



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE**



**VERA ALICE OLIVEIRA VIANA**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA  
HORA DE VIDA EM TERESINA, PIAUÍ**

**TERESINA-PI  
2022**

VERA ALICE OLIVEIRA VIANA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA  
HORA DE VIDA EM TERESINA, PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

**Orientador:** Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de Pesquisa:** Análise de Situação de Saúde

**TERESINA-PI**

**2022**

Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do CCS  
Serviço de Processamento Técnico

V614p Viana, Vera Alice Oliveira.  
Prevalência e fatores associados da amamentação na primeira hora de vida em Teresina, Piauí / Vera Alice Oliveira Viana. – Teresina, 2022.  
81 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, 2022.  
Orientação: Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro.  
Bibliografia

1. Aleitamento materno. 2. Violência por parceiro íntimo. 3. Gravidez.  
4. Violência contra a mulher. I. Madeiro, Alberto Pereira. II. Título.

CDD 649.3

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

VERA ALICE OLIVEIRA VIANA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA  
HORA DE VIDA EM TERESINA, PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e  
Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre.

Banca Examinadora:

---

Presidente/Orientador: Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro  
Universidade Federal do Piauí - UFPI

---

Examinadora Externa: Profa. Dra. Elyrose Sousa Brito Rocha  
Universidade Estadual do Piauí - UESPI

---

Examinadora Interna: Profa. Dra. Andréa Cronemberger Rufino  
Universidade Federal do Piauí - UFPI

---

Examinador Suplente: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas  
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Teresina, 27 de janeiro de 2022.

## RESUMO

**Introdução:** Há recomendações para que a amamentação seja iniciada em até uma hora após o nascimento e mantida nos seis primeiros meses de vida, de forma exclusiva. Muitos fatores podem contribuir para o insucesso no início e na manutenção do aleitamento materno, incluindo a violência por parceiro íntimo na gestação (VPIG). **Objetivo:** Analisar a prevalência da amamentação na primeira hora de vida (AM) e fatores associados, com ênfase na VPIG, em Teresina, Piauí. **Métodos:** Trata-se de pesquisa de abrangência local, de natureza transversal e quantitativa. Foram entrevistadas 413 puérperas entre dezembro de 2020 e abril de 2021. Utilizou-se formulário com perguntas sobre AM, aspectos sociodemográficos e comportamentais das mulheres e dos parceiros, características obstétricas e histórico de violência. Para a investigação de VPIG empregou-se o instrumento *World Health Organization Violence Against Women*. O teste do qui-quadrado de Pearson/teste exato de Fisher foi utilizado para a análise bivariada. As variáveis independentes foram tratadas de maneira hierarquizada na análise multivariada, por meio da regressão logística múltipla, com cálculo de *odds ratio* ajustados ( $OR_{aj}$ ) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** A prevalência da AM foi de 66,8%. No modelo final da análise multivariada observou-se que a presença de acompanhante durante o trabalho de parto ( $OR_{aj}=1,66$ ; IC95% 1,34-2,29), ter tido contato com o recém-nascido logo após o nascimento ( $OR_{aj}=2,14$ ; IC95% 1,04-4,38) e ter parto vaginal ( $OR_{aj}=2,06$ ; IC95% 1,90-4,73) aumentaram as chances de AM. Entre as mulheres sem parceiros ( $OR_{aj} =0,47$ ; IC95% 0,25-0,86) e aquelas cujos parceiros eram de pele não branca ( $OR_{aj} =0,45$ ; IC95% 0,24-0,83) houve menos chance de amamentar. Não houve associação significativa entre VPIG e AM. **Conclusões:** A prevalência da AM foi considerada boa. Fatores obstétricos e de assistência ao parto contribuíram positivamente para a prática do aleitamento materno, mas sem associação com VPIG. Os dados reforçam a importância de ofertar assistência de qualidade no processo de parturição. Outros estudos são necessários para aprofundar a compreensão sobre o impacto da VPIG no aleitamento materno.

### Palavras-chave

Aleitamento materno. Violência por parceiro íntimo. Gravidez. Violência contra a mulher.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** There are recommendations for breastfeeding to be started within one hour after birth and maintained for the first six months of life, exclusively. Many factors can contribute to failure to initiate and maintain breastfeeding, including intimate partner violence during pregnancy (IPVP). **Objective:** To analyze the prevalence of breastfeeding in the first hour of life (BF) and associated factors, with an emphasis on IPVP, in Teresina, Piauí. **Methods:** This is a research of local scope, transversal and quantitative. A total of 413 postpartum women were interviewed between December 2020 and April 2021. A form was used with questions about BF, sociodemographic and behavioral aspects of women and partners, obstetric characteristics, and history of violence. For the investigation of IPVP, the instrument World Health Organization Violence Against Women was used. Pearson's chi-square test/Fisher's exact test was used for the bivariate analysis. The independent variables were treated hierarchically in the multivariate analysis, using multiple logistic regression, with the calculation of adjusted odds ratios ( $OR_{ad}$ ) and 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** The prevalence of BF was 66.8%. In the final model of the multivariate analysis, it was observed that the presence of a companion during labor ( $OR_{ad}=1.66$ ; 95%CI 1.34-2.29), having had contact with the newborn soon after birth ( $OR_{ad}=2.14$ ; 95%CI 1.04-4.38) and having a vaginal birth ( $OR_{ad}=2.06$ ; 95%CI 1.90-4.73) increased the chances of breastfeeding. Among women without partners ( $OR_{ad}=0.47$ ; 95%CI 0.25-0.86) and those whose partners were non-white ( $OR_{ad}=0.45$ ; 95%CI 0.24-0.83) there were fewer chances to breastfeed. There was no significant association between IPVP and BF. **Conclusions:** The prevalence of BF was considered good. Obstetric and delivery care factors contributed positively to the practice of breastfeeding, but without association with IPVP. The data reinforce the importance of offering quality care in the parturition process. Further studies are needed to deepen the understanding of the impact of IPVP on breastfeeding.

### **Key words**

Breastfeeding. Intimate partner violence. pregnancy. Violence against women.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Amamentação na primeira hora de vida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
VCM	Violência Contra a Mulher
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
VPIG	Violência por Parceiro Íntimo na Gestação
WHO VAM	<i>World Health Organization Violence Against Women</i>

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Número de partos em 2016 e amostra mínima calculada. Teresina, 2020.....pág. 26
- Tabela 2.** Número de partos em 2016 e amostra final calculada. Teresina, 2020.....pág. 26
- Tabela 3.** Características demográficas e comportamentais das mulheres. Teresina, Piauí, 2020-2021. ....pág 35
- Tabela 4.** Características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo. Teresina, Piauí, 2020-2021. ....pág. 36
- Tabela 5.** Características obstétricas das mulheres. Teresina, Piauí, 2020-2021. ....pág. 37
- Tabela 6.** Violência por parceiro íntimo e histórico de violência contra a mulher. Teresina, Piauí, 2020-2021. ....pág. 39
- Tabela 7.** Associação das características demográficas e comportamentais da mulher com a amamentação na primeira hora de vida. Teresina, Piauí, 2020-2021.....pág. 40
- Tabela 8.** Associação das características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo com a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021.....pág. 41
- Tabela 9.** Associação da VIPG e do histórico de violência com a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021. ....pág. 41
- Tabela 10.** Associação das características obstétricas com a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021 .....pág. 43
- Tabela 11.** Fatores para a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021.....pág. 44



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Modelo hierarquizado dos determinantes da amamentação na primeira hora de vida.....pág. 28

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 Objetivo geral .....	13
2.2 Objetivos específicos .....	13
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
3.1 Violência contra a mulher: definições e magnitude.....	14
3.2 Violência por parceiro íntimo.....	15
3.3 Violência por parceiro íntimo na gestação .....	17
3.4 Amamentação na primeira hora de vida .....	18
3.5 Violência por parceiro íntimo durante a gestação e aleitamento materno	20
<b>4 MÉTODOS</b> .....	<b>23</b>
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Local de estudo.....	23
4.3 População/critérios de inclusão e exclusão .....	23
4.4 Plano amostral .....	24
4.5 Variáveis e categorias .....	26
4.6 Coleta de dados/ instrumentos.....	29
4.7 Análise de dados.....	30
4.8 Critérios éticos .....	31
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>44</b>
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>
<b>APÊNDICE A. FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS</b> .....	<b>60</b>
<b>APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE</b> ...	<b>64</b>
<b>APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE PARA RESPONSÁVEIS</b> .....	<b>67</b>
<b>ANEXO A. QUESTIONÁRIO DA MULHER DO ESTUDO MULTIPAÍSES DA OMS (ADAPTADO)</b> .....	<b>70</b>
<b>ANEXO B. AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL FMS</b> .....	<b>72</b>
<b>ANEXO C. AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL MDER</b> .....	<b>73</b>
<b>ANEXO D. AUTORIZAÇÃO CEP</b> .....	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública e grave violação dos direitos humanos, embora sua magnitude muitas vezes pareça invisível. Considera-se violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico e, ainda, dano moral ou patrimonial. A violência psicológica inclui ameaças, humilhações, isolamento e perseguição. Por sua vez, a violência moral se caracteriza por calúnias, difamações e injúrias, sendo a violência sexual representada por relações sexuais não desejadas, práticas sexuais não consentidas e por impedimento do uso de contraceptivo (BRASIL, 2006; GARCIA, 2016).

Em muitas sociedades, a violência contra a mulher é tida como decorrência “natural” das relações entre homens e mulheres. Esse consenso, equivocado em sua essência, determina invisibilidade da violência e de suas vítimas, tanto por ausência do reconhecimento do ato violento em si como por violação de direitos e dignidade. As consequências da violência sofrida pela mulher podem se manifestar em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, impedindo-a de vivenciar a igualdade humana e social de forma plena. Apesar de a violência não ser tema exclusivo dos serviços de saúde, ela se destaca no setor pelos danos físicos e psicológicos que provoca (ROSA, 2013).

Considerada uma questão de saúde global, a violência por parceiro íntimo (VPI) ocorre principalmente em países de baixa e média renda. A VPI é definida como o comportamento, dentro de uma relação íntima, que cause dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Essa definição se aplica à violência perpetrada por cônjuges e parceiros atuais e passados. Estima-se que um terço das mulheres no mundo já foram vítimas de violência de gênero (OMS, 2012; CALEYACHETTY *et al.*, 2019).

Mulheres expostas à violência praticada por parceiro íntimo têm probabilidade maior de apresentar ingestão abusiva de álcool, depressão, ansiedade, transtornos de estresse pós-traumático e suicídio, quando comparadas àquelas que não foram expostas a esse tipo de violência (OMS, 2014). Apresentam, também, maior risco de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), de sofrer aborto, de

apresentar sintomas depressivos e tentativas de suicídio (JEWKES *et al.*, 2010; DEVRIES *et al.*, 2013; PALLITTO *et al.*, 2013).

Mulheres grávidas não estão isentas de violência. Um estudo realizado em Recife, Pernambuco, entre 2005 e 2006, que avaliou a prevalência e o padrão da violência perpetrada por parceiro íntimo antes e durante a gestação e no pós-parto, apontou que 47,4% das mulheres relataram algum tipo de violência (física, psicológica e sexual) durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo que 31,1% relataram VPI durante a gravidez. Entre aquelas que relataram violência antes da gestação, 66% continuaram a sofrê-la durante a gravidez, o que demonstra que esse período não se configura em fator protetivo de violência (SILVA *et al.*, 2011).

Além de prejudicar a saúde física e mental das mulheres, quando praticada durante a gravidez a VPI aumenta a probabilidade de complicações para a própria gestação e para o feto. Relacionam-se como principais complicações o aborto espontâneo e induzido, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010; OMS, 2014). Dados de uma pesquisa realizada em Sydney, Austrália, no período de 2014 a 2016, evidenciaram associação entre violência por parceiro íntimo na gestação (VPIG) e risco aumentado de baixo peso ao nascer, parto prematuro, sintomas depressivos pós-natais, atraso no início da amamentação e amamentação não exclusiva (CHAVES *et al.*, 2019).

Mulheres que sofreram violência conjugal durante a gravidez, no município do Rio de Janeiro, em 2005, relataram que a experiência de amamentar havia sido boa, porém com muitas dificuldades. A maioria das entrevistadas associou essas dificuldades à violência que sofriam de seus companheiros (LOURENÇO; DESLANDES, 2008). Pesquisa realizada em Ribeirão Preto, São Paulo, entre 2012 e 2013, avaliou a interferência da VPIG na capacidade da mulher em amamentar e como fator de risco para desmame precoce. O referido estudo identificou que 62% das crianças, filhas de mães que relataram algum tipo de VPIG (física, psicológica ou sexual), não iniciaram a amamentação na primeira hora de vida (AM). Além disso, 94% delas foram amamentadas após o puerpério, porém apenas 55,3% de forma exclusiva (MARIANO *et al.*, 2016).

A amamentação é vital para a saúde de uma criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida, seja exclusiva até o sexto mês de vida e mantida de forma complementar até os dois anos (WHO, 2018). A AM fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho, auxilia

nas contrações uterinas, diminui o risco de hemorragia, protege o recém-nascido de infecções e, assim, reduz a mortalidade infantil. Além disso, por aumentar as chances de continuação com sucesso, a AM é considerada bom marcador do aleitamento. No longo prazo, diminui o risco de alergias, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus e obesidade. Para a saúde da mulher, ajuda a evitar nova gravidez e protege contra o câncer de mama (BRASIL, 2015a; OPAS, 2018a). Uma pesquisa realizada em uma maternidade de alto risco da cidade do Rio de Janeiro, em 2009, apontou que a realização de pré-natal, o parto vaginal, o peso adequado ao nascimento e a oferta de ajuda para amamentar são fatores que favorecem a AM (PEREIRA *et al.*, 2013).

A exposição materna a qualquer forma de VPI (física, sexual ou emocional) está associada a práticas de amamentação abaixo do ideal em países de baixa e média renda (CALEYACHETTY *et al.*, 2019). Em 2014, uma pesquisa realizada na Tanzânia avaliou o efeito da VPIG na duração da amamentação exclusiva e evidenciou que mulheres com exposição a pelo menos um tipo de VPIG tiveram mais de 50% de chances de interromper o aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses (MADSEN *et al.*, 2019). Corroborando com esse resultado, outro estudo realizado no município do Rio de Janeiro entre 2005 e 2009 investigou o papel da VPIG no aleitamento materno exclusivo e apontou que mulheres que sofreram violência grave apresentaram maior probabilidade de interrupção precoce da amamentação exclusiva (HASSELMANN *et al.*, 2016).

Sabe-se que os efeitos da VPI podem variar entre os cenários socioculturais, o que pode ocasionar diferenças entre os países. Além disso, as crenças populares sobre amamentação, a disponibilidade e a qualidade do pré-natal também podem ter impacto sobre o aleitamento materno. Dessa maneira, são necessários mais estudos que investiguem o papel específico de cada tipo de violência no início e na duração do aleitamento materno para criar estratégias mais específicas (MEZZAVILLA *et al.*, 2018). Apesar de amplamente discutidos, amamentação e violência contra a mulher são abordados muitas vezes isoladamente. Há escassez de estudos nacionais sobre a associação desses fenômenos, com poucos dados sobre a VPIG e os desfechos nas práticas de amamentação. Devido à ausência de informações acerca desta temática, o objetivo desse estudo é analisar a prevalência da AM e seus fatores associados, com ênfase na VPIG.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a amamentação na primeira hora de vida em Teresina, Piauí.

