

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ E ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO: ESTUDO DE COORTE.**

Domestic Violence during Pregnancy and Exclusively Breastfeeding: Cohort Study.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari

Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Saúde Coletiva.
UNIFAJ- Curso de Enfermagem

FRANZOLIN, Rosa Alice Fátima

UNIFAJ- Curso de Enfermagem

QUEIROZ, Patricia Helena Breno

UNIFAJ- Curso de Enfermagem

RESUMO

Verificar a associação da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, durante o período gestacional e a amamentação exclusiva foi o objetivo deste artigo, um estudo de coorte, realizado com gestantes que fizeram pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, da região sudoeste, do município de Campinas-SP. Foram acompanhadas durante o período de pré-natal e pós-natal n=1239 (89,8%) gestantes. Não concluíram o acompanhamento 140 (10,2%). Altas prevalências foram constatadas 270 (19,6%) relataram ter sofrido violência na atual gestação, sendo 263 (19,1%) violência psicológica (VP) e 89 (6,5%) violência física/sexual (VFS). Não foi observada nenhuma associação entre violência e aleitamento materno exclusivo. Fatores de risco para a não amamentação foram, recém-nascidos com peso inferior a 2,500 gramas, ter tido problemas de saúde após o nascimento e usar chupeta (<0,001). A gestante ter apresentado problemas de saúde, no momento do parto (0,002). A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, sendo necessário que os serviços de saúde criem condições, para o acolhimento de maneira, integral e interdisciplinar buscando em outros campos das ciências instrumentos, que possam contribuir para o fortalecimento e *empoderamento* dessas mulheres.

Palavras Chave: Violência doméstica contra a mulher, violência durante a gestação, aleitamento materno exclusivo.

ABSTRACT

The purpose of this study, to verify the association of the violence against the woman perpetrated by the intimate partner, during pregnancy and the exclusive breast-feeding. Cohort study, carry out with pregnant women that did prenatal in the Basic Units of Health, of the Southwest area, of the municipal district of Campinas-SP. They were accompanied during the period of prenatal and after birth n=1239 (89, 8%) pregnant. They didn't conclude the accompaniment 140 (10,2%). High prevalence 270 were verified (19,6%) they told to have suffered violence in the current gestation, being 263 (19,1%) psychological violence (VP) and 89 (6,5%) physical/sexual

violence (VFS). any association was not observed between violence and exclusively breastfeeding. Risk factors for the no breastfeeding were, newly born with inferior weight to 2,500 grams, to have had problems of health after the birth and to use pacifier (<0,001). The pregnant woman to have presented problems of health, in the moment of the childbirth (0,002). The violence against the woman is a serious problem of public health, being necessary that the services of health create conditions, for the way receive, integral and multidisciplinary looking for in other fields of the sciences instruments, which can contribute to the invigoration and those women's powerful.

Key words: Domestic violence against women, violence during pregnancy, exclusively breastfeeding.

INTRODUÇÃO

A amamentação traz benefícios a curto e longo prazo, para a saúde materno-infantil, reduzindo a mortalidade e morbidez por doenças infecciosas. Na saúde do adulto, a amamentação pode contribuir com as baixas taxas de colesterol, pressão sanguínea e alto desempenho nos testes de inteligência, o benefício da amamentação é consenso no mundo todo (WHO, 2007).

O leite materno é reconhecido como a melhor fonte de alimento para os lactentes. Com base em evidências científicas, a WHO (World Health Organization), recomenda amamentação com leite materno exclusivo até o lactente completar seis meses de vida e continuado com outros alimentos a partir dessa idade até a criança completar dois ou mais anos de vida (WHO 2001).

O desmame precoce também é prevalente, assim como a introdução de alimentos complementares nos primeiros dias de vida (AUDI,2005). Vários fatores têm sido identificados e associados com o início e duração da amamentação.

