coleta retrospectiva sobre a época de introdução de cada um dos alimentos. A primeira abordagem traz maior confiabilidade e validade às informações (Grummer-Strawn, 1993). Como uma parte da população de estudo compreendeu crianças que buscavam atendimento médico nas unidades básicas que participaram do estudo, optou-se por ampliar a janela temporal de recordatório para sete dias, adicionalmente às 24 horas, habitualmente utilizadas em inquéritos sobre a prevalência de aleitamento materno. Esta estratégia visou recuperar a alimentação habitual da criança fora dos períodos de doença aguda ou convalescença, já que nestas ocasiões muitos lactentes passam a aceitar apenas o leite materno, levando a uma falsa informação de que estão sob regime de AME.

A utilização da Escala de Rosenberg para a avaliação do grau de auto-estima materno também deve ser destacada. Como apontado na seção de métodos, trata-se de um instrumento bastante utilizado em diferentes partes do mundo em função de suas boas propriedades psicométricas e de sua fácil aplicabilidade (Rosenberg, 1989), tendo sido cuidadosamente adaptado para uso no Brasil (Assis et al., 2003). Ademais, sua validade especificamente neste tipo de população - mulheres no pós-parto - vem sendo sugerida por diferentes autores (Higgins et al., 1995; Troy, 1995; Damato et al., 2004).

A utilização de uma abordagem multivariada no processo de análise de dados orientada por um modelo teórico que contempla grande parte das dimensões supostamente envolvidas no processo também se constitui um ponto positivo do estudo. Como sugerido na literatura (Rothman & Greenland, 1998), a explicitação dos modelos

teóricos-conceituais e operacionais em estudos epidemiológicos que visem à inferência causal é fundamental para a apreciação da validade do estudo, na medida em que permite a crítica não só ao próprio modelo teórico, mas também aos indicadores e variáveis utilizados para testá-lo empiricamente. Ademais, mesmo considerando as limitações de se tentar reduzir uma complexa rede de relações a um simples diagrama, os modelos também são importantes para a execução de um processo de análise de dados dinâmico, interativo e capaz de considerar a hierarquia entre as dimensões teóricas propostas (Victora et al., 1997; Reichenheim & Moraes, 1998).

São muitas as repercussões dos achados da pesquisa na prática clínica. O fato da auto-estima materna estar incluída como um dos fatores de influência do AME passível de modificação e capaz de predizer a duração do mesmo, traz à discussão a importância da capacitação do profissional de saúde que lida diretamente com a mulher durante a gestação e o pós-parto, visando uma detecção e modificação precoce do quadro. Enfatiza-se que, a despeito da literatura científica vir demonstrando que a assistência ao aleitamento materno descortina um universo multiprofissional, esta têm considerado a amamentação como um ato puramente instintivo e biológico (Araújo & Almeida, 2007).

A falta de apoio às mulheres no momento em que mais precisam de cuidados e acolhimento para resoluções de intercorrências da lactação na continuidade ao aleitamento é uma outra lacuna dos modelos assistenciais tradicionais. Dificilmente a mulher deixa de amamentar quando encontra profissionais capazes de atuar de forma a identificar suas necessidades e oferecer resolutividade no momento oportuno (Machado, 1999). Ramos (2003) propõe o desenvolvimento de um trabalho dirigido à mulher, com o propósito de prepará-la para o parto, o puerpério e a amamentação. Segundo o autor o atendimento pré-natal deve contemplar as questões subjetivas, numa dimensão psicoprofilática. Também se insere nesta perspectiva a importância de uma abordagem

integral à saúde. Esta contempla a atenção à auto-estima materna, que é uma experiência subjetiva acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis. Pode ser rapidamente avaliada até mesmo em atendimentos de rotina (Rosenberg, 1989).

Desta forma, a utilização de instrumentos epidemiológicos breves que estimem o grau de auto-estima durante o pré-natal e nos primeiros dias de vida do recém-nascido, tal como a escala de Rosenberg, parece ser uma estratégia viável de identificação das mulheres com potencial risco de desmame precoce, permitindo um acolhimento rápido e efetivo já nos primeiros momentos de vida da criança. A inserção de atividades individuais ou em grupo na rotina do pré-natal, visando aumentar o sentimento de amor próprio, valorização do "eu" e a auto-confiança materna melhorariam não só o quadro atual de aleitamento na sociedade, mas também outras esferas relacionadas à saúde materna e ao cuidado infantil.

Visto que os resultados do estudo corroboram que há associação entre uma elevada auto-estima materna no pós-parto e uma maior duração do AME, fica evidenciado o apoio a avaliação desta dimensão na prática assistencial. Entretanto, orientar a amamentação ainda é um grande desafio para o profissional de saúde, uma vez que ele se depara como uma demanda para qual não está preparado, e que exige sensibilidade e habilidade no seu trato. Assim, ainda existe a necessidade da capacitação deste profissional para atuar na assistência em amamentação numa abordagem que ultrapasse as fronteiras do biológico, compreendendo a nutriz em todas as suas dimensões do ser mulher.

É importante que este artigo seja visto como um passo inicial para o entendimento da relação entre auto-estima e AME. Dada a grande lacuna de estudos na

área, percebe-se que há ainda um longo caminho a ser percorrido até que se possa entender os processos e meandros que subjazem tal relação.

Referências bibliográficas

AARTS, C.; KYLBERG, E.; HÖRNELL, A.; HOFVANDER, Y.; MEDHIN-GEBRE, M. & GREINER, T., 2000. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth whith current status data. *International Journal of Epidemiology,* 29:1041-1046.

ABEP, 2003. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. www.abep.org [2006, 04 de outubro].

ALBERNAZ, E.; MENEZES, A.; CESAR, J.; VICTORA, C.; BARROS, F. & HALPERN, R., 2003. Risk factors associated with hospitalization for bronchiolitis in the post neo-natal period. *Revista de Saúde Pública,* 37:485-93.

ANIANSSON, G.; ALM, B.; ANDERSSON, B.; HAKANSSON, A.; LARSSON, P. & NYLEN, O., 1994. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in swedish infants. *Pediatric Infectious Disease Journal,* 13:183-188.

ARAÚJO, R. M. A. & ALMEIDA, J. A. G. D., 2007. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição* 20:431-438.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SILVA, C. M. F. P.; MALAQUIAS, J. V.; SANTOS, N. C. & OLIVEIRA, R. V. C., 2003. A representação social do ser adolescente:um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva,* 8:669-680.

BLYTH, R.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C.; MOYLE, W.; PRATT, J. & VRIES, S. M. D., 2002. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth,* 29:278-284.

BLYTH, R. J.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S. M. & HEALY, G. N., 2004. Breastfeeding duration in an australian population: The influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation,* 20:30-38.

BUENO, M. B.; SOUZA, J. M. P. D.; SOUZA, S. B. D.; PAZ, S. M. R. S. D.; GIMENO, S. G. A. & SIQUEIRA, A. A. F., 2003. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, 1998-1999. *Cadernos de Saúde Pública,* 19:1453-60.

BULLOCK, L.; LIBBUS, M. K. & SABLE, M. R., 2001. Battering and breastfeeding in a WIC population. *Canadian Journal of Nursing Research,* 32:43-56.

BUXTON, K.; GIELEN, A.; FADEN, R.; BROWN, C.; PAIGE, D. & CHWALOW, A., 1991. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *American Journal of Preventive Medicine,* 7:101-106.

COMMINGS, R. G. & KLINEBERG, R. J., 1993. Breastfeeding and other reproductive factors and risk of hip fracture in elderly women. *International Journal of Epidemiology,* 22:684-91.

CONEP, 2000. *Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96 e outras)*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

COOKE, M.; SCHMIED, V. & SHEEHAN, A., 2007. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery,* 23:66-76.

COOPERSMITH, S., 1967. *The antecedents of self-esteem*. São Francisco: Freeman.

DAMATO, E. G.; DOWLING, D. A.; MADIGAN, E. A. & THANATTHERAKUL, C., 2004. Duration of Breastfeeding for Mothers of Twins. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing,* 34:201-09.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. & DICKER, R. C., 1994. *Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control.

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

DENNIS, C.-L., 2002. Breast-feeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing,* 31.

DENNIS, C.-L. & MCQUEEN, K., 2007. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica,* 96 590-594

DRAKE, E. E.; HUMENICK, S. S.; AMANKWAA, L.; YOUNGER, J. & ROUX, G., 2007. Predictorsof maternal responsiveness. *Journal of Nursing Scholarship,* 39:119-125.

DUNN, S.; DAVIES, B.; MCCLEARY, L.; EDWARDS, N. & GABOURY, I., 2006. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing,* 35:87-97.

DYKES, F., 2005. "Supply" and "demand": breastfeeding as labour. *Social Science and Medicine,* 60:2283-93.

EWING, J. A., 1984. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA (Journal of the American Medical Association),* 252:1905-1907.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J. & FERNANDES, C. L. C., 2004. Couples' Relationships and Breastfeeding: Is there an Association. *Journal of Human Lactation,* 19:1-10.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C. & CARANDINA, L., 2006. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição,* 19.

FEACHEM, R. G., 1984. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of personal e domestic hygiene. *Bulletin of the World Health Organization,* 62:467-476.

FRANCESCHINI, R., 1989. Plasma beta-endorphin concentration during suckling in lactation women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology,* 96:711-713.

GARCIA, R. R. & SCHAEFER, L. A., 1991. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Boletin Sanitário Panamericano.,* 111:1-14.

GRUMMER-STRAWN, L., 1993. Regression analysis of current-status data: an application to breast-feeding. *Journal of the American Statistical Association,* 88:758-65.

HATTON, D. C.; HARRISON-HOHNER, J.; COSTE, S.; DORATO, V.; CURET, L. & MACCARRON, D. A., 2005. Symptoms of depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation,* 21:444-49.

HENDERSON, J. J.; EVANS, S. F.; STRATON, J. A. Y.; PRIEST, S. R. & HAGAN, R., 2003. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth,* 30:175-180.

HIGGINS, P. G.; CLOUGH, D. H. & WALLERSTEDT, C., 1995. Selfesteem of pregnant substance abusers. Maternal. *Child Nursing Journal,* 23:75-81.

HILL, P. D. & JOHNSON, T. S., 2007. Assessment of breastfeeding and infant growth. *Journal of Midwifery Women's Health,* 52:571-8.

HOWIE, P. & MCNEILLY, A. S., 1982. Effect of breast-feeding patterns on human birth intervals. *Journal of Fertility,* 65.

HOWIE, P.; FORSYTH, J.; OGSTON, S.; CLARK, A. & FLOREY, C., 1990. Protective effect of breast feeding against infection. *BJM,* 300:11-16.

JOHN R. BRITTON; BRITTON, H. L. & GRONWALDT, V., 2006. Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment. *Pediatrics,* 118:e1436-e1443.

KENDALL-TACKETT, K. A., 2007. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, pospartum and breastfeeding. . *Trauma, Violence and Abuse,* 8:344-53.

KENNEDY, K. I. & VISNESS, C. M., 1992. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet,* 339:227-30.

KOSLOSKE, A., 2001. Breast milk decreases the risk of neonatal necrotizingenterocolitis. *Advances in Nutritional Research,* 10:123-37.

KRAMER, M. S. & KAKUMA, R., 2002. *The Optimal Duration of Breastfeeding: A Sistematic Review*. Geneva: WHO.

LAMOUNIER, J. A., 1998. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Revista da Associação Médica Brasileira,* 44:319-24.

LAU, Y. & CHAN, K. S., 2007. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among

chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health,* 52:e15-e20.

LETSON, G. W.; ROSENBERG, K. D. & LIANGRONG, W., 2002. Association Between Smoking During Pregnancy and Breastfeeding at About 2 Weeks of Age. *Journal of Human Lactation,* 18:368-72.

LI, J.; KENDALL, G. E.; HENDERSON, S.; DOWNIE, J.; LANDSBOROUGH, L. & ODDY, W. H., 2008. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatrica* 97:221-25.

LONGO, G. Z.; SOUZA, J. M. P. D.; SOUZA, S. B. D. & SZARFARC, S. C., 2005. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* 5 109-118.

LUCAS, A. & COLE, T. J., 1990. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet,* 336:1519-1523.

MACHADO, M. M. T. M., 1999. *A conquista da amamentação: o olhar da mulher.* Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

MANASEKI-HOLLAND, S., 2001. *Global breastfeeding data:sources, prevalence, trends and association with global programmes.* Geneva: WHO/UNICEF.

MASUR, J. & MONTEIRO, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research,* 16:215-218.

MATICH, J. R. & SIMS, L. S., 1992. A Comparison of Social Support Variables between Women Who Intend to Breast or Bottle Feed. *Social Science and Medicine,* 34:919-927.

MATTAR, F. N., 1995. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio

econômica da ABA-Abipeme. *Revista de administração,* 30: 57-74.

MERCER, R. T., 1981. A theorical framework for studing factors that impact on the maternal role. *Nursing Research,* 43:73-77.