### **2.2 Objetivos específicos**

2.2.1 Caracterizar a prevalência da amamentação na primeira hora de vida;

2.2.2 Avaliar os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida;

2.2.3 Verificar a associação entre VPIG e a amamentação na primeira hora de vida.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Violência contra a mulher: definições e magnitude

O termo violência contra as mulheres abrange muitas formas de violência, incluindo a violência por parceiro íntimo, violência sexual, crimes de honra e tráfico de mulheres (WHO, 2013). Trata-se de uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as mulheres no seu direito à vida, à saúde e à integridade física. É considerada um fenômeno multidimensional, que afeta mulheres de todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais (BRASIL, 2015b). Estudo da OMS realizado em 10 países, em 2005, observou que 15% a 71% das mulheres já sofreram violência física ou sexual infligida por seus parceiros, com maiores registros em Bangladesh, Etiópia, Peru e Tanzânia. No entanto, mesmo no Japão, que apresentou o menor índice, 15% das mulheres disseram já ter sido submetidas à violência física e/ou sexual pelo parceiro íntimo em algum momento de suas vidas (OMS, 2005).

Dados de uma pesquisa que descreveu o perfil das vítimas de VPI em serviços de urgência/emergência do Sistema Único de Saúde em 24 capitais do Brasil mostraram que 69,9% das vítimas eram do sexo feminino. A maior parte apresentava faixa etária entre 20-39 anos (66,0%), cor da pele negra (70%) e até 08 anos de estudo (52,6%). A residência foi o principal local de ocorrência da agressão (69,6%), seguida da via pública (22,5%) (GARCIA; SILVA, 2018). Esses resultados são corroborados por outra investigação que, em 2011, avaliou os fatores associados ao atendimento de vítimas de violência doméstica em serviços de urgência e emergência, mostrando que os prováveis autores das agressões foram companheiros/ex-companheiros (51,5%). Além disso, a maior parte das vítimas também eram pretas/pardas (71,5%) e até 08 anos de estudo (53,8%) (GARCIA *et al.*, 2016).

A violência contra a mulher (VCM) é fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral e física. Suas manifestações são maneiras de estabelecer uma relação de submissão ou de poder, implicando sempre em situações de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher. É considerada como uma ação que envolve o uso da força real ou simbólica, por parte

de alguém, com a finalidade de submeter o corpo e a mente à vontade e liberdade de outrem (BANDEIRA, 2014).

O termo “violência contra a mulher” é frequentemente utilizado como sinônimo de violência doméstica e violência de gênero. Porém, apesar da sobreposição existente entre esses conceitos, há especificidades no uso dos mesmos. A violência de gênero se reproduz nas relações de poder onde se entrelaçam as categorias de gênero, classe e raça/etnia. Expressa uma forma particular de violência disseminada pela ordem patriarcal, que delega aos homens o direito de dominar e controlar as mulheres, podendo para isso usar a violência. A ordem patriarcal é vista como um fator preponderante na produção da violência de gênero, uma vez que está na base das representações de gênero que legitimam a desigualdade e dominação masculina internalizadas por homens e mulheres (ARAÚJO, 2008).

### **3.2 Violência por parceiro íntimo**

Violência por parceiro íntimo refere-se ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que cause danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle. Em todo o mundo, quase um terço (30%) de todas as mulheres que estiveram em um relacionamento conjugal sofreram violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro. As estimativas de prevalência variam de 23,2% nos países de alta renda a 37,7% no Sudeste Asiático. Além disso, 38% de todos os assassinatos de mulheres no mundo são cometidos por parceiros (WHO, 2017).

No Brasil, entre 2011 e 2017, as maiores proporções de notificações de VPI foram observadas entre mulheres adultas jovens de 20 a 39 anos, com menor nível de escolaridade, gestantes e com parceria conjugal. Os episódios relatados apresentaram maior ocorrência no domicílio, eram reincidentes e perpetrados por agressor que havia ingerido bebida alcoólica. A maior parte dos casos foi de violência física (86,6%), seguido por violência psicológica (53,1%) e sexual (4,8%) (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Divergindo desses resultados, uma pesquisa realizada em Vitória, Espírito Santo, em 2014, que estimou a prevalência e os fatores associados à VPI na Atenção Primária, demonstrou que a violência psicológica foi a mais prevalente (25,3%), seguida de violência física (9,9%) e violência sexual (5,7%). Entre as



entrevistadas, 30% relataram que sua mãe havia sofrido espancamento pelo parceiro íntimo e 10% disseram ter sofrido violência sexual na infância (LEITE *et al.*, 2017). Em Recife, Pernambuco, em 2014, o perfil predominante de vítimas de VPI foi composto por mulheres mais jovens (37,3%), pretas e pardas (33,5%), com 08 ou mais anos de estudo (40%) e sem trabalho (36,6%). Quanto ao tipo de VPI sofrida, 52,7% relataram violência psicológica, 46,1% física e 13,6% sexual. A prevalência de VPI alguma vez na vida foi de 33,3% (BARROS *et al.*, 2016).

Dados de um estudo multinacional mostraram que 38% das mulheres que sofreram violência relataram gravidez indesejada e apresentaram 03 vezes mais chance de ter aborto (PALLITTO *et al.*, 2013). Outra consequência da VPI é o aumento do risco de contaminação pelo HIV. Um estudo que avaliou a VPI entre 2002 e 2006 em mulheres sul-africanas evidenciou que aquelas que relataram violência foram mais propensas a ter infecção por HIV. Segundo o referido estudo, 13,9% das infecções por HIV poderiam ter sido evitadas se a igualdade de gênero fosse reforçada. Da mesma forma, 11,9% dos casos novos de infecção por HIV poderia ser evitada se as mulheres não experimentassem episódios de violência física ou sexual perpetrada pelo parceiro (JEWKES *et al.*, 2010).

A VPI também aumenta as chances de sintomas depressivos e de tentativas de suicídio entre mulheres (DEVRIES *et al.*, 2013). Fatores de risco que podem ser associados com tentativas de suicídio são a violência por parceiro íntimo, a violência física, o divórcio, o abuso sexual na infância e o histórico materno de VPI (DEVRIES *et al.*, 2011). Com relação à depressão, uma investigação realizada entre 2006 e 2007 na cidade de São Paulo apontou que a prevalência de depressão pós-parto entre mulheres que sofreram VPI foi de 27,9% (FAISAL-CURY *et al.*, 2013).

O mais grave desfecho da VPI é o homicídio. A proporção de mulheres assassinadas por um parceiro é seis vezes maior do que a proporção de homens assassinados, de acordo com uma pesquisa que estimou a prevalência global de homicídios em 66 países, entre 1990 e 2011 (STOCKL *et al.*, 2013). No Brasil, entre 2009 e 2011 o coeficiente de mortalidade feminino por agressão foi de 4,48 óbitos/100.000 mulheres. A magnitude dos feminicídios foi elevada em todas as regiões, porém as principais vítimas foram jovens, negras, de baixa escolaridade e residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Em geral, o perfil dos óbitos foi compatível com situações de violência doméstica e familiar (GARCIA *et al.*, 2015). Em 2015, em Campinas, São Paulo, 63,1% dos feminicídios foram

perpetrados pelo companheiro ou amante. O principal mecanismo de morte foi a arma branca (31,5%), sendo a maioria dos crimes cometidos no domicílio da vítima (52,6%) e em via pública (42,1%) (CAICEDO-ROA *et al.*, 2019).

### 3.3 Violência por parceiro íntimo na gestação

Estudo multicêntrico da OMS revelou que 1 a 28% das mulheres relataram ter sofrido violência durante a gravidez, o que evidencia não ser esse evento um fator protetivo para a violência (OMS, 2005; GARCIA-MORENO *et al.*, 2006). Multiparidade, ausência de religião e hábito de fumar durante a gestação demonstram associação com a VPIG (SGOBERO *et al.*, 2015). Além disso, fatores socioeconômicos, demográficos e da saúde da mulher e do parceiro íntimo também apresentam associação (AUDI *et al.*, 2008).

Dados de uma pesquisa realizada em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, que analisou o perfil do agressor e os fatores associados à violência contra as mulheres, identificou que 36% dos homens envolvidos em casos de violência possuíam idade entre 19 e 30 anos, 37,8% viviam em união estável com as vítimas, 93,2% possuíam renda própria e que em 38,4% dos casos o uso de álcool foi associado aos atos de violência (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016). Já na cidade de Canoas, Rio Grande do Sul, um estudo em 2017 apontou que o perfil de autores de VPIG era composto por homens brancos (95%), com média de idade de 44 anos, alfabetizados (90%), com trabalho formal (45%), com casa própria (80%) e plano de saúde (75%) (GEDRAT; SILVEIRA; ALMEIDA NETO, 2020).

As taxas de prevalência de VPIG na América Latina e Caribe estão entre as mais altas do mundo, variando de 3% a 34,5% para violência sexual, 2,5% a 38,7% para violência física e 13% a 44% para violência psicológica. Os principais fatores de risco foram consumo de álcool pelo parceiro, baixa escolaridade materna e histórico de violência na infância na família da mulher. A VPIG pode ocasionar desfechos negativos para a mulher como pré-natal inadequado, tabagismo, consumo de álcool, aborto espontâneo, doenças obstétricas e depressão. Já para o conceito pode determinar baixo peso ao nascer, complicações neonatais e mortalidade neonatal (HAN; STEWART, 2014).

Em Recife, Pernambuco, uma pesquisa realizada entre 2005 e 2006 que investigou VPIG entre mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família concluiu que 25,4% das mulheres sofreram violência física pelo parceiro íntimo. Dentre essas, 20,1% referiram violência exclusivamente durante a gestação e 30,1% antes e durante a gravidez. Em 44% dos casos, o pré-natal foi considerado inadequado (iniciado após o primeiro trimestre e/ou realizado menos de 6 consultas ou simplesmente quando a mulher não realiza o pré-natal) (CARNEIRO *et al.*, 2016).

Revisão de literatura que investigou os resultados maternos e neonatais da VPIG demonstrou impacto negativo em comportamentos da mulher, como tabagismo e uso abusivo de álcool (ALHUSEN *et al.*, 2015). Outra revisão, que avaliou as sequelas na saúde física e mental das mulheres que sofreram VPIG, apontou que o abuso de álcool e drogas ilícitas é um dos problemas mais frequentes em mulheres agredidas. As mulheres que sofrem violência podem desenvolver transtorno de estresse pós-traumático, consumindo álcool e outras drogas como forma de enfrentamento do sofrimento psíquico. Além disso, o abuso do álcool pode ser uma maneira de fuga da realidade de violência (CAMPBELL, 2002).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, em 2012, analisou os resultados obstétricos e neonatais associados à VPIG e identificou que 55,2% das mulheres já havia sofrido algum tipo de VPI alguma vez na vida e 15,5% delas algum tipo de VPIG. Entre as que sofreram VPIG, 42,7% apresentaram alguma intercorrência durante a gestação, como infecção do trato urinário, vulvovaginite, hipertensão arterial gestacional, sangramento genital, infecção sexualmente transmissível, crescimento uterino restrito, rotura prematura de membranas e descolamento prematuro de placenta (RODRIGUES *et al.*, 2014).

### **3.4 Amamentação na primeira hora de vida**

O aleitamento materno é vital para a saúde e desenvolvimento da criança ao longo de toda a vida, reduzindo os custos para os sistemas de saúde, as famílias e os governos. Globalmente, apenas 40% das crianças com menos de seis meses de idade são amamentados exclusivamente (WHO, 2017). Nas Américas, pouco mais de 1/3 (38%) delas são alimentados exclusivamente com leite materno até os seis meses e só 32% até os 24 meses (OPAS, 2018a). Estima-se que 52% das crianças

na América Latina e no Caribe não são amamentados em sua primeira hora de vida (OPAS, 2018b).

Dados de um relatório mundial sobre início precoce da amamentação apontaram que somente dois em cada cinco recém-nascidos mamam na primeira hora de vida. Em 2017, cerca de 78 milhões de recém-nascidos tiveram que esperar mais de uma hora para ser colocados ao peito, sendo a maioria em países de baixa e média renda. Por outro lado, as taxas de iniciação precoce divergem amplamente entre as regiões, variando de 35% no Oriente Médio e Norte da África para 65% no Leste da África (UNICEF, 2018).

A OMS recomenda que a amamentação seja iniciada em até uma hora após o nascimento e mantida, de forma exclusiva, durante os primeiros seis meses para atingir crescimento, desenvolvimento e saúde ideais. Considera-se o leite materno como alimento ideal para o recém-nascido, fornecendo todos os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável, além de conter anticorpos que ajudam a proteger de doenças infantis comuns, como diarreia e pneumonia. Adolescentes e adultos que foram amamentados têm menor probabilidade de apresentar sobrepeso e obesidade, são menos propensos a ter diabetes mellitus tipo II e apresentam melhor desempenho em testes de inteligência. Além disso, a amamentação contribui para a saúde e o bem-estar das lactantes, aumentando o intervalo interpartal e reduzindo o risco de câncer de ovário e de mama (WHO, 2017). O início precoce da amamentação, dentro de uma hora após o nascimento, aumenta as chances de uma continuação bem-sucedida da amamentação, sendo considerado um bom marcador para o êxito do aleitamento materno (OPAS, 2018b).

No Brasil, algumas estratégias são utilizadas para estimular a amamentação, como os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. O quarto passo consiste em ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, colocando os recém-nascidos em contato pele a pele, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora. Além disso, preconiza-se orientar a mulher a identificar sinais do recém-nascido em querer ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário. O Ministério da Saúde recomenda que o recém-nascido a termo, com ritmo respiratório normal e sem líquido meconial seja colocado sobre o abdome ou tórax da mãe, de bruços e que seja coberto e aquecido, estimulando, assim, o AM (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

De acordo com os critérios globais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que servem como padrão para avaliar a aplicação dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, pelo menos 80% das mulheres que tiveram parto vaginal ou cesárea sem anestesia geral deveriam ter seus filhos colocados em contato pele a pele imediatamente ou no máximo em até cinco minutos após o parto e que esse contato perdurou por no mínimo uma hora. Com relação às mulheres que tiveram parto cesáreo com anestesia geral, esse percentual deveria ser de pelo menos 50%, assim que elas estiverem responsivas e alertas (UNICEF, 2008).

Estudo transversal, realizado entre 2014 e 2015, que caracterizou os fatores associados à AM e sua influência no aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, na cidade de São Paulo, evidenciou que a prevalência do AM foi de 37,2%. Os fatores protetores para a realização desta prática foram as boas condições de nascimento da criança (nota do Apgar de 8 a 10 no 1º minuto e maior peso ao nascimento), enquanto a menor idade materna e os partos cesáreos e com uso de fórceps se mostraram como fatores de risco (SACO *et al.*, 2019). Corroborando com o referido estudo, uma revisão sistemática de 2013 apontou que o parto cesáreo foi o fator de risco mais consistentemente associado à não amamentação (ESTEVES *et al.*, 2014). Outra pesquisa, em Recife, Pernambuco, em 2011, identificou que apenas 31% dos recém-nascidos mamaram na primeira hora, o que está aquém do recomendado (BELO *et al.*, 2014).

Sabe-se que o contexto familiar no qual o binômio mãe e filho estão inseridos, a rede de apoio da mulher, as experiências relacionadas à amamentação, além de aspectos psicológicos, do trabalho materno e de problemas mamários são fatores intervenientes da amamentação. O desmame precoce está, assim, relacionado a fatores emocionais, familiares e principalmente sociais (CAPUCHO *et al.*, 2017).

### **3.5 Violência por parceiro íntimo durante a gestação e aleitamento materno**

Experiências traumáticas podem se apresentar como barreiras nas tentativas de início e de manutenção da amamentação. A gravidez não protege as mulheres de atos de violência, podendo estar associada ao início ou exacerbação da VPI. Embora a VPI seja menos prevalente no ciclo gravídico-puerperal, quando comparada a outras fases do ciclo reprodutivo feminino, pode contribuir para o insucesso no início e na manutenção do aleitamento materno, com reflexos para o

desmame precoce (CERULLI *et al.*, 2010; BARALDI *et al.*, 2019). Mulheres que vivenciaram violência anterior ou durante a gestação tem maior risco de cessação do aleitamento materno (KENDALL-TACKETT, 2007).

Estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos, entre 2000-2003, observou associação entre VPIG e amamentação. Mulheres que vivenciaram violência do parceiro no ano anterior ou durante a gravidez apresentaram 35% a 52% menos chance de amamentar seus filhos e 41% a 71% menos chance de manter a amamentação por quatro semanas (SILVERMAN *et al.*, 2006). Outra pesquisa que analisou a correlação entre VPIG e depressão pós-parto com amamentação, em Hong Kong, entre 2002 e 2003, demonstrou que mulheres que não relataram experiência de VPIG apresentaram maior chance de iniciar a amamentação (LAU; CHAN, 2007). Revisão sistemática evidenciou que a exposição à VPI em qualquer forma e em qualquer estágio tem associação negativa com a duração da amamentação e o término precoce do aleitamento materno (NORMANN *et al.*, 2020).

Estudo de coorte, realizado na Noruega, entre 1999 e 2008, indicou forte associação entre a exposição passada ou recente à abuso emocional, sexual ou físico e a interrupção precoce da amamentação. No geral, 19% das mulheres relataram exposição a algum tipo de abuso. Aquelas que relataram abuso recente apresentaram 40% mais chances de cessação precoce de amamentação em comparação com mulheres não expostas. As mulheres que relataram abuso anterior apresentaram 21% de aumento nas chances de cessação da amamentação precoce (SORBO *et al.*, 2015).

Corroborando com esses resultados, pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, em 2007, identificou que a VPI física durante a gravidez aumenta o risco de cessação precoce da amamentação exclusiva (MORAES *et al.*, 2011). Outra pesquisa realizada na Índia, em 2012, que avaliou a relação entre VPI e práticas de saúde pós-natal, incluindo início precoce da amamentação (até uma hora após o parto), apontou que 29% das mulheres relataram VPI física e apresentaram menores chances de iniciação precoce de amamentação. Mulheres que relataram violência sexual (2,3%) também apresentaram menores chances de iniciação precoce da amamentação (BOYCE *et al.*, 2017).

Sabendo que o apoio emocional é determinante para as práticas de amamentação, a violência psicológica durante a gravidez tem impacto nesse

processo. Estudo de base populacional, realizado na Espanha, em 2009, apontou que 21% das mulheres relataram VPI psicológica e que esta aumentou as chances de evitar a amamentação (MARTIN-DE-LAS-HERAS *et al.*, 2019). Pesquisa realizada em 2014, que investigou a prevalência e determinantes da cessação do aleitamento materno exclusivo no início do período pós-natal, em Sydney, Austrália, mostrou que as mulheres que relataram não ter apoio do parceiro tiveram maior probabilidade de não continuar a amamentação (OGBO *et al.*, 2017).

Dados da Nigéria, de 2013, também explicitaram que mulheres que sofreram qualquer tipo de VPIG (física, sexual ou psicológica) apresentaram 26% de probabilidade de não amamentar exclusivamente, quando comparadas às mulheres que não relataram VPIG, destacando que um evento violento vivido durante a gravidez ou puerpério pode influenciar negativamente na amamentação exclusiva. Vítimas de VPIG têm maior risco de sintomas depressivos e podem expressar comportamentos de risco, como consumo abusivo de álcool e drogas ilícitas que, por sua vez, estão associados à descontinuação precoce da amamentação (ARIYO; JIANG, 2021).

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. O estudo descritivo é o recorte de uma situação em um determinado período de tempo. No estudo transversal, a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento. A abordagem quantitativa, por sua vez, tem o objetivo de identificar dados, indicadores e tendências observáveis bem como produzir modelos teóricos de alta abstração, com aplicação prática (MINAYO, 2008).

### **4.2 Local de estudo**

#### **4.2.1 Cidade**

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí, cuja população estimada é de 864.845 habitantes. Teresina é a cidade mais populosa do estado e concentra 26,42% da população total do Piauí (IBGE, 2019).

A rede de assistência à saúde de Teresina é composta por estabelecimentos públicos, filantrópicos e privados. O município mantém atualmente quatro maternidades, uma em cada zona da cidade (FMS, 2019). Além das maternidades municipais, há uma maternidade estadual de referência, responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade, desenvolvendo atividades específicas nas áreas de obstetrícia geral, pré-natal, gravidez de alto risco, revisão puerperal, neonatologia, exames e atividades complementares (SESAPI, 2016).

#### **4.2.2 Hospitais**

O estudo foi desenvolvido em cinco maternidades públicas da cidade:

- Maternidade Dona Evangelina Rosa;
- Hospital do Dirceu (Wall Ferraz);
- Hospital do Buenos Aires;
- Hospital do Promorar;
- Hospital do Satélite.

### **4.3 População/critérios de inclusão e exclusão**

A população do estudo foram as puérperas de cinco maternidades públicas do município de Teresina.



O estudo teve como critérios de inclusão:

- puérperas com nascidos vivos, cujos partos ocorreram no mínimo há seis horas;

- puérperas que sejam residentes em Teresina.

Como critérios de exclusão, foram considerados:

- puérperas que apresentaram algum impedimento para amamentação precoce por patologias ou complicações do parto;

- puérperas cujos recém-nascidos foram admitidos na UTI neonatal;

- puérperas com óbitos fetais ou neonatais;

- puérperas com incapacidades cognitivas, clínicas ou complicações neurológicas que pudessem comprometer a compreensão dos formulários.

#### 4.4 Plano amostral

Utilizou-se o cálculo para amostras probabilísticas finitas por proporção estratificada. O tamanho da amostra foi calculado tomando-se por base o número total de mulheres com partos de nascidos vivos, em 2016, nas maternidades selecionadas no estudo (n=15.622) (FMS, 2019) e na proporção esperada de amamentação na primeira hora de vida de 50% (ESTEVES *et al.*, 2015), uma vez que não há informação sobre este número na literatura científica para a população de Teresina.

Houve estimativa mínima de 375 mulheres para a entrevista, estratificada em 05 grupos (maternidades), levando em consideração seu peso em relação à população total. Como resultado, a amostra foi de 199 puérperas na Maternidade Dona Evangelina Rosa, 53 na Maternidade do Dirceu, 43 na Maternidade do Promorar, 41 no Satélite e 39 no Buenos Aires (Tabela 1), refletindo a população de 375 indivíduos com precisão de 95% e erro de 5%, conforme a fórmula abaixo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Onde:

n: amostra calculada

N: população (15.622)

Z: variável padronizada associada ao nível de confiança de 95%

p: verdadeira probabilidade do evento (0,5)

e: erro amostral (5%)

**Tabela 1.** Número de partos em 2016 e amostra mínima calculada. Teresina, 2020.

Maternidades	Partos em 2016		Amostra n
	N	%	
MDER	8.278	52,99	199
Maternidade Wall Ferraz	2.222	14,22	53
Maternidade do Promorar	1.810	11,59	43
Maternidade do Satélite	1.706	10,92	41
Maternidade do Buenos Aires	1.606	10,28	39
<b>Total</b>	<b>15.622</b>	<b>100,0</b>	<b>375<sup>1</sup></b>

<sup>1</sup> Sem acréscimo.

Para minimizar perdas ou recusas, foi acrescido 10% sobre o valor amostral. A amostra final de 412 puérperas foi também estratificada em 05 grupos (maternidades), com base em seu peso em relação à população total. Dessa forma, a amostra final teve 218 puérperas na Maternidade Dona Evangelina Rosa, 59 no Hospital do Dirceu, 48 na Maternidade do Promorar, 45 na Maternidade do Satélite e 42 na Maternidade do Buenos Aires (Tabela 2).

**Tabela 2.** Número de partos em 2016 e amostra final calculada. Teresina, 2020.

Maternidades	Partos em 2016		Amostra N
	N	%	
MDER	8.278	52,99	218
Maternidade Wall Ferraz	2.222	14,22	59
Maternidade do Promorar	1.810	11,59	48
Maternidade do Satélite	1.706	10,92	45
Maternidade do Buenos Aires	1.606	10,28	42
<b>Total</b>	<b>15.622</b>	<b>100,0</b>	<b>412<sup>1</sup></b>

<sup>1</sup> Acréscimo de 10% sobre a amostra, para perdas.

## 4.5 Variáveis e categorias

### 4.5.1 Variável dependente

Definiu-se como variável dependente a amamentação na primeira hora de vida. Essa variável teve como categorias: sim; não.

### 4.5.2 Variáveis independentes

Como variáveis independentes, foram considerados a violência por parceiro íntimo na gestação, os dados demográficos e comportamentais das puérperas e dos parceiros, as características obstétricas e o histórico de violência.

#### 4.5.2.1 Violência por parceiro íntimo na gestação

A violência por parceiro íntimo durante a gestação foi definida como ato, ação ou efeito de empregar força física ou intimidação moral contra mulher por parceiro de uma relação íntima que cause danos a mesma. Considerou-se parceiro íntimo como sendo namorado/ex-namorado, marido/ex-marido ou qualquer indivíduo que, mesmo sem união formal, tenha estabelecido uma relação afetiva e mantém ou manteve relação sexual com a mulher (OMS, 2012).

Foram considerados casos de VPIG as entrevistadas que afirmaram ter sofrido algum tipo de violência (física e/ou sexual e/ou psicológica) cometida pelo parceiro durante a gravidez. Os tipos de violência foram definidos como:

- Violência física: empurrão, tranco, chacoalhão, chute, surra, estrangulamento e/ou queimadura intencional ou ameaças com arma branca ou de fogo. Categorizada em: sim; não;
- Violência sexual: relação sexual por meio da força física e medo ou episódios de práticas sexuais degradante ou humilhante. Categorizada em: sim; não;
- Violência psicológica: intimidação, insulto, humilhação, gritos, ameaças que ofendam a conduta moral. Categorizada em: sim; não.

#### 4.5.2.2 Demográficas e comportamentais da mulher

- Faixa etária (em anos): 10-14; 15-19; 20-29; 30-39; mais de 40;
- Cor da pele (autodeclarada): branca; não branca (preta, parda, amarela, indígena); não sabe/não quer declarar;

- Escolaridade (em anos completos de estudo): 0-4; 5-8; 9-11; mais de 12; não sabe/não quer declarar;
- Ocupação profissional: com ocupação (autônoma ou empregada formalmente); sem ocupação (dona de casa, aposentada, pensionista, estudante, sem ocupação, procurando emprego); não sabe/não quer declarar;
- Renda própria: se a mulher apresenta alguma fonte de renda, não sendo dependente da renda do companheiro ou familiar. Categorizada em: sim; não;
- Situação conjugal atual: com parceria (casada, união consensual ou tem namorado/a); sem parceria (não está casada, sem união estável ou está sem namorado/a); não sabe/não quer declarar;
- Uso de álcool (no período gestacional): sim; não;
- Uso de cigarro (no período gestacional): sim; não;
- Uso de drogas ilícitas (no período gestacional): uso de maconha, cocaína, *crack*, *ecstasy*, LSD, heroína, barbitúricos, morfina, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras. Categorizado em: sim; não.

#### 4.5.2.3 Demográficas e comportamentais do parceiro íntimo

- Faixa etária (em anos): 10-14; 15-19; 20-29; 30-39; mais de 40; não sabe/não quer declarar;
- Cor da pele (autodeclarada): branca; não branca (preta, parda, amarela, indígena); não sabe/não quer declarar;
- Escolaridade (em anos completos de estudo): 0-4; 5-8; 9-11; mais de 12; não sabe/não quer declarar;
- Ocupação profissional: com ocupação (autônomo ou empregado formalmente); sem ocupação (aposentado, pensionista, estudante, sem ocupação, procurando emprego); não sabe/ não quer declarar;
- Provedor da família: principal fonte de renda que promove o sustento da família. Categorizado em: sim; não; não sabe/não quer declarar;
- Uso de álcool: sim; não;

- Uso de cigarro: sim; não;
- Uso de drogas ilícitas: uso de maconha, cocaína, *crack*, *ecstasy*, LSD, heroína, barbitúricos, morfina, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras. Categorizado em: sim; não.

#### 4.5.2.4 Características obstétricas

- Número de gestações: número de vezes que a mulher engravidou, independente do desfecho da gestação (incluindo a do parto atual). Categorizada em: 1; 2; 3; 4;  $\geq 5$ ;
- Número de abortos: número de vezes que houve a interrupção da gravidez até a 22<sup>o</sup> semana ou com o conceito com peso inferior a 500 gramas. Categorizado em: 0; 1; 2; 3; 4;  $\geq 5$ ;
- Número de partos: número de partos (vaginais ou cesáreos) vivenciado pela mulher. Categorizado em: 1; 2; 3; 4;  $\geq 5$ ;
- Gravidez planejada (do parto atual): quando a gravidez foi programada pelo casal ou pela mulher. Categorizada em: sim; não; não sabe/não quer responder;
- Sentimento em relação à gravidez não planejada (para ser respondida se “não” na pergunta sobre gravidez planejada): indesejada; desejada; não sabe/não quer responder; não se aplica;
- Número de consultas de pré-natal: quantidade de consultas que a mulher compareceu para o acompanhamento pré-natal, na gestação atual, realizada por enfermeiro ou médico. Categorizada em: nenhuma;  $< 6$ ;  $\geq 6$ ;
- Orientação sobre amamentação no pré-natal: recebimento de informações sobre aleitamento materno pelo profissional de saúde que realizou o pré-natal. Categorizada em: sim; não; não sabe/não quer responder;
- Orientação sobre atividade física no pré-natal: recebimento de informações sobre prática de atividade física pelo profissional de saúde que realizou o pré-natal. Categorizada em: sim; não; não sabe/não quer responder;
- Intercorrência durante a gravidez: presença de intercorrência obstétrica durante a gestação: Categorizada em: não; sim (infecção do trato urinário; trabalho de parto prematuro; descolamento prematuro de placenta; rotura prematura de membranas; ameaça de aborto; doença sistêmica; outras; não sabe/não quer responder);
- Tipo de parto: vaginal; cesáreo; vaginal cirúrgico (fórceps);

- Acompanhante durante o parto: presença de acompanhante, de escolha da mulher, durante trabalho de parto e parto. Categorizado em: sim; não;
- Contato com o recém-nascido (ao nascer): contato pele a pele da mulher com o recém-nascido logo após o parto: sim; não;
- Idade gestacional (em semanas): <37; 37-40; >40;
- Peso do recém-nascido (em gramas): <2.000; 2.000-2.500; 2.501-4.000; >4.000;
- Sexo do recém-nascido: masculino; feminino;
- Apgar 5º minuto: <7; ≥7.

#### 4.5.2.5 Histórico de violência

- Antecedente de violência física: empurrão, tranco, chacoalhão, chute, surra, estrangulamento e/ou queimadura intencional ou ameaças com arma branca ou de fogo por parceiro íntimo, familiares ou outros indivíduos, antes da gestação. Categorizada em: sim; não;

- Antecedente de violência psicológica: declaração de ter sido vítima de intimidação, insulto, humilhação, gritos, ameaças que ofendam a conduta moral e que lhe tenha causado prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação, antes da gestação, sendo o agressor familiar, amigo, desconhecido ou parceiro íntimo. Categorizada em: sim; não;

- Antecedente de violência sexual: relato de ter sido forçada a realizar práticas sexuais por familiares, amigos, desconhecidos e parceiros íntimos, sendo homem ou mulher, antes da gestação. Categorizada em: sim; não;

- Agressão materna presenciada: relato de ter presenciado violência física, sexual ou psicológica perpetrada por parceiros íntimos da mãe contra a mesma. Categorizada em: sim; não.

## 4.6 Coleta de dados/ instrumentos

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2020 a março de 2021, através do contato direto com as puérperas selecionadas para o estudo. Por se tratar de um tema que possivelmente gerasse constrangimento e desconforto, o ambiente da entrevista foi em sala reservada, buscando preservar a privacidade da participante.

Essa etapa foi norteadada por um formulário (APÊNDICE A) com perguntas sobre aspectos sociodemográficos da mulher e do parceiro íntimo, características obstétricas e histórico de violência. As perguntas relacionadas à assistência que a participante não soube responder foram consultadas no prontuário da mesma. Para a investigação da violência por parceiro íntimo na gestação foi utilizado o instrumento *World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW)*. Trata-se de instrumento adaptado para aplicação em diferentes contextos culturais, já validado no Brasil. É curto (13 itens), com 04 perguntas sobre violência psicológica, 06 sobre violência física e 03 sobre violência sexual (SCHRAIBER *et al.*, 2010) (ANEXO A). A participante foi orientada quanto à definição de violência e seus tipos.