Apresentam-se como fator de risco para o início da amamentação a baixa escolaridade, paridade, trabalho informal, desemprego, uso de tabaco e rotinas hospitalares que não oferecem suporte a puérperas (FOSTER,2015; JOHNSON, 2015; VENÂNCIO,2005). Já a extensão do período da amamentação foi observada entre mulheres que foram preparadas durante as consultas de pré-natal, não fumantes, múltiparas e tiveram apoio para retornar ao trabalho (RENFREW, 2012; FOSTER,2015).

A forma mais comum de abuso sofrido por mulheres é perpetrada pelo parceiro íntimo e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é definida como violência conjugal (DAHLBERG,2007).

A violência conjugal durante a gestação é fator de risco de comorbidades perinatais (MORAES,2001), sejam elas advindas do trauma em si que repercutam na gestação ou pela possibilidade do estresse causado pela violência, justificando a perda de interesse pela própria saúde e pela saúde do recém-nascido, tanto durante a gestação como depois do parto (DAHLBERG,2007).

Entretanto, poucos estudos têm sido realizados, para observar questões relacionadas com a violência doméstica contra a mulher, durante o período gestacional e a prática da amamentação.

Em estudo transversal, a violência foi pesquisada, no ano anterior à gestação e durante o período gestacional, sendo significativamente menos provável às mulheres que sofreram violência amamentassem seus filhos, assim como, o desmame nas primeiras quatro semanas pós-parto foi observado (ALHUSEN,2015).

Já em estudo caso-controle, nenhuma associação foi observada entre a violência doméstica durante a gestação e o aleitamento materno (VICTORA, 2016).

Ao descrever os significados que mulheres vítimas de violência conjugal atribuíram à experiência dos cuidados maternos e da amamentação, pesquisadores encontraram que a necessidade de trabalhar fora, a falta de informação e a própria violência foram algumas das razões expostas para não prosseguirem com a amamentação (LOURENÇO,2008).

O objetivo desse estudo foi verificar a associação da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, durante o período gestacional e a amamentação nos primeiros dias de vida do recém-nascido.

MÉTODO

Estudo de coorte, com etapa retrospectiva e prospectiva, realizado na região Sudoeste do município de Campinas - São Paulo no período de junho de 2004 a julho de 2006, com gestantes que fazem pré-natal nas 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), perfazendo um total de 1239 puérperas.

A opção por um estudo descritivo analítico de coorte se deu pela possibilidade de determinar uma relação entre os eventos ocorridos e sua

repercussão na história destas mulheres e seus filhos recém-nascidos (LIMA-COSTA, 2013).

Tanto as exigências burocráticas quanto as legais foram atendidas, respeitando os princípios éticos (AUDI, 2008). As gestantes eram convidadas a participar da pesquisa, quando comparecia a UBS para realizar a consulta de pré-natal. Em aceitando, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, momento em que a mesma assinava o referido termo e realizava a 1ª entrevista.

Sendo gestante com menos de 18 anos idade, um responsável pela mesma também dava ciência e assinava o termo. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Medica da Faculdade de Ciências Medicas. Universidade Estadual de Campinas, conforme parecer sob o protocolo, número 116/2004.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, a gestante podia ter no mínimo duas entrevistas (uma no pré-natal e uma no puerpério) e no máximo três entrevistas (duas durante o pré-natal e uma no puerpério).

Gestante até 28 semanas de gestação e que não referiram violência doméstica física e/ou sexual (VFS) era agendada uma segunda entrevista no 3º trimestre de gestação. Entretanto, se na primeira entrevista houvesse relato de VFS, uma terceira entrevista era agendada até 40 dias pós-nascimento. Gestantes com mais de 28 semanas de gestação uma entrevista no pré-natal era realizada, e agendado a segunda até 40 dias pós-nascimento, independentemente de ter ou não sofrido VFS.

Quando a gestante referia algum tipo de violência era oferecido ajuda, com os recursos disponíveis na própria rede de saúde e entregue uma relação de locais existentes no município de Campinas-São Paulo, que atendem mulheres vítimas de violência.