MEYERINK, R. O. & MARQUIS, G. S., 2002. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: The importance of personal and

familial experiences in making infant-feeding choices. *Journal of Human Lactation,* 18:38-45.

MORAES, C. L.; VIELLAS, E. F. & REICHENHEIM, M. E., 2005. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *Journal of Studies on Alcohol,* 66:165-73.

NEWTON, N., 1971. Psychological differences between breast and botlle feeding. *American Journal of Clinical Nutrition,* 24:993-1004.

O'CAMPO, P.; FADEN, R.; GIELEN, A. & WANG, M., 1992. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal intervations. *Birth,* 19:195-201.

OPAS, 1991. *Indicadores para evaluar las praticas de lactancia materna*. Ginebra: Organização Mundial de Saúde.

POPE, S., 1995. *Report on childbirth stress and depression: developing statewide services*. Perth: Health Department of Western Australia.

RAMOS, C. V. & ALMEIDA, J. A. G., 2003. Alegaçôes maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria,* 79:385-90.

REA, M. F., 1994. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. *Revista de Saúde Pública,* 28:365-72.

REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; BATISTA, L. E.; SANTOS, R. G. & GREINER, T., 1997. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Revista de Saúde Pública,* 31:402-16.

REICHENHEIM, M. E. & HARPHAM, T., 1990. Perfil intra-comunitário da deficiência nutricional: um estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública,* 24:69-79.

REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L., 1998. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* 1:131-148.

ROSENBERG, M., 1989. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

ROTHMAN, K. J. & GREENLAND, S., 1998. *Modern Epidemiology*. (2 ed.). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers.

RUSSEL, M.; MARTIER, S. S. & SOKOL, R. J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alchol Clin Exp Res,* 18:1156-1161.

SCHMITT, D. P. & ALLIK, J., 2005. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology,* 89:623-642.

SCOTT, J. A. & W., B. C., 1999. Factors associated with the initiation and duartion of breastfeeding: a review of literature. *Breastfeeding Review,* 7:5-16.

SCOTT, J. A.; LANDERS, M. C. G.; HUGHES, R. M. & BINNS, C. W., 2001. Psychosocial Factors Associated With the Abandonment of Breastfeeding Prior to Hospital Discharge. *Journal of Human Lactation,* 17:24-30.

SELVIN, S., 2004. *Statistical analysis of epidemiologic data*. Oxford, UK: Oxford University Press.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F. D. & PEREIRA, M. G., 2007. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira,* 53:520-4.

SILVERMAN, J. G.; DECKER, M. R.; REED, E. & RAJ, A., 2006. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *Journal of Women's Health,* 15:934-940.

SOKOL, R. J.; MARTIER, S. & ERNHART, C., 1985. Identification of alcohol abuse in the prenatal clinic. In: *NIAAA Research Monograph 17: Early identification of alcohol abuse (DHHS Publication No. ADM 85-1258)* (N. C. Chang & H. M. Chao, ed.), pp. 209-227, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S. & AGER, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 160:863-870.

SPRYDES, M. H. C.; STRUCHINER, C. J.; BARBOSA, M. T. S. & KAC, G., 2005. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* 5:145-53.

STATACORP, 2005. *Stata statistical Software/SE, Release 9.0*. College Station (TX): Stata Corporation.

SULLIVAN, M. L.; LEATHERS, S. J. & KELLEY, M. A., 2004. Family characteristics Associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal of Human Lactation,* 20:196-205.

TAVERAS, E.; CAPRA, A. M.; BRAVEMAN, P. A.; JENSVOLD, N. G.; ESCOBAR, G. J. & LIEU, T. A., 2003. Clinician support and psychological risk factors associated with breastfeeding descontinuation. *Pediatrics,* 112:108-15.

TROY, N. W., 1995. The time of first holding of the infant and maternal self-esteem related to feelings of maternal attachment. *Women & Health,* 22:59-72.

VASCONCELOS, M. G. L. D.; LIRA, P. I. C. D. & LIMA, M. D. C., 2006. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,* 6:99-105.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P. M.; REA, M. F. & MONTEIRO, A. C., 2002. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública,* 36:313-18.

VENÂNCIO, S. I. & MONTEIRO, C. A., 2006. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. , 9:40-46. *Public Health Nutrition,* 9:40-46.

VICTORA, C. G., 1996. Infection and disease: The impact of early weaning. *Food Nutrition Bulletin,* 17:390-6.

VICTORA, C. G.; HUTLY, S. R.; FUCHS, S. C. & OLINTO, M. T., 1997. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology,* 26:224-227.

VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; LOMBARDI, C.; FUCHS, S. M. C.; GIGANTE, L. P. & SMITH, P. G., 1987. Evidence for protection by breastfeeding aganist infant deaths from infectious diases in Brazil. *Lancet,* 2:319-22.

WHO, 1995. World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bulletin of the World Health Organization,* 73:165-174.

WHO, 2000. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: how much does breastfeeding protect against infant and child mortality due infections diseases: a pooled analyses of six studies from less developed countries. *Lancet,* 355:451-455.

WHO, 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.

YSTROM, E.; NIEGEL, S.; KLEPP, K.-I. & VOLLRATH, M. E., 2008. The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: The norwegian mother and child cohort study. *Journal of Pediatrics,* 152:68-72.

ZHENG, T.; HOLFORD, T. R.; MAYNE, S. T.; OWENS, P. H.; ZHANG, Y.; ZHANG, B.; BOYLE, P. & ZAHM, S. H., 2001. Lactation and breast cancer risk: a case control study in Connecticut. *British Journal of Cancer* 84:1472-6.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que as discussões de cada um dos artigos foram elaboradas ns respectivos textos, esta seção pretende debater alguns aspectos mais gerais ao tema, bem como apresentar os futuros desdobramentos do projeto principal no qual esta tese se insere.

A primeira questão a ser ressaltada concerne à importância da realização deste estudo em diferentes campos de conhecimento. Este fomenta tanto o debate sobre o papel da VPI na duração do AME, quanto a discussão dos fatores intervenientes neste processo. A importância de seus resultados no fortalecimento do conhecimento das conseqüências da violência sobre a mulher e a criança também merece destaque. A possibilidade de ampliar a compreensão sobre as questões ligadas à duração do aleitamento materno, confirmando a complexidade desta prática, também chama a atenção, na medida em que deixa clara a necessidade de uma capacitação mais abrangente dos profissionais de saúde que lidam com gestantes e puérperas.

As evidências de que a VPI está associada ao desmame precoce, assim como a outros aspectos psicossociais maternos é extremamente interessante, pois além de expandir o conhecimento sobre a vasta gama de conseqüências desta sobre a saúde materno-infantil, contribui para um progressivo entendimento e conscientização da gravidade do problema. Estas evidências também podem facilitar a sensibilização e engajamento de profissionais de saúde nos programas de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento de suas vítimas.

A importância do estudo também fica evidente quando se considera quão valiosas são estas informações no âmbito da detecção precoce e acompanhamento das famílias que vivenciam situações de VPI pela equipe de saúde. Tanto em relação ao

desmame precoce, quanto à auto-estima materna, o conhecimento de sua presença teria repercussão direta na suspeição de casos de VFGG pelos serviços, especialmente os responsáveis pelo atendimento de pré-natal e puericultura. O aumento da capacidade de identificar precocemente casos de violência nos serviços, acelerando as ações pertinentes, certamente ampliariam as possibilidades de atuação e a efetividade das ações desenvolvidas.

Ademais, a própria consideração da necessidade de enfrentamento imediato do problema pelos planejadores de políticas públicas do setor saúde também será facilitada pela aquisição e divulgação dos resultados desta investigação, contribuindo para colocar definitivamente a VPI nas agendas de atuação em saúde.

Os resultados encontrados também apontam para os possíveis caminhos que a violência pode percorrer até influenciar a duração do AME, pois ainda que de forma preliminar, estes sugerem que pelo menos uma parte do efeito da VFGG na redução da prevalência e duração do AME possa ser mediado pela redução da auto-estima materna e em função de uma menor utilização dos serviços de saúde quando esta vivencia situações de violência familiar.

Os achados dos artigos também trazem uma reflexão sobre o que deve ser considerado como um perfil adequado de atenção dos profissionais de saúde à mulher na gestação e pós-parto no que tange à promoção do aleitamento materno. Como apontado ao longo da tese, a prática do aleitamento se relaciona com diversos fatores ligados à dimensão psico-social materna. Desta forma, se faz necessária a capacitação deste profissional para o desenvolvimento de habilidades que o permita ter um visão holística da nutriz com a conscientização da complexidade de seus determinantes.

A baixa capacidade materna em sustentar o aleitamento deve atuar como um evento sentinela para outras dificuldades vivenciada por esta, mas para tal, é preciso que este profissional esteja atento e sensível ao discurso feminino. Logo, salienta-se a importância das atividades individuais ou em grupo que visem o debate das diversas necessidades da mulher durante a rotina do pré-natal e/ou pós-parto, visando uma atuação psicoprofilática e uma abordagem integral à saúde, atentando-se para questões sobre relações familiares e o bem-estar psicológico materno. Tais atividades repercutiriam não só sobre a duração do aleitamento, mas também em outras esferas relacionadas à saúde materna e ao cuidado infantil.

Merece comentário que, apesar dos vários avanços deste estudo vis-à-vis pesquisas anteriores, no que diz respeito aos procedimentos e métodos realizados, ainda restam lacunas a serem preenchidas na consolidação dos resultados aqui encontrados. Dentre os avanços, destaca-se a utilização de definições teóricas e operacionais das exposições de interesse central e desfecho baseadas em comitês oficiais, a utilização de instrumentos de aferição amplamente reconhecidos e validados para uso no Brasil, a utilização de modelos teóricos conceituais na orientação da análise de dados, o que permitiu o controle das principais variáveis de confusão e o cálculo do tamanho amostral apropriado ao delineamento e aos objetivos do estudo.

Voltando agora a atenção aos desdobramentos da tese, focalizando especificamente ao projeto principal que ancorou os subprojetos desenvolvidos na tese, como apresentados na Tabela 5, neste momento, já estão em andamento sete outros estudos que exploram a magnitude e caracterização da violência familiar no Brasil, as conseqüências da mesma na saúde materno-infantil e algumas questões metodológicas conexas.

Tabela 5 – Descrição dos desdobramentos previstos do projeto de fundo segundo as diferentes vertentes do PIEVF

Vertentes do PIEVF	ESTUDOS EM ANDAMENTO
Avaliações da magnitude e caracterização da VF em nível populacional	Freqüência, gravidade e padrão de co-ocorrência da violência psicológica e física entre parceiros íntimos durante a gestação e nos primeiros cinco meses de vida do recém-nascido.
	Perfil do aleitamento materno em crianças menores de 5 meses freqüentadoras do serviço público de saúde do município do Rio de Janeiro
	Depressão Pós-parto: uma estimativa de sua prevalência entre usuárias de serviços de atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro.
VF como fator de propensão a efeitos deletérios à saúde da criança e da mulher;	Violência entre parceiros íntimos: um fator de risco para a depressão pós-parto?
	Avaliando a violência entre parceiros íntimos como um fator de propensão para os transtornos mentais comuns no período pós-natal.
Estudos metodológicos conexos	Aleitamento materno: conceituações e considerações metodológicas.
	Validade dimensional da escala de Edinburgo via análise fatorial confirmatória

VF – Violência Familiar

Finalmente, gostaria-se de ressaltar a importância da realização de estudos qualitativos no âmbito dos serviços de saúde que aprofundem a compreensão dos contextos mediadores das relações entre a vitimização e o desmame. Do mesmo modo, a identificação de possíveis fatores protetores ao aleitamento materno, presentes em mulheres que apesar de vivenciarem a situação de violência íntima conseguem manter o AME também seria de grande valia. A identificação destes permitiria ações de promoção ao aleitamento individualizadas e, certamente, mais efetivas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (referentes à seção 1)

ABRAPIA, 1992. *Maus tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais de saúde.* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência.

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C. & LACERDA, E. M. D. A., 2004. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. (Revisada ed.). Rio de Janeiro: Cultura Médica.

ACHESON, L., 1995. Family violence and breastfeeding. *Archives of Family Medicine,* 4.

AHMED, S.; KOENIG, M. A. & STEPHENSON, R., 2006. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health,* 96:1423-8.

ALBERNAZ, E.; MENEZES, A.; CESAR, J.; VICTORA, C.; BARROS, F. & HALPERN, R., 2003. Risk factors associated with hospitalization for bronchiolitis in the post neo-natal period. *Revista de Saúde Pública,* 37:485-93.

AMARO, H.; FRIED, L. E.; CABRAL, H. & ZUCKERMAN, B., 1990. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health,* 80:575-579.

ANIANSSON, G.; ALM, B.; ANDERSSON, B.; HAKANSSON, A.; LARSSON, P. & NYLEN, O., 1994. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in swedish infants. *Pediatric Infectious Disease Journal,* 13:183-188.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SANTOS, N. C.; MALAQUIAS, J. V. & OLIVEIRA, R. V. C., 2004. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica,* 16:43-51.