Com o objetivo de garantir o caráter aleatório de seleção da amostra, realizou-se sorteio de quatro dias da semana para aplicação das entrevistas. Os dados foram coletados entre as puérperas que tiveram parto de nascido vivo há pelo menos 6h, nas últimas 24 horas.

#### **4.7 Análise de dados**

Os dados foram tabulados em planilha Excel, com valores absolutos e frequências. Realizou-se análise bivariada com emprego do teste do qui-quadrado de Pearsor ou teste exato de Fisher, comparando a variável dependente e cada variável independente, com cálculo de *odds ratio* brutos ( $OR_{br}$ ) e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para a análise multivariada, as variáveis independentes foram tratadas de maneira hierarquizada. A hierarquização permite identificar quais delas são fatores associados a desfechos. Os fatores foram organizados em hierarquia dividindo-se em três níveis de determinantes: distais, intermediários e proximais. Os fatores proximais são aqueles que interferem diretamente sobre o desfecho e os fatores distais são aqueles que mesmo não atuando diretamente no desfecho, interferem nos intermediários de modo que estes últimos interfiram sobre o nível proximal. A hierarquização das variáveis independentes foi estabelecida no marco conceitual e mantida durante a análise dos dados (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996).

Vários estudos apontam como fatores que influenciam diretamente na amamentação na primeira hora de vida o tipo de parto, o contato pele a pele ao nascer, o peso do RN e a intenção de engravidar (PEREIRA *et al.*, 2013; ROCHA;

GOMES; RODRIGUES, 2019; SACO *et al.*, 2019). Dessa maneira, serão considerados determinantes proximais as variáveis obstétricas, como número de partos, número de abortos, número de gestações, intenção de engravidar, número de consultas pré-natal, orientação sobre amamentação, intercorrências durante a gravidez, tipo de parto, acompanhante durante o parto, idade gestacional, peso do recém-nascido, índice de Apgar no quinto minuto. Como determinantes intermediários foram definidos a VPIG e o histórico de violência da gestante e, como variáveis distais, as características sociodemográficas da mulher e do parceiro (Figura 1).

A análise hierarquizada foi realizada seguindo a direção distal-proximal. Como critério de inclusão das variáveis no modelo considerou o valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada. Foram estimados *odds ratio* ajustados ( $OR_{aj}$ ), com IC95%, por meio de regressão logística múltipla. Inicialmente, foram incluídas somente as variáveis do nível distal ao desfecho, permanecendo aquelas que apresentaram valor de  $p \leq 0,05$  (modelo 1). Em seguida, foram incluídas as variáveis do nível intermediário, permanecendo as variáveis desse nível que apresentaram valor de  $p \leq 0,05$  e ajustadas para a variável do nível anterior (modelo 2). No modelo final (modelo 3), as variáveis do nível proximal foram incluídas, ajustadas por aquelas do nível anterior, sendo consideradas associadas ao desfecho as variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,05$ .

#### **4.8 Critérios éticos**

Este projeto está de acordo com os princípios éticos norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Inicialmente, foram obtidas autorizações da Fundação Municipal de Saúde (para os hospitais municipais) (ANEXO B) e da Maternidade Dona Evangelina Rosa (ANEXO C). Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, tendo sido aprovado (CAAE: 36736220.1.0000.5214/parecer nº 4.387.960).

Os pesquisadores firmaram o compromisso de manter a confidencialidade dos dados coletados, resguardando as informações obtidas. Foram apresentados os objetivos, métodos, riscos e benefícios através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) e, ao formular o convite para participação, ofereceu-se o documento em duas vias, garantindo às mulheres anonimato,

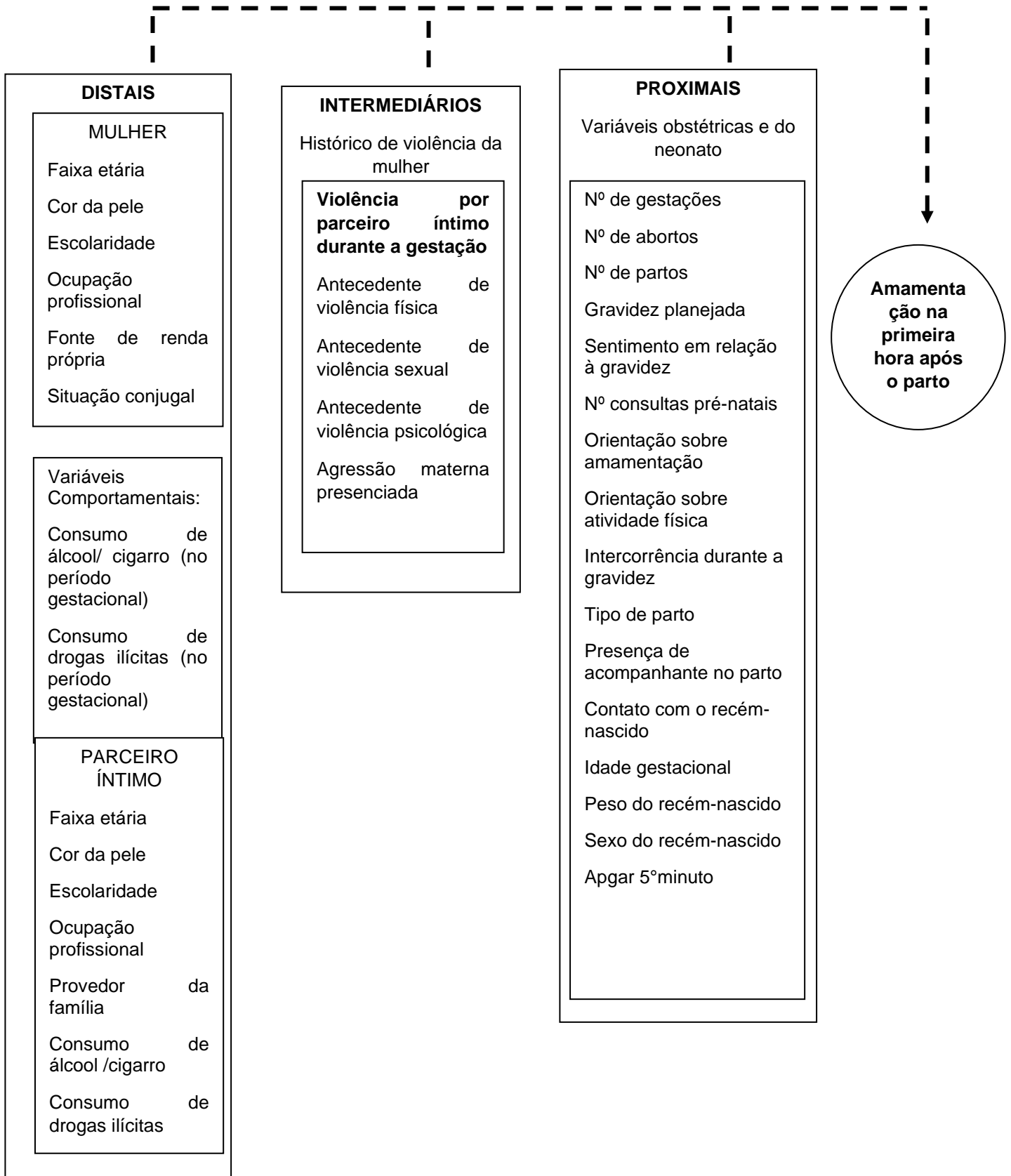


privacidade e possibilidade de desistência da participação a qualquer momento da coleta, sem nenhuma penalidade ou prejuízo à assistência. Para as gestantes adolescentes foi apresentado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (APÊNDICE C).

A realização da pesquisa apresentou riscos mínimos e de ordem psicológica, como a possibilidade de constrangimento e desconforto ao responder o questionário devido ao tema sensível da violência, além de também ser possível o cansaço ao responder às perguntas e o receio da quebra de sigilo. Contudo, as participantes receberam esclarecimento prévio sobre a investigação, os questionários não foram identificados e seu preenchimento poderia ser interrompido a qualquer momento de acordo com o desejo da participante. Além disso, caso necessário, as participantes poderiam ser encaminhadas para atendimento psicológico com profissional especializado.

Os benefícios da pesquisa foram indiretos, relacionados ao conhecimento sobre a associação de VPIG e amamentação na primeira hora de vida. Há expectativa que os resultados possam ampliar as informações e referências dos profissionais de saúde sobre esse tema. Ainda mais, os dados poderão contribuir para a sensibilização de gestores e elaboração de políticas públicas voltadas para a violência durante a gestação e práticas de aleitamento.

**Figura 1.** Modelo hierarquizado dos determinantes da amamentação na primeira hora de vida.



## 5 RESULTADOS

Foram entrevistadas 413 puérperas no período de estudo. A Tabela 3 evidencia que a maioria das mulheres tinha entre 20-29 anos (49,9%), da cor não branca (90,6%), possuía 8 a 11 anos de estudo (62,7%), não tinha ocupação (81,8%), não tinha renda própria (81,8%) e referiu ter parceiro íntimo (86,0%). Quanto aos aspectos comportamentais, a maior parte delas relatou não ter ingerido bebidas alcóolicas (93,9%), não fazer uso de cigarro (97,8%) e não ter consumido drogas ilícitas (99,5%) durante a gestação.

**Tabela 3.** Características demográficas e comportamentais das mulheres. Teresina, Piauí, 2020-2021.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
10-19	72	17,4
20-29	206	49,9
30-39	124	30,0
≥ 40	11	2,7
<b>Raça/cor da pele</b>		
Branca	39	9,4
Não branca	374	90,6
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>		
0-4	13	3,1
5-8	101	24,5
9-11	259	62,7
≥12	40	9,7
<b>Ocupação</b>		
Com ocupação	75	18,2
Sem ocupação	338	81,8
<b>Renda</b>		
Sim	75	18,2
Não	338	81,8
<b>Situação conjugal</b>		
Com parceria	355	86,0
Sem parceria	58	14,0
<b>Uso de álcool</b>		
Sim	25	6,1
Não	388	93,9
<b>Uso de cigarro</b>		
Sim	9	2,2
Não	404	97,8
<b>Uso de drogas ilícitas</b>		
Sim	2	0,5

Não

411

99,5

Segundo relato das mulheres, os parceiros íntimos majoritariamente tinham entre 20 e 29 anos (45,5%), eram da cor não branca (79,1%), com até 11 anos de estudo (50,1%), possuíam alguma ocupação (81,1%) e eram provedores das suas famílias (68%). Além disso, a maioria consumia bebida alcoólica (57,9%), não fazia uso de cigarro (84,7%) e não utilizava drogas ilícitas (94,2%) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo. Teresina, Piauí, 2020-2021.

Variáveis	n	%
<b>Faixa etária (em anos)<sup>a</sup></b>		
15-19	19	4,6
20-29	188	45,5
30-39	146	35,4
≥ 40	53	12,8
<b>Raça/cor da pele<sup>b</sup></b>		
Branca	82	19,9
Não branca	327	79,1
<b>Escolaridade (em anos de estudo)<sup>c</sup></b>		
0-4	23	5,6
5-8	98	23,7
9-11	207	50,1
≥ 12	27	6,5
<b>Ocupação<sup>d</sup></b>		
Com ocupação	335	81,1
Sem ocupação	76	18,4
<b>Provedor da família<sup>e</sup></b>		
Sim	281	68
Não	130	31,5
<b>Uso de álcool<sup>f</sup></b>		
Sim	239	57,9
Não	172	41,6
<b>Uso de cigarro<sup>g</sup></b>		
Sim	61	14,8
Não	350	84,7
<b>Uso de drogas ilícitas<sup>h</sup></b>		
Sim	18	4,4
Não	389	94,2

<sup>a</sup> Ignorado: 7 (1,7%); <sup>b</sup> Ignorado: 4 (1%); <sup>c</sup> Ignorado: 58 (14%); <sup>d</sup> Ignorado: 2 (0,5%); <sup>e</sup> Ignorado: 2 (0,5%); <sup>f</sup> Ignorado: 2 (0,5%); <sup>g</sup> Ignorado: 2 (0,5%); <sup>h</sup> Ignorado: 6 (1,5%).

Com relação às características obstétricas, observou-se que a maioria das mulheres relatou ter tido apenas 1 gestação (37,3%), somente 1 parto (41,4%) e sem aborto prévio (81,4%). Para a maior parte delas, apesar de não ocorrido planejamento da gestação (65,1%), houve desejo da gravidez (60,0%). De forma majoritária, as mulheres informaram ter realizado seis ou mais consultas de pré-natal (79,7%), não ter recebido orientação sobre amamentação (63,4%) e ter recebido orientação para praticar atividade física durante a gestação (55,9%). Pouco mais da metade delas não apresentou intercorrências durante a gestação (50,1%). Chama a atenção que a maioria das mulheres relatou não ter tido acompanhante durante o trabalho de parto e parto (56,9%), não ter tido contato com o recém-nascido logo após o nascimento (53,0%), além do parto ter sido cesáreo (61,7%). Quanto às características do neonato, houve predomínio de idade gestacional entre 37-40 semanas (63,7%), com peso entre 2501-4000 gramas (85,0%), do sexo feminino (50,8%) e com Apgar no 5º minuto maior ou igual a 7 (99,3%). A maior parte das entrevistadas informou amamentação na primeira hora após o parto (66,8%) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Características obstétricas das mulheres. Teresina, Piauí, 2020-2021.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de gestações</b>		
1	154	37,3
>1	259	62,7
<b>Número de abortos</b>		
0	336	81,4
1	62	15,0
2	13	3,1
3	2	0,5
<b>Número de partos</b>		
1	171	41,4
2	116	28,1
3	74	17,9
4	36	8,7
≥5	16	3,9
<b>Gravidez planejada</b>		
Sim	144	34,9
Não	269	65,1
<b>Sentimento em relação à gravidez não planejada (n=269)</b>		
Indesejada	21	7,8
Desejada	248	92,2
<b>Número de consultas de pré-natal</b>		
Nenhuma	2	0,5
<6	82	19,9

≥6	329	79,7
<b>Orientação sobre amamentação<sup>a</sup></b>		
Sim	150	36,3
Não	262	63,4
<b>Orientação sobre atividade física<sup>b</sup></b>		
Sim	231	55,9
Não	181	43,8
<b>Intercorrência durante a gravidez</b>		
Não	207	50,1
Infecção do trato urinário	73	17,7
Descolamento prematuro de placenta	5	1,2
Trabalho de parto prematuro	2	0,5
Rotura prematura de membranas	2	0,5
Ameaça de abortamento	14	3,4
Doenças sistêmicas	76	18,4
Outras	34	8,2
<b>Acompanhante durante trabalho de parto</b>		
Sim	178	43,1
Não	235	56,9
<b>Contato com o recém-nascido</b>		
Sim	194	47,0
Não	219	53,0
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	158	38,3
Cesáreo	255	61,7
<b>Idade gestacional (em semanas)</b>		
<37	37	9,0
37-40	263	63,7
>40	113	27,4
<b>Peso ao nascer (em gramas)</b>		
<2000	-	-
2000-2500	35	8,5
2501-4000	351	85,0
>4000	27	6,5
<b>Sexo do recém-nascido</b>		
Masculino	203	49,2
Feminino	210	50,8
<b>Apgar 5° minuto</b>		
<7	3	0,7
≥7	410	99,3
<b>Amamentação na primeira hora</b>		
Sim	276	66,8
Não	137	33,2

<sup>a</sup> Não sabe: 1 (0,2%); <sup>b</sup> Não sabe: 1 (0,2%).