A etapa retrospectiva caracterizou pela observação da exposição da gestante selecionada a situação de violência no ano anterior à gestação.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi constituído por várias partes comuns a pesquisa de modo geral: característica sócio econômica e demográfica, história reprodutiva materna, situação

da gravidez atual, situação do pós-parto imediato e mediato, alimentação infantil, condições de moradia, presença de rede social e apoio social. A classificação elaborada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012), conhecido por Critério de Classificação Econômica Brasil, foi utilizada para categorizar a categoria econômica das gestantes.

Alguns instrumentos foram utilizados, para verificar situações que são importantes para o contexto da pesquisa, o uso de álcool pela gestante, o instrumento AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (CAVALHARES, 1993), foi utilizado e o SQR20-*Self-Report Questionnaire* (MARI, 1986), para identificação de provável transtorno mental, ambas as escalas anteriormente validadas na população brasileira.

Para pesquisar a situação de violência foi utilizado instrumento validado no Brasil por Lilia Schraiber e colegas em 2003. Este inclui questões referentes à violência psicológica (VP) caracterizada por insulto, humilhação, intimidação e ameaça; violência física, quando havia referência à tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento ou ameaça com arma de fogo; e sexual, quando relatava relação sexual forçada, ocorrência de relação sexual por medo e prática forçada de algum tipo de relação sexual não desejada. O questionário refere-se aos eventos de violência *“durante essa gravidez, período pós-parto e no último ano antes de engravidar”*.

Acrescentou-se ainda ao questionário três perguntas sobre antecedentes de violência contra essas mulheres, referentes ao fato de ter presenciado ou sofrido violência física ou sexual em idade inferior a 15 anos. Do mesmo modo, buscou-se informações sobre sentimento de rejeição pelo fato de estar grávida.

Tamanho da amostra

A amostra calculada foi de 1.400 gestantes, selecionadas de forma não aleatória, nas 10 unidades básicas de saúde da região sudoeste de Campinas. Representa uma amostra intencional, analisada como suficiente para identificação das prevalências de violência doméstica observada no estudo, com poder de teste de 80%, nível de significância de 5% (confiabilidade = 95%) e erro amostral de 1%.

Na análise dos fatores associados o aleitamento materno exclusivo foi considerado variável dependente e as demais como variáveis independentes.

Primeiramente foi realizado teste de associação pelo qui-quadrado e, a seguir, a análise múltipla através do modelo de regressão logística. Foram selecionadas para o modelo de regressão logística todas as variáveis com $p < 0,20$ no teste bivariado. A variável permaneceu no modelo final caso fosse estatisticamente significativa ($p \leq 0,005$) e/ou fosse de confusão. A medida de risco foi o odds ratio e seu respectivo intervalo de confiança com valor de p .

RESULTADOS

As gestantes ($n=1239$) que participaram do estudo tinham idade entre 13 e 42 anos, com média de 23,8 anos (dp 5,50). Eram adolescente 23,6% das entrevistadas. Foram acompanhadas durante o período de pré-natal e pós-natal $n=1239$ (89,8%) gestantes. Dentre aquelas que não concluíram (10,2%) o estudo, (0,2%) não quiseram continuar a entrevista, (7,0%) não foi possível sua localização, por ter sido fornecido endereço errado ou por ter abandonado o acompanhamento no pré-natal, (1,5%) tiveram aborto espontâneo, pseudociese (0,1%) e (1,4%) das gestantes foram localizadas quando os recém-nascidos estavam com mais de 45 dias de vida.

Na visita do puerpério foi observado que cento e vinte e dois (8,8%) RN, já haviam recebido outros alimentos que não o leite do peito. Em média, foram amamentados exclusivamente até 11.15 dias (dp 8,5). Os alimentos oferecidos para os RN foram: leite em pó ou fluído (6,9%), seguido de água (4,5%) e chá (2,8%), sendo que os demais foram sucos, vitaminas, fruta e papinha. Os principais motivos alegados pela mulher para a introdução desses alimentos foram: bebê chorava muito, não aceitou o peito, problemas com as mamas (cheia, ingurgitada, bico invertido e rachado).