BACCHAUS, L.; BEWLEY, S. & MEZEY, G., 2001. Domestic Violence in Pregnancy. *Fetal and Maternal Medicine Review,* 12:249-271.

BAR-YAM, N. & DARBY, L., 1997. Fathers and breastfeeding: a review of literature. *Journal of Human Lactation,* 13:45-50.

BARBER, C.; T., A.; STEINMETZ, B. & CHARLEBOIS, J., 1997. Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. *Canadian Journal of Public Health,* 88.

BARNETT, O. W.; MARTINEZ, T. E. & KEYSON, M., 1996. The relationship between violence, social support, and self-blame in battered women. *Journal of Interpersonal Violence,* 11:221-233.

BARNETT, O. W.; MILLER-PERRIN, C. L. & PERRIN, R., 1997. *Family violence across the lifespan: An introduction*. (1 ed.). London: SAGE Publications, Inc.

BELSKY, J., 1993. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin,* 114:413-434.

BEMFAM - SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.* Rio de Janeiro: BENFAM.

BERENSON, A. B.; WIEMANN, C. M.; WILKINSON, G. S.; JONES, W. A. & ANDERSON, G. D., 1994. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 170:1760-1769.

BLYTH, R.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C.; MOYLE, W.; PRATT, J. & VRIES, S. M. D., 2002. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth,* 29:278-284.

BLYTH, R. J.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S. M. & HEALY, G. N., 2004. Breastfeeding duration in an australian population: The influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation,* 20:30-38.

BRASIL, 2001a. *Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal.* Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 2001b. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.* Brasília.

BRASIL, 2001c. *Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar. Informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça.

BRASIL, 2002. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / secretaria de políticas de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica,* 8.

BRASIL, 2004. *Plano nacional de prevenção da violência.* Brasília: Ministério da Saúde.

BROADHEAD, W. E.; KAPLAN, B. H.; JAMES, S. A.; WAGNER, E. H.; SCHOENBACH, V. J.; GRIMSON, R.; HEYDEN, S.; TIBBLIN, G. & GEHLBACH, S. H., 1983. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology,* 117:521-537.

BUENO, M. B.; SOUZA, J. M. P. D.; SOUZA, S. B. D.; PAZ, S. M. R. S. D.; GIMENO, S. G. A. & SIQUEIRA, A. A. F., 2003. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, 1998-1999. *Cadernos de Saúde Pública,* 19:1453-60.

BULLOCK, L.; LIBBUS, M. K. & SABLE, M. R., 2001. Battering and breastfeeding in a WIC population. *Canadian Journal of Nursing Research,* 32:43-56.

BULLOCK, L. F. & MCFARLANE, J., 1989. The birth-weight/battering connection. *The American Journal of Nursing,* 89:1153-5.

BUXTON, K.; GIELEN, A.; FADEN, R.; BROWN, C.; PAIGE, D. & CHWALOW, A., 1991. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *American Journal of Preventive Medicine,* 7:101-106.

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

CARVALHO, M. R. & TAMEZ, R. N., 2005. *Amamentação: bases científicas*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CASTRO, R. & RUIZ, A., 2004. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Revista de Saúde Pública,* 38:62-70.

CERNADAS, J. M.; NOCEDA, G.; BARRERA, L.; MARTINEZ, A. N. & GARSD, A., 2003. International Consultant Association Maternal and Perinatal Factors Influencing the Duration of Exclusive Breastfeeding during the 6 Month of Life. *Journal of Human Lactation,* 19:136-144.

CICCHETTI, D. & LYNCH, M., 1993. Toward an ecological / transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry,* 56:96-118.

COKER, A. L.; REEDER, C. E.; FADDEN, M. K. & SMITH, P. H., 2004. Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures. *Public Health Reports,* 119.

COKKINIDES, V. E.; COKER, A. L.; SANDERSON, M.; ADDY, C. & BETHEA, L., 1999. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology,* 93:661-6.

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

COMMINGS, R. G. & KLINEBERG, R. J., 1993. Breastfeeding and other reproductive factors and risk of hip fracture in elderly women. *International Journal of Epidemiology,* 22:684-91.

COOKE, M.; SCHMIED, V. & SHEEHAN, A., 2007. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery,* 23:66-76.

COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; SANTA-BARBARA, J. F. R.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A. & SOUSA, H. L., 2007. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva,* 12:1129-1141.

CURRY, M. A., 1998. The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing,* 27:692-9.

DANIELS, K., 2005. Intimate partner violence & depression: a deadly comorbidity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 43:44-51.

DAVIES, M., 1997. Key Issues for Nursing: the Need to Challenge Practice. In: *The Mistreatment of Elderly People* ed.), pp. 175-85, London: SAGE Publications.

DENNIS, C.-L., 2002. Breast-feeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing,* 31.

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

DETTWYLER, K. A., 1995. *Breastfeeding: biocultural perspectives*. New York: Aldine de Gruyter.

DIGNAM, D. M., 1995. Understanding intimacy as experienced by breastfeeding women. *Health Care for Women International,* 16:477-485.

DUBOVA, S. V.; PÁMANES-GONZÁLEZ, V.; BILLINGS, D. L. & TORRES-ARREOLA, L. P., 2007. Partner violence against pregnant women in Mexico City. *Revista de Saúde Pública,* 41.

DUNGY, C.; CHRISTENSEN-SZAKANSKI, J. & LOSCH, M., 1992. Effect of discharge samples on duration of breastfeeding. *Pediatrics,* 90:233-37.

DUNN, S.; DAVIES, B.; MCCLEARY, L.; EDWARDS, N. & GABOURY, I., 2006. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing,* 35:87-97.

DYKES, F. & WILLIAMS, C., 1999. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery,* 15:232-346.

EMERY, R. & LAUMANN-BILLINGS, L., 1998. An Overview of the Nature, Causes, and Consequences of Abusive Family Relationships: Toward Differentiating Maltreatment and Violence. *American Psychologist,* 53:121-135.

EMERY, R. E., 1989. Family Violence. *American Psychologist,* february:321-328.

ESCAMILLA, R. P., 2003. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribean Region: a success story? *Cadernos de Saúde Pública,* 19:s119-s127.

ESPÍNDOLA, C. & BLAY, S. L., 2007. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública,* 41:301-306.

EUCLYDES, M. P., 2000. *Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada*. Viçosa-MG: Suprema.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J. & FERNANDES, C. L. C., 2004. Couples' Relationships and Breastfeeding: Is there an Association. *Journal of Human Lactation,* 19:1-10.

FEACHEM, R. G. & KOBLINSKI, M. A., 1984. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bulletin of the World Health Organization,* 62:271-291.

FRANCESCHINI, R., 1989. Plasma beta-endorphin concentration during suckling in lactation women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology,* 96:711-713.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. & RAMOS, J. G. L., 2001. *Rotinas em Obstetrícia*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A.; ELLSBERG, M.; HEISE, L. & WATTS, C. H., 2007. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet,* 368:1260-9.

GARCIA, L.; SORIA, C. & HURWITZ, E. L., 2007. Homicides and intimate partner violence: a literature review. *Trauma Violence Abuse,* 8:370-83.

GARCIA, R. R. & SCHAEFER, L. A., 1991. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Boletin Sanitário Panamericano.,* 111:1-14.

GAZMARARIAN, J. A.; LAZORICK, S.; SPITZ, A. M.; BALLARD, T. J.; SALTZMAN, L. E. & MARKS, J. S., 1996. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA : the journal of the American Medical Association,* 275:1915-20.

GAZMARARIAN, J. A.; ADAMS, M. M.; SALTZMAN, L. E.; JOHNSON, C. H.; BRUCE, F. C.; MARKS, J. S. & ZAHNISER, S. C., 1995. The relationship between pregnancy intendeness and physical violence in mothers of newborns. *Obstetrics and Gynecology,* 85:1031-1038.

GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.

GIELEN, A. C.; O'CAMPO, P. J.; FADEN, R. R.; KASS, N. E. & XUE, X., 1994. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Soc Sci Med,* 39:781-7.

GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 10 (supl. 1):146-155.

GOODMAN, P. E., 2006. The relationship between intimate partner violence and other forms of family and societal violence. *Emergency Medicine Clinics of Noth America,* 24:889-903.

GOODWIN, T. M. & BREEN, M. T., 1990. Pregnancy outcoming and fetal-maternal hemorrhage after noncatastrophic trauma. *American Journal Obstetrics and Gynecology,* 162:665-671.

GOUGH, D., 1996. Defining the problem. *Child Abuse & Neglect,* 20:993-1002.

GROVES, B. M.; AUGUSTYN, M.; LEE, D. & SAWIRES, P., 2002. Identifying and responding to domestic violence: consensus recommendations for child and adolescent health. *The Family Violence Prevetion Fund,* september:1-88.

GUNTER, J., 2007. Intimate partner violence. *Obstetrics Gynecology Clinical North American,* 34:367-88.

GUTH, A. A. & PACHTER, L., 2000. Domestic violence and the trauma surgeon. *The American Journal of Surgery,* 179:134-140.

HAGOEL, L.; VAN-HAALTE, R.; KALEKIN-FISCHMAN, D.; SHIFRONI, G.; EPSTEIN, L. & SOROKIN, Y., 1995. Psychosocial and medical factors in pregnancy outcomes: a case study of israeli women. *Social Science and Medicine,* 40:567-571.

HARTIGAN, P., 1997. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Revista Panamericana de Salud Publica,* 2:290-294.

HASSELMANN, M. H., 2002. *Violência familiar e a ocorrência de desnutrição grave na infância em um estudo caso-controle e suas investigações ancilares.* Rio de Janeiro: Tese de Doutorado - Instituto de Medicina Social, UERJ.

HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2006. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Pediatric and Perinatal Epidemiology,* 20.

HEDEGAARD, M.; HENRIKSEN, T. B.; SECHER, N. J.; HATCH, M. C. & SABROE, S., 1996. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Epidemiology,* 7:339-345.

HEDIN, L. W., 2000. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology,* 89:41-45.

HEINIG, J. M., 2002. Health mothers, health babies: Breastfeeding and beyond. *Journal of Human Lactation,* 18:215-216.

HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública,* 10:135-145.

HEISE, L.; ELLSBERG, M. & M., G., 2002. A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics,* 78:S5-14.

HENDERSON, J. J.; EVANS, S. F.; STRATON, J. A. Y.; PRIEST, S. R. & HAGAN, R., 2003. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth,* 30:175-180.

HILLARD, P. J. A., 1985. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology,* 66:185-190.

HODDINOTT, P. & PILL, R., 1992. Nobody actually tells you: a study of infant feeding. *Pediatrics,* 90:224-227.

HOWIE, P. & MCNEILLY, A. S., 1982. Effect of breast-feeding patterns on human birth intervals. *Journal of fertility,* 65.

HOWIE, P.; FORSYTH, J.; OGSTON, S.; CLARK, A. & FLOREY, C., 1990. Protective effect of breast feeding against infection. *BJM,* 300:11-16.

HUMPHREYS, J., 1993. Helping battered women take care of their children. *Clinical Issues Perinatal Womens Health Nursing,* 4:458-70.

IBFAN, 1989. *Rede internacional em defesa do direito de amamentar. O valor econômico do aleitamento materno, atualidades em amamentação.* São Paulo: Brasil.

ICHISATO, S. M. T. & SHIMO, A. K. K., 2002. Revisitando o Desmame Precoce através de Recortes da História. *Revista Latinoamericana de Enfermagem,* 10:578-85.

JANSSEN, P. A.; HOLT, V. L.; SUGG, N. K.; EMANUEL, I.; CRITCHLOW, C. & HENDERSON, A., 2003. Intimate Partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 188:1341-1347.

JELLIFFE, D., 1971. Commerciogenic Malnutrition. *Food Technology,* 25:55.

JELLIFFE, D. B. & JELLIFFE, E. F. P., 1978. *Human Milk in the Modern World*. Oxford: Oxford University Press.

JONES, A. S.; DIENEMANN, J.; SCHOLLENBERGER, J.; KUB, J. O. C., P.; GIELEN, A. C. & CAMPBELL, J. C., 2006. Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues,* 16:252-61.

KENNEDY, K. I. & VISNESS, C. M., 1992. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet,* 339:227-30.

KOSLOSKE, A., 2001. Breast milk decreases the risk of neonatal necrotizingenterocolitis. *Advances in Nutritional Research,* 10:123-37.

KRAMER, M. S. & KAKUMA, R., 2002. *The Optimal Duration of Breastfeeding: A Sistematic Review*. Geneva: WHO.

KROUSE, A. M., 2002. The Family Management of Breastfeeding Low Birth Weight Infants. *Journal of Human Lactation,* 18:155-165.

KRUG, E. G.; MERCY, J. A.; DAHLBERG, L. L. & ZWI, A. B., 2002. The world report on violence and health. *The Lancet,* 360:1083-1088.