A Tabela 6 evidencia os dados sobre a violência por parceiro íntimo na gestação e histórico de violência. Apenas 15 (3,6%) das entrevistadas informaram

VPIG, com relato de violência física (1,5%) e violência psicológica (3,6%). Não houve relato de violência sexual. Anteriormente à gestação, a maioria relatou não ter sofrido violência física (93%), psicológica (89,3%) e sexual (99,3%). Cerca de um quarto (25,2%) das mulheres relatou algum tipo de violência em algum momento da vida.

**Tabela 6.** Violência por parceiro íntimo e histórico de violência contra a mulher. Teresina, Piauí, 2020-2021.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Violência física durante a gestação</b>		
Sim	6	1,5
Não	407	98,5
<b>Violência psicológica durante a gestação</b>		
Sim	15	3,6
Não	398	96,4
<b>Violência sexual durante a gestação</b>		
Sim	-	-
Não	413	100,0
<b>Qualquer tipo de violência durante a gestação</b>		
Sim	15	3,6
Não	398	96,4
<b>Violência física em algum momento da vida</b>		
Sim	29	7,0
Não	384	93,0
<b>Violência sexual em algum momento da vida</b>		
Sim	3	0,7
Não	410	99,3
<b>Violência psicológica em algum momento da vida</b>		
Sim	44	10,7
Não	369	89,3
<b>Qualquer tipo de violência em algum momento da vida</b>		
Sim	104	25,2
Não	309	74,8

Na análise bivariada das características demográficas e comportamentais da mulher, evidenciou-se que mulheres que relataram não ter parceria apresentaram menor chance ( $OR_{br}=0,47$ ;  $IC95\% 0,27-0,83$ ) de amamentar na primeira hora de vida, comparadas àquelas que referiram parceria. As demais variáveis não mostraram associação significativa (Tabela 7).

**Tabela 7.** Associação das características demográficas e comportamentais da mulher com a amamentação na primeira hora de vida. Teresina, Piauí, 2020-2021.

Variáveis	Amamentação na primeira hora				OR <sub>br</sub> <sup>a</sup>	IC95% <sup>b</sup>	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
<b>Faixa etária (em anos)</b>							
10-19	52	72,2	20	27,8	1		0,446 <sup>c</sup>
20-29	141	68,4	65	31,6	0,83	0,46-1,51	
30-39	76	61,3	48	38,7	0,61	0,32-1,14	
≥ 40	7	63,6	4	36,4	0,67	0,18-2,55	
<b>Raça/cor da pele</b>							
Branca	26	66,7	13	33,3	1	-	0,982 <sup>c</sup>
Não branca	250	66,8	124	33,2	1,01	0,50-2,03	
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>							
0-4	11	84,6	2	15,4	2,32	0,48-11,12	0,406 <sup>c</sup>
5-8	71	70,3	30	29,7	1	-	
9-11	169	65,3	90	34,7	0,79	0,48-1,31	
≥12	25	62,5	15	37,5	0,70	0,33-1,52	
<b>Ocupação</b>							
Com ocupação	51	68,0	24	32,0	1,07	0,62-1,82	0,812 <sup>d</sup>
Sem ocupação	225	66,6	113	33,4	1	-	
<b>Renda</b>							
Sim	51	68,0	24	32,0	1,07	0,62-1,82	0,812 <sup>d</sup>
Não	225	66,6	113	33,4	1	-	
<b>Situação conjugal</b>							
Com parceria	246	69,3	109	30,7	1	-	<b>0,008<sup>d</sup></b>
Sem parceria	30	51,7	28	48,3	0,47	0,27-0,83	
<b>Uso de álcool</b>							
Sim	19	76,0	6	24,0	1,61	0,63-4,14	0,315 <sup>d</sup>
Não	257	66,2	131	33,8	1	-	
<b>Uso de cigarro</b>							
Sim	7	77,8	2	22,2	1,76	0,36-8,57	0,724 <sup>c</sup>
Não	269	66,6	135	33,4	1	-	
<b>Uso de drogas</b>							
Sim	2	100,0	-	-	-	-	-
Não	274	66,7	137	33,3	-	-	-

<sup>a</sup> OR<sub>br</sub>: odds ratio bruto; <sup>b</sup> IC95%: intervalo de confiança de 95%; <sup>c</sup> Teste exato de Fisher; <sup>d</sup> Teste do qui-quadrado.

Com relação às características do parceiro, mulheres que declararam parceiros de cor não branca tiveram menos chance (OR<sub>br</sub>=0,42; IC95% 0,23-0,76) de amamentar na primeira hora do que as mulheres que referiram parceiros de cor branca (Tabela 8). As demais variáveis não mostraram associação significativa com o desfecho.

**Tabela 8.** Associação das características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo com a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021.

#### Amamentação na primeira hora



Variáveis	Sim		Não		OR <sub>br</sub> <sup>a</sup>	IC95% <sup>b</sup>	p
	n	%	N	%			
<b>Faixa etária (em anos)</b>							
15-19	15	78,9	4	21,1	1	-	0,266 <sup>c</sup>
20-29	128	68,1	60	31,9	0,57	0,18-1,79	
30-39	99	67,8	47	32,2	0,56	0,18-1,78	
≥ 40	30	56,6	23	43,4	0,35	0,10-1,19	
<b>Raça/cor da pele</b>							
Branca	66	80,5	16	19,5	1	-	0,003 <sup>c</sup>
Não branca	207	63,3	120	36,7	0,42	0,23-0,76	
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>							
0-4	13	56,5	10	43,5	1	-	0,511 <sup>c</sup>
5-8	67	68,4	31	31,6	1,66	0,66-4,21	
9-11	146	70,5	61	29,5	1,84	0,77-4,42	
≥12 anos	17	63,0	10	37,0	1,31	0,42-4,07	
<b>Ocupação</b>							
Com ocupação	224	66,9	111	33,1	0,99	0,58-1,68	0,968 <sup>c</sup>
Sem ocupação	51	67,1	25	32,9	1	-	
<b>Provedor da família</b>							
Sim	189	67,3	92	32,7	1,05	0,67-1,63	0,825 <sup>c</sup>
Não	86	66,2	44	33,8	1	-	
<b>Uso de álcool</b>							
Sim	156	65,3	83	34,7	0,84	0,55-1,27	0,405 <sup>c</sup>
Não	119	69,2	53	30,8	1	-	
<b>Uso de cigarro</b>							
Sim	47	77,0	14	23,0	1,80	0,95-3,39	0,068 <sup>c</sup>
Não	228	65,1	122	34,9	1	-	
<b>Uso de drogas</b>							
Sim	14	77,8	4	22,2	1,80	0,58-5,57	0,303 <sup>c</sup>
Não	257	66,1	132	33,9	1	-	

<sup>a</sup> OR<sub>br</sub>: odds ratio bruto; <sup>b</sup> IC95%: intervalo de confiança de 95%; <sup>c</sup> Teste do qui-quadrado.

Na Tabela 9 observa-se que não houve associação significativa entre os tipos de violência por parceiro íntimo durante a gestação (psicológica, sexual e física) e a amamentação na primeira hora de vida. Também não houve associação significativa entre a violência em algum momento da vida e o desfecho estudado.

**Tabela 9.** Associação da VIPG e do histórico de violência com a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021.

Variáveis	Amamentação na primeira hora		OR <sub>br</sub> <sup>a</sup>	IC95% <sup>b</sup>	p
	Sim	Não			

	n	%	N	%			
<b>Violência física durante a gestação</b>							
Sim	4	66,7	2	33,3	0,99	0,18-5,49	1,000 <sup>c</sup>
Não	272	66,8	135	33,2	1	-	
<b>Violência psicológica durante a gestação</b>							
Sim	11	73,3	4	26,7	1,38	0,43-4,42	0,782 <sup>d</sup>
Não	265	66,6	133	33,4	1	-	
<b>Violência sexual durante a gestação*</b>							
Sim	-	-	-	-	-	-	-
Não	276	66,8	137	33,2	-	-	-
<b>Qualquer tipo de violência durante a gestação</b>							
Sim	11	68,8	5	31,3	1,09	0,37-3,22	0,868 <sup>c</sup>
Não	265	66,8	132	33,2	1	-	
<b>Violência física em algum momento da vida</b>							
Sim	23	79,3	6	20,7	1,99	0,79-4,99	0,139 <sup>c</sup>
Não	253	65,9	131	34,1	1	-	
<b>Violência sexual em algum momento da vida</b>							
Sim	3	(100,0)	-	-	-	-	-
Não	273	(66,6)	137	(33,4)	-	-	-
<b>Violência psicológica em algum momento da vida</b>							
Sim	33	(75,0)	11	(25,0)	1,56	0,76 - 3,18	0,223 <sup>c</sup>
Não	243	(65,9)	126	(34,1)	1	-	
<b>Qualquer tipo de violência em algum momento da vida</b>							
Sim	73	(70,2)	31	(29,8)	1,23	0,76 - 1,99	0,400 <sup>c</sup>
Não	203	(65,7)	106	(34,3)	1	-	

<sup>a</sup> OR<sub>br</sub>: odds ratio bruto; <sup>b</sup> IC95%: intervalo de confiança de 95%; <sup>c</sup> Teste do qui-quadrado; <sup>d</sup> Teste exato de Fisher.

Na Tabela 10 observa-se que a presença de acompanhante durante o trabalho de parto (OR<sub>br</sub>=1,99; IC95% 1,30-3,06), ter tido contato com o recém-nascido logo após o nascimento (OR<sub>br</sub>=2,91; IC95% 1,88-4,50) e ter parto vaginal (OR<sub>br</sub>=3,08; IC95% 1,93-4,93) aumentaram as chances de amamentação na primeira hora de vida.

**Tabela 10.** Associação das características obstétricas com a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021.

Variáveis	Amamentação na primeira hora				OR <sub>br</sub> <sup>a</sup>	IC95% <sup>b</sup>	p
	Sim		Não				
	n	%	N	%			
<b>Número de gestações</b>							
1	101	65,6	53	34,4	1	-	0,679 <sup>c</sup>
>1	71	67,6	29	32,4	1,09	0,72-1,67	
<b>Número de abortos</b>							
0	225	67,0	111	33,0	0,96	0,54-1,72	0,897 <sup>d</sup>
1	42	67,7	20	32,3	1	-	
2	8	61,5	5	38,5	0,76	0,22-2,63	

3	1	50,0	1	50,0	0,48	0,03-8,01	
<b>Número de partos</b>							
1	113	66,1	58	33,9	1,39	0,67-2,90	
2	80	69,0	36	31,0	1,59	0,74-3,43	
3	49	66,2	25	33,8	1,40	0,62-3,17	0,563 <sup>c</sup>
4	21	58,3	15	41,7	1	-	
≥5	13	81,3	3	18,8	3,09	0,75-12,80	
<b>Gravidez planejada</b>							
Sim	94	65,3	50	34,7	0,90	0,58-1,38	0,624 <sup>c</sup>
Não	182	67,7	87	32,3	1	-	
<b>Sentimento em relação à gravidez não planejada</b>							
Indesejada	14	66,7	7	33,3	1	-	0,919 <sup>c</sup>
Desejada	168	67,7	80	32,3	1,05	0,41-2,70	
<b>Número de consultas de pré-natal</b>							
<6	54	65,9	28	34,1	1	-	0,861 <sup>c</sup>
≥6	220	66,9	109	33,1	1,05	0,63-1,74	
<b>Orientação sobre amamentação</b>							
Sim	94	62,7	56	37,3	0,75	0,49-1,15	0,183 <sup>c</sup>
Não	181	69,1	81	30,9	1	-	
<b>Orientação sobre atividade física</b>							
Sim	149	64,5	82	35,5	0,79	0,52-1,20	0,274 <sup>c</sup>
Não	126	69,6	55	30,4	1	-	
<b>Intercorrências durante a gravidez</b>							
Sim	129	62,6	77	37,4	0,68	0,45-1,03	0,070 <sup>c</sup>
Não	147	71,0	60	29,0	1	-	
<b>Acompanhante durante trabalho de parto</b>							
Sim	134	75,3	44	24,7	1,99	1,30-3,06	0,001 <sup>c</sup>
Não	142	60,4	93	39,6	1	-	
<b>Contato com o recém-nascido</b>							
Sim	153	78,9	41	21,1	2,91	1,88-4,50	<0,001 <sup>c</sup>
Não	123	56,2	96	43,8	1	-	
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	128	81,0	30	19,0	3,08	1,93-4,93	<0,001 <sup>c</sup>
Cesáreo	148	58,0	107	42,0	1	-	
<b>Idade gestacional</b>							
<37	21	56,8	16	43,2	1	-	
37-40	177	67,3	86	32,7	1,57	0,78-3,16	0,374 <sup>c</sup>
>40	78	69,0	35	31,0	1,70	0,79-3,64	
<b>Peso ao nascer</b>							
2.000-2.500	20	57,1	15	42,9	1	-	
2.501-4.000	236	67,2	115	32,8	1,54	0,76-3,12	
>4.000	20	74,1	7	25,9	2,14	0,72-6,38	0,342 <sup>c</sup>
<b>Sexo do recém-nascido</b>							
Masculino	131	64,5	72	35,5	0,82	0,541-1,23	0,330 <sup>c</sup>
Feminino	145	69,0	65	31,0	1	-	
<b>Apgar 5° minuto</b>							
<7	-	-	3	100,0	-	-	-
≥7	276	67,3	134	32,7	-	-	-

<sup>a</sup> OR<sub>br</sub>: odds ratio bruto; <sup>b</sup> IC95%: intervalo de confiança de 95%; <sup>c</sup> Teste do qui-quadrado; <sup>d</sup> Teste exato de Fisher.

A Tabela 11 exibe a análise multivariada. No modelo 1, as variáveis situação conjugal e raça/cor da pele do parceiro foram associadas com o desfecho. No

modelo 2, após ajustes, as mesmas variáveis permaneceram significativas. No modelo final, observou-se que mulheres com acompanhante no trabalho de parto ( $OR_{br}=1,66$ ; IC95% 1,34-2,29), com partos vaginais ( $OR_{br}=2,06$ ; IC95% 1,90-4,73) e contato com recém-nascido ( $OR_{br}=2,14$ ; IC95% 1,04-4,38) apresentaram maior chance de amamentar na primeira hora. Já entre as mulheres sem parceiros ( $OR_{br}=0,47$ ; IC95% 0,25-0,86) e entre aquelas cujos parceiros eram de pele não branca ( $OR_{br}=0,45$ ; IC95% 0,24-0,83) houve menos chance de amamentar.

**Tabela 11.** Fatores para a amamentação na primeira hora. Teresina, Piauí, 2020-2021.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	$OR_{aj}^a$	IC95% <sup>b</sup>	$OR_{aj}^a$	IC95% <sup>b</sup>	$OR_{aj}^a$	IC95% <sup>b</sup>
<b>Situação conjugal</b>						
Com parceria	1		1		1	
Sem parceria	0,50	0,28-0,89 <sup>c</sup>	0,48	0,27-0,86 <sup>c</sup>	0,47	0,25-0,86 <sup>c</sup>
<b>Raça/cor da pele (parceiro)</b>						
Branca	1		1		1	
Não branca	0,43	0,24-0,78 <sup>c</sup>	0,44	0,25-0,81 <sup>c</sup>	0,45	0,24-0,83 <sup>c</sup>
<b>Uso de cigarro</b>						
Sim	1,79	0,94-3,42				
Não	1					
<b>Violência física em algum momento da vida</b>						
Sim			1,93	0,75-4,99		
Não			1			
<b>Orientação sobre amamentação</b>						
Sim					0,73	0,46-1,15
Não					1	
<b>Intercorrência durante a gravidez</b>						
Sim					0,76	0,49-1,18
Não					1	
<b>Acompanhante durante trabalho de parto</b>						
Sim					1,66	1,34-2,29 <sup>c</sup>
Não					1	
<b>Contato com o recém-nascido</b>						
Sim					2,14	1,04 - 4,38 <sup>c</sup>
Não					1	
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal					2,06	1,90-4,73 <sup>c</sup>
Cesáreo					1	

<sup>a</sup>  $OR_{aj}$ : odds ratio ajustado; <sup>b</sup> IC95%: intervalo de confiança de 95%; <sup>c</sup>  $p < 0,05$

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que mais da metade das mulheres relataram ter amamentado na primeira hora de vida. De acordo com a OMS, que classifica a prevalência da AM em muito ruim (0-29%), ruim (30-49%), boa (50-89%) e muito boa (90-100%) (WHO, 2003), nesta pesquisa a prevalência foi considerada boa. Fatores como a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, ter parto vaginal e experienciar contato com o recém-nascido logo após o nascimento aumentaram as chances de AM. Por outro lado, mulheres sem parceiros e aquelas cujos parceiros eram de pele não branca apresentaram menor chance de amamentar logo após o parto. A compreensão desses fatores que influenciam no início precoce da amamentação é importante para contribuir com o melhor manejo dessa prática, uma vez que se sabe que a AM é um marcador significativo da amamentação exclusiva (UNICEF, 2018).