Apresentamos na Tabela 1 a análise bivariada, das características sociodemográficas da gestante e aleitamento materno exclusivo.

Tabela 1. Análise bivariada das características sociodemográficas, da gestante e aleitamento materno exclusivo. Campinas-SP, 2004-2006.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO								
Variável	Categoria	Sim 1117 (81,2%)		Não 122 (8,8%)		RR	IC 95%	p
		N	%	N	%			
Situação Conjugal.	Casada	906	(81,1)	102	(83,6)	0,97	0,59-1,05	0,580
	Outras	211	(18,9)	20	(16,4)	1,00		
Idade em anos.	<=19.	262	(23,5)	25	(20,5)	1,14	0,73-1,94	0,530
	>19.	855	(76,5)	97	(79,5)	1,00		
Cor.	Branca	631	(58,5)	67	(54,9)	1,03	0,72-1,58	0,810
	Não Branca.	486	(43,5)	55	(45,1)	1,00		
Escolaridade.	Fundamental.	514	(46,2)	61	(50,0)	0,92	0,76-1,12	0,470
	Outros.	599	(53,8)	61	(50,0)	1,00		
Trabalho Atual.	Sim	284	(25,4)	29	(23,8)	1,07	0,77-1,74	0,770
	Não	833	(74,6)	93	(76,2)	1,00		
Classificação Econômica.	D/E	504	(45,1)	63	(51,6)	0,87	0,73-1,05	0,201
	C	613	(54,9)	59	(48,4)	1,00		

Observamos na Tabela 2, as variáveis que apresentaram associação com a não amamentação exclusiva: gestante que foi hospitalizada durante a gestação ($p=0,065$), aquelas que tiveram parto cesárea ($p=0,068$) e RN ter nascido com menos de 37 semanas de gestação, apresentaram risco em torno de uma vez e meio para não amamentarem exclusivamente. Riscos em torno de duas vezes e meio, foram observados entre os RN que apresentaram problemas no parto (circular de cordão, problemas respiratórios e clavícula fraturada) ($p=0,006$); nas puérperas ($<0,001$) que referiram ter tido problemas de saúde após o nascimento (anemia, depressão, hipertensão arterial e infecção hospitalar foram os mais frequentes) e nas mulheres que ofereceram chupeta ($p<0,001$) para os RN, tendo como principal motivo, relatado pelas puérperas acalmar a criança, pois chorava muito.

Tabela 2. Análise bivariada da história reprodutiva materna, morbidade referida na atual gestação, uso de tabaco, característica do RN e AME. Campinas-SP, 2004-2006.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO								
		Sim. 1117 (81,2%)		Não. 122 (8,8%)				
Variável	Categoria	N	%	N	%	OR	IC 95%	p
Idade da 1ª gravidez	<=19.	643	(57,6)	69	(58,6)	1,02	0,70-1,54	0,090
	>19.	474	(42,4)	53	(43,4)	1,00		
Início do pré-natal (semanas).	<=12.	879	(78,7)	100	(82,0)	0,96	0,88-1,04	0,460
	>12.	238	(21,3)	22	(18,0)	1,00		
Distúrbios Neuróticos.	Sim	481	(43,1)	55	(45,1)	0,98	0,82-1,37	0,740
	Não	636	(56,9)	67	(54,9)	1,00		
Internação durante o período gestacional.	Sim	178	(15,9)	28	(23,0)	1,44	1,03-2,04	0,065
	Não	939	(84,1)	94	(77,0)	1,00		
Fumou cigarro durante gestação.	Sim	144	(12,9)	21	(17,2)	1,33	0,87-2,02	0,233
	Não.	973	(87,1)	101	(82,8)	1,00		
Tipo de parto.	Cesárea.	440	(39,4)	59	(48,4)	1,17	0,98-1,40	0,068
	Vaginal.	677	(60,6)	63	(51,6)	1,00		
Peso ao Nascer.	<2,500	60	(5,4)	24	(19,7)	1,18	1,08-1,29	<0,001
	>=2,500	1057	(94,6)	98	(80,3)	1,00		
Idade gestacional do parto semanas	<36.	120	(10,8)	22	(18,0)	1,09	1,00-1,18	0,027
	>=36	986	(89,2)	100	(82,0)	1,00		
RN teve probl. no parto	Sim	33	(3,0)	10	(8,2)	2,77	1,40-5,48	0,006
	Não.	1084	(97,0)	112	(91,8)	1,00		
Mãe teve probl. no parto	Sim	42	(3,8)	17	(13,9)	3,70	2,17-6,30	<0,001
	Não.	1075	(96,2)	105	(86,1)	1,00		
RN teve probl após o nascimento.	Sim	51	(4,6)	24	(19,7)	1,19	1,09-1,30	<0,001
	Não.	1066	(95,4)	98	(80,3)	1,00		
Mãe teve probl. após o nascimento	Sim	36	(3,2)	9	(7,4)	2,28	1,13-4,63	0,003
	Não.	1081	(96,8)	113	(92,6)	1,00		
Chupeta.	Sim	303	(27,1)	82	(67,2)	2,47	2,11-2,89	<0,001
	Não.	814	(72,9)	40	(32,8)	1,00		