LANGHINRICHSEN-ROHLING , J., 2005. Top 10 greatest "hits": important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence,* 20:108-18.

LAU, Y. & CHAN, K. S., 2007. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health,* 52:e15-e20.

LEAL, M. C.; DA GAMA, S. G. & DA CUNHA, C. B., 2005. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública,* 39:100-7.

LEUNG, W. C.; KUNG, F.; LAM, J.; LEUNG, T. W. & HO, P. C., 2002. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 79:159-166.

LI, L.; ZHANG, M.; SCOTT, J. A. & BINNS, C. W., 2004. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by chinese mothers in Perth, Western Australia. *Journal of Human Lactation,* 20:188-195.

LITTMAN, H.; MEDENDORP, S. V. & GOLDFARB, J., 1994. The decision to breastfeed: the importance of fathers' approval. *Clinical Pediatrics,* 33:214-219.

LOUGHLIN, H.; CLAPP-CHANNING, N. & GEHLBACK, S., 1985. Early termination of breastfeeding: Identifying those at risk. *Pediatrics,* 75:508-13.

LUCAS, A. & COLE, T. J., 1990. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet,* 336:1519-1523.

LUND-ADAMS, M. & HEYWOOD, P., 1996. Australian breastfeeding rates:the challenge of manitaring. *Breastfeeding Res.,* 4.

MACHADO, L. & QUEIROZ, Z. V., 2002. Negligência e Maus-Tratos. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia* ed.), pp. 791-97, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

MANASEKI-HOLLAND, S., 2001. *Global breastfeeding data:sources, prevalence, trends and association with global programmes.* Geneva: WHO/UNICEF.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M. V. & SOUZA, L., 2006. Prevalence of violence against women users of helath care services. *Revista de Saúde Pública* 40:604-10.

MARTIN, S. L.; MACY, R. J.; SULLIVAN, K. & MAGEE, M. L., 2007. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse,* 8:135-48.

MARTIN, S. L.; ENGLISH, K. T.; CLARK, K. A.; CILENTI, D. & KUPPER, L. L., 1996. Violence and substance use among North-Carolina pregnant women. *American Journal of Public Health,* 86:991-998.

MARTIN, S. L.; MACKIE, L.; KUPPER, L. L.; BUESCHER, P. A. & MORACCO, K. E., 2001. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA,* 285:1581-4.

MATICH, J. R. & SIMS, L. S., 1992. A Comparison of Social Support Variables between Women Who Intend to Breast or Bottle Feed. *Social Science and Medicine,* 34:919-927.

MATTHEWS, K.; WEBBER, K.; MCKIM, E.; BANOUB-BADDOUR, S. & LARYEA, M., 1998. Maternal infant-feeding decisions: reasons and influences. *Canadian Journal of Nursing Research,* 30:177-98.

MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996. Abuse during pregnancy: association with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research,* 45:37-42.

MCMURRAY, A., 2005. Domestic violence: conceptual and practice issues. *Comtemporary Nurse,* 18:219-32.

MEYERINK, R. O. & MARQUIS, G. S., 2002. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: The importance of personal and familial experiences in making infant-feeding choices. *Journal of Human Lactation,* 18:38-45.

MEZZACAPPA, E. S. & KATKIN, E. S., 2002. Breastfeeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology,* 21:187-93.

MINAYO, M. C. S., 1994. A Violência Social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública,* 10:7-18.

MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2002. Domestic Violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brasil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 79:269-277.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. & REICHENHEIM, M. E., 2002. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar a violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública,* 18:163-175.

MORAES, C. L.; AMORIM, A. R. & REICHENHEIM, M. E., 2006. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence: A study in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 95.

MORSE, J., 1990. "Euch, those are for your husband?" Examination of cultural values and assumptions associated with breastfeeding. *Health Care for Women International,* 11:223-232.

MOURA, A. T. S., 2002. *Violência Familiar contra a criança em um serviço de saúde: gerando informações para ação*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado - Instituto de Medicina social, UERJ.

NAMBA, S. & TANAKA, K., 1999. Effects of support from and conflict with intimates on childcare stress: a longitudinal study. *Journal of Health Psychology,* 12:37-47.

NEIFERT, M.; DEMARZO, S.; SEACAT, J.; YOUNG, D. & LEFF, M., 1990. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth,* 17:31-38.

NOEL, N. L. & YAM, M., 1992. Domestic violence. The pregnant battered women. *The Nursing Clinics of North America,* 27:871-84.

NOGUEIRA, F., 2006. *Violência física entre parceiros íntimos durante a gestação como fator de propensão à má qualidade da assistência pré-natal*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, UERJ.

NORONHA, J., 2002. Trauma: a epidemia de um novo século. *Revista da Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado,* 3:42.

O'CAMPO, P.; FADEN, R.; GIELEN, A. & WANG, M., 1992. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal intervations. *Birth,* 19:195-201.

ORIÁ, M. O.; GLICK, D. F. & ALVES, M. D. S., 2005. Trends in brestfeeding research by brasilians nurses. *Cadernos de Saúde Pública,* 21:20-28.

PAPINCZAK, T. & TURNER, C., 2000. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breast Rev,* 8.

PARKER, B.; MCFARLANE, J. & SOEKEN, K., 1994. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology,* 84:323-328.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO, 1989. *O perfil do aleitamento no Brasil.* INAN / MS.

PINHEIRO, P. S., 2006. Violence against children: a global report. *Ciência & Saúde Coletiva* 11:453-60.

PIRES, J. M. A., 1998. Violência na infância - aspectos clínicos. In Violência Doméstica, Violência contra Crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre. *Amencar*.

PUGH, R. J., 1978. The battered fetus. *British Medical Journal,* 2:858.

RACHANA, C.; SURAIYA, K.; HISHAM, A.-S.; ABDULAZIZ, A.-M. & HAI, A., 2002. Prevalence and Complications of Physical Violence During Pregnancy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology,* 103:26-29.

REA, M. F., 1994. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. *Revista de Saúde Pública,* 28:365-72.

REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; BATISTA, L. E.; SANTOS, R. G. & GREINER, T., 1997. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Revista de Saúde Pública,* 31:402-16.

REEB, K. G.; GRAHAM, A. V.; ZYZANSKI, J. & KITSON, G. C., 1987. Predicting low birthweight and complicated labor in urban black women: a biopsychosocial perspective. *Social Science and Medicine,* 25:1321-1327.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M. H.; SOUZA, E. R. D.; LOZANA, J. D. A. & FIGUEIREDO, V., 2006. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de Saúde Pública,* 22:425-437.

REMPEL, L. A. & REMPLE, J. K., 2004. Partner influence on health behavior decision-making: Increasing breastfeeding duration. *Journal of Social and Personal Relationships,* 21:92-111.

RHODES, K. V.; DRUM, M.; ANLIKER, E.; FRANKEL, R. M.; HOWES, D. S. & LEVINSON, W., 2006. Lowering the threshold for discussions of domestic violence: a randomized controlled trial of computer screening. *Archives of Internal Medicine,* 166:1107-14.

RIVARA, F. P.; ANDERSON, M. L.; FISHMAN, P.; BONOMI, A. E.; REID, R. J.; CARRELL, D. & THOMPSON, R. S., 2007. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics,* 120:1270-7.

ROY, M., 1977. *A current study of 150 cases, Battered Women*. New York: Van Nostrand Reinhold Company,.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J. & VIVES-CASES, C., 2007. Methodological issues in the study of violence against women. *Journal of Epidemiological Community Health,* 61:ii26-ii31.

RUTTER, D. R. & QUINE, L., 1990. Inequalities in pregnancy outcome: a review of psychosocial and behavioural mediators. *Social Science and Medicine,* 30:553-568.

RYAN, A., 1997. The resurgence of breastfeeding in the United States. *Pediatrics,* 99:E12.

SAUREL-CUBIZOLLES, M. J. & LELONG, N., 2005. Familiar violence during pregnancy. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction,* 34:S47-53.

SAVAGE, S.; REILLY, J.; EDWARDS, C. & DURNIN, J., 1998. Weaning practices in the Glasgow longitudinal infant growth study. *Archives of Disease in Childhood,* 79.

SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A. F. P. L., 2002. Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 78.

SCOTT, J. A.; LANDERS, M. C. G.; HUGHES, R. M. & BINNS, C. W., 2001. Psychosocial Factors Associated With the Abandonment of Breastfeeding Prior to Hospital Discharge. *Journal of Human Lactation,* 17:24-30.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F. D. & PEREIRA, M. G., 2007. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista da associação Médica Brasileira,* 53:520-4.

SHARPS, P. W.; LAUGHON, K. & GIANGRANDE, S. K., 2007. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse,* 8:105-16.

SHEI, B.; SAMUELSEN, S. O. & BAKKETEIG, L. S., 1991. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine,* 19:26-31.

SILVERMAN, J. G.; DECKER, M. R.; REED, E. & RAJ, A., 2006. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *Journal of Women's Health,* 15:934-940.

SOARES, B. M., 1996. Violência contra a mulher: as DEAMs e os pactos domésticos. In: *Violência e Política no Rio de Janeiro* (L. E. Soares, ed.), pp. Rio de Janeiro: ISER/Relume Dumará.

SOARES, B. M., 1997. *Mulheres invisíveis: violência familiar e formações subjetivas*: Tese de Doutorado, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ.

SOARES, B. M.; GASPARY, M. C. & INGELFRITZ, I., 1999. *Textos selecionados: violência intrafamiliar contra a mulher*. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Pesquisa e Cidadania, Secretaria de Estado de Segurança Pública.

SOUTO, G. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; GIUGLIANI, C. & SCHNEIDER, M. A., 2003. The Impact of Breast Reduction Surgery on Breastfeeding Performance. *Journal of Human Lactation,* 19:43-49.

STEWART, D. & CECUTTI, A., 1993. Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal,* 149:1257-1263.

STEWART, D. E., 1994. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *Canadian Medical Association Journal,* 151:1601-4.

STRAUS, M. A. & GELLES, R. J., 1995. *Physical Violence in American Families. Risk factors and Adaptations to Violence in 8.145 Families.* New Brunswick, London: Transaction Publishers.

STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. & STEINMETZ, S. K., 1980. *Behind closed doors*. Garden City, NY: Anchor Press.

SULLIVAN, M. L.; LEATHERS, S. J. & KELLEY, M. A., 2004. Family characteristics Associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal of Human Lactation,* 20:196-205.

TAVERAS, E.; CAPRA, A. M.; BRAVEMAN, P. A.; JENSVOLD, N. G.; ESCOBAR, G. J. & LIEU, T. A., 2003. Clinician support and psychological risk factors associated with breastfeeding descontinuation. *Pediatrics,* 112:108-15.

USTA, J.; FARVER, J. A. & PASHAYAN, N., 2007. Domestic violence: the Lebanese experience. *Public Health,* 121:208-19.

VALDEZ-SANTIAGO, R. & SANÍN-AGUIRRE, L. H., 1996. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México,* 38:352-362.

VALLADARES, E.; ELLSBERG, M.; PEÑA, R.; HOGBERG, U. & PERSSON, L. A., 2002. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics and Gynecology,* 100:700-705.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P. M.; REA, M. F. & MONTEIRO, A. C., 2002. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública,* 36:313-18.

VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; LOMBARDI, C.; FUCHS, S. M. C.; GIGANTE, L. P. & SMITH, P. G., 1987. Evidence for protection by breastfeeding aganist infant deaths from infectious diases in Brazil. *Lancet,* 2:319-22.

VITZTHUMV, J., 1989. Nursing behavior and its relation to duration of postpartum amenorrhoea in an Andean community. *Journal of Biosocial Science,* 21:145-60.

WEBSTER, J., 1994. Re: 'Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women'. *Nurs Res,* 43:190-1.

WEIDERPASS, E.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; TOMASI, E. & HALPERN, R., 1998. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública,* 32:225-31.

WHO, 1995. World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bulletin of the World Health Organization,* 73:165-174.

WHO, 2000. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: how much does breastfeeding protect against infant and child mortality due infections diseases: a pooled analyses of six studies from less developed countries. *Lancet,* 355:451-455.

WHO, 2002. *The World Report on Violence and Health.* Geneva: WHO Scientific Publication.

WHO, 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.

ZHENG, T.; HOLFORD, T. R.; MAYNE, S. T.; OWENS, P. H.; ZHANG, Y.; ZHANG, B.; BOYLE, P. & ZAHM, S. H., 2001. Lactation and breast cancer risk: a case control study in Connecticut. *British Journal of Cancer* 84:1472-6.

7. ANEXOS

7.1 ANEXO I – Questionário de Elegibilidade

Número de Identificação |___|___|___|___|

Instruções para preenchimento: Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77/77 – 77/77/77) para recusa; 8 (ou similares 88 ...) para "não sabe" ou "não se lembra"; e 9 (ou similares 99 ...) para não se aplica.