Globalmente, em 2017, apenas 42% das crianças amamentaram na primeira hora de vida, a maioria em países de baixa e média renda. Pode-se atribuir essa baixa prevalência a práticas desatualizadas nos serviços de saúde, pouco conhecimento e escassas orientações sobre amamentação, além de questões culturais que envolvem alimentação suplementar para o recém-nascido (UNICEF, 2018). No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança (PNDS) de 2006 demonstraram baixa prevalência de AM (42,9%) entre crianças menores que 05 anos (BRASIL, 2009). No entanto, outro inquérito que avaliou os indicadores de aleitamento materno nas capitais brasileiras entre menores de 01 ano, entre 1999 e 2008, apontou que 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida (VENANCIO *et al.*, 2010).

A prevalência da AM pode variar dependendo do local avaliado. Estudo de coorte realizado em Jiangyou, China, entre 2010 e 2011, apontou que a prevalência foi muito baixa (9,1%). Ainda assim, entre as que amamentaram na primeira hora, houve maior propensão a continuar a prática após a alta e ter amamentação exclusiva. Prevalências muito baixas são encontradas em várias regiões da China, principalmente em áreas rurais, como é o caso de Jiangyou, possivelmente devido a distribuição de fórmulas infantis nesta área, após a ocorrência de um terremoto na região que provocou extensos danos (TANG *et al.*, 2013). Outra investigação realizada na Lituânia, em 2016, corroborou a evidência que a AM estava associada

ao sucesso da amamentação exclusiva até os seis meses. Puérperas foram entrevistadas de 2 a 4 dias após o parto e posteriormente foram acompanhadas por 6 semanas, por 3 meses e por 6 meses. Seis meses após o parto, 61,7% das mulheres continuaram a amamentar seus filhos, sendo 39,8% de forma exclusiva. Tanto a AM como a amamentação exclusiva contínua por até três meses pós-parto influenciaram positivamente a amamentação até seis meses (JAKAITÉ *et al.*, 2021).

Semelhante à prevalência do atual estudo, pesquisa que avaliou as práticas alimentares de lactentes menores de um ano no Rio Grande do Norte, em 2010, demonstrou que 64,8% das mulheres declararam ter amamentado na primeira hora após o parto (TINOCO *et al.*, 2020). Já em Vitória da Conquista, Bahia, em 2017, houve prevalência de 49,5% de AM (SOUSA *et al.*, 2020). Em Teresina, Piauí, pesquisa realizada em 2015, identificou prevalência de AM de 77,5%, porém o estudo foi realizado apenas com puérperas cujo parto foi normal (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Mulheres cujos partos foram vaginais apresentaram maiores chances de amamentar na primeira hora após o parto na presente pesquisa. Resultados parecidos também foram observados em estudo de base populacional no Malawi, entre 2015-2016, que apontou que mulheres cujo parto foi vaginal apresentaram maior propensão a iniciar a amamentação já na primeira hora (NKOKA *et al.*, 2019). De forma contrária, dados de Hong Kong, entre 2011 e 2012, mostraram que mulheres com parto cesáreo iniciaram tardiamente a amamentação (FAN *et al.*, 2020). No parto cesáreo, tanto o procedimento anestésico como a necessidade de cuidados pós-operatórios podem retardar o contato com o recém-nascido e o início precoce da amamentação. Em contrapartida, no parto normal, há expectativa de que a mulher possa participar de forma mais ativa, aumentando a probabilidade de contato com o RN e a amamentação precoce.

A prevalência de início tardio da amamentação (após uma hora do nascimento) em 58 países de baixa e média renda, entre 2012-2017, foi de 34,5%. Em todos os países, essa prevalência de atraso foi mais baixa entre as mulheres cujo parto foi normal e mais alta entre aquelas que tiveram parto cesáreo (RAIHANA *et al.*, 2021). De forma semelhante a estes resultados, no Brasil, pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro em 2009, também demonstrou que o parto cesáreo foi responsável por alta ocorrência de início tardio da amamentação, uma vez que 72,3% das crianças nascidas de parto cesáreo foram amamentadas após a primeira

hora de vida (PEREIRA *et al.*, 2013). Outro estudo, realizado em Recife, Pernambuco, em 2016, demonstrou que o parto vaginal foi fator de proteção para a amamentação na primeira hora (SILVA *et al.*, 2018).

Nesta pesquisa, o contato pele a pele influenciou positivamente na prática de amamentação na primeira hora. Sabe-se que o parto vaginal favorece o contato pele a pele, uma vez que minimiza intervenções durante o nascimento. Resultados similares foram encontrados em uma metanálise, com dados de 2000 a 2017, reiterando o efeito significativo do contato entre mãe e filho logo após o nascimento para o sucesso da primeira lactação, em comparação aos cuidados de rotina que afasta o recém-nascido da puérpera (KARIMI *et al.*, 2019). Outro estudo, realizado em Recife, Pernambuco, em 2016, apontou o contato pele a pele como fator de proteção para a AM (SILVA *et al.*, 2018). Dessa forma, além de contribuir para o vínculo entre mãe e filho, o contato pele a pele pode favorecer o início precoce da amamentação por facilitar o processo de transição do recém-nascido para o meio extrauterino.

Apesar de a maioria das mulheres deste estudo não ter tido acompanhante durante o trabalho de parto, quando houve a presença deles também ocorreu maior chance de amamentar na primeira hora. Fatores como parto cesáreo e a pandemia de Covid-19 podem ter contribuído para a menor prevalência de acompanhantes, sob a alegação de redução do risco de infecção. Em outros estudos nacionais, também se observou maior probabilidade em amamentar quando o acompanhante esteve presente durante o trabalho de parto e o parto (RAMALHO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020). É possível que a presença de acompanhante propicie suporte emocional à mulher, conferindo maior segurança no pós-parto imediato e proporcionando maior calma por ser alguém do seu círculo de intimidade. No Brasil, a presença de acompanhante já é reconhecida como estratégia para humanizar o parto, assegurada através da Lei 11.108/2005, garantindo sua presença durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com escolha pela parturiente (BRASIL, 2005).

Outro fator que influenciou a AM foi a situação conjugal das puérperas, tendo aquelas sem parceria menor probabilidade de amamentar. Há dados evidenciando que as solteiras, mas cujos parceiros reconheceram a paternidade dos seus filhos, tiveram 50% mais chances de não amamentar em comparação às casadas e com paternidade reconhecida. Já entre as solteiras e sem reconhecimento de

paternidade ocorreu 135% mais chances de não amamentar quando comparadas às casadas e com paternidade reconhecida (WALLENBORN; GRAVES; MASCHO, 2018). Além disso, também se observa que as solteiras apresentam maior propensão a interromper a amamentação durante os primeiros seis meses (DAGHER *et al.*, 2016). Divergindo destes resultados, uma pesquisa mostrou que as casadas tinham maior probabilidade de não amamentar. Contudo, houve avaliação apenas de mulheres com parto cesáreo, um já conhecido fator que atrasa o início da amamentação (WALLENBORN *et al.*, 2017). O fato de as mulheres terem união estável e apoio de outras pessoas, especialmente do parceiro, exerce influência positiva na duração do aleitamento. Sabe-se que tanto o apoio social como econômico e emocional são importantes, porém é o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de suporte, cuja atitude assertiva pode motivar a mulher para amamentar (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

A cor da pele do parceiro se associou com o desfecho, uma vez que mulheres cujos companheiros tinham cor de pele não branca (preta, parda e amarela) apresentaram menor chance de amamentar. Historicamente, a população branca sempre esteve associada a mais privilégios, apresentando maior grau de instrução e melhor poder aquisitivo (BRASIL, 2017), fatores que interferem indiretamente na prática de amamentação. Apesar disso, não há consenso na literatura sobre a associação entre cor da pele e a amamentação. Dados dos Estados Unidos mostraram que crianças negras tiveram taxa menor de qualquer tipo de amamentação aos três meses (58%) do que as brancas (72,7%). A amamentação exclusiva aos seis meses foi observada em 17,2% das crianças negras e 29,5% das brancas. Além disso, mulheres negras experimentaram várias barreiras para amamentar, incluindo falta de conhecimento sobre amamentação, ausência de parceiro, menor apoio social e familiar, escolaridade mais baixa e suporte insuficiente nos serviços de saúde (BEAUREGARD *et al.*, 2019). Por sua vez, em Botucatu, São Paulo, apesar de as mulheres pretas e pardas apresentarem menor escolaridade, renda *per capita* inferior a um salário-mínimo e menos frequentemente ter companheiro, houve maior chance de amamentação até o 12º mês (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A prevalência de VPIG deste estudo (3,6%) foi inferior ao encontrado em outras investigações. Na Etiópia, em 2017, foi de 7,3% (GEBRESLASIE *et al.*, 2020), enquanto na China, em 2016, foi 7,7%, sendo 3,6% de violência física, 4,2% de



psicológica e 1,3% de agressão sexual (WANG *et al.*, 2017). Revisão de literatura apontou que a prevalência de VPIG física pode variar de 1,6% a 78% e a psicológica de 1,8% a 67,4%. Há consenso que essa variação pode ser justificada pelo tamanho da amostra e, ainda, pela metodologia utilizada em cada estudo (ROMÁN-GALVEZ *et al.*, 2021). A baixa prevalência encontrada nesta pesquisa pode estar relacionada ao momento e ao local da entrevista. Talvez o ambiente hospitalar, associado ao fato de as mulheres estarem vivenciando o puerpério imediato, momento em que a mulher passa por alterações fisiológicas e hormonais, possam ter contribuído para as mulheres não falarem abertamente sobre violência. Menezes *et al.* (2003) acreditam que as características peculiares do puerpério podem promover vieses de informação e seleção. É possível que as mulheres, durante este período, relevem condutas agressivas do parceiro na tentativa de manter a relação após a chegada de um filho e, portanto, deixem de relatar eventuais episódios de violência.

Diferente do evidenciado em outras pesquisas, a análise bivariada não mostrou associação entre VPIG e amamentação na primeira hora de vida, possivelmente influenciada pela baixa prevalência verificada. Estudo de coorte, realizado na Espanha, em 2010, demonstrou que mulheres que sofreram violência psicológica durante a gestação apresentaram maior chance de evitar a amamentação (MARTIN-DE-LAS-HERAS *et al.*, 2019). Outro estudo, realizado nos Estados Unidos entre 2000-2003, que mulheres que relataram VPIG tinham maior probabilidade de interromper a amamentação quatro semanas após o parto (SILVERMAN *et al.*, 2006). Percebe-se a necessidade da realização de novos estudos sobre este tema para aprofundar a compreensão sobre a associação entre VPIG e amamentação. A violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher, inclusive no período gestacional, podendo desencadear problemas obstétricos com implicações para a saúde da mulher e do neonato. Dessa maneira, ressalta-se a importância de ações educativas de prevenção e enfrentamento desse agravo, principalmente nos momentos em que as mulheres acessam os serviços de saúde, comumente no pré-natal e nas maternidades (FIOROTTI *et al.*, 2018).

Este estudo apresenta limitações a serem consideradas. Primeiro, o local e o momento da entrevista podem ter influenciado as mulheres a não quererem falar sobre a experiência de violência, ocasionando subestimativa da prevalência. Por ser um período marcado por muitas alterações, recordar um episódio de violência nesse momento pode ter sido exaustivo emocionalmente. Depois, tendo em vista que se

trata de um estudo transversal, que avaliou apenas um determinado momento, sem acompanhar as mulheres após a alta hospitalar, não foi possível saber sobre a continuidade da amamentação e o impacto da VPIG sobre ela.

Apesar das limitações citadas, este estudo é o primeiro a investigar a prática da AM em Teresina, Piauí, com avaliação de fatores associados, incluindo a VPIG. Embora não tenha sido encontrada associação entre VPIG e AM, os achados são relevantes e podem contribuir para a elaboração de estratégias para prevenir a violência durante a gestação e ações para ampliar a prática da AM. Para o enfrentamento da VPIG é necessário, inicialmente, seu reconhecimento. Dessa maneira, torna-se necessário capacitar os profissionais de saúde para identificar e atender esse tipo de situação.

Observou-se que a prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi considerada boa, e que fatores obstétricos e de assistência ao parto e pós parto contribuíram positivamente para a prática do aleitamento materno. Diante disso, percebe-se a importância de ofertar uma assistência de qualidade no processo de parturição. Ações educativas e capacitações para os profissionais de saúde são estratégias para melhorar a assistência prestada e contribuir para melhorar a prática de amamentação na primeira hora de vida.

## 7 CONCLUSÕES

Neste estudo, a prevalência da amamentação na primeira hora de vida foi de 66,8%, considerada boa de acordo com as recomendações da OMS.

A AM esteve associada a fatores obstétricos e de assistência hospitalar, como a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto vaginal e o contato pele a pele com o recém-nascido logo após o nascimento, demonstrando a importância das condutas adotadas pelos profissionais de saúde durante o parto e pós-parto. Fatores como ausência de parceria e parceria de pele não branca diminuíram as chances de AM.

Não se observou associação entre VPIG e AM. Apesar disso, são necessários esforços para identificar e mitigar os desfechos negativos da violência durante a gestação.

## REFERÊNCIAS

- ALHUSEN, J. L. *et al.* Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. **Journal of Women's Health**, v. 24, n. 1, p. 100-106, 2015.
- ALMEIDA, B. F. *et al.* Processo de assistência ao parto normal em uma maternidade pública do estado do Piauí. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, p. 45-56, 2016.
- AUDI, C. A. F. *et al.* Violência doméstica na gravidez, prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.
- ARAÚJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicologia para América Latina**, n.14, 2008.
- ARIYO, T.; JIANG, Q. Intimate partner violence and exclusive breastfeeding of infants: analysis of the 2013 Nigeria demographic and health survey. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 15, p. 2-11, 2021.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.
- BARALDI, N. G. *et al.* Violência por parceiro íntimo e a prática do aleitamento materno. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, p. e239360, 2019.
- BARROS, E. N. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 591-598, 2016.
- BELO, M. N. M. *et al.* Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 1, p. 65-72, 2014.
- BEAUREGARD J. L. *et al.* Racial disparities in breastfeeding initiation and duration among U.S. infants born in 2015. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 68, n. 34, p. 745-748, 2019.
- BOYCE, S. C. *et al.* Associations of intimate partner violence with postnatal health practices in Bihar, India. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 398, 2017.
- BRASIL. **Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006**. 2006. Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acessado em: 31 mar. 2020.
- \_\_\_\_\_. **Lei 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.html). Acessado em: 16 ago. 2021.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher, PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. 2009. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 371 de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html). Acessado em: 24 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.1153 de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html). Acessado em: 24 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

\_\_\_\_\_. **Norma técnica. Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à gestão participativa e ao controle social. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAICEDO-ROA, M. *et al.* Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00110718, 2019.

CALEYACHETTY, R. *et al.* Maternal exposure to intimate partner violence and breastfeeding practices in 51 low-income and middle-income countries: a population-based cross-sectional study. **Plos Medicine**, v. 16, n.10, p. e1002921, 2019.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, v. 359, n. 9314, p. 1331-1336, 2002.