Maiores riscos, mais de três vezes e meio, para o RN não ter recebido leite materno exclusivo, foram observados naqueles, que nasceram com peso inferior a 2.500 gramas ($p < 0,001$); entre os que apresentaram problemas de saúde, após o nascimento ($p < 0,001$), sendo os mais frequentes problemas respiratórios, icterícia e diarreia. E, entre as puérperas que tiveram problemas de saúde (hipertensão arterial e hemorragia) no momento do parto ($p < 0,001$).

Duzentas e setenta gestantes (19,6%) relataram ter sofrido violência na atual gestação, sendo 263 (19,1%) violência psicológica (VP) e 89 (6,5%) violência física/sexual (VFS). A prevalência da violência no ano anterior a atual gestação foi de 321 (23,3 %) gestantes, e 340 (24,7%) foram àquelas gestantes que sofreram violência na atual gestação e no ano anterior a essa gestação.

Altas prevalências das violências sofridas pela mulher, nos vários momentos de sua vida, foram constatadas, tanto no grupo que amamentava quanto naquele que já havia ocorrido à introdução de outros alimentos, entretanto, nenhuma associação foi observada com o AME (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada do perfil do parceiro íntimo, situação de violência e aleitamento materno exclusivo. Campinas-SP, 2004-2006.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.								
Variável.	Categoria.	Sim 1117 (81,2%)		Não 122 (8,8)		OR	IC 95%	p
		N.	%	N.	%			
Idade pai	<=19.	91	(8,1)	10	(8,2)	0,99	0,53-1,86	0,870
	>19.	1026	(91,9)	112	(91,8)	1,00		
Escolaridade	Fundamental.	512	(45,8)	67	(54,9)	1,19	1,00-1,42	0,062
	Outros.	605	(54,2)	55	(45,1)	1,00		
VP sofrida pela gestante na atual gestação.	Sim	210	(18,8)	24	(19,7)	0,96	0,65-1,40	0,910
	Não	907	(81,2)	98	(80,3)	1,00		
VFS sofrida pela gestante na atual gestação.	Sim	65	(5,8)	11	(9,0)	0,65	0,35-1,19	0,230
	Não.	1052	(94,2)	111	(91,0)	1,00		
Violência sofrida pela gestante no ano anterior e durante a gestação.	Sim.	275	(24,6)	31	(25,4)	0,97	0,70-1,34	0,930
	Não.	842	(75,4)	91	(74,6)	1,00		
Violência sofrida pela gestante no ano anterior a gestação.	Sim.	264	(23,6)	30	(24,6)	0,96	0,69-1,33	0,901
	Não.	853	(76,4)	92	(75,4)	1,00		
Gestante presenciou VF na infância.	Sim	352	(31,5)	34	(27,9)	1,13	0,84-1,53	0,470
	Não.	765	(78,5)	88	(72,1)	1,00		
Gestante sofreu VF física na infância.	Sim.	203	(18,2)	16	(13,1)	1,39	0,86-2,22	0,200
	Não.	914	(81,8)	106	(86,9)	1,00		
Gestante foi tocada sexualmente na infância.	Sim.	71	(6,4)	5	(4,1)	1,58	0,64-3,77	0,430
	Não.	1043	(93,6)	117	(95,9)	1,00		