I. Identificação do questionário

Nome da Unidade de Saúde **1.** Marcolino Candau **2.** Heitor Beltrão **3.** Ariadne Lopes de Menezes **4.** Silveira Martins **5.** Jacarepaguá	**1.** |___|
Entrevistador _____	**2.** |___|___|
Data da entrevista	**3.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Digitador _____	**4.** |___|___|
Data da digitação	**5.** |___|___|/|___|___|/|___|___|

II. Identificação da mãe e do bebê / Critérios de elegibilidade

Qual o seu nome (mãe)?			**6.** _____
Qual a sua data de nascimento (mãe)?			**7.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Qual a sua idade (mãe)			**8.** |___|___| **anos**
Qual o nome do bebê?			**9.** _____
Não perguntar, apenas marcar a opção de resposta conforme o nome do bebê Sexo do bebê **1.** Masculino **2.** Feminino			**10.** |___|
Qual a data de nascimento de (nome do bebê)			**11.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Qual a idade de (nome do bebê)?			**12.** |___| **meses** **13.** |___|___| **dias**
Qual a sua cor? Leia as alternativas **1.** Branca **2.** Parda/Mulata/Morena/Cabocla **3.** Negra **4.** Amarela/Oriental **5.** Indígena			**14.** |___|
Você já freqüentou ou freqüenta a escola? Qual foi a última série que V/S completou? **00.** Não estuda ou estudou **30.** Terceiro grau incompleto ou mais			**15.** |___| |___| (grau) (série)
Atualmente, você tem um relacionamento amoroso? Se não, pule para a questão 18	**1.** Sim	**0.** Não	**16.** |___|
Você mora com esse companheiro? Anote a resposta e pule a próxima questão	**1.** Sim	**0.** Não	**17.** |___|
Você teve um relacionamento amoroso por mais de 1 mês desde que soube estar grávida?	**1.** Sim	**0.** Não	**18.** |___|
Seu bebê mama no peito? Se sim, vá ao módulo de "Caracterização da Entrevistada"	**1.** Sim	**0.** Não	**19.** |___|
Seu bebê mamou no peito?	**1.** Sim	**0.** Não	**20.** |___|
Por qual motivo o seu bebê não mama (ou não mamou) no peito?			
- Mãe portadora do vírus HIV	**1.** Sim	**0.** Não	**21.** |___|
- Mãe em tratamento oncológico	**1.** Sim	**0.** Não	**22.** |___|
- Mãe fazendo uso de medicação que contra-indica	**1.** Sim	**0.** Não	**23.** |___|
- Criança com problemas metabólicos que impedem a amamentação	**1.** Sim	**0.** Não	**24.** |___|
- Criança com lábio leporino e mal-formação bilateral	**1.** Sim	**0.** Não	**25.** |___|
- Outros: _____ Anote o motivo. O campo será preenchido pelo supervisor			**26.** |___|___|

III. Caracterização da entrevistada

1. Elegível	**2.** Recusou-se a participar da pesquisa	**3.** Não elegível	**27.** |___|

7.2 ANEXO II – Questionário Principal

Número de Identificação |___|___|___|___|

Instruções para preenchimento: **Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77/77 – 77/77/77) para recusa; 8 (ou similares 88 ...) para "não sabe" ou "não se lembra"; e 9 (ou similares 99 ...) para não se aplica.**

I. Identificação do questionário

Unidade de Saúde **1.** Marcolino Candau **2.** Heitor Beltrão **3.** Ariadne Lopes de Menezes **4.** Silveira Martins **5.** Jacarepaguá		**1.** |___|
Entrevistador	_____	**2.** |___|___|
Data da entrevista.....		**3.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Revisado por	_____	**4.** |___|___|
Data da revisão.....		**5.** |___|___|/|___|___|/|___|___|
Digitador	_____	**6.** |___|___|
Data da digitação.....		**7.** |___|___|/|___|___|/|___|___|

II. Identificação da mãe e do bebê

De um modo geral, em comparação com as outras crianças da mesma idade do(a) (nome do bebê), como você considera a saúde dele(a)? **Leia as alternativas** **1.** Excelente **2.** Muito Boa **3.** Boa **4.** Regular **5.** Ruim		**8.** |___|
Você tem outros filhos vivos? **Se não, vá à questão 17**	**1.** Sim **0.** Não	**9.** |___|
Quantos filhos vivos você tem? **Excluindo a criança alvo**		**10.** |___|___|
Quantos filhos menores de 5 anos você tem? **Excluindo a criança alvo**		**11.** |___|___|
Qual a data de nascimento do(s) seu(s) (dois) último(s) filho(s), antes de (nome do bebê)? **Anotar a data de nascimento dos últimos dois filhos, mesmo que tenha(m) mais de 5 anos**		**12.** |___|___|/|___|___| **13.** |___|___|/|___|___| (mês) (ano)
Você amamentou seu último filho? **Se não, vá à questão 17**	**1.** Sim **0.** Não	**14.** |___|
Por quanto tempo?		**15.** |___||___| meses **16.** |___||___| dias
Você foi amamentada?	**1.** Sim **0.** Não	**17.** |___|
Você trabalhou fora de casa durante a gravidez do(a) (nome do bebê)? **Atenção! Considere como positivo mesmo que a respondente tenha trabalhado um pequeno período da gestação, só no início por exemplo** **Se a resposta for não, pule a próxima questão**	**1.** Sim **0.** Não	**18.** |___|
Você teve direito à licença maternidade?	**1.** Sim **0.** Não	**19.** |___|
Atualmente, você trabalha fora de casa?	**1.** Sim **0.** Não	**20.** |___|

7.3 ANEXO III – Detalhamento do modelo teórico-conceitual e operacionalização das variáveis independentes do estudo principal.

O modelo teórico é um primeiro recorte da realidade e tem como função tentar representar o que se pretende dela extrair. Com base na hipótese central do estudo principal, de que a VFGG integra, juntamente com outros fatores, o processo de duração do AME, e a partir da revisão de alguns modelos já elaborados foi concebido um modelo teórico-conceitual que tenta representar as relações entre a VPI e as demais dimensões envolvidas com o processo de aleitamento materno (Figura 1).

O modelo elaborado é simplificado e não tem a pretensão de esgotar todas as dimensões associadas aos processos, nem tampouco as diversas possibilidades de relação entre as variáveis que os compõem. A elaboração do mesmo teve como objetivo facilitar o mapeamento das possíveis variáveis de confusão a serem abordadas na investigação e direcionar o plano de análise da pesquisa. Logo, optou-se por construir um modelo teórico-conceitual composto por algumas das dimensões que vêm sendo mais freqüentemente pesquisadas nas linhas de investigação sobre VPI, assim como aquelas que são citadas pela literatura como tendo uma possível relação com a duração do aleitamento materno.

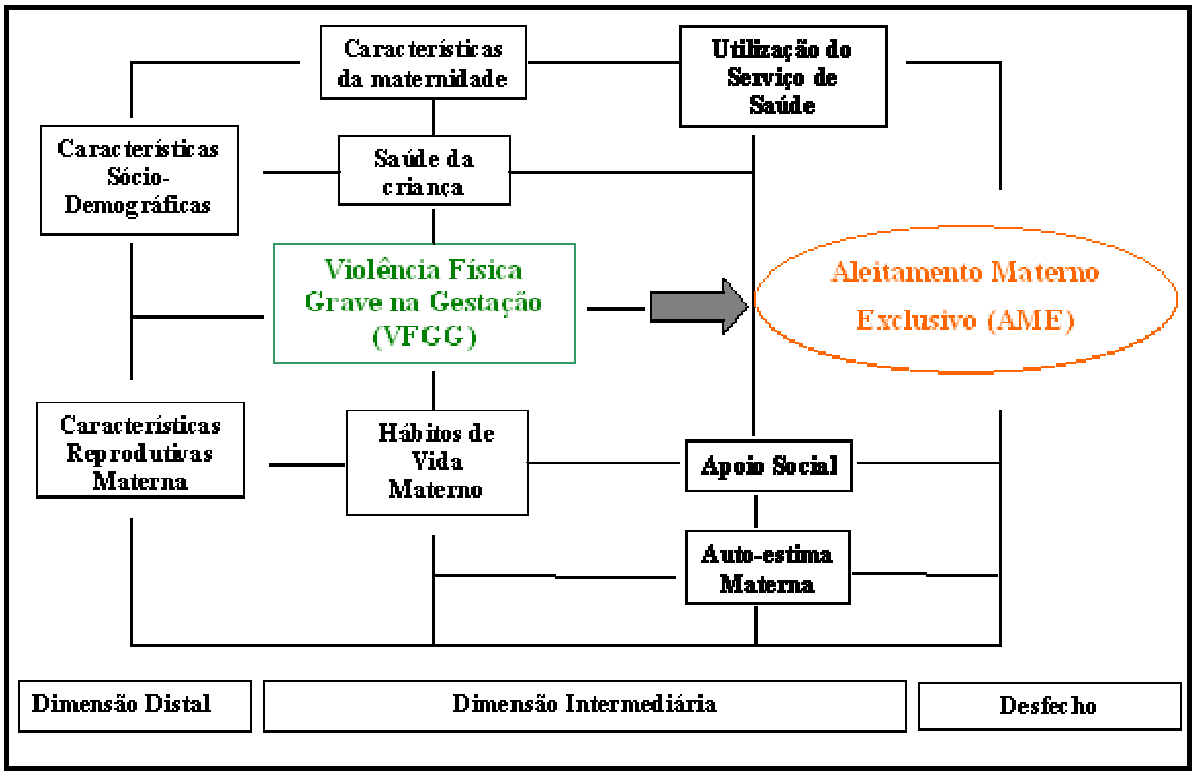
O primeiro passo para a construção deste modelo constituiu a definição conceitual da exposição (VFGG) e das dimensões que, supostamente, estão envolvidas nas relações entre esta exposição e o desenlace de interesse (desmame precoce). Em seguida, foram identificadas algumas dimensões que, por estarem associadas tanto à VF como à iniciação e à duração do aleitamento materno, devem ser consideradas como possíveis fatores de confusão de acordo com a literatura.

A partir do modelo conceitual foi possível fazer as reduções de conceitos em variáveis nominais e reduções por aproximações de variáveis. Essas reduções são

necessárias para que a hipótese e o modelo conceitual possa ser testada empiricamente. As variáveis exploradas no presente estudo foram escolhidas a partir de uma reflexão acerca dos conceitos originais de cada dimensão que compõe o modelo.

Nas duas próximas seções são descritas as variáveis independentes e a variável dependente que compõe o modelo, bem como suas relações.

Figura 5 – Modelo teórico-conceitual da relação entre violência física grave na gestação e aleitamento materno



a) Violência Física Grave na Gestação: exposição de interesse central

A VFGG se localiza na dimensão intermediária do modelo, tendo um papel enquanto fator de risco para o desmame precoce ainda não bem definido. Como apresentado na subseção 1.8, as principais justificativas para a postulação da hipótese da VPI ser um dos fatores propensores do desmame precoce são: a importância do ambiente familiar e de um apoio paterno ao aleitamento materno e a influência do

estresse e alguns agravos à saúde mental materna na produção e apojadura do leite, considerando-se também os inúmeros fatores intermediários entre VPI e aleitamento materno.

Dada à excelente performance da versão em português da CTS2 em estudos anteriores, este instrumento também foi a ferramenta utilizada para a identificação da VFGG neste projeto. Sua operacionalização se deu de forma dicotômica onde a presença de um item positivo, por parte de pelos menos um dos membros do casal, na escala de violência física grave caracterizou a ocorrência do evento durante a gestação.

b) Condições sócio-econômica e ambiental

O primeiro nível hierárquico (dimensão distal) do modelo é composto pelas condições sócio-econômicas e ambientais do indivíduo e/ou família. A maioria dos autores tem sugerido que a VPI seja um fenômeno que perpassa todas as classes sociais. Porém, algumas pesquisas vêm apontando uma maior ocorrência da violência em famílias de baixa renda, baixa escolaridade e que vivem em situações ambientais desfavoráveis (Jasinski and Williams 1998; Martin, Tsui et al. 1999; Moraes and Reichenheim 2002). Do mesmo modo, existem evidências que mostram a associação entre desmame precoce e o nível sócio-econômico. Segundo a OMS (WHO 1995), o aumento da freqüência do aleitamento materno segue o padrão de desenvolvimento da sociedade, sendo influenciada pelos subgrupos populacionais que apresentam fases de incremento e declínio da prevalência da amamentação em diferentes momentos. O primeiro grupo a mudar seria o da elite urbana. O seguinte seria o urbano pobre, e o último, mais resistente às mudanças, o rural. Por esta teoria, as mulheres de renda e escolaridade maiores são as primeiras a valorizar o aleitamento materno, influenciando as mulheres dos níveis sócio-econômicos menos favorecidos. Outra hipótese discutida na literatura é baseada no pressuposto de que o baixo status sócio-econômico está

associado a um conjunto de fatores psico-sociais negativos responsáveis pelo início ou agravamento de problemas emocionais associados a desfechos perinatais desfavoráveis, incluindo o desmame precoce (Escamilla 2003).