CAPUCHO, L. B. *et al.* Fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Revista Brasileira Pesquisa e Saúde**, v. 19, n. 1, p. 108-113, 2017.

CARNEIRO, J. F. *et al.* Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 243-255, 2016.

CERULLI, C. *et al.* Exploring the impact of intimate partner violence on breastfeeding initiation: does it matter? **Breastfeeding Medicine**, v. 5, n. 5, p. 225-226, 2010.

CHAVES, K. *et al.* Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 357, 2019.

DAGHER, R. K. *et al.* Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 194, 2016.

DEVRIES, K. M. *et al.* Violence against women in strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Social Science & Medicine**, v. 73, n. 1, p. 79-86, 2011.

DEVRIES, K. M. *et al.* Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. **Plos Medicine**, v. 10, n. 5, p. e1001439, 2013.

ESTEVEES, T. M. B. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 697-708, 2014.

ESTEVEES, T. M. B. *et al.* Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2390-2400, 2015.

FAISAL-CURY, A. *et al.* Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, p. 1297-1303, 2013.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FAN, H. S. L. *et al.* Association between intrapartum factors and the time to breastfeeding initiation. **Breastfeeding Medicine**, v. 15, n. 6, p. 394-400, 2020.

FIOROTTI, K. F. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 0810017, 2018.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS). **Maternidades municipais realizaram quase 4 mil partos no primeiro semestre de 2019**. 2019. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/2766/maternidades-municipais-realizaram-quase-4-mil-partos-no-primeiro-semester-de-2019>. Acesso em: 11 mai. 2020.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 168-178, 1996.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 3, p. 451-454, 2016.

GARCIA, L. P. *et al.* Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 4/5, p. 251-257, 2015.

GARCIA, L. P. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. e00011415, 2016.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00062317, 2018.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006.

GEBRESLASIE, K. Z. *et al.* Intimate partner violence during pregnancy and risk of still birth in hospitals of Tigray region Ethiopia. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 27, n. 46, p. 107, 2020.

GEDRAT, D. C.; SILVEIRA, E. F.; ALMEIDA NETO, H. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serviço Social e Sociedade**, n. 138, p. 342-358, 2020.

HAN, A.; STEWART, D. E. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 124, n. 1, p. 6-11, 2014.

HASSELMANN, M. H. *et al.* Intimate partner violence and early interruption of exclusive breastfeeding in the first three months of life. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, p. e00017816, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades. 2019**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina>. Acesso em: 08 jun. 2020.

JAKAITÉ, V. *et al.* Predictors of exclusive breastfeeding in the first six months: four consecutive surveys in a tertiary hospital in Lithuania. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 1, p. 22, 2021.

JEWKES, R. K. *et al.* Intimate partner violence relationship power inequity and incident of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. **Lancet**, v. 376, n. 9734, p. 41-48, 2010.

KARIMI, F. Z. *et al.* The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 58, n. 1, p. 1-9, 2019.

KENDALL-TACKETT, K. A. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum and breastfeeding. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 8, n. 3, p. 344-353, 2007.

LAU, Y.; CHAN, K. S. 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**, v. 52, n. 2, p. e15-e20, 2007.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 33, 2017.

LOURENÇO, M. A.; DESLANDES, S. F. Experiência no cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 615-620, 2008.

MADSEN, K. F. *et al.* Intimate partner violence and subsequent premature termination of exclusive breastfeeding: a cohort study. **Plos One**, v. 14, n. 6, p.e0217479, 2019.

MARIANO, L. M. B. *et al.* Aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. e2910015, 2016.

MARTIN-DE-LAS-HERAS, S. *et al.* Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. **BJOG**, v. 126, n. 6, p. 778-783, 2019.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, supl. 1, p. e200007, 2020.

MEZZAVILLA, R. S. *et al.* Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 3, p. 226-237, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MENEZES, T. C. *et al.* Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.5, p.309-316, 2003.



MORAES, C. L. *et al.* Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breastfeeding. **Public Health Nutrition**, v. 14, n. 12, p. 2148-2155, 2011.

NKOKA, O. *et al.* Determinants of timely initiation of breast milk and exclusive breastfeeding in Malawi: a population-based cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v. 14, p. 37, 2019.

NORMANN, A. K. *et al.* Intimate partner violence and breastfeeding: a systematic review. **BMJ Open**, v. 10, p. e34153, 2020.

OGBO, F. A. *et al.* Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, p. 16, 2017.

OLIVEIRA, J. E. *et al.* Resultados perinatais e do primeiro ano de vida segundo cor da pele materna: estudo de coorte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03480, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica contra a mulher**. 2005. Disponível em: [https://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/es/](https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/) Acesso em: 18 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher**. 2012. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359\\_por.pdf;jsessionid=3151B486444EE61C9086E547CE3F9829?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=3151B486444EE61C9086E547CE3F9829?sequence=3). Acesso em: 31 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial sobre a prevenção da violência**. 2014. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/publicacao/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>. Acesso em: 19 abr.2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **OMS e UNICEF lançam novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo**. 2018a. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820). Acesso em: 31 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. **Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo**. 2018b. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5729:aleit](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5729:aleit)

amento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-mais-de-820-mil-criancas-menores-de-cinco-anos-em-todo-o-mundo&Itemid=820. Acesso em: 22 jul. 2020.

PALLITTO, C. C. *et al.* Intimate partner violence, abortion and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 120, n. 1, p. 3-9, 2013.

PEREIRA, C. R. V. R. *et al.* Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 525-534, 2013.

RAIHANA, S. *et al.* Delayed initiation of breastfeeding and role of mode and place of childbirth evidence from health surveys in 58 low-and middle-income countries (2012-2017). **International Journal of Environment Research and Public Health**, v. 18, n. 11, p. 5976, 2021.

RAMALHO, A. A. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, s. 1, p.e43809, 2019.

ROCHA, A. F.; GOMES, K.; RODRIGUES, M. T. P. Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 4077-4086, 2019.

RODRIGUES, D. P. *et al.* Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 206-213, 2014.

ROMÁN-GALVEZ, R. M. *et al.* Prevalence of intimate partner violence in pregnancy: an umbrella review. **International Journal of Environment Research and Public Health**, v. 15, n. 18, p. 2, 2021.

ROSA, D. O. A. **Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2013.** 94f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SACO, M. C. *et al.* Contato pele a pele e mamada precoce: fatores associados e influência no aleitamento materno exclusivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. e20180260, 2019.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 658-666, 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI). **Maternidade Evangelina Rosa, 2016.** Disponível em: <http://www.mder.pi.gov.br/>. Acesso em: 24 mai. 2020.

SGOBERO, J. K. G. S. *et al.* Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p. 339-350, 2015.

SILVA, E. P. *et al.* Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1044-1053, 2011.

SILVA, J. L. P. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em hospital amigo da criança. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. e4190017, 2018.

SILVA, L. A. T. *et al.* Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 20180448, 2020.

SILVERMAN, J. G. *et al.* Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. **Journal of Women's Health**, v. 15, n. 8, p. 934-940, 2006.

SORBO, M. F. *et al.* Past and recent abuse is associated with early cessation of breastfeeding: results from a large prospective cohort in Norway. **BMJ Open**, v. 5, p. e009240, 2015.

SOUSA, P. K. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no Sudoeste da Bahia, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2018384, 2020.

STOCKL, H. *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **Lancet**, v. 382, n. 9895, p. 859-865, 2013.

TAILLIEU, T. L.; BROWNRIDGE, D. A. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. **Science Direct**, v. 15, n. 1, p. 14-35, 2010.

TANG, L. *et al.* Low prevalence of breastfeeding initiation within the first hour of life in a rural area de Sichuan Province, China. **Birth**, v. 40, n. 2, p. 134-142, 2013.

TINOCO, L. S. *et al.* Feeding practices in the first year of life: challenges to food and nutrition policies. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, p. e2018401, 2020.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo I - Histórico e Implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf). Acesso em: 24 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. **Capture the moment. Early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn**. New York: UNICEF; 2018.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2016.

VENANCIO, S. I. *et al.* A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 8, p. 317-324, 2010.

WALLENBORN, J. T. *et al.* Breastfeeding initiation in mothers with repeat cesarean section: the impact of marital status. **Breastfeeding Medicine**, v. 12, n. 4, p. 227-232, 2017.

WALLENBORN, J. T.; GRAVES, W. C.; MASHO, S. W. The role of paternity acknowledgment in breastfeeding noninitiation. **Journal of Human Lactation**, v. 34, n. 4, p.737-744, 2018.

WANG, T. *et al.* Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in China: a systematic review and meta-analysis. **Plos One**, v. 12, n. 10, p. e0175108, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and Young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes**. Geneva: WHO; 2003.

\_\_\_\_\_. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence**. Geneva: WHO; 2013.

\_\_\_\_\_. **10 Facts on breastfeeding**. 2017.

Disponível em: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>. Acesso em: 07 set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Breastfeeding**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/breastfeeding> Acesso em: 20 dez. 2020.

**APÊNDICE A. FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS****A. Hospital**

1. MDER
2. Hospital do Dirceu
3. Hospital do Buenos Aires
4. Hospital do Promorar
5. Hospital do Satélite

**B. Número \_\_\_\_\_****Dados demográficos (mulher)****C. Faixa etária (em anos)**

1. 10-14
2. 15-19
3. 20-29
4. 30-40
5. >40

**D. Cor da pele (autodeclarada)**

1. Branca
2. Preta
3. Parda
4. Amarela
5. Indígena
9. Não sabe/não quer declarar

**E. Escolaridade (em anos)**

1. 0-4
2. 5-8
3. 8-11
4. >12
9. Não sabe/não quer declarar

**F. Ocupação**

1. Com ocupação
2. Sem ocupação

**G. Possui renda própria**

1. Sim
2. Não

**H. Situação conjugal**

1. Com parceria
2. Sem parceria

**I. Uso de álcool**

1. Sim
2. Não

**J. Uso de cigarro**

1. Sim
2. Não

**K. Uso de drogas ilícitas**

1. Sim
2. Não

**Dados demográficos (parceiro)**

**L. Faixa etária (em anos)**

1. 10-14 2. 15-19 3. 20-29 4. 30-40 5. >40 9. Ignorado

**M. Cor da pele (autodeclarada)**

1. Branca 2. Preta 3. Parda  
4. Amarela 5. Indígena 9. Ignorado

**N. Escolaridade (em anos)**

1. 0-4 2. 5-8 3. 8-11 4. >12

9. Ignorado

**O. Ocupação**

1. Com ocupação 2. Sem ocupação 9. Ignorado

**P. Provedor da família**

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

**Q. Uso de álcool**

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

**R. Uso de cigarro**

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

**S. Uso de drogas ilícitas**

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

### **Características obstétricas e do neonato**

**T. Número de gestações**

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. ≥5

**U. Número de abortos**

1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. ≥5

**V. Número de partos**

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. ≥5

**W. Gravidez planejada**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe/ não quer declarar

**X. Sentimento em relação à gravidez não planejada**

1. Indesejada 2. Desejada  
9. Não sabe/ não quer declarar  
99. Não se aplica

**Y. Número de consultas de pré-natal**

1. Nenhuma 2. <6 consultas

3. ≥6 consultas

**Z. Orientação sobre amamentação (no pré-natal)**

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

**AA. Orientação sobre atividade física (no pré-natal)**

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

**AB. Intercorrência durante a gravidez**

1. Não 2. ITU 3. DPP 4. Trabalho de parto prematuro 5. Rotura prematura de membrana 6. Ameaça de abortamento 7. Doença sistêmica 8. Outras 9. Não sabe/ não quer responder

**AC. Presença de acompanhante durante trabalho de parto e parto**

1. Sim 2. Não

**AD. Contato com o recém nascido**

1. Sim 2. Não

**AE. Tipo de parto**

1. Vaginal 2. Cesárea 3. Vaginal cirúrgico (fórceps)

**AF. Idade gestacional (semanas)**

1. <37 2. 37-40 3. >40

**AG. Peso ao nascer (gramas)**

1.<2.000 2. 2.000-2.500 3. 2.501-4000 4. >4.000

**AH. Sexo do RN**

1. Masculino 2. Feminino

**AI. Apgar 5° minuto**

1. <7 2. ≥7

**AJ. Amamentou na primeira hora?**

1. Sim 2. Não

**Histórico de violência**

**AK.** Violência física durante a gestação

1. Sim 2. Não

**AL.** Violência psicológica durante a gestação

1. Sim 2. Não

**AM.** Violência sexual durante a gestação

1. Sim 2. Não

**AN.** Você sofreu algum tipo de violência durante a gestação pelo seu parceiro?

1. Sim 2. Não

**AO.** Você sofreu algum tipo de violência física em algum momento da sua vida, anterior a gravidez?

1. Sim 2. Não

**AP.** Você sofreu algum episódio de violência sexual em algum momento da sua vida, anterior a gravidez?

1. Sim 2. Não

**AQ.** Você sofreu algum tipo de violência insulto/xingamento/ofensa do seu parceiro em algum momento da sua vida, anterior a gravidez?

1. Sim 2. Não

**AR.** Em algum momento da sua vida, você presenciou de alguma forma violência na sua família, especialmente violência materna?

1. Sim 2. Não



## APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa denominada **“Violência por parceiro íntimo na gestação e a repercussão sobre o aleitamento materno”**. Esta pesquisa está sob a responsabilidade dos pesquisadores Alberto Pereira Madeiro e Vera Alice Oliveira Viana, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, e tem como objetivo saber mais sobre a violência provocada pelo namorado ou ex-namorado, pelo marido ou ex-marido contra a mulher que está grávida e que mora na cidade de Teresina, Piauí. O estudo pretende também saber se a mulher amamentou logo após o parto. A cidade de Teresina não apresenta informações sobre mulheres que foram vítimas de violência, provocada pelo namorado ou ex-namorado, marido ou ex-marido durante a gestação, e se essa violência pode atrapalhar a amamentação. Essa pesquisa quer conhecer sobre esse assunto porque essas informações poderão ajudar para que se pense uma forma de diminuir a violência contra a mulher na gestação. Por isso, solicitamos sua colaboração para participar da pesquisa mediante a assinatura desse termo. Para participar, você deverá responder algumas perguntas sobre você, sobre seu parceiro, sobre sua gravidez e sobre se você amamentou logo após seu parto. Também será perguntado se você já sofreu alguma violência durante a sua gestação. A entrevista deverá durar cerca de 30 minutos e será em local reservado, sem a presença de outras pessoas. Esclarecemos que você pode se sentir desconfortável, ou constrangida, ou cansada ou ficar aborrecida ao responder às perguntas que vamos fazer. Se isso acontecer, nós estamos treinados para acolher eventuais desconfortos e também sua entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, se você desejar. Além disso, se houver necessidade, você poderá ser encaminhada para apoio psicológico por um profissional especializado. Ninguém vai ficar sabendo que você está participando da pesquisa, seu nome não ficará anotado em nenhum lugar e nem daremos a estranhos as informações que você nos der. A sua participação na pesquisa não vai ajudar você diretamente, mas essas informações poderão ajudar para que se pense uma forma de diminuir a violência contra a mulher na gestação.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. Este termo também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você, participante da pesquisa, e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma e aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas, antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores através dos seguintes e-mail/telefones: Vera Alice Oliveira Viana ([veraalice75@hotmail.com](mailto:veraalice75@hotmail.com)/(86) 99497-7985) e Alberto Pereira Madeiro ([madeiro@uol.com.br](mailto:madeiro@uol.com.br)/ (86) 99471-9267). Se, mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br); no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária e, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e os pesquisadores estarão sua disposição para qualquer esclarecimento.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclarecemos ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcida. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE PARA RESPONSÁVEIS

**Prezado(a) Senhor(a),**

Sua filha ou sua parente está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa denominada **“Violência por parceiro íntimo na gestação e a repercussão sobre o aleitamento materno”**. Esta pesquisa está sob a responsabilidade dos pesquisadores Alberto Pereira Madeiro e Vera Alice Oliveira Viana, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, e tem como objetivo saber mais sobre a violência provocada pelo namorado ou ex-namorado, pelo marido ou ex-marido contra a mulher que está grávida e que mora na cidade de Teresina, Piauí. O estudo pretende também saber se a adolescente amamentou logo após o parto. A cidade de Teresina não apresenta informações sobre mulheres que foram vítimas de violência, provocada pelo namorado ou ex-namorado, marido ou ex-marido durante a gestação, e se essa violência pode atrapalhar a amamentação. Essa pesquisa quer conhecer sobre esse assunto porque essas informações poderão ajudar para que se pense uma forma de diminuir a violência contra a mulher na gestação. Por isso, solicitamos sua colaboração para autorizar a participação da sua filha ou sua parente nessa pesquisa mediante a assinatura desse termo. Para participar, ela deverá responder algumas perguntas sobre ela, sobre seu parceiro, sobre sua gravidez e sobre se amamentou logo após o parto. Também será perguntado se ela já sofreu alguma violência durante a gestação. A entrevista deverá durar cerca de 30 minutos e será em local reservado, sem a presença de outras pessoas. Esclarecemos que sua filha pode se sentir desconfortável, ou constrangida, ou cansada ou ficar aborrecida ao responder às perguntas que vamos fazer. Se isso acontecer, nós estamos treinados para acolher eventuais desconfortos e também sua entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, se ela desejar. Além disso, se houver necessidade, ela poderá ser encaminhada para conversar com um psicólogo após a entrevista. Ninguém vai ficar sabendo que ela está participando da pesquisa, seu nome não ficará anotado em nenhum lugar e nem daremos a estranhos as informações que ela nos der. A participação dela na pesquisa não vai

ajudá-la diretamente, mas essas informações poderão ajudar para que se pense uma forma de diminuir a violência contra a mulher na gestação no futuro.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar os direitos da participante menor de 18 anos. Após seu consentimento, como responsável, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. Este termo também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você, responsável pela participante da pesquisa, e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma e aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas, antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores através dos seguintes e-mail/telefones: Vera Alice Oliveira Viana ([veraalice75@hotmail.com](mailto:veraalice75@hotmail.com)/(86) 99497-7985) e Alberto Pereira Madeiro ([madeiro@uol.com.br](mailto:madeiro@uol.com.br)/(86) 99471-9267). Se, mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina-PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br); no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir autorizar a participação. Esclarecemos mais uma vez que a participação é voluntária e, caso decida retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclarecemos ainda que a adolescente não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que será devidamente ressarcida. Não haverá nenhum tipo de pagamento pela participação da

adolescente, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação neste estudo, poderá ser indenizada conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu \_\_\_\_\_ declaro que autorizo minha filha ou minha parente, menor de 18 anos, a participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por ela prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

**ANEXO A. QUESTIONÁRIO DA MULHER DO ESTUDO MULTIPAÍSES DA OMS  
(ADAPTADO)<sup>1</sup>.**

Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma, durante a gravidez atual:	A. Se SIM, continue com B. Se NÃO, vá para o próximo item.  1. SIM 2. NÃO	B. Na gestação você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?  1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	C. Antes da gravidez você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?  1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS
a. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1    2	1    2    3	1    2    3
b. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1    2	1    2    3	1    2    3
c. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p. ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?	1    2	1    2    3	1    2    3
d. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	1    2	1    2    3	1    2    3
Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma, durante a gravidez atual:	A. Se SIM, continue com B. Se NÃO, vá para o próximo item.  1. SIM 2. NÃO	B. Na gestação você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?  1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	C. Antes da gravidez você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?  1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS
a. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1    2	1    2    3	1    2    3
b. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão?	1    2	1    2    3	1    2    3
c. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1    2	1    2    3	1    2    3

d. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1 2	1 2 3	1 2 3
e. Estrangulou ou queimou você de propósito?	1 2	1 2 3	1 2 3
f. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1 2	1 2 3	1 2 3
Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma, durante a gravidez atual:	A) (Se SIM, continue com B. Se NÃO, vá para o próximo item)  1. SIM 2. NÃO	B) Na gestação você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?  1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS	C) Antes da gravidez você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?  1. UMA 2. POUCAS 3. MUITAS
a. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1 2	1 2 3	1 2 3
b. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1 2	1 2 3	1 2 3
c. Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1 2	1 2 3	1 2 3

<sup>1</sup> SCHRAIBER, L. B. *et al.*, 2010.



**ANEXO B. AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL FMS****DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**


Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **“VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E REPERCUSSÃO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO EM TERESINA, PIAUÍ”** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo aos pesquisadores: **ALBERTO PEREIRA MADEIRO E VERA ALICE OLIVEIRA VIANA** o acesso a puérperas das maternidades do município de Teresina para realização de entrevistas.

Teresina, 31 de julho de 2020.

---

Maria Luci Esteves Santiago  
Comissão de Ética em Pesquisa da  
Fundação Municipal de Saúde



---

Comissão de Ética em Pesquisa  
Fundação Municipal de Saúde

## ANEXO C. AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL MDER



## CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Joaquim Vaz Parente, Diretor de Ensino e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa situada em Teresina/PI, declaro que o mestrando da Area Saúde em Comunidade: Vera Alice Oliveira Viana, pretende realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: **“VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E REPERCUSSÃO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO EM TERESINA, PIAUÍ”**. Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Alberto Pereira Madeiro, Objetivo Geral: analisar a repercussão da violência por parceiro íntimo na gestação sobre o aleitamento materno em Teresina, Piauí

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, de forma que os prontuários serão liberados sem a identificação do paciente;

Que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa;

Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;

Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí- UFPI, garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Teresina, 10 de agosto de 2020

*Joaquim Vaz Parente*  
564 CPF: 068  
de Ensino e Pesquisa

Dr. Joaquim Vaz Parente  
CRM-PI 564 CPF: 068.106.751-91  
Diretor de Ensino e Pesquisa - MDER

( ASSINATURA DO RESPONSÁVEL )

## ANEXO D. AUTORIZAÇÃO CEP



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Violência por parceiro íntimo na gestação e a repercussão sobre o aleitamento materno em Teresina, Piauí

**Pesquisador:** ALBERTO PEREIRA MADEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36736220.1.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.387.960

**Apresentação do Projeto:**

Informações retiradas do PB Informações Básicas:

Trata-se de um projeto de pesquisa no âmbito de uma dissertação. Tem como pesquisador responsável Alberto Pereira Madeiro e como pesquisadora assistente Vera Lúcia Viana.

É uma pesquisa de abrangência local, de natureza quantitativa, descritiva e transversal. Serão entrevistadas puérperas do município de Teresina no período de novembro de 2020 a abril de 2021. O estudo será desenvolvido em cinco maternidades públicas da cidade: - Maternidade Dona Evangelina Rosa- Hospital do Dirceu/ CIAMCA

- Hospital do Buenos Aires- Hospital do Promorar- Hospital do Satélite.

Para delimitação do tamanho da amostra, utilizou-se o cálculo para amostras probabilísticas finitas por proporção estratificada, com estimativa de 375

indivíduos, porém para minimizar perdas ou recusas, foi acrescido 10% sobre o valor amostral, totalizando uma amostra final de 412 puérperas estratificadas em cinco grupos (maternidades) com base em seu peso em relação à população total. Dessa forma, a amostra final terá 218 puérperas na Maternidade Dona Evangelina Rosa, 59 no Hospital do Dirceu, 48 na Maternidade do Promorar, 45 na Maternidade do Satélite e 42 na Maternidade do Buenos

Aires. Com o objetivo de garantir o caráter aleatório de seleção da amostra, será realizado o sorteio de quatro dias da semana em que os dados serão coletados entre as puérperas que tenham tido parto de nascido vivo há pelo menos 6h, nas últimas 24 horas. A coleta de dados será

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550

**UF:** PI **Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.387.960

realizada no período de novembro de 2020 a abril de 2021, através do contato direto com as puérperas selecionadas para o estudo. Por se tratar de um tema que possivelmente gere constrangimento e desconforto, o ambiente da entrevista será em sala reservada, buscando preservar a privacidade da participante. com perguntas sobre aspectos sociodemográficos, obstétricos e histórico de violência. Para a investigação da violência por parceiros íntimos na gestação será utilizado o instrumento do estudo World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW). Trata-se de instrumento adaptado para aplicação em diferentes contextos culturais, já validado no Brasil. É curto (13 itens), com 04 perguntas sobre violência psicológica, 06 sobre violência física e 03 sobre violência sexual (SCHRAIBER et al., 2010). A pesquisa foi submetida à análise pela Fundação Municipal de Saúde (Comissão de Ética) para obtenção de anuência e pela Maternidade Dona Evangelina Rosa.

**Critério de Inclusão:**

- puérperas com nascidos vivos (cujos partos ocorreram no mínimo há seis horas);
- puérperas residentes em Teresina.

**Critério de Exclusão:**

- puérperas que se recusarem a participar da pesquisa;
- puérperas que apresentarem algum impedimento para AM precoce por patologias ou complicações do parto;
- puérperas cujos recém-nascidos foram admitidos na UTI neonatal;
- puérperas com óbitos fetais ou neonatais;
- puérperas com incapacidades cognitivas, clínicas ou complicações neurológicas que possam comprometer a compreensão dos questionários.

**Objetivo da Pesquisa:**

Extraídos de PB Informações Básicas

**Objetivo Primário:**

Analisar a repercussão da violência por parceiro íntimo na gestação sobre o aleitamento materno em Teresina, Piauí.

**Objetivo Secundário:**

1. Caracterizar a prevalência da amamentação na primeira hora de vida;
2. Identificar as mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo durante a gestação;
3. Descrever as características demográficas das gestantes que sofreram VPIG e de seus parceiros íntimos;
3. Avaliar a associação entre VPIG e a amamentação na primeira hora de vida;

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.387.960

4. Identificar outros fatores associados à amamentação na primeira hora de vida

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Informações retiradas do documento "Informações Básicas"

**Riscos:**

A realização da pesquisa apresenta riscos mínimos e de ordem psicológica, como a possibilidade de constrangimento e desconforto ao responder o questionário devido ao tema sensível da violência, além de também ser possível o cansaço ao responder às perguntas e o receio da quebra de sigilo. Contudo, as participantes receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa, os questionários não serão identificados e seu preenchimento

poderá ser interrompido a qualquer momento de acordo com o desejo da participante. Além disso, caso necessário, as participantes poderão ser encaminhadas para atendimento psicológico com profissional especializado.

**Benefícios:**

Os benefícios serão indiretos, relacionados ao conhecimento sobre a associação de VPIG e amamentação na primeira hora de vida. Há expectativa que os resultados poderão ampliar as informações e referências dos profissionais de saúde sobre esse tema. Ainda mais, os dados poderão contribuir para a sensibilização de gestores e elaboração de políticas públicas voltadas para a violência durante a gestação e práticas de aleitamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide item Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide item Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações.

**Recomendações:**

Vide item Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer de N° 4.277.979-CEP-UFPI, de 15 de setembro de 2020, seguem abaixo elencadas com o status de sanada ou não sanada:

1) No documento PB Informações Básicas a pesquisadora Vera Alice Oliveira Viana figura como pesquisadora assistente e membro da equipe de pesquisa, porém no termo de confidencialidade e

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.387.960

na declaração dos pesquisadores, a pesquisadora aparece como colaboradora. Faz-se necessário normalizar o papel da pesquisadora nos documentos oficiais;

- Na presente versão a pendência foi sanada constando agora em todos os documentos pertinentes, a pesquisadora como assistente.

2) Existem assinaturas coladas no termo, na carta de encaminhamento e na declaração, algo que face a Pandemia da Covid-19 está sendo aceito (por recomendação da CONEP) porém mediante a devida apresentação de um documento justificando a ausência e expressando o comprometimento em posteriormente apresentar os documentos assinados corretamente. Isso posto solicita-se a apresentação do documento;

- Na presente versão a pendência foi sanada uma vez que foi apresentada uma justificativa e comprometimento de apresentação futura dos termos devidamente assinados.

3) A Folha de rosto encontra-se com a assinatura da coordenadora do PPGSC colada e sem carimbo. Pendência perfeitamente sanável com a apresentação da justificativa mencionada acima;

- Na presente versão a pendência foi sanada uma vez que foi apresentada uma justificativa e comprometimento de apresentação futura dos termos devidamente assinados.

4) Os riscos elencados tanto no documento PB informações Básicas quanto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) necessitam ser melhorados, bem como a forma de contorná-los. Aspectos associados à violência (física/emocional/sexual) serão suscitados no momento do preenchimento do formulário e caso a participante tenha sido vítima, questionamentos acerca podem levar à lembranças dolorosas. Considerando ainda o momento fragilizante emocionalmente e fisiologicamente (desbalanço hormonal que inclusive pode contribuir para ocorrências de manifestações psíquicas já reconhecidas e associadas) em que a mulher encontra-se, isso tem que ser considerado enquanto risco e devem ser avaliadas e expressas as formas de contornar;

- Na presente versão entende-se que a pendência foi sanada uma vez que no TCLE os riscos foram melhor evidenciados para a participante.

5) Os benefícios apresentados necessitam ser melhorados com o intuito de justificar a necessidade de realização da pesquisa;

- Na presente versão a pendência foi sanada.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.387.960

6) Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta-se abaixo inconsistências verificadas:

a) Ausência de paginação. Observar que a paginação deve ser no modelo 1-3;2-3, etc;

- Na presente versão a pendência foi sanada.

b) Ausência da informação que o mesmo será apresentado em duas vias sendo uma da participante e outra dos pesquisadores;

- Na presente versão a pendência foi sanada.

c) Ausência da garantia ao ressarcimento e indenização;

- Na presente versão a pendência foi sanada.

d) Não apresenta o horário de atendimento do CEP;

- Na presente versão a pendência foi sanada.

e) Não apresenta para a participante como será a aplicação do formulário, sobre o local onde será apresentado, que será reservado;

- Na presente versão a pendência foi sanada.

f) Não expressa claramente a forma de contornar os riscos apresentados pela pesquisa, caso venham à se concretizar.

- Na presente versão a pendência foi sanada.

7) O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) apresenta as mesmas inconsistências do TCLE uma vez que tem o mesmo texto. Solicita-se que o TALE seja escrito de forma adequada a linguagem para a idade. O mesmo deve ser em arquivo separado do TCLE.

- Na presente versão as inconsistências similares às do TCLE foram sanadas e como a linguagem adotada, tanto no novo TCLE apresentado quanto no novo TALE, é acessível, considera-se a pendência sanada.

8- Inserir um TCLE para os responsáveis pela adolescente participante da pesquisa.

- Na presente versão a pendência foi sanada.

Face o atendimento de todas as pendências elencadas anteriormente, considera-se o projeto de pesquisa apto para execução.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.387.960

na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

1\* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação";

2\* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3\* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4\* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1586618.pdf	03/10/2020 22:29:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMASETEMBRO PDF.pdf	03/10/2020 22:23:59	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_CEPSETEMBRO.docx	02/10/2020 15:40:56	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALE_SETEMBRO.docx	02/10/2020 15:35:13	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.387.960

Ausência	TALE_SETEMBRO.docx	02/10/2020 15:35:13	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEISSETEMBRO.docx	02/10/2020 15:31:14	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SETEMBRO.docx	02/10/2020 15:30:51	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Outros	Termo_ConfidencialidadeSetembro.pdf	02/10/2020 15:25:08	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_PesquisadoresSetembro.pdf	02/10/2020 15:23:36	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP.pdf	18/08/2020 22:36:42	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Outros	Curriculo_Alberto.pdf	18/08/2020 22:34:20	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Outros	instrumento.docx	18/08/2020 22:30:49	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	18/08/2020 22:30:09	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	18/08/2020 22:29:43	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Outros	curriculo_vera.pdf	17/08/2020 17:18:28	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_mder.pdf	14/08/2020 21:29:33	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_fms.pdf	14/08/2020 21:25:56	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito
Folha de Rosto	folha_De_Rosto_Plataforma.pdf	13/08/2020 18:53:48	Vera Alice Oliveira Viana	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 4.387.960

TERESINA, 09 de Novembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br