Após a análise de regressão logística permaneceu no modelo as variáveis que apresentaram maior risco para o não aleitamento materno exclusivo (Tabela 4). O maior risco foi observado entre os RN que usavam chupeta, isto é, risco mais de cinco vezes em não estar recebendo leite materno exclusivo. Também foi constatado que RN com peso inferior a 2.500 gramas tem risco maior de quatro vezes, de ter recebido outros alimentos. Riscos em torno de três vezes mais foram constatados entre aqueles RN que apresentaram problemas de saúde após o nascimento e entre as puérperas que tiveram problemas de saúde no parto.

Tabela 4. Análise de regressão logística dos fatores risco para o NÃO aleitamento materno exclusivo. Campinas-SP, 2004-2006.

Características	NÃO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. N=122 (8,8%)			
	OR Bruto	OR Ajustado	IC Ajustado	p
RN Nasceu com baixo peso.	1,18	4,37	2,43-7,70	<0,001
RN apresentou problema de saúde após o nascimento.	1,19	3,37	2,38--7,10	<0,001
Mãe apresentou problema de saúde no parto.	2,28	2,86	1,45-5,63	0,002
Uso de chupeta	2,47	5,64	3,69-8,61	<0,001

Controlado classificação econômica D/E.

DISCUSSÃO

Embora o desenho do estudo desenvolvido nessa pesquisa, seja apropriado para verificar causas e efeitos, não foi observada nenhuma associação entre AME e violência perpetrada pelo parceiro íntimo nos diversos momentos, pesquisados, da vida da mulher.

Corroborando estudo caso-controle que avaliou o início e a duração da amamentação em mulheres vítimas de violência no ano anterior à gestação e na atual gravidez, nenhuma associação foi encontrada. Ainda nesse estudo, os autores pesquisaram se, algum outro fator podia ter contribuído para que as mulheres vítimas de violência não pudessem iniciar e dar continuidade à amamentação.

Pesquisaram, se seus parceiros íntimos, tinham “controle” sobre suas vidas, impossibilitando que tivessem tempo e energia que são necessários, para amamentação ou, ainda se esses tinham as mamas das parceiras como objeto sexual, podendo aumentar a possessividade e conseqüentemente não permitir a amamentação, nenhum caso foi registrado (VICTORA, 2016).

Estudo, transversal realizado por Renfrew (2012) em 26 estados americanos, com uma população de 118,579 mulheres, pesquisadas entre 2º e 6º mês pós-parto. Os autores pesquisaram a experiência da violência doméstica durante a mais recente gestação, no último ano antes de engravidar e entre aquelas que sofreram agressão durante o último ano antes de engravidar e na mais recente gestação e o AME.

Os resultados mostraram altas taxas de prevalências da violência pesquisadas nos diferentes momentos da vida da mulher. Entre aquelas que sofreram violência no ano anterior da mais recente gestação apresentou chance de 1,45 (1,26 - 1,66) vez para não ter amamentando. Para aquelas que sofreram violência durante a mais recente gestação a chance foi de 1,35 (1,11-1,84) e para que foram agredidas em ambas as situações a chance foi de 1,52 (1,34-1,72), entretanto, quando realizou o ajuste dessas análises pelas características sociodemográficas e uso de tabaco pela mulher, essas associações perdem a significância estatística. Similarmente mulheres vítimas de violência doméstica que iniciaram a amamentação, são mais prováveis de deixarem de amamentar nas quatro semanas pós-parto.