Esta dimensão foi composta por distintas variáveis:

- **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)** - indicador escolhido para caracterizar condição econômica. Tem como função estimar o potencial de compra das famílias e segmentar o mercado em classes econômicas. Esta variável foi utilizada de forma categórica: Classe Alta (A), Classe Média (B), Média baixa (C), Pobre (D) e Muito pobre (E).

- **Escolaridade materna –** explorada em anos completos de estudo. Também foi de forma agrupada, subdividida menos de 8 anos, de 8 a menos de 11 anos, 11 anos e acima de 11 anos de estudo.

- **Características ambientais e do domicílio (escore ambiental)** - Esta variável também foi utilizada como uma aproximação da condição sócio-econômica da família (Reichenheim & Harpham, 1990). A Tabela 5 a seguir descreve os itens que compõe a variável e a sua classificação em relação ao escore.

Tabela 6 – Escores atribuídos à variável denominada de condições ambientais

Indicador	Categorias	Escore
Aglomeração	• < 1,0 pessoa por cômodo • 1,0 - 1,49 pessoa por cômodo • 1,5 pessoa por cômodo	2 1 0
Material de que é feito o piso	• Cimento, madeira tratada, tacos, cerâmica ou ladrilho • Madeira bruta, barro, terra, areia	1 0
Esgotamento sanitário	• Rede geral de esgoto • Fossa • Vala aberta	2 1 0
Distribuição do lixo	• Recolhimento em casa • Caçamba • Local aberto ou terreno baldio	2 1 0
INTERPRETAÇÃO	• **Boas condições ambientais**	**≥ 4**

• **Más condições ambientais**	**0- 3**

c) Características demográficas e reprodutivas maternas

As características demográficas e reprodutivas maternas se encontram no grupo das dimensões intermediárias, sendo influenciadas pelas condições sócio-econômicas, estando também relacionadas à VPI e ao desmame precoce. Esta dimensão será composta pelas seguintes variáveis:

• **Situação Conjugal –** Vive com companheiro, pai da criança; vive com companheiro, padrasto da criança; tem companheiro pai da criança, mas não vive com ele; tem companheiro padrasto da criança, mas não vive com ele e não tem companheiro.

• **Paridade –** Número de gestações com concepto

• **Intervalo interpartal –** Tempo em meses entre a última gestação e a atual.

• **Experiência de amamentação anterior** - variável binária: sim ou não. Também será avaliada de forma contínua. Tempo de amamentação do último filho em dias.

• **Idade materna –** idade em anos da mãe na data da entrevista. Utilizada na forma contínua.

• **Trabalho materno na gestação e/ou pós-parto –** Binária: sim ou não.

• **Licença maternidade** - Binária: mãe teve ou não direito à licença maternidade.

• **Origem étnica** - avaliada segundo a auto-classificação da entrevistada em: branca; parda; negra; amarela ou oriental; e indígena.

d) Hábitos de vida

A dimensão relativa aos hábitos de vida é composta pelas variáveis: tabagismo na gestação e/ou pós-parto, uso de substâncias lícitas ou ilícitas e suspeição de consumo inadequado de álcool pela mãe. Hoje em dia já é consenso que tais hábitos de vida estão associados à VPI. No entanto, ainda existem controvérsias na literatura sobre a direção destas associações. Se por um lado o uso de álcool e de drogas é apontado por diversos pesquisadores como fatores de risco para a VPI, por outro tem-se sugerido que esta é um fator de propensão ao abuso dos mesmos (Martin, English et al. 1996; McFarlane, Parker et al. 1996; Gelles 1997). Postula-se que mulheres que vivem, cotidianamente, em ambientes familiares conflituosos podem buscar no cigarro, no álcool ou no uso de outras drogas uma maneira de aliviar seu sofrimento (Gelles 1997; Jasinski and Williams 1998).

A literatura sobre o aleitamento materno também sugere que mulheres que fazem uso de drogas ilícitas, consomem álcool ou cigarros, principalmente durante a gestação, são menos qualificadas a fazer escolhas de vida saudáveis tanto para elas quanto para os seus filhos, dentre as quais o aleitamento materno. Além disso, é possível que as mães usuárias destas substâncias sintam-se desencorajadas a amamentar por achar que seu leite ofereça perigo a seus filhos. Alguns estudos vêm sugerindo que mães que fumam são menos prováveis de amamentar que mães que não fumam. Evidências sugerem que o fumo materno diminui os níveis de prolactina e dificulta tanto a produção quanto a apojadura do leite (Ratner, Johnson et al. 1999; Horta, Kramer et al. 2001; Letson, Rosenberg et al. 2002).

A operacionalização destes conceitos no nível empírico se deu através da utilização das seguintes variáveis:

- **Uso de drogas lícitas e/ou ilícitas pela mulher no último ano:** mensurado através do questionário NSDUQ (*Non-Student Drug Use Questionnaire*) (Smart, Arif et al. 1981). A presença de uma questão positiva classificou a mãe como positiva para uso de drogas.

- **Suspeição de Abuso atual de álcool pela mulher no último ano:** mensurado através da utilização do questionário T-ACE (Sokol, Martier et al. 1989) e TWEAK (Russell, Martier et al. 1994). A positividade foi definida a partir do escore > 2.

- **Tabagismo materno durante a gestação e/ou pós-parto:** O consumo foi estratificado em quatro níveis: não fumou; fumou menos de meio maço/dia; fumou de meio a um maço/dia, mais de um e e menos de dois maços/dia e fumou dois ou mais maços/dia.

e) Saúde da criança

Esta dimensão faz parte do nível intermediário do modelo, podendo ser influenciada pelas condições sócio-econômicas, demográficas maternas e utilização dos serviços de saúde pela mãe, assim como pela ocorrência de VPI no domicílio que pode influenciar na capacidade desta em cuidar de seus filhos e/ou na percepção das necessidades destes {Nobile, 2007 #1906}{Bair-Merritt, 2008 #1907}. Adicionalmente, esta também se relaciona com a duração do AME em ambas as direções {Simard, 2005 #1908}. Esta foi representa por uma única variável que avaliava a percepção materna sobre a saúde da criança, operacionalizada em 5 categorias: excelente; muito boa, boa, regular e ruim.

f) Utilização do serviço de saúde

O conceito acima é influenciado pela VPI em decorrência do isolamento social presente em grande parte das vítimas (Heise, Pitanguy et al. 1994; Jasinski and Williams 1998) e é considerado como um potencial fator de risco para o desmame precoce (Li, Zhang et al. 2004), pois gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente, dificultam a identificação de comportamentos de risco que podem vir a dificultar o processo de aleitamento materno, tal como: a intenção de não amamentar, o tabagismo, o uso de drogas ilícitas, o padrão de ganho de peso inadequado, dentre outros (Hillard 1985; Stewart and Cecutti 1993; McFarlane, Parker et al. 1996).

Esta dimensão foi composta pelas seguintes variáveis:

- **Qualidade da assistência pré-natal:** Avaliada através da escala *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU) também denominada de índice de Kotelchuck, que conjuga informações sobre a época de início do pré-natal e o número de consultas realizadas pela gestante. Esta variável será operacionalizada de forma categórica: muito adequado; adequado; intermediário e inadequado.

- **Início do pré-natal** – operacionalizada de forma binária. Adequado quando a gestante relatava ter iniciado a assitência pré-natl ainda no primeiro trimestre de gestação

- **Número de consultas realizadas pela gestante** - operacionalizada de forma binária.

g) Características da maternidade

Hospitais cujo padrão de atendimento pós-operatório dificulte o alojamento conjunto e o aleitamento sob livre demanda, ou ainda permitam a introdução precoce de outros alimentos na dieta infantil, podem levar a um maior insucesso do aleitamento

(International Lactation Consultant Association, 1999; Venancio et al., 2002). Os hospitais que recebem o título de Amigo da Criança, ou estão em vias de recebimento do mesmo, possuem características de atendimento e treinamento de profissionais em relação ao manejo clínico da lactação diferenciados dos demais. Adicionalmente, acredita-se que as mulheres vítimas de VPI ao terem uma baixa preocupação com a saúde, assim como uma menor freqüência a assistência pré-natal, não buscam por um atendimento de saúde de excelência. Assim, esta variável foi operacionalizada de forma categórica, mais precisamente se o parto da criança foi realizado em um Hospital Amigo da Criança, em vias de receber a titulação ou sem a mesma.

h) Apoio social

Como descrito anteriormente, o efeito "tamponador" (mediador) do apoio social oferecido à gestante pode ser capaz de amenizar, ou mesmo, prevenir possíveis conseqüências nocivas à saúde ocasionadas por situações estressantes. De acordo com o modelo, a existência de um apoio social satisfatório durante a gestação diminuiria o risco de desmame precoce em famílias vítimas de VPI. Estudos têm mencionado a importância do suporte social como uma variável que afeta, significativamente, a incidência e a duração do aleitamento materno (West 1980; Matich and Sims 1992; Scott, Landers et al. 2001). Uma revisão sistemática da literatura realizada em 10 países com 23.712 pares de mães-crianças randomicamente ou quase-randomicamente selecionados concluíram que todos os tipos de suporte social contribuem na escolha e na duração da amamentação materna (WHO 1995).

Para a avaliação do nível de suporte social recebido pela gestante durante a gravidez e pós-parto será utilizada a escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS) que mede a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social recebido (Sherbourne and Stewart 1991; Chor, Griep et al. 2001), na sua versão em português

(Griep, Chor et al. 2003)(Griep, Chor et al. 2005). A operacionalização deste conceito no nível empírico foi dada através da utilização do escore obtido nas escalas de apoio material, afetivo, emocional, apoio para informação e interação social positiva, que foi avaliado tanto de forma separada quanto em conjunto.

i) Fatores psicológicos

Como descrito na Introdução, dentre as várias conseqüências da VPI encontram-se os diferentes agravos psicológicos, tais como, a falta de esperança na vida e nas pessoas, isolamento social, ansiedade, baixa auto-estima e a depressão (Campbell 2002; Heise, Ellsberg et al. 2002; Leung, Kung et al. 2002; Adeodato, Carvalho et al. 2005). Da mesma forma, como apontado na Seção 1.8, diferentes autores têm mostrado que estas mesmas características psicológicas ligadas à mãe são importantes fatores relacionados ao aleitamento materno, podendo influenciar tanto no padrão, quanto na iniciação e duração do mesmo (Scott, Landers et al. 2001; Henderson, Evans et al. 2003; Li, Zhang et al. 2004; Hatton, Harrison-Hohner et al. 2005). Como visto, Mezzacappa & Katkin (2002), demonstraram que o aleitamento materno está significativamente relacionado com o humor e o nível de estresse percebido pela nutriz. Os autores ainda relatam que este efeito pode ser mediado pela liberação de oxitocina na corrente sanguínea, pois os níveis deste hormônio estão inversamente relacionados com o humor e emoções negativas.

Como apresentado na Figura 1, a dimensão relativa aos aspectos psicológicos da mulher foi prioritariamente explorada enquanto possível dimensão intermediária entre a VPI e o desfecho de interesse. Porém, devido à insuficiência dos programas de investigação sobre o tema, as variáveis que compõem a dimensão também foram avaliadas como possíveis fatores de confusão no processo. A dimensão englobará três

conceitos distintos, a saber: depressão pós-parto; transtornos mentais comuns durante a gestação e pós-parto; e auto-estima materna.

- **Depressão pós-parto:**

Atualmente, a literatura vem apontando a depressão como uma importante conseqüência da VPI (Giffin 1994; Mullen and Walton 1998). Segundo Adeodato & col. (2005) suas vítimas estão sob maior risco de desenvolverem sintomas de depressão e apenas uma pequena parte destas buscam ajuda médica na tentativa de solucionar seus sofrimentos.

Do mesmo modo, durante a gravidez, o parto e o puerpério ocorrem uma série de transformações bioquímicas, psicológicas e sociais que acarretam uma maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psíquicos, como a depressão que afeta de 10 a 20% das mulheres no pós-parto (Eberhard-Gran, Eskild et al. 2001; Uwakwe 2003). Tal morbidade inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas que acabam por afetar a performance da mulher em diferentes domínios de sua vida, resultando em problemas para as mães, os filhos e a família. Assim, a literatura tem apontado a depressão pós-parto como um significativo fator de risco para o desmame precoce (Henderson, Evans et al. 2003; Li, Zhang et al. 2004; Hatton, Harrison-Hohner et al. 2005).

Esta variável foi analisada de forma binária: presença ou ausência de sintomas de depressão pós-parto. No rastreamento de tais sintomas será utilizado um instrumento, amplamente utilizado pelos especialistas da área, denominado de EPDS (*Edinburgh Post-natal Depression Scale)* (Cox, Holden et al. 1987).