Estudo de abordagem qualitativa, que analisou os significados que mulheres vítimas de violência conjugal, atribuem à gestação e cuidados maternos. O desmame ocorreu precocemente para a maioria das entrevistas, atribuindo a necessidade de trabalhar fora de casa, não ter tido informação relativas ao aleitamento materno e a própria experiência de violência foram expostas como razões para não dar continuidade à amamentação (LOURENÇO, 2008).

Recém-nascidos com baixo peso ao nascer e que apresentaram problemas de saúde após o nascimento (infecção respiratória, diarreia e icterícia), tiveram risco aumentado para o não aleitamento materno exclusivo. Na literatura, está bem documentado que os benefícios da amamentação exclusiva até seis meses, na saúde de criança representados pela baixa morbidade gastrointestinal, respiratórias

e alergias, assim como, crianças que apresentaram baixo peso ao nascer, foram mais prováveis de não receberem leite materno exclusivo (VENÂNCIO, 2005; HAROON,2013; BUCCINI, 2014; FAISAL-CURY, 2015).

O uso da chupeta foi frequente e justificado pelas puérperas para acalmar o RN. Bebês que usam chupetas podem ser amamentados menos vezes ao dia, com isso, ter uma menor estimulação do peito e a remoção do leite diminuir. O que irá ter menor produção do leite podendo levar a interromper a amamentação precocemente (MAUCH, 2012; BONUCK,2014; MARANHÃO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, as condições de privacidade, o processo de capacitação das entrevistadoras, sua permanência na mesma unidade durante todo o transcorrer dos trabalhos e, certamente, a supervisão e apoio psicológicos propiciados contribuíram para o estabelecimento de vínculo com as gestantes e, conseqüentemente, maior disponibilidade para relatarem os eventos de violência; embora acreditarmos na subestimação desses eventos, assim como, nas questões referentes ao aleitamento materno exclusivo e a introdução de outros alimentos.

A violência contra a mulher seja em qual for o momento de sua vida, é um grave problema de saúde pública, sendo necessário que os serviços de saúde criem condições, para o acolhimento de maneira integral e interdisciplinar, buscando em outros campos das ciências instrumentos que possam contribuir para o fortalecimento e empoderamento dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ALHUSEN J.L. et al. **“Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes.”** Journal of Women’s Health 24.1: 100–106, 2015. *PMC*. Web. [acesso:17 Feb. 2016]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361157/>>.

AUDI C.A.F, SEGALL-CORRÊA M.A, LATORRE M.D.R.O, PÈREZ-ESCAMILLA. **Factors associated with infant feeding practices after hospital discharge.** Rev de Saúde Pública; 39 (3): 406-12,2005.

AUDI C.A.F; SEGALL-CORRÊA A.M; SANTIAGO S.M; ANDRADE M.G.G; PÈREZ-ESCAMILLA R. **Violence against pregnant women: prevalence and associated factors.** Rev Saúde Pública. 42(5):877-85, 2008.

(ABEP). Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP/2012. **Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2012 – IBOPE.** [Acesso em 16 fev 2016]. Disponível em:< <http://www.abep.org/criterio-brasil>>.

BONUICK V et al. **“Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intensity.”** American Journal of Public Health 104.Suppl 1; S119–S127; 2014.

BUCCINI G.S; D’AQUINO B.M.H, VENÂNCIO S.I. **“Determinants of Using Pacifier and Bottle Feeding”** Revista de Saúde Pública 48.4: 571–582,2014.

CAVALHARES S.B.J et al. **Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT):** WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*. v. 88, p. 791-804, 1993.

DAHLBERG L.L, KRUG E.G. **Violência: um problema global de saúde pública.** Capítulo extraído com autorização do autor do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1163-1178, 2007. [acesso 11 fev 2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>>.

FAISAL-CURY A. et al. **“The Relationship between Socioeconomic Indicators during Pregnancy and Gynecological Appointment at Any Time after Childbirth.”** International Journal for Equity in Health 14 (2015): 64. *PMC*. Web. [Acesso: 14 Feb. 2016] . Disponível em : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4531892/>>.

FORSTER D.A et al. **“Feeding Infants Directly at the Breast during the Postpartum Hospital Stay Is Associated with Increased Breastfeeding at 06 Months Postpartum: A Prospective Cohort Study.”** *BMJ Open* 5.5 (2015): e007512. *PMC*. Web. [acesso 10 Feb. 2016]. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/5/5/e007512.full>>.

HAROON S; DAS J.K, SALAM R.A, IMDAD, BHUTTA Z.A. **Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review.** BMC Public Health. 13(Suppl 3):S20, 2013; doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S20.[acesso 01 fev 2016]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847366/>>.

JOHNSON A et al. **“Enhancing Breastfeeding Rates Among African American Women: A Systematic Review of Current Psychosocial Interventions.”** Breastfeeding Medicine 10.1 (2015): 45–62. *PMC. Web.* [acesso 16 Feb. 2016]. Disponível em : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307211/>>.

LIMA-COSTA M.F; BARRETO S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiol. Serv. Saúde 12(4):189-201,2013.[Acesso em 30 nov 2017] Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>.

LOURENÇO M.A, DESLANDES S.F. **Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal.** Rev. Saúde Pública 42(4): 615-621, 2008.

MARANHÃO T.A et al. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.** Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, 23 (2): 132-13, 2015.

MARI J.J; WILLIAMS P. **A. Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo.** Br J Psychiatry 148:23-6,1986.

MAUCH C.E; SCOTT J.A; MAGAREY A.M; DANIELS L.A. **Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study.** BMC Pediatrics;12:7, 2012.

MORAES CL. **Aspectos metodológicos relacionados a um estudo sobre a violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 2001.

RENFREW M.J et al. **“Support for Healthy Breastfeeding Mothers with Healthy Term Babies.”** The Cochrane database of systematic reviews 5 (2012): CD001141. *PMC. Web.* [acesso 05 Feb. 2016].Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966266/>>

SCHRAIBER L.B et al. **Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher,** São Paulo-FMUSP 2003. (Relatório Final da Pesquisa a FAPESP, Processo n. 98/14070-9).

VENÂNCIO S.I, MONTEIRO C.A. **Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brasil: a multilevel analysis.** Public Health Nutrition; 9 (1): 40-6, 2005.

VICTORA C.G et al. **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? on behalf of The Lancet Breastfeeding Series Group.** Lancet; 387: 491–504;2016. [Acesso em 16 fev 2016]. Disponível em: <<http://www.ilcambiamento.it/files/allattamento2.pdf>>

(WHO) World Health Organization. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding.** Systematic Reviews and Meta-Analyses. Geneva: WHO; 2007. 57p.

(WHO) World Health Organization. **Global Strategy for infant and Young Chile Feeding.** The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva. WHO, 2001.05p.

Fonte financiadora

Essa pesquisa recebeu apoio do DECIT/SCTIE/ e pelo Fundo setorial de Saúde (CT-saúde)/CNPq(CT-saúde/CNPq), processo no 505273/2004-7.

Celene Aparecida Ferrari Audi

Possui graduação em Enfermagem pela PUCCampinas (1980), Mestrado, Doutorado e Pós doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP (2002, 2007 e 2015, respectivamente).

Coordenadora e professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Jaguariúna. UNIFAJ.

celenefaudi@yahoo.com.br

Rosa Alice de Fátima Franzolin

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Jaguariúna (2011) e especialização em Docência do Ensino Superior pela UNIFAJ (2016), Preceptoria do SUS pelo Instituto SÍRIO LIBANÊS de Ensino e Pesquisa (2016) e Programa Saúde da Família pela UNIARARAS (2016).

Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Jaguariúna.

UNIFAJ.

ro.franzolin2@uol.com.br

Patricia Helena Breno Queiroz

Possui graduação em Enfermagem pela UNICID/SP (1985), Especialização em Pediatria e Puericultura pela UNIFESP/SP (1987). Mestrado em Enfermagem e Trabalho (2010) e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela UNICAMP (2014).

Assessora pedagógica e professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Jaguariúna. UNIFAJ.

assessoria.enfermagem@faj.br