- **Transtornos mentais comuns:**

Algumas mulheres podem não preencher os critérios diagnósticos de depressão pós-parto, mas apresentar sintomas proeminentes de incapacidade funcional, que podem ser classificados como Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os TMC expressão criada por Goldberg, caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Goldberg and Huxley 1992), provocam ruptura no funcionamento normal do indivíduo, podendo da mesma forma que a depressão pós-parto dificultar a iniciação e a duração do aleitamento materno (Cruz, simões et al. 2005). Para a identificação dos TMC durante o pós-parto foi utilizada a versão nacional do *Self-Report Questionnaire* 20 (SRQ-20).

- **Auto-estima:**

A violência é um processo orientado para fins determinados a partir de diferentes causas, com formas variadas produzindo danos com conseqüências imediatas ou tardias e a fragilização de suas vítimas pode incluir efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos seguras do seu valor e de seus limites pessoais.

A auto-estima expressa um sentimento ou uma atitude de aprovação ou de repulsa de si mesmo, e até que ponto o sujeito se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso. É o juízo pessoal de valor expresso nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo. É uma experiência subjetiva acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis (Rosenberg 1989). São atributos profundamente individuais, embora moldados nas relações cotidianas. São também fatores decisivos na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, exercendo uma marcante influência na percepção dos acontecimentos e das pessoas, influenciando de forma

considerável o comportamento e as vivências do indivíduo (Sánchez and Escribano 1999).

Os indivíduos com baixa auto-estima sofrem de um "afeto negativo", com sentimentos de inferioridade, menos valia, isolamento e insegurança, tendo a vulnerabilidade como uma característica marcante (Assis and Avanci 2004). Já os com elevada auto-estima acreditam na sua competência e no seu valor (Coopersmith 1967; Rosenberg 1989). Demonstram capacidade para lidar com desafios, são auto-eficientes e conseguem se adaptar mais facilmente a uma situação. Essas pessoas são mais independentes, autônomas e percebem a realidade mais claramente. Logo, acredita-se que a auto-estima seja um possível fator de influência na iniciação e duração do aleitamento materno. Diferentes autores vêm demonstrando associação entre falta de confiança na capacidade de amamentar e o desmame precoce.

A auto-estima foi avaliada através da escala de Rosenberg (Rosenberg 1989), e operacionalizada de forma categórica com a classificação das mães em elevada, média e baixa auto-estima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Referentes ao Anexo III)

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R. & MATOS E SOUZA, F. G., 2005. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública,* 39:108-13.

ASSIS, S. G. D. & AVANCI, J. Q., 2004. *Labirinto de Espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BAIR-MERRITT, M. T.; COWNE, S. S.; CALDERA, D.; CHENG, T. L. & DUGGAN, A. K., 2008. Impact of intimate partner violence on children's well child care and medical home. *Pediatrics,* 121:e473-80.

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

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública,* 17:109-118.

COOPERSMITH, S., 1967. *The antecedents of self-esteem*. São Francisco: Freeman.

COX, J.; HOLDEN, J. & SAGOVVSKY, R., 1987. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry,* 50:782-786.

CRUZ, E. B. D. S.; SIMÕES, G. L. & FAISAL-CURY, A., 2005. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,* 27:181-188.

EBERHARD-GRAN, M.; ESKILD, A.; TAMBS, K.; OPJORDSMOEN, S. & SAMUELSEN, S. O., 2001. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 104:243-249.

ESCAMILLA, R. P., 2003. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribean Region: a success story? *Cadernos de Saúde Pública,* 19:s119-s127.

GELLES, R. J., 1997. *Intimate Violence in Families*. London: SAGE Publications.

GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 10 (supl. 1):146-155.

GOLDBERG, D. & HUXLEY, P., 1992. *Commom mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. & LOPES, C., 2003. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 19:625-634.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; L.WERNECK, G. & LOPES, C. S., 2005. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 21:703-714.

HATTON, D. C.; HARRISON-HOHNER, J.; COSTE, S.; DORATO, V.; CURET, L. & MACCARRON, D. A., 2005. Symptoms of depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation,* 21:444-49.

HEISE, L.; PITANGUY, J. & GERMAIN, A., 1994. *Violence against women: the hidden health burden.*(255). Washington: The World Bank.

HEISE, L.; ELLSBERG, M. & GOTTMOELLER, M., 2002. A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 78 Suppl.:S5-S14.

HENDERSON, J. J.; EVANS, S. F.; STRATON, J. A. Y.; PRIEST, S. R. & HAGAN, R., 2003. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth,* 30:175-180.

HILLARD, P. J., 1985. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology,* 66:185-90.

HORTA, B. L.; KRAMER, M. S. & PLATT, R. W., 2001. Maternal Smoking and the Risk of Early Weaning: a Meta-Analysis. *American Journal of Public Health,* 91:304-307.

JASINSKI, J. L. & WILLIAMS, L. M., 1998. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. London: SAGE Publications, Inc.

LETSON, G. W.; ROSENBERG, K. D. & LIANGRONG, W., 2002. Association Between Smoking During Pregnancy and Breastfeeding at About 2 Weeks of Age. *Journal of Human Lactation,* 18:368-72.

LEUNG, W. C.; KUNG, F.; LAM, J.; LEUNG, T. W. & HO, P. C., 2002. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 79:159-166.

LI, L.; ZHANG, M.; SCOTT, J. A. & BINNS, C. W., 2004. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by chinese mothers in Perth, Western Australia. *Journal of Human Lactation,* 20:188-195.

MARTIN, S. L.; TSUI, A. O.; MAITRA, K. & MARINSHAW, R., 1999. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology,* 150:417-426.

MARTIN, S. L.; ENGLISH, K. T.; CLARK, K. A.; CILENTI, D. & KUPPER, L. L., 1996. Violence and substance use among North Carolina pregnant women. *Am J Public Health,* 86:991-8.

MATICH, J. R. & SIMS, L. S., 1992. A Comparison of Social Support Variables between Women Who Intend to Breast or Bottle Feed. *Social Science and Medicine,* 34:919-927.

MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996a. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research,* 45:37-42.

MCFARLANE, J.; PARKER, B. & SOEKEN, K., 1996b. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG,* 25:313-20.

MEZZACAPPA, E. S. & KATKIN, E. S., 2002. Breastfeeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology,* 21:187-93.

MORAES, C. L. & REICHENHEIM, M. E., 2002. Domestic Violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brasil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 79:269-277.

MULLEN, P. & WALTON, V., 1998. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet,* 1.

NOBILE, C. G.; RAFFAELE, G.; ALTOMARE, C. & PAIVA, M., 2007. *Influence of maternal and social factorsas predictorsof low birth weigth in Italy*. *BMC Public Health,* 3:147-192.

RATNER, P. A.; JOHNSON, J. L. & BOTTORFF, J. L., 1999. Smoking Relapse and Early Weaning Among Pospartum Women: Is There an Association? *Birth,* 26:76-82.

ROSENBERG, M., 1989. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; BOTTOMS, S.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 18:1156-1161.

SÁNCHEZ, A. V. & ESCRIBANO, E. A., 1999. *Medição do autoconceito*. Bauru: Edusc.

SCOTT, J. A.; LANDERS, M. C. G.; HUGHES, R. M. & BINNS, C. W., 2001. Psychosocial Factors Associated With the Abandonment of Breastfeeding Prior to Hospital Discharge. *Journal of Human Lactation,* 17:24-30.

SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine,* 32:705-714.

SIMARD, I.; O'BRIEN, H. T.; BEAUDOIN, A.; TURCOTTE, D.; DAMANT, D.; FERLAND, S.; MARCOTTE, M. J.; JAUVIN, N. & CHAMPOUX, L., 2005. Factors influencing the and intiation and duration of breastfeeding among low income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of quebec. *Journal of Human Lactation,* 21:327-37.

SMART, R. G.; ARIF, A.; HUGHES, P.; MORA, M. E. M.; NAVARATNAM, V.; VARMA, V. K. & WADUD, K. A., 1981. *Drugs use among non-student youth.*

SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S. & AGER, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 160:863-870.

STEWART, D. E. & CECUTTI, A., 1993. Physical abuse in pregnancy. *Cmaj,* 149:1257-63.

UWAKWE, R., 2003. Affective (depressive) morbidity bin puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 107:251-259.

WEST, C. P., 1980. Factors influencing the duration of breastfeeding. *Journal of Biosocial Science,* 12:325-329.

WHO, 1995. World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bulletin of the World Health Organization,* 73:165-174.

7.4 ANEXO IV – Detalhes sobre a equivalência do modelo log-log complementar e Weibull.

- Modelo log-log complementar

$$\ln\left(-\ln\left(S(i)\right)\right) = \alpha + p\ \ln(i) + X\beta$$

que fornece

$$S(i) = \exp\left(-e^{\alpha} i^{p} e^{X\beta}\right) = \exp\left(-\left(\lambda i\right)^{p} e^{X\beta}\right)$$

sendo, como antes, $\lambda = e^{\alpha/p}$ e $S(i)$ a proporção ainda amementando na idade i

Notar que, classicamente, a função de sobrevida na Weibull é dada por

$$S(t) = \exp\left(-\left(\alpha t\right)^{\gamma}\right)$$

em que α é o parâmetro de escala (da distribuição); t é o tempo; e γ é o parâmetro de forma em que o risco decresce com o tempo se $\gamma < 1$; é constante se $\gamma = 1$; e cresce se $\gamma > 1$.

Compatibilizando as notações ... $\alpha \equiv \lambda\ \left(= e^{\alpha/p}\right)$; $t \equiv i$; e $\gamma \equiv p$. Assim,

$$S(i) \equiv S(t)$$

$$\exp\left(-\left(\alpha t\right)^{\gamma}\right) \equiv \exp\left(-\left(\lambda i\right)^{p}\right)$$

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

7.5 ANEXO V – Parecer dos Comitês de Ética em Pesquisa

RIO
PREFEITURA
Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 07A/2007 Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 143/06

TÍTULO: Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alessandra Silva Dias de Oliveira.

UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Centro Municipal de Saúde Ariadne Lopes de Menezes, Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão e Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau.

DATA DA APRECIAÇÃO: 18/02/2007.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96).*

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2587-7303 / 2284-8249
FAX: 55-021-2264-1142

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo de pesquisa "Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?", desenvolvido por Alessandra Silva Dias de Oliveira, nº de registro 21/2006, submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), foi aprovado na data de hoje, após atendimento das exigências levantadas na reunião realizada de 22 de novembro de 2006.

Rio de Janeiro, 1º de dezembro de 2006

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

7.6 ANEXO VI – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada "violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?" desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada por Alessandra S. Dias de Oliveira, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (x-21) 2587-7303 ramal 218 ou e-mail alessadias@ims.uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o papel da violência entre parceiros íntimos na iniciação e duração do aleitamento materno.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista estruturada a ser realizada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro situado na Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 - Cidade Nova, Tel.: 2293-5549 e E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

A pesquisadora principal me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento do meu filho(a) ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

7.7 ANEXO VII – Listas de instituições que prestam auxílio a mulheres vítimas de violência conjugal

ONDE CONSEGUIR AJUDA:

1. CIAM - CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO À MULHER
   Rua Regente Feijó, 15 - Centro - Rio de Janeiro
   Tel: 2299-2122

2. NIAM - NÚCLEO INTEGRADO
   • Campos - Tel. (22) 2735-3925
   • Macaé - Rua Manoel Guilherme Toboada, nº 58 - Centro
   • Nova Iguaçu - Tel. (21) 2667-1278
   • Nova Friburgo - Tel (22) 2522-5278/ 2522-9000
   • Petrópolis - Tel. (24) 2246-8744/ 2246-8745

3. SOS MULHER-HOSPITAL PEDRO II
   Rua do Prado, nº 325 - Santa Cruz - Rio de Janeiro
   Tel: 3395-0123

4. CASA DA MULHER BERTHA LUTZ
   Rua Grandes Lojas, 107 Bom Retiro - Volta Redonda
   Tel: (24) 3345-4444

5. DEAM - DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO Á MULHER
   • Belford Roxo - Av. Retiro da Imprensa,800
   Tel: (21) 3399-3530/ 3980
   • Campo Grande- - Rua Maria Tereza, 8 - Rio de Janeiro
   Tel: (21) 3399-5710/5711/5712
   • Caxias - Rua Tenente José Dias, 344- Centro
   Tel: (21) 3399-3708/3710
   • Centro - Rua Visconde do Rio Branco, 12 - Rio de Janeiro
   Tel: 3399-3370/3371/3372/3374/3376
   • Jacarepaguá - Rua Henriqueta, 197-Tanque - Rio de Janeiro
   Tel: (21) 3399-7580
   • Niterói - Av. Amaral Peixoto,577-Centro
   Tel: (21) 3399-3700/ 3701/ 3703/ 3798
   • Nova Iguaçu - Rua Joaquim Sepa,180 Marco 2,
   Tel: (21) 3399-3720/3721
   • São Gonçalo - Av. Dezoito do Forte,578, Mutua
   Tel: (21) 3399-3730/3733
   • Volta Redonda - Rua General Nilton Fontoura, 540, Jardim Paraíba
   Tel. (24) 3337-9178/ 33470501

6. Disque Mulher Baixada - São João de Meriti
   Tel: (21)2751-5825

7. Disque Defesa Mulher
   Tel: (21) 2553-1177

8. Disque Racismo
   Tel: (21) 3399-1300

9. Disque Mulher
   Tel: (21) 2299-2121

10. Disque Mulher Nova Friburgo
    Tel: (22) 2523-2706

11. CENTRO DE DEFESA DA VIDA (CD Vida)
    • Duque de Caxias - Tel: (21) 3774-3993

12. INSTITUTO DA MULHER FERNANDO MAGALHÃES
    Atendimento a Violência Sexual
    Rua General José Cristino, 87
    São Cristóvão - Rio de Janeiro
    Tel: (21) 2580-1132/ 8343

7.8 ANEXO VIII – Manual de instruções: questões gerais

Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF)

Instituto de Medicina Social / UERJ

MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS DURANTE A GESTAÇÃO E O PÓS-PARTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS SOBRE A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E SAÚDE MENTAL DA MULHER

Manual de instruções
(questões gerais)

Introdução

Esta pesquisa é um dos projetos do Programa de Investigação Epidemiológica da Violência Familiar (PIEVF), sediado no Instituto de Medicina Social/UERJ. Uma das vertentes de estudo do PIEVF é a avaliação de possíveis conseqüências da violência familiar para a saúde do indivíduo, especialmente no âmbito da Saúde Materno-Infantil e da Saúde do Idoso.

Este estudo, em particular, tem como finalidade discutir uma possível associação entre violência familiar durante o ciclo grávido-puerperal e a ocorrência do desmame precoce e da depressão pós-parto, eventos esses que trazem sérias repercussões tanto para a mãe quanto para seu filho. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal. Durante o período pós-natal, entre 0 e 5 meses de pós-parto, as mães que se apresentarem para consultas de puericultura ou revisão pós-parto nas unidades de saúde selecionadas serão arroladas para o estudo, desde que não apresentem os fatores de exclusão expostos a seguir. O tamanho amostral estimado é de 800 participantes.

As informações necessárias serão obtidas a partir de entrevista com a mãe da criança, utilizando-se um instrumento de coleta de dados (questionário) composto por perguntas fechadas, pré-codificadas; e abertas ou semi-abertas, para codificação posterior. Abordar-se-ão questões relativas à ocorrência de violência durante a gestação e/ou pós-parto, história reprodutiva materna, situação sócio-econômica, uso de álcool e drogas, amamentação e saúde mental da mãe, dentre outras. O ingresso no estudo só poderá se dar com o consentimento da mãe da criança. Serão realizadas reuniões com a equipe de saúde da instituição participante concomitantemente ao desenvolvimento do estudo para discussão e avaliação dos problemas que possam surgir.

As mães que relatarem presença de violência familiar em seus lares serão encaminhadas para instituições que tenham programas de acompanhamento e suporte para as famílias vítimas de violência.

Nesse momento, está se iniciando uma das etapas mais importantes da pesquisa. A etapa de coleta de dados é fundamental para estudos epidemiológicos como o nosso. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário põe por terra todos os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação. Nessa perspectiva, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadoras assume um papel de importância estratégica para que a pesquisa tenha sucesso.

Para assegurar que os dados reunidos sejam comparáveis, é imperativo que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Em pesquisas como essa, não há lugar para improviso. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega de trabalho de campo ou um dos supervisores/coordenadores do projeto.

Diretrizes para conduzir a entrevista

Informações gerais

- As frases em itálico deverão ser lidas textualmente para as mães.
- As frases que estão em realce (cinza) são orientações às entrevistadoras.

Haverá uma indicação (também em realce cinza, ao final da pergunta) quando for necessário ler as opções de resposta para a mãe.

- As questões que têm o campo de resposta sombreado devem ser codificadas após o término da entrevista.
- Todos os pequenos problemas em cada questão devem ser anotados ao lado das mesmas ou nas margens inferior e superior da folha. Atenção: não escrever na margem direita da folha para não prejudicar a digitação dos códigos das respostas. Isso também se aplica às informações julgadas interessantes pela entrevistadora, mesmo que não sejam o alvo central da pergunta.

Regras gerais para uma boa entrevista

Há certas regras que você deve seguir para garantir urna entrevista imparcial. Sugerimos que você tenha em mente cada um dos seguintes princípios:

⇒ ***Adote uma abordagem inicial padronizada.***

- A primeira abordagem da mãe sorteada deve ser feita na seguinte ordem: ***Bom dia (ou boa tarde)... Qual o nome do bebê?... E qual o seu nome?... Quantos meses tem o bebê? O (nome do bebê) é gêmeo?*** Veja que dessa forma já temos a informação necessária, caso ela se recuse a participar, apenas depois temos de buscar junto à enfermagem o(s) número(s) dos prontuários (veja instruções no Manual de instruções – questões específicas).

⇒ ***Permaneça sempre neutra.***

- Você deve sempre manter uma atitude neutra para com a mãe. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque a mãe à vontade e ganhe a sua confiança.

⇒ ***Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas.***

- Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise. Cada palavra tem um motivo para estar lá.

⇒ ***Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem.***

- Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras de forma lógica. Mudar esta seqüência pode destruir o intento do questionário. Se a mãe está falando livremente, você pode sentir que ela já respondeu algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, não pule nenhuma pergunta, mesmo que haja alguma repetição. Se alguma mãe se irritar um pouco e disser: "Já falei isso...", você pode dizer alguma coisa agradável como: "tenho que ter certeza de que V/S me deu a resposta completa para isso", ou "V/S pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar".
- No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir (também em realce cinza).

⇒ ***Certifique-se de que a mãe não esteja vendo as perguntas.***

- As mães podem ser influenciadas ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidas para a mãe.

⇒ ***Não aceite um fácil "não sei" como resposta sem mais uma tentativa de obter a informação que precisamos.***

- Tente mais uma vez obter uma réplica para uma resposta "não sei" antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não se contestar a respondente, ou forçar uma resposta caso ela diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção correspondente a "NÃO SEI" (***8*** e similares ***88***, ***888***, ***88/88/88***...) e passe para a próxima questão. A alternativa ***8*** (e similares ***88***, ***888***, ***88/88/88***) também será utilizada para as situações em que a respondente "NÃO SE LEMBRA" ou "NÃO ENTENDE A PERGUNTA".

⇒ ***Direito da mãe de não querer responder.***

- Lembre-se que a mãe tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ela queira. Nesses casos marque a opção correspondente à recusa – "NÃO QUERO RESPONDER" (***7*** e similares ***77***, ***777***, ***77/77/77***...) e passe para a próxima questão.

⇒ ***Checando as respostas.***

- Checar uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pela mãe. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se a mãe não responder dentro das possibilidades previstas. Por exemplo, suponha que a mãe lhe dê uma resposta para uma pergunta estruturada que não se encaixa exatamente em nenhuma das categorias pré-estabelecidas. Você pode dizer: "Bem, qual dessas opções se aproxima mais?" e repetir as respostas que estão na pergunta.

⇒ ***Desestimule irrelevâncias.***

- Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que a mãe se lembre de alguma coisa ou relate alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar, sobretudo entre "entrevistadas faladoras". Você fará um favor tanto para si mesma quanto para a mãe se imprimir a entrevista um tom profissional. Se você se depara com uma mãe dispersa, digressiva, ou que envereda numa conversa irrelevante, não hesite em interromper e trazê-la de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar a mãe.

⇒ ***Não explique palavras de uma pergunta a menos que haja indicação para isso.***

- Algumas vezes, as entrevistadas pedirão para que você explique palavras de uma pergunta ou partes dela. Em algumas situações especiais, você pode fazer isso. Mas, nesses casos, deverá haver uma indicação que lhe dirá qual a explicação ou definição a ser dada. Se não estiver especificado, você não pode oferecer sua própria definição ou explicação. Você deve responder à dúvida dizendo: "o que quer que isso signifique para V/S". Se a mãe não consegue responder a pergunta devido à sua falta de entendimento, codifique ***8*** (ou similares ***88***, ***888***, ***88/88/88***). Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

Problemas que podem afetar as perguntas

⇒ ***Respostas divergentes.***

- Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Por exemplo: às vezes a mãe não consegue escolher nenhuma das categorias de respostas oferecidas. Ela pode sentir que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ela escolheria uma resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes. Neste caso, você deve tentar induzi-la à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: "De modo geral, é desse jeito ou do outro?" ou "na maioria das vezes..." ou "quase sempre...", etc. Se ela insiste que não pode escolher, codifique ***8*** (ou similares ***88***, ***888***, ***88/88/88***) e anote do lado da pergunta que isso aconteceu.

⇒ ***Respostas vagas e generalizadas.***

- Nas conversas diárias, às vezes as pessoas conversam em termos vagos ou imprecisos. É comum que no início da entrevista as mães respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-la a se expressar de forma mais específica.

⇒ ***Respostas "não sei".***

- Em geral, a entrevistada responde "não sei" a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir:

  - Ela não entende a pergunta e diz "não sei" para evitar dizer que não entendeu.

- Ela está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.
- Ela pode estar fugindo do assunto porque se sente desinformada e tem medo de dar uma resposta errada.
- Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.

- Não se apresse para checar uma resposta "não sei". Se você ficar quieta – mas com uma atitude de expectativa – a mãe achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nessas horas. Caso isso não funcione, você pode dizer: "mas, o que você acha disso?" ou "Em geral..., mais ou menos...?", etc.

⇒ ***Respostas a perguntas dependentes.***

- Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente a algumas entrevistadas. A quem será indagada "depende" da resposta à pergunta anterior. Por exemplo, se a mãe responde "sim" à questão 57, devem ser também inquiridas as questões 58 a 65; em caso de resposta negativa, a entrevistadora deve pular para a pergunta 66, marcando a alternativa correspondente a "NÃO SE APLICA" (***9*** ou similares ***99***, ***999***, ***99/99/99***) para as questões 58 a 65.
- Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que a entrevistadora comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

Registrando respostas

• Já falamos sobre como formular as perguntas e como esclarecer e completar as respostas. Ambas são tarefas muito importantes. No entanto, se você erra ao registrar a resposta, todos os seus esforços anteriores terão sido em vão. Em geral, é claro, o seu registro deve ser o mais fiel possível àquilo que a entrevistada diz. Como em nosso estudo há um predomínio de perguntas fechadas, isto é, com opções de resposta já especificadas, o enfoque será a descrição das opções oferecidas.

• Esteja pronto para escrever. Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Nas poucas perguntas abertas do questionário, comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.

• Use abreviações. No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma puder causar confusão para o digitador do questionário, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.

• Peça a mãe para falar devagar. As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou que repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você "não quer perder nada" ou "quer registrar tudo". Outras técnicas incluem uma fala mais lenta da entrevistadora; ir lendo à medida que escreve; e ler parte do que já escreveu, pedindo à entrevistada que complete o restante.

• Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.

• Desenhe um círculo em volta da opção de resposta dada pela mãe e preencha o campo de resposta (quadradinho à direita) com o código correspondente. Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta. Lembre-se: o número pré-codificado é aquele que entra no quadradinho correspondente à questão do lado direito da folha. Muito cuidado ao anotar o código da resposta. Problemas nessa etapa são impossíveis de resolver depois.

• Use um X ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.

• Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Use o espaço em branco disponível do questionário, exceto a margem direita, onde serão anotados os códigos da resposta, para isso. Você pode querer dar explicações, tais como: a mãe começou a se inquietar, a mãe riu, a mãe chorou e se recusou a responder a pergunta, etc. Todas as suas observações podem ser úteis.

• Se a mãe mudar de idéia depois de você fazer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, faça uma cruz em cima da opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *liquid paper* e escreva o código correto. Caso haja um erro, apague (se escrito a lápis) ou use *liquid paper* (se a caneta), e a seguir anote a resposta correta. Não anote a caneta por cima de uma resposta errada anterior, também a caneta, sob pena de não haver legibilidade (o que inviabiliza o questionário).

Revisando a entrevista

Depois de terminada a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu acurada e completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte importante do trabalho da entrevistadora, pois essa é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com a mãe, pois será muito difícil ter oportunidade de encontrá-la novamente. **Faça-o imediatamente após a entrevista, em casos excepcionais faça depois, mas sempre no mesmo dia!** Alguns dos objetivos dessa revisão são:

- Identificar e corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao circular os códigos. Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.
- Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.
- Melhorar a caligrafia e escrever as abreviações por extenso.
- Anotar com caneta de outra cor as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o supervisor.

Boa sorte !!!!

7.9 ANEXO IX – Manual de instruções: questões específicas do questionário

Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF)

Instituto de Medicina Social / UERJ

MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS DURANTE A GESTAÇÃO E O PÓS-PARTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS SOBRE A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E SAÚDE MENTAL DA MULHER

Manual de instruções
(questões específicas do questionário)

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo