Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Patricia Gomes Tomé

Violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno exclusivo em países da América Latina e Caribe

Rio de Janeiro

2015

Patricia Gomes Tomé

Violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno exclusivo em países da América Latina e Caribe

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Drª. Maria Helena Hasselmann

Co-orientador: Prof. Dr. Cristiano Siqueira Boccolini

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

T656 Tomé, Patricia Gomes.
Violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno exclusivo em países da América Latina e Caribe / Patricia Gomes Tomé. – 2015.
77 f.

Orientadora: Maria Helena Hasselmann.
Co-orientador: Cristiano Siqueira Boccolini.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição.

1. Nutrição – Teses. 2. Amamentação – Teses. 3. Violência conjugal – Teses. 4. Crianças - Cuidado e tratamento – Teses. I. Hasselmann, Maria Helena. II. Boccolini Cristiano Siqueira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. IV. Título.

es CDU 612.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Patricia Gomes Tomé

Violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno exclusivo em países da América Latina e Caribe

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 26 de Agosto de 2015

Orientadora:

Prof.ª Drª. Maria Helena Hasselmann
Instituto de Nutrição – UERJ

Banca Examinadora:

_____
Prof. Dr. Cristiano Siqueira Boccolini (Co-orientador)
Instituto de Nutrição – UERJ

_____
Prof. Dr.Guilherme Loureiro Werneck
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Prof.ª Drª. Maria Inês Couto de Oliveira
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro
2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Sempre em primeiro lugar a Deus, que é e sempre será o Governador da minha vida, que me sustenta, me orienta, me fortalece, me dá estratégia para superar os meus desafios, e presenteia meu caminho com pessoas especiais. Tudo que sou e tenho é para O adorar!

À minha orientadora Maria Helena Hasselmann e ao meu co-orientador Cristiano Siqueira Boccolini por me acolherem como orientanda, pela confiança, por compartilharem seus conhecimentos e experiências, pela atenção, auxílio, dedicação e pelas palavras de incentivo.

Ao meu marido, Anderson, por seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, alegria, amor e apoio, e também à minha pequena princesa Letícia que, mesmo sem ter noção, por várias vezes me incentivou a perseverar.

Aos meus pais, Célia e Fernamdo, que abdicaram de seus compromissos para me apoiar com todo amor e carinho durante esta jornada, permitindo assim que eu concluisse mais esta etapa. Também à minha irmã e cunhado, Priscila e Marco, e aos meus sogros, Silvia e Robson, que se colocaram à disposição e por diversas vezes me auxiliaram.

Às minhas companheiras Raquel Mezzavilla, Marina Ferreira, Gabriela Viana e Izabel Cristina Jóia, pelos momentos de descontração, pelas dúvidas sanadas, pelo auxílio, e pelos deliciosos cafezinhos que tomamos juntas, tornando nossos dias mais agradáveis. Também às companheiras de disciplina pela troca e parceria.

À banca examinadora, por atender de forma solicita ao meu convite, pela contribuição no exame de qualificação e participação na banca de defesa.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Nutrição, Alimentação e Saúde, em especial a Professora Shirley Donizete Prado que, juntamente com minha orientadora, me acolheu na disciplina para realização do Estágio em Docência.

Ao atencioso professor Raphael Perez Escamilla, que mesmo num breve encontro, expandiu minha visão sobre a metodologia da pesquisa base utilizada, contribuindo para o desenvolvimento deste trabalho.

À todos que de forma direta ou indireta contribuíram para esta conquista: Deixo minha GRATIDÃO.

Porque assim como os céus são mais altos do que a terra, assim são os meus caminhos mais altos do que os vossos caminhos, e os meus pensamentos mais altos do que os vossos pensamentos, disse o Senhor.

Isaías 55:9

RESUMO

TOMÉ, Patricia Gomes. *Violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno exclusivo em países da América Latina e Caribe.* 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

A proposta deste estudo foi investigar a associação entre violência entre parceiros íntimos (VPI) e a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) em mães residentes em países integrantes da América Latina e Caribe. Trata-se de estudo seccional conduzido com dados da *Demographic and Health Survey* (DHS). A amostra do presente estudo foi composta por mulheres entre 15 e 49 anos com filhos menores de 6 meses. A VPI foi aferida por meio do módulo DHS de violência doméstica que consiste em uma adaptação da CTS2 (*Conflict Tactics Scales* 2). A VPI foi tipificada como física e/ou sexual. A prática do AME foi mensurada com base em um questionário padronizado, bem como as variáveis socio-econômicas (nível de escolaridade, escore socio-econômico, idade materna, trabalho materno, situação conjugal, idade da criança, sexo da criança, peso ao nascer, tipo de parto, paridade, local do parto). Inicialmente, foram realizados os cálculos de prevalências para o desfecho segundo as diferentes categorias de exposição. Subsequentemente, foram calculadas as razões de chances (*Odds Ratio* - OR) por regressão logística da prática de AME em relação a cada tipo de exposição. As covariáveis associadas ao desfecho com p-valores ≤0,20 compuseram um modelo multivariado e um p-valor <0,05 foi adotado como indicador de significância estatística para permanência no modelo final. Todas as análises foram realizadas para cada país considerando o desenho complexo da amostra. Resultados mostram que encontravam-se em AME 11,6% das crianças na Colômbia, 30,8% em Honduras, 38,5% no Haiti, 7% na República Dominicana e 65% no Peru. Das mães de crianças menores de 6 meses entre 25-27% relataram ter sofrido violência física na Colômbia e Peru, e entre 12-17% em Honduras, Haiti e República Dominicana. Relataram ter sofrido violência sexual 3% entre as colombianas, hondurenhas e peruanas, 4% entre as dominicanas e 9% entre as haitianas. Após ajustes pelas co-variáveis apenas as mulheres haitianas expostas a VPI física apresentaram chances significativamente menores de estarem ofertando exclusivamente leite materno (OR=2,71; IC 1,12-6,64). No contexto socio-cultural do Haiti, pode-se inferir sobre a necessidade da incorporação de medidas que enfrentem efetivamente a questão da violência entre parceiros íntimos, identificando-a o mais precocemente possível (na consulta pré-natal, por exemplo) para que e os efeitos adversos da VPI sejam atenuados.

Palavras-chave: Violência entre parceiros íntimos. Aleitamento materno exclusivo. Inquéritos demográficos. Saúde da mulher. Saúde da criança

ABSTRACT

TOMÉ, Patricia Gomes. *Intimate partner violence and exclusive breastfeeding in countries of Latin America and Caribean.* 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The purpose of this study was to investigate the association between intimate partner violence (IPV) and the practice of exclusive breastfeeding (EBF) in mothers living in member countries of Latin America and the Caribbean. It is cross-sectional study conducted with data from Demographic and Health Survey (DHS). The study sample consisted of women aged 15 to 49 with children under 6 months. The VPI was measured through the DHS domestic violence module consisting of an adaptation of CTS2 (Conflict Tactics Scales 2). The VPI was typified as physical and/or sexual. The practice of EBF was measured using a standardized questionnaire as well as the socio-economic variables (level of education, socio-economic score, maternal age, maternal employment, marital status, age of the child, the child's sex, weight birth, type of delivery, parity, birth place). Initially, prevalence estimates for the outcome under the different categories of exposure were performed. Subsequently, the odds ratios were calculated (odds ratio - OR) by logistic regression of the EBF practice for each type of exposure. Covariates associated with the outcome with p-values ≤0,20 composed a multivariate model and a p-value <0.05 was adopted as statistically significant indicator to remain in the final model. All analyzes were performed for each country considering the complex sample design. Results show that were in EBF 11.6% of children in Colombia, 30.8% in Honduras, 38.5% in Haiti, 7% in the Dominican Republic and 65% in Peru. Mothers of children under 6 months between 25-27% reported having experienced physical violence in Colombia and Peru, and between 12-17% in Honduras, Haiti and the Dominican Republic. Reported having suffered sexual violence 3% between colombian, honduran and peruvian, 4% between dominican and 9% among haitian. After adjusting for covariates, only the unexposed haitian women to physical IPV were significantly more likely to be exclusively offering breast milk (OR = 2.71, CI 1.12 to 6.64). In the socio-cultural context of Haiti, it can be inferred about the need to incorporate measures that effectively confront the issue of intimate partner violence, identifying it as early as possible (pre-natal consultation, for example) so and adverse effects of IPV are mitigated.

Keywords: Intimate partner violence. Exclusive breastfeeding. Demographic surveys. Women's health. Child’s health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Duração mediana do aleitamento materno exclusivo, em meses, entre os países em desenvolvimento que realizara ao menos uma edição do DHS.....16
Quadro 1 - Ações para o enfrentamento à VPI 24
Figura 2 - Seleção da amostra para Colômbia 36
Figura 3 - Seleção da amostra para Honduras.....36
Figura 4 - Seleção da amostra para o Haiti.....36
Figura 5 - Seleção da amostra para o Peru.....37
Figura 6 - Seleção da amostra para República Dominicana.....37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características descritivas de mães com crianças menores de 6 meses em 5 países da América Latina e Caribe. Pesquisas de demografia e saúde 2010-2013.....44

Tabela 2 – Prevalência de aleitamento materno exclusivo em 5 países da América Latina e Caribe. Pesquisas de demografia e saúde 2010-2013.....47

Tabela 3 – Chances, não ajustadas, de mães não expostas a VPI estarem em AME quando comparadas com as expostas.....50

Tabela 4 - Chances, ajustadas, de mães não expostas a VPI estarem em AME quando comparadas com as expostas.....50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALC	América Latina e Caribe
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CTS	Conflict Tactics Scales
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA	Conjunto das Nações Unidas sobre AIDS/HIV
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos
VF	Violência física
VG	Violência Global
VS	Violência sexual
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11
1 REVISÃO DA LITERATURA 12
1.1 **América Latina e Caribe** 12
1.2 **Aleitamento Materno: definições e recomendações** 12
1.3 **Benefícios do aleitamento materno para saúde materno infantil** 13
1.4 **Panorama do aleitamento materno** 14
1.5 **Políticas públicas de proteção e incentivo ao AM** 17
1.6 **Determinantes do aleitamento materno** 19
1.7 **Violência entre parceiros íntimos: definição e enfrentamentos** 22
1.8 **Panorama da violência entre parceiros íntimos** 27
1.9 **Violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno** 28
2 **JUSTIFICATIVA** 31
3 **OBJETIVOS** 32
3.1 **Objetivo Geral** 32
3.2 **Objetivos Específicos** 32
4 **MÉTODOS** 33
4.1 **Contexto do estudo** 33
4.2 **Desenho e população do estudo** 35
4.3 **Banco de dados** 38
4.3.1 Desfecho: aleitamento materno 38
4.3.2 Exposição central: violência entre parceiros íntimos 39
4.3.3 Co-variáveis 40
4.4 **Análise dos dados** 41
4.5 **Questões éticas** 42
5 **RESULTADOS** 43
6 **DISCUSSÃO** 51
CONCLUSÃO 56
REFERÊNCIAS 57
ANEXO A – Desfecho: parte referente ao aleitamento materno (Quest. da Mulher) ... 68
ANEXO B – Módulo de violência domestica DHS (padrão) 72

ANEXO C - Comparação das questões de VPI aplicadas particulramente em cada país com a CTS..... 74
ANEXO D: Tabela com valores de p das co-variáveis analisadas para o desfecho..... 77

INTRODUÇÃO

O presente estudo investiga a associação da exposição à violência entre parceiros íntimos (VPI) com a prática do aleitamento materno exclusivo (AME), ente mães de 15-49 anos residentes na região da América Latina e Caribe.

Os dados analisados na presente investigação são provenientes do Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (*Demographic and Health Survey* - DHS) que tem por objetivo monitorar o estado de saúde de populações oriundas de países em desenvolvimento, propiciando a avaliação de programas e subsidiando o desenvolvimento de políticas. A DHS é financiada pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), contando também com contribuições de outras instituições, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo das Nações Unidas para População (FNUAP), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conjunto das Nações Unidas sobre AIDS/HIV (ONUSIDA).

1 **REVISÃO DA LITERATURA**

1.1 **América Latina e Caribe**

A região da América Latina e Caribe têm uma área de aproximadamente 21.069.501 quilômetros quadrados, uma população estimada em mais de 569 milhões de pessoas e os idiomas primordiais são o espanhol, português e francês, pois a região foi historicamente dominada pelos impérios coloniais europeus. Aproximadamente 10% da população são indígenas e cerca de 30% são afrodescendentes (COLBURN, 2002; GUZMÁN *et al.*., 2006).

A região da América Latina e do Caribe é miscigenada em termos de cultura, etnia, idioma e desenvolvimento econômico, tem como característica altos níveis de desigualdade e pobreza, estima-se que 33,2% das pessoas que vivem na região não tenham rendimento suficiente para satisfazer suas necessidades básicas e 12,9% vivam em extrema pobreza (CEPAL, 2008; TOSCANO, 2011).

Estudos epidemiológicos nesta região podem ser úteis para descrever padrões relacionados a alimentação e nutrição, como a prática do aleitamento materno e suas possíveis associações com desfechos de saúde, desde que sejam levadas em consideração as diferenças culturais e contextuais desses cenários diversos.

1.2. **Aleitamento Materno: definições e recomendações**

São nos primeiros dois anos de vida e na adolescência que as maiores velocidades de ganho de peso e comprimento ocorrem, sendo o crescimento no primeiro ano de vida influenciado também por fatores exógenos, dentre os quais está a alimentação. (REGO, 2002; SPYRIDES et al, 2005).

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança, bem como para sua saúde física e psicológica (VIEIRA *et al.*, 2003; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; BOCCOLINI *et al.*, 2011; BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2011).

De acordo com OMS, 2007ª e considerando a nomenclatura internacional, o aleitamento materno pode ser classificado em:

a. *Aleitamento materno:* a criança recebe o leite materno (direto da mama ou ordenhado), independente de receber ou não outros alimentos.
b. *Aleitamento materno exclusivo:* o bebê recebe somente leite materno, independente da forma de oferta (peito ou ordenhado) e nenhum outro líquido ou sólido (com exceção de medicamentos, suplementos minerais ou vitaminas).
c. *Aleitamento materno predominante:* o bebê recebe leite materno predominantemente, acrescido apenas de água e/ou de líquidos à base de água (como chás, sucos de frutas, sais reidratantes), exceto leite não materno.
d. *Aleitamento materno complementado:* a criança recebe leite materno complementado por alimentos líquidos, semi-sólidos e sólidos ou outros leites com a finalidade de complementar o aleitamento materno, porém não substituí-lo.

Até 1991 preconizou-se o aleitamento materno como alimento exclusivo pelos primeiros 4 meses de vida (WHO, 1991), a partir 2001 a OMS passa a recomendar esta prática por um período maior.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2002), a alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo este exclusivo até os 6 meses. A partir dessa idade, deve ser oferecido, em tempo oportuno, alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno, pois o mesmo em si já não supre mais algumas necessidades nutricionais (BRASIL, 2009b; WHO, 2011).

1.3. **Benefícios do aleitamento materno para saúde materno-infantil**

O aleitamento materno confere vantagens para mãe e filho, constituindo um dos fatores fundamentais para a promoção da saúde das crianças em todo o mundo (CARRASCOZA; COSTA JUNIOR; MORAIS, 2005). Por meio da amamentação 6 milhões de crianças podem ser salvas a cada ano, e esta prática pode prevenir diarréia e infecções respiratórias agudas, sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas (WHO, 1993; VIEIRA *et al.*, 2003; BOCCOLINI *et al.*, 2011; BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2011).

Achados apontam que a promoção do aleitamento materno exclusivo é a intervenção isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância (TOMA; REA, 2008).

A amamentação é um aliado na redução dos índices de mortalidade infantil, diminui a probabilidade de processos alérgicos e gastrintestinais nos primeiros meses de vida do bebê, proporciona melhores indicadores de desenvolvimento cognitivo e psicomotor, favorece o adequado desenvolvimento de estruturas da face, entre outros benefícios (NASCIMENTO; ISSLER, 2003). Já para a mãe, reduz a probabilidade de ocorrência de câncer de mama e ovário (MÖLLER, 2002; LUAN, *et al.*, 2013), proporciona maior espaçamento entre os partos, involução uterina mais rápida, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto (GIUGLIANE; VICTORA, 2000), além de promover maior perda de peso no pós parto (KRAMER; KAKUMA, 2012).

Escobar *et al.* (2002) citaram dentre as vantagens da prática de amamentar: o valor nutricional, a proteção imunológica devido a presença de fatores circulantes como lactoferrina, IgA secretora, anticorpos e outros, o menor risco de contaminação e o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho.

Antunes *et al.*. (2008) argumentaram, baseados em um estudo de revisão, sobre os benefícios da amamentação e consideram que a amamentação deve ser estimulada, pois cada mamada representa uma vacina para o bebê e que o aleitamento materno fornece todos os nutrientes, proteção, desenvolve estruturas psicológicas, neurológicas e ósseas, não só para o momento atual como também para seu desenvolvimento. O mesmo ocorre com a mãe que, ao amamentar, produz benefícios futuros não só para o bebê como para ela.

1.4 **Panorama do aleitamento materno**

Embora aquém das recomendações estabelecidas, o aleitamento materno exclusivo apresentou um aumento em sua prevalência entre 50 países, indo de 34% em 1995 para 43% em 2011. Neste mesmo ano, para os menores de 12 meses, a prevalência de crianças em aleitamento materno foi de 76%. (UNICEF, 2013).

Apesar do reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e da recomendação de continuar amamentando por 2 anos ou mais, há uma grande

diferença entre as práticas de amamentação atuais na América Latina e no Caribe e as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

A região da América Latrina e Caribe nas décadas de 1980 e 1990 passou por transformações políticas, sociais, econômicas e culturais em diferentes níveis (IFPRI,2009). Neste mesmo período a prevalência e a duração do aleitamento materno diminuíram rapidamente em diversas partes do mundo. A importância dessa prática foi comprometida com a introdução de tecnologias modernas, pela a adoção de novos estilos de vida e pela ação agressiva de marketing da indústria de fórmulas infantis em prol da substituição do leite materno por estas fórmulas (MONTEIRO, 1997; CARVALHAES *et al.*, 1998; REA, 2003).

Entre 1984 e 1988, pesquisas que tomaram por base os dados das pesquisas demográficas e de saúde (DHS) mostraram que no Brasil, Colômbia, Republica Dominicana, México e Trinidad e Tobago metade das crianças deixaram de receber leite materno no primeiro ano de vida, e na Bolívia, Peru, Guatemala e Equador a duração mediana do aleitamento materno era de 24 meses, sendo que em todos os países a maior prevalência da amamentação foi nas áreas urbanas e entre as mães com menor escolaridade (PÉREZ ESCAMILLA,1993).

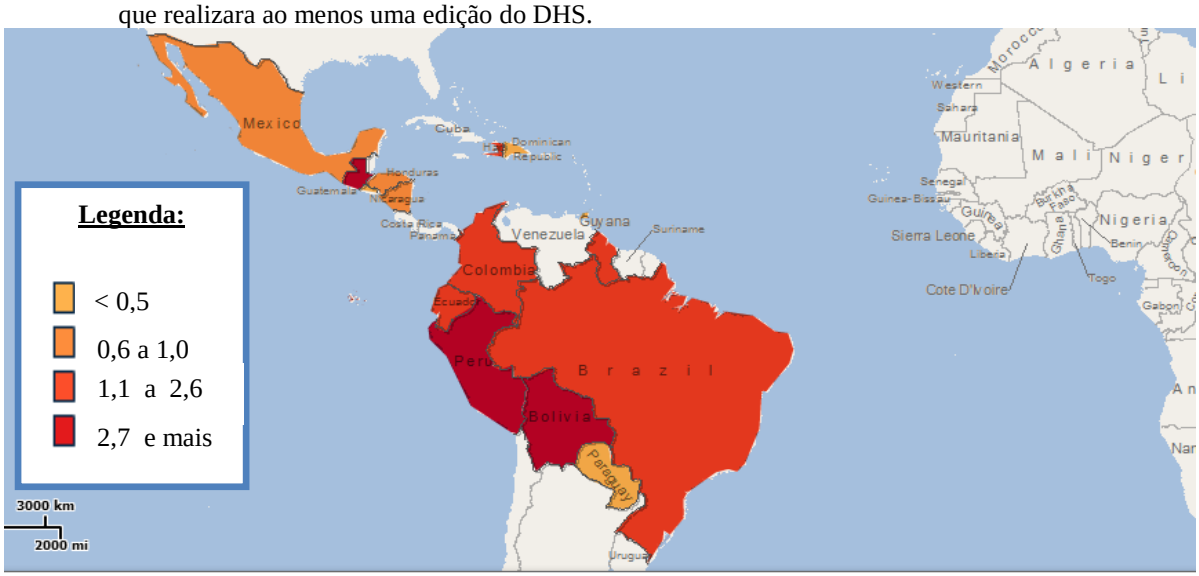
Em alguns países das Américas o percentual de crianças que iniciaram o aleitamento materno foi alto, sendo 97 % no Chile (1993), 95% na Colômbia (1995) e 96% no Equador (1994), porém houve declínio das proporções de aleitamento exclusivo até os 4 meses nas décadas de 1980 e 1990, de 59% em 1989 para 53% em 1994 na Bolívia, de 19% em 1993 para 16% em 1995 na Colômbia e de 14% em 1986 para 10% em 1991 na República Dominicana. (ONIS e BLÖSSNER, 2003).

Segundo dados da OPAS/OMS 2013 na América Latina apenas 38% dos bebês são amamentados exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida, e ao longo dos últimos 20 anos, o aleitamento materno exclusivo na República Dominicana, por exemplo, que já apresentava a mais baixa prevalência de AME, estagnou em 8% entre os anos de 1987 e 2007 e no México diminuiu de 20% em 1992 para 14,5% em 2012. No entanto, outros países têm mostrado progresso nas prevalências, como a Colômbia, onde o aleitamento materno exclusivo aumentou de 15% em 1990 para 43% em 2010 entre os menores de 6 meses.

As crianças da América Latina e do Caribe são amamentadas, em média, por 14 meses, porém há uma grande variabilidade na duração do aleitamento materno, indo de apenas 7 meses na República Dominicana e Uruguai, até 18 meses ou mais na Bolívia, El Salvador, Guatemala, Honduras e Peru. No Brasil, a duração do aleitamento materno aumentou drasticamente, passando de 6 meses em 1986 para 14 meses em 2006. Em

contrapartida no México, manteve-se estagnada em 10 meses por mais de 20 anos (1990-2012). (OPAS/OMS 2013). A Figura 1 ilustra a duração mediana de AME entre os países da ALC que realizara ao menos uma edição do DHS, em seus respectivos anos de realização.

Figura 1 - Duração mediana do aleitamento materno exclusivo, em meses, entre os países em desenvolvimento que realizara ao menos uma edição do DHS.



Surveys

Bolivia 2008 DHS	3.5	El Salvador 2002-03 RHS	0.5	Mexico 1987 DHS	0.9
Brazil 1996 DHS	1.1	Guatemala 2002 RHS	3.6	Nicaragua 2001 DHS	0.7
Colombia 2010 DHS	1.8	Guyana 2009 DHS	1.2	Paraguay 2004 RHS	0.4
Dominican Republic 2013 DHS	0.4	Haiti 2012 DHS	1.7	Peru 2012 DHS	4.2
Ecuador 2004 RHS	1.5	Honduras 2011-12 DHS	0.7	Trinidad and Tobago 1987 DHS	0.5

Fonte: Demographic and Health Surveys (http://www.statcompiler.com, acesso em 13/07/2015).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006), no Brasil, 39,8% entre as crianças menores de 6 meses eram exclusivamente amamentadas, sendo que esta proporção decresceu rapidamente nas faixas etárias superiores, chegando a 15,3% entre o 4º e o 6º mês vida. A duração mediana de aleitamento materno exclusivo apresentada foi de 2,2 meses (BRASIL, 2008).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada em capitais brasileiras e Distrito Federal no ano de 2008, revelou que 41% das crianças estavam recebendo leite materno de forma exclusiva com maior prevalência (45,9%) na região Norte, enquanto a duração mediada de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 1,8 meses dentre as capitais e Distrito Federal (BRASIL,2009; VENÂNCIO *et al.*, 2010).

Neste mesmo inquérito, mais da metade das crianças (58,7%) entre 9 e 12 meses estavam em aleitamento materno dentre as capitais, e a mediana de aleitamento não exclusivo referente aos menores de 12 meses foi de 11,2 meses, apresentando menor mediana na região

Sudeste e maior na região Norte, 9,9 e 14,9 meses, respectivamente (BRASIL, 2009; VENÂNCIO *et al.*, 2010).

1.5 **Políticas públicas de proteção e incentivo ao AM**

Ao final do século XIX durante a Revolução Industrial, com a inserção da mulher no mercado de trabalho pelo processo de industrialização associada a disseminação das propagandas dos leites artificiais e distribuição de leite em pó por governos e instituições, houve uma redução da prática do aleitamento materno, porém as iniciativas públicas têm sido de extrema importância para que este quadro se reverta (CARVALHAES *et al..*, 1998; BRASIL, 2003; REA, 2003; SILVEIRA; LAMONIER, 2006; VENÂNCIO *et al.*, 2010).

Análises realizadas para a região da ALC em 1990 mostraram um aumento na duração mediana do aleitamento materno mesmo quando o oposto era esperado em vista da crescente urbanização da região. A justificativa para esse aumento está relacionada com as políticas de proteção ao aleitamento materno e os programas de promoção para o mesmo (PÈREZ-ESCAMILLA, 2003).

Os esforços a favor da amamentação iniciaram em meados da década de 1970 com o lançamento de um livreto denominado “The Baby Killer” (MULLER, 1974) que visava combater o desmame precoce denunciando as práticas publicitárias e comerciais a favor da utilização das fórmulas infantis nos países em desenvolvimento. Subsequentemente, na década de 1980, a Assembléia Mundial de Saúde adotou o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, que foi uma norma aprovada em 1981 com o intuito de proteger a amamentação contra investidas comerciais. Segundo dados da OPAS de 2007, somente Argentina, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai colocaram em vigor a legislação que abrange este Código. Na mesma época, no Brasil, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAN) em 1981 (ALENCAR, 2008), e o alojamento conjunto em todas as maternidades públicas passou a ser obrigatório, permitindo o contato inicial mãe e filho (BRASIL, 1983).

Ainda nesta década, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes foi aprovada, o direito da licença maternidade aumentado para 120 dias pela

Constituição brasileira de 1988, e foi criada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (BRASIL, 1988a; BRASIL, 1988b; BRASIL, 1988c).

Em 1989, a OMS e a UNICEF emitiram uma declaração sobre os “Dez Passos para o Sucesso da amamentação”, e subsequentemente, em âmbito internacional em 1990 e no Brasil em 1992, estabeleceu-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) definindo procedimentos que promovem, protegem e apoiam o AM. Esta inicitaiva objetiva garantir o cumprimento dos “Dez Passos” e implementação integral do Código Internacional de Comercialização do Substitutos do Leite Materno, uma vez que para ter o título de HAC o hospital deve cumprir os dez passos e estar em conformidade com o Código (OMS/UNICEF, 1990).

Algumas medidas, além das de âmbito internacional citadas anteriormente, foram implementadas nos países que fazem parte deste estudo. No Peru, por exemplo, em 2006, a Lei 28731 determinou que as mães que exercem funções remuneradas têm direito de uma hora diária para amamentar seus filhos após o término do período de licença maternidade (MINISTÉRIO DE SALUD WEBSITE), e o Decreto Supremo 009-2006, estabeleceu que todas as instituições do setor público as quais trabalhem 20 ou mais mulheres em idade fértil, devem ter um ambiente específico e digno para que elas possam retirar seu leite materno, assegurando sua adequada conservação durante o hórário de trabalho (MIMP, 2013).

Em Honduras no ano de 2013, foi aprovada a Lei de Promoção e Proteção ao Aleitamento Materno (Decreto nº 231-2013) no Congresso Nacional que estabeleceu medidas necessárias para proteção e promoção do aleitamento materno e práticas ótimas de alimentação para lactentes e crianças.

Na República Dominicana a Lei nº 8-95 declarou como prioridade nacional a promoção do aleitamento materno, e o Código de Trabalho da República Dominicana estabeleceu, no artigo 240, que durante o período de amamentação a trabalhadora tem direito, em seu lugar de trabalho, a três descansos remunerados durante a jornda de trabalho, de vinte minutos cada, com o objetivo de amamentar seu filho. No mesmo país existe um subsídio por amamentação, pago em dinheiro para os filhos menores de 1 ano de trabalhadoras afiliadas ao Regime de Contribuição que recebem menos de 3 salários mínimos nacional, nas condições e formas que para tais fins se estabelecem no Regulamento sobre Subsídios por Maternidade e Subsídio por Amamentação (SISALRIL WEBSITE).

Na Colômbia, em âmbito nacional o Plano de Promoção, Proteção e Apoio ao aleitamento materno são respaldados nas normas vigentes, a saber: Resolução 5532 (1979) - Promoção do aleitamento materno nas instituições de saúde; Decreto 1220 (1980) -

Reglamentou a promoção, rótulos, embalagens e envase de alimentos substitutos e complementares do leite materno; Lei 50 (1990) - Proteção da maternidade e de menores (Arts.33, 237, 238, 239 e 326); Lei 12 (1992) - Cumprimento dos direitos das crianças; Decreto 1396 (1992) - Criou o Conselho Nacional de Apoio ao Aleitamento Materno; Decreto 1397 (1992) - Promoveu o aleitamento materno e regulamentou a comercialização e propaganda dos alimentos e fórmulas complementares para lactentes; Resolução 1801 (1992) - Cumprimento da política para o apoio a pratica do aleitamento materno; Resolução 7353 (1992) - Ditou normas para Promoção, Proteção e Apoio ao aleitamento materno (ENCOLOMBIA WEBSITE).

Estas iniciativas explicitadas são apenas exemplos de medidas já designadas a promover a melhora no panorama do aleitamento materno, porém demais medidas específicas, para cada país, podem ser encontradas na literatura.

1.6 **Determinantes do aleitamento materno exclusivo**

Alguns fatores favorecem ou não o sucesso do AME e podem estar relacionados com a mãe, com o bebê ou com o ambiente em que vive, não desconsiderando alguns fatores circunstanciais como, por exemplo, o trabalho materno.

O tipo de parto, o uso de chupeta, local do nascimento, idade e escolaridade materna, experiência prévia com aleitamento materno, situação socioeconômica e conjugal materna, paridade, trabalho materno, peso ao nascer e depressão pós parto podem ser determinantes da interrupção do AME (ESCOBAR, 2002; ROWE-MURRAY e FISHER, 2002; VENANCIO, 2002; CERNADAS *et al.*, 2003; LAMOUNIER, 2003; CARRASCOZA *et al.*, 2005; VANUCHI, *et al.* 2005; FALEIROS *et al.*, 2006; DiGIROLAMO *et al.*, 2008; HASSELMANN *et al.*, 2008; CARRASCOZA *et al.*, 2011).

Rowe-Murray e Fisher (2002) e Boccolini *et al.*. (2008) relataram em seu estudo que o parto cesariano dificulta a iniciação da amamentação, e consequentemente a prática do AME, pois este tipo de parto acarreta em utilização de analgésicos e anestésicos retardando o contato inicial mãe-bêbe, além de promover uma recuperação mais lenta com consequente desconforto físico materno ao lidar com seu filho. Toma e Rea (2008) ainda destacam que a ejeção do leite é mais bem proporcionada quando ocorre o parto natural.

No que se refere à utilização de bicos e chupetas, em 2007, em meio aos achados do estudo de Carvalhaes *et al..*, foi estimado um risco atribuível proporcional populacional ao uso de chupetas para abandono da prática de aleitamento materno exclusivo de aproximadamente 47%. Lamounier (2003) em sua revisão descreve resultados de estudos em diversas regiões, os quais revelam a influência negativa de utilização de chupetas na duração do aleitamento materno. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Carrascoza *et al..* (2011), o qual apresentou 4,7 vezes mais chances (IC95% 1,66-12,99) de interrupção do aleitamento após introdução de chupeta, comportando-se assim como fator associado ao abandono do aleitamento materno exclusivo.

SANCHES *et al..* (2011) verificaram que a probabilidade de interrupção do AME é consistentemente maior entre os nascidos com peso igual ou inferior a 2kg, independentemente da idade materna, do vínculo de trabalho e do uso de bebida alcoólica na gestação. Estudos anteriores já apontavam para esta relação e justificam este fato pela possível dificuldade de sucção do bebê. Além disso, as mães dos bebês costumam receber prescrições de fórmulas infantis por profissionais de saúde na alta da maternidade (senão ainda na internação pós-parto), estimulando o uso contínuo destas fórmulas, o que consequentemente levará à diminuição da produção láctea (LAMOUNIER, 2003; FALEIROS *et al.* 2006; CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

Recentemente, estudo que avaliou o desenvolvimento da alimentação de um grupo de prematuros mostrou que o aleitamento materno exclusivo foi pouco praticado e a amamentação complementada apresentou baixa prevalência e duração, levando assim a introdução precoce de outros leites e líquidos na dieta da criança (BRUSCO; DELGADO, 2014).

A unidade de saúde onde ocorre o nascimento também tem se relacionado com práticas favoráveis de aleitamento materno. A maior frequência do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo tem se destacado em populações que são atendidas pelos hospitais que seguem a IHAC (LAMOUNIER, 1998; DiGIROLAMO *et al..*, 2008). O alojamento conjunto proporciona o contato imediato entre mãe e bebê, permitindo a ocorrência do aleitamento materno na primeira hora de vida, o que é também considerado uma prática positiva de aleitamento materno (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

Com relação às características maternas, verifica-se que com o aumento da idade materna a prevalência de aleitamento materno exclusivo é maior (GIGANTE; VICTORA; BARROS 2000; LAWOYIN; OLAWUYI; ONADEKO, 2001; ZIMMERMAM;

GUTTMAN, 2001; CARRASCOZA *et al.*. 2005; FALEIROS *et al..*, 2006). Contradizendo estes achados Venâncio *et al.*. (2002), bem como Cernadas *et al.*. (2003), não encontraram relação entre aleitamento materno exclusivo e idade da mãe.

Já para a escolaridade estudos mostram que quanto maior a escolaridade maior é o tempo de amamentação exclusiva nos países desenvolvidos (ROMERO *et al.* ,2006; YEOH *et al.* 2007; DAMIÃO, 2008), e essa relação passa a ser inversamente proporcional nos países em desenvolvimento, ou seja, maior escolaridade está negativamente associada com iniciação e duração do aleitamento materno exclusivo (TRUSSEL *et al.*, 1992; KUMMER *et al.*, 2000; ESCOBAR *et al.* 2002; MARTINS *et al..*, 2011).

Para mães que trabalham fora do lar a dificuldade de aleitarem exclusivamente seus filhos é maior (RAMOS; ALMEIDA, 2003; VIEIRA *et al..*, 2004; VANNUCHI *et al..*, 2005; DAMIÃO, 2008, CAMPOS, 2011; CARRASCOZA *et al.* 2011) .

Experiência prévia de aleitamento materno e paridade se associam de forma positiva com esta prática. Mães primíparas têm menos chances de AME por tempo prolongado. Venâncio *et al.* (2002) verificaram que estas tinham maiores chances de abandonar o AME antes do quarto mês de vida do bebê, além de introduzir precocemente outros alimentos. Para as mães com pelo menos uma experiência de aleitamento anterior as chances já são maiores, principalmente quando a amamentação é bem sucedida com filhos anteriores (VENANCIO, 2002; SOARES *et al.* 2003; VIEIRA *et al.* 2004; VANUCHI, *et al.* 2005; SPINELLI *et al.* 2002; GONÇALVES *et al.* 2003).

Assim como o número de filhos associa-se positivamente ao aleitamento materno exclusivo, a estabilidade conjugal também proporciona maior chance de prolongamento da amamentação natural, isto é, mães casadas tendem a amamentar de forma exclusiva por mais tempo quando comparadas com as solteiras (ZIMMERMAN; GUTTMAN, 2001; CARRASCOZA *et al.* 2005; BARROS *et al.*, 2009). Silva *et al.*, (2012) mostra que o risco de interrupção do aleitamento materno no primeiro mês de vida do bebê é aumentado quando o pai não é participativo.

O apoio familiar também tem sido de extrema importância para a prática do aleitamento materno exclusivo perdurar, sendo o companheiro o incentivador de maior relevância (CERNADAS *et al.*, 2003; FALEIROS *et al.* 2006; MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013).

O AM e AME também têm sido menos comum em mães deprimidas, possuindo estas menor capacidade de manter esta prática (MCCARTER-SPAULDING; HOROWITZ, 2007;

HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008; DENNIS; MCQUEEN, 2009; GAGLIARDI; PETROZZI; RUSCONI, 2012; FIGUEIREDO; CANÁRIO, 2014).

Alguns estudos também vêm relacionando negativamente a exposição à violência doméstica com a prática de aleitamento materno exclusivo e introdução em tempo oportuno dos alimentos (ZUREICK-BROWN, LAVILLA e YOUNT, 2013; MISCH e YOUNT, 2014).

Este tema será abordado com maiores detalhes no tópico 1.9.

1.7 Violência entre parceiros íntimos: definições e enfrentamentos.

Os estudos relacionados a este tema de uma maneira geral utilizam para definir violência intrafamiliar os termos violência entre parceiros íntimos, violência doméstica e violência de gênero (FISCHBACH; HERBERT, 1997; KRUG *et al.*., 2002; HINDIN; KISHOR; ANSARA, 2008; LABRONICI; FERRAZ; TRIGUEIRO; FEGADOLI, 2010).

A Organização das Nações Unidas (ONU, 1993) define violência contra a mulher como “qualquer ato de violência baseada em gênero que resulte ou tenha probabilidade de resultar em sofrimento ou prejuízo físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na esfera pública quanto na privada”. Já a OMS define a violência doméstica como "qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause dano físico, psicológico ou sexual”. (GARCÍA-MORENO, 2005).

Os atos considerados como violência entre parceiros íntimos se enquadram nas seguintes categorias (OMS, 2005, OMS 2013):

- Violência verbal: podem ser insultos ou expressões desqualificadoras ou intenções de controle sobre o cônjuge.
- Violência psicológica/emocional: pode se manifestar através de atitudes que têm por objetivo o causar medo ou intimidação da outra pessoa com o intuito de exercer controle sobre sua conduta, sentimentos e atitudes. Geralmente vem acompanhada de atos de violência verbal.
- Violência física: são atos que agridem ou atentam contra o corpo de outra pessoa que podem ir desde empurrões ou bofetadas até assassinatos.

- Violência sexual: quando existe um ato sexual imposto ou contra a vontade da outra pessoa.
- Violência econômica: consiste em negar-se a cumprir com as necessidades básicas do outro, com objetivo de poder exercer controle e intimidação através de recursos econômicos.

No período de conquista europeia a miscigenação de etnias foi resultado principalmente da violência sexual contra as mulheres indígenas. Além disso, durante os séculos XVIII e XIX o uso da violência por maridos contra sua esposa era uma prática comum e aceitável (RICO, 1996), e na segunda metade do século XX, durante as guerras civis, a ditadura e as intervenções militares dos Estados Unidos nos países da América Latina e Caribe (ALC), ocorreram altos níveis de violência não excetuando a violência contra as mulheres (MADRE, 2006).

Ainda que a desigualdade entre os gêneros seja prevalente na região, um processo de mudanças cultural e socioeconômica tem ocorrido na ALC nas últimas décadas, no qual as mulheres participam cada vez mais da vida pública (BUVINIC; ROZA, 2004).

Os esforços para o enfrentamento desta forma de violência iniciaram-se na década de 1950 com a criação da Comissão de Status da Mulher que, entre os anos de 1949 e 1962, formulou uma série de tratados baseados em provisões da Carta das Nações Unidas e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, as quais focam nos direitos iguais entre homens e mulheres não ocorrendo distinção de qualquer natureza.

Desde então, diversas medidas foram tomadas tanto em âmbito nacional quanto internacional (Quadro 1).

Quadro 1 - Ações para o enfrentamento à VPI. (Continua)

VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS	
Ano - Nome ou número	**Detalhes**
1979 - Assembléia Geral das Nações Unidas	• Adotaram a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), conhecida como a Lei Internacional dos Direitos da Mulher.
1980 - Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (I)	• Brasil junta-se ao movimento internacional para a igualdade de sexo e assina o projeto de lei aprovado três anos antes pela ONU • Assembléia Geral
1981 - SOS Mulher RJ	• Objetivou a construção de um espaço de atendimento às mulheres vítimas de violência, além de ser um espaço de reflexão e mudanças das condições de vida destas mulheres.
1983 - Criação do Conselho Estadual da Condição Feminina	• Resultado da busca dos movimentos de mulheres e feministas por parcerias com o Estado para a implementação de políticas públicas .
1984 - Na ratificação pelo Brasil da CEDAW	• Resultado da busca dos movimentos de mulheres e feministas por parcerias com o Estado para a implementação de políticas públicas .
1985 - Conselho Nacional para os direitos das mulheres Delegacia de defesa da Mulher	• Fundador do Conselho • Criado no Estado de São Paulo; 1ª no país
1986 - Delegacia especial para as mulheres	• Criado no Estado do Rio de Janeiro; 1ª no país
1988 - Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (II)	• Governo brasileiro ratifica a Convenção da ONU na íntegra
1995 - Convenção Interamericana para Prevenir, punição e erradicação da violência contra a mulheres	• O Brasil também assina a Convenção em uma reunião que veio a ser conhecido como a Convenção de Belém do Pará
2003 - Número Lei 10 778 Portaria 103	• Fornecendo para todo o país a notificação compulsória de violência contra as mulheres pelos serviços de saúde pública e privada • Criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Quadro 1 - Ações para o enfrentamento à VPI (Conclusão).

Ano - Nome ou número	Detalhes
2004- Política Nacional de atenção integral à saúde das mulheres Lei n º 10 886 1 ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres , em Brasília	• Com o objetivo de desenvolver políticas de saúde da mulher , em articulação com outras áreas técnicas do Ministério da Saúde • Seu papel é desenvolver normas técnicas , manuais técnicos, publicações sobre temas relacionados à saúde da mulher e prestar apoio técnico aos estados e municípios no desenvolvimento e implementação de políticas • Adicionando parágrafos do artigo 129 do Decreto-Lei número 2.848, de o código penal de 1940, e, especificamente, definindo violência doméstica • Ministério da Saúde reconhece formalmente a violência entre parceiros íntimos como um problema de saúde , de acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e do Plano Nacional para a prevenção da Violência
2005 "Hotline"das mulheres (180)	• Implementado serviço de telefonia livre 24 h , 7 dias por semana com cobertura em todo o país
2006 - Número de Lei 11 340	• A chamada Lei Maria da Penha
2007 - 2 ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres	• Acompanhamento da 1 ª Conferência Nacional em 2004
2008 - Publicação do 2 º Plano Nacional para as Mulheres da políticas	• Fortalece a vontade política do governo federal para reverter o padrão de desigualdade entre homens e mulheres , guiados pelos princípios da igualdade e respeito à diversidade , equidade, autonomia das mulheres brasileiras , laicidade do Estado, universalidade das políticas , da justiça social , da transparência dos atos públicos , participação e controle social
2013 - Protocolo Violeta	• Projeto criado pelo 1º Juizado de Violência Doméstica para acelerar o atendimento de mulheres em situações de risco, vítimas de seus maridos, parceiros e filhos. • Mulher dirigi-se com a cópia da ocorrência para o 1º juizado onde em no máximo 4 horas obtém a decisão judicial com a medida a ser tomada para protegê-la, sendo a Polícia Civil notificada para cumprir tal decisão.
2015 - Lei 13.104	• Cria-se o delito de "feminicídio", nova modalidade de "homicídio qualificado" no Código Penal, decretando reclusão de 12 a 30 anos, inserindo tal ato no rol dos crimes hediondos.

(Adaptado, Lancet, 2011)

Na Colômbia, a Constituição da Colômbia de 1991, reconheceu o problema da violência contra mulher e forneceu uma série de elementos para a defesa das mesmas. O parágrafo 5 do artigo 42 da Constituição sublinha que "qualquer forma de violência na família é considerada destrutiva de sua harmonia e unidade e será sancionada conforme a lei". Já a Lei 248 de 1995, ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra as mulheres, obrigando o governo colombiano a implementar ações projetadas para reduzir e eliminar a violência contra as mulheres. Na década de 1990, a Lei 294 de 16 de Julho de 1996, atribuiu a violência doméstica como um crime, tornando-se uma ferramenta útil para que a violência que acontece dentro da família não permaneça um crime impune. Posteriormente em 2000, a Lei 599 alterou o Código Penal, incorporando os crimes de violência doméstica; e em 2004 a Lei 882 aumentou as sanções para a violência física e psicológica. Por fim, a lei 1.257 foi promulgada em 2008, visando dar atenção integral para os problemas da violência contra as mulheres e, neste sentido, envolvendo a resposta dos setores saúde, jurídico e social, dando uma abordagem mais ampla para a questão (ENDS, 2010).

No Peru, notou-se também medidas que visaram combater este tipo de violência, como por exemplo, a Lei nº 26.260 de Dezembro de 1993; a ratificação dos acordos da Convenção de Belém do Pará , em 1994; a promulgação do texto consolidado da Lei contra a Violência Familiar, aprovada pelo Decreto nº 006-97 - JUS , em Junho de 1997; a Lei nº 27.306, que altera a lei anterior, incluindo a violência sexual como uma outra forma de violência familiar; e o Plano Nacional Contra Violência contra a Mulher (2009-2015), que visa melhorar a intervenção do Estado em estreita colaboração com a sociedade civil e do setor privado para resolver o problema da violência doméstica no país (ENDESA, 2012).

Em Honduras a Lei Contra Violência Doméstica foi publicada em 1977, e no ano de 2006 foi reformada e publicada pelo Congresso Nacional, objetivando aplicar medidas de segurança as mulheres que sofrem todo tipo de violência, defendendo não só os seus direitos como também de seus filhos e filhas (TRIBUNAL SUPERIOR DE CUENTAS, WEBSITE).

Na República Dominicana as políticas legislativas para enfrentamento da violência contra mulher foram**:** a Lei 24-97 que modificou o Código Penal para tipificar como delito a violência contra mulher e a violência intrafamiliar; a Lei 86-99 que converteu a Direção Geral de Promoção da Mulher na Secretaria de Estado da Mulher; e a Lei 88-03 que instituiu as casas de refúgio temporário para mulheres vítimas de violência e para seus filhos (DOMINICANA ON LINE WEBSITE).

As tentativas de combate a este tipo de violência vêm se propagando, porém ainda há muito que percorrer para que estas medidas, explicitadas anteriormente, e outras que poderão surgir, dissipem toda e qualquer forma de violência, pois seu panorama é alarmante.

1.8 **Panorama da violência entre parceiros íntimos**

De acordo com dados de uma revisão sistemática publicada pela OMS no ano de 2013, a prevalência global estimada de violência física e/ou sexual praticada por um parceiro íntimo foi de aproximadamente 37% na África, no Leste Mediterrâneo e no Sudeste Asiático; de 30% nas regiões das Américas Central e do Sul; de 25% nas regiões da Europa e Pacífico Ocidental; e de 23% nos países Coréia do Sul, Reino Unido, Estados Unidos da América, Canadá, Nova Zelândia, Suíça, Espanha, dentre outros (WHO, 2013).

Kishor e Johnson (2004) mostraram que a proporção de mulheres que relatam violência por qualquer pessoa desde 15 anos de idade no Peru e na Colômbia foi de mais de duas em cada cinco mulheres; no Egito, Haiti e Nicarágua a proporção é de uma em três; e na República Dominicana, Camboja e Índia é cerca de uma em quatro. Para mulheres “alguma vez” casadas a proporção foi semelhante entre os países, com as taxas mais elevadas de 48% na Zâmbia , 44% na Colômbia, 42% no Peru, e a mais baixa com 18% no Camboja.

Em estudo realizado em 10 países, incluindo o Brasil, as prevalências encontradas variaram de 13 a 61% no decorrer da vida e de 3,1 a 29% no ano anterior a entrevista (GARCÍA-MORENO, 2006).

Alguns percentuais para exposição aos diferentes tipos de VPI são mostrados nos relatórios referentes aos países, sendo estes discriminados para cada país.

Na República Dominicana, em 2007, 16% das mulheres relataram que alguma vez experimentaram violência física por parte do marido/companheiro, 6% experimentaram violência sexual e 26 % experimentaram violência psicológica, sendo que aproximadamente três em cada dez mulheres (30%) são vítimas de algum tipo de violência. Em 2008, na Bolívia 35% das mulheres “alguma vez” casadas reportaram ter sofrido violência psicológica e 24% disseram ter sido vítima de violência física e/ou sexual.

Na Colombia, em 2010, 65% das mulheres “alguma vez” casadas relataram ter sofrido alguma situação de controle por parte do marido/ companheiro e 37% reportaram agressão

física. Para Honduras, entre os anos de 2011 e 2012, a mesma categoria de mulheres reportou ter sofrido, nos 12 meses anteriores a data da entrevista, alguma das três formas de violência por parte do companheiro sendo 21% vítima de violência psicológica, 10% vítima de violência física e 3% de violência sexual. 11% reportaram ter sofrido tanto violência física quanto sexual.

No Peru, em 2012, das mulheres "alguma vez" casadas 66,3% manifestaram que o marido/companheiro alguma vez exerceu alguma forma de controle sobre ela e 21,7% haviam expererimentado situações de violência verbal através de expressões humilhantes diante de outras pessoas. No que tange a violência física e sexual, 37,6% foram vítimas, sendo que 29,7% relataram sofrer violência física e 7,9% sexual, 12,9% das mulheres relataram ter sofrido violência física e sexual nos 12 meses antecedentes a data da entrevista e 2,8% relataram sofrer violência sexual no mesmo período. Por último, neste mesmo ano no Haiti cerca de três em cada dez mulheres (29%) relataram ter experimentado atos de violência pelo seu marido / companheiro atual ou mais recente, seja ela emocional, física e / ou sexual.

Das mulheres que relataram atos de violência física e / ou sexual a proporção foi de 21%, e em 16% dos casos a violência tem se manifestado em uma forma física. Numa proporção ligeiramente inferior, as mulheres sofreram violência sexual (11%), e 22% relataram ter sofrido atos de violência emocional (ENDSA, 2008; ENDESA, 2008; ENDS, 2010; EMMUS-V, 2012; ENDES, 2012 e ENDESA, 2011-2012).

1.9 **Violência entre parceiros íntimos e Aleitamento materno**

Os achados entre os estudos que associam os efeitos da exposição à VPI sobre a prática do AM foram contraditórios e inconclusivos por um bom tempo.

Um estudo mostrou que a prevalência do aleitamento materno está negativamente associada com o abuso físico e sexual das mulheres (ACHESON,1995), todavia, não foi encontrada associação entre abuso e duração da amamentação nos estudos de Bullock *et al.* (2001), Silverman *et al.* (2006) e Lau e Chan (2007). Devem-se considerar os possíveis viéses e limitações dos estudos que originaram estes resultados, conforme estão descritos em cada um de forma particular.

Contudo, um estudo com mulheres brasileiras mostrou que a exposição à violência física grave estava associada a menor duração do aleitamento materno exclusivo (MORAES *et al.*, 2011), enquanto Misch e Yount (2014) observaram, em 6 de 8 países africanos, que as mães expostas a pelo menos um dos tipos de violência, seja psicológica, física ou sexual, apresentavam menores chances de praticar o aleitamento materno exclusivo quando comparadas com o grupo de não expostas a violência. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo com mães indianas, no grupo exposto a qualquer tipo de VPI (física ou sexual) a chance de introduzir precocemente os alimentos foi maior (ZUREICK-BROWN; LAVILLA; YOUNT, 2013).

Algumas teorias podem explicar os diferentes comportamentos maternos quanto à exposição à VPI, podendo afetar a práticas em saúde, como a amamentação, por meio "da compensação" e "da deficiência" (LEVENDOSKY *et al.* 2003; FALCETO *et al..*, 2004; KENDALL-TACKETT, 2007). Na primeira, a mãe que está exposta a VPI pode se tornar mais atenta às necessidades de seu filho, com intuito de protegê-lo e como uma forma de compensar o afeto negado pelo companheiro (FALCETO *et al..*, 2004). Por outro lado, a "hipótese da deficiência" está relacionada com a incapacidade ou com a repulsa ao ato de amamentar, pois mães que sofrem VPI sexual podem fazer conotações sexuais negativas aos seios e a amamentação (KLINGELHAFER, 2007), e as que sofrem algum tipo de VPI sexual, física ou emocional podem apresentar prejuízos físicos, psicológicos ou cognitivos, fazendo com que sua capacidade de amamentar seja abalada (SULLIVAN *et al..* 2004; YOUNT *et al.*, 2011).

Outro comportamento que pode estar relacionado com a prática de aleitamento materno em mães expostas a VPI é a resiliência, pois algumas mulheres se mostram capazes de resistirem às adversidades em meio a situações desfavoráveis, utilizando-as como fator de crescimento (SÓRIA *et al.* 2006).

O dicionário de língua portuguesa define resiliência como a capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças. (HOUAISS, 2009). Na literatura, também são encontradas diversas definições para esta.

Um grupo internacional com mais de 60 pesquisadores clínicos e profissionais – PreVAiL - *Preventing Violence Across the Lifespan*, após uma vasta revisão da literatura e discussões em equipe, usam a seguinte definição: Resiliência "é um processo dinâmico, no qual, os fatores sociais, ambientais e pisico-biológicos interagem para permitir que um

indivíduo em qualquer fase da vida desenvolva, mantenha ou recupere a sua saúde mental, apesar da exposição a adversidade" (PREVAIL RESEARCH WEBSITE, tradução do autor).

Alguns achados que não evidenciam uma associação negativa da exposição à VPI com a prática do aleitamento materno podem ser justificados por tais teorias, não excluindo a possibilidade da influência de outros fatores (diferenças contextuais, culturais e metodológicas, utilização de pequenas amostras e ocorrência de viéses) nos resultados de uma associação.

Para estabelecer a associação entre a exposição à VPI e a prática do aleitamento materno é preciso que mais estudos sejam desenvolvidos em diversos cenários contextuais e com diferentes enfoques metodológicos, buscando assim estabelecer a possível influência que esta exposição traz para prática da amamentação.

2 **JUSTIFICATIVA**

O aleitamento materno promove benefícios reconhecidos para a mãe e para o bebê, constituindo um dos fatores fundamentais para a promoção da saúde das crianças em todo o mundo, sendo de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento adequados delas, bem como para sua saúde física e psicológica (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007; CARRASCOZA; COSTA JUNIOR; MORAIS, 2005, BOCCOLINI *et al.*, 2011, BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2011).

Embora os benefícios do aleitamento materno exclusio sejam reconhecidos, atualmente o seu panorama atual permanece insatisfatório e difere muito das recomendações estabelecidas pela OPAS/OMS, contudo, vem apresentando discreta evolução em sua duração mediana a partir de meados da década de 1990. Essa evolução talvez possa ser justificada pelo surgimento de políticas públicas de proteção e incentivo ao aleitamento materno (PÈREZ-ESCAMILLA, 2003).

Alguns fatores podem influenciar ou não a prática do aleitamento materno exclusivo, como o tipo de parto, o uso de chupeta, local do nascimento, idade e escolaridade materna, experiência prévia com aleitamento materno, situação socioeconômica e conjugal materna, paridade, trabalho materno, peso ao nascer e depressão pós parto (ESCOBAR, 2002; ROWE-MURRAY; FISHER, 2002; VENANCIO, 2002; CERNADAS *et al.*, 2003; LAMOUNIER, 2003; CARRASCOZA *et al.*, 2005; VANUCHI, *et al.* 2005; FALEIROS *et al.*, 2006; DiGIROLAMO *et al.*, 2008; CARRASCOZA *et al.*, 2011). Além dos apresentados, pesquisas apontam que a exposição à está associada de forma negativa à prática do aleitamento materno exclusivo (ACHESON, 1995; MORAES *et al.*, 2011; ZUREICK-BROWN; LAVILLA; YOUNT, 2013; MISCH; YOUNT, 2014).

Em suma, o panorama do aleitamento materno exclusivo permanece desfavorável, as taxas de violência entre parceiros íntimos são alarmantes e, apesar da plausível associação entre ambos, não foram encontrados estudos que investiguem a relação da exposição a violência entre parceiros íntimos com a prática de aleitamento materno exclusivo na região da América Latina e Caribe.

Nessa perspectiva, o presente estudo pretende estudar a relação entre diferentes tipos de violência entre parceiros íntimos e a prática do aleitamento materno exclusivo, no intuito de contribuir com o avanço de ações que possam modificar e melhorar progressivamente os panoramas desfavoráveis relacionados, além de subsidiar o desenvolvimento de iniciativas que favoreçam o enfrentamento da questão.

3 **OBJETIVOS**

3.1 **Geral**

Investigar associação entre a violência entre parceiros íntimos e a prática de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses no contexto de 5 países integrantes da América Latina e Caribe.

3.2 **Específicos**

- Estimar a prevalência da violência entre parceiros íntimos entre as mulheres em 5 países da América Latina e Caribe;
- Estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em 5 países da América Latina e Caribe;
- Estimar as associações entre a violência entre parceiros íntimos e a prática do aleitamento materno exclusivo em 5 países da América Latina e Caribe.

4 **MÉTODO**

Este foi um estudo observacional, baseado em dados secundários de inquérito populacional realizado em países da América Latina e Caribe por meio da *Demographic and Health Surveys* (DHS). O desfecho de interesse foi o aleitamento materno exclusivo, e a exposição principal foi a violência entre parceiros íntimos.

4.1 **Contexto do estudo**

Os dados utilizados para compor este estudo foram oriundos do programa internacional de pesquisa projetado para fornecer dados comparáveis sobre indicadores de desenvolvimento social e de saúde denominado DHS, financiados pela Agência de Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID) e pelos países participantes. Este programa, desde 1984, realizou mais de 260 pesquisas em 90 países, as quais são nacionalmente representativas e fornecem dados coletados para uma ampla gama de indicadores de planejamento, de monitoramento e de avaliação de impacto nas áreas de população, saúde e nutrição de mulheres e crianças nos países em desenvolvimento (MEASURE DHS).

Como objetivos específicos, a DHS pretende expandir as bases de dados internacionais sobre população e saúde; coletar e disponibilizar dados comparáveis entre países; contribuir para o avanço teórico das metodologias de levantamentos por amostragem e desenvolver nos países participantes capacitação para a condução de levantamentos por amostragem de demografia e saúde de alta qualidade (BERQUÒ, 2008).

O DHS encontra-se na Fase 6 (2008 até o presente) e os seus dados são coletados por meio de 3 questionários e alguns módulos (MEASURE DHS):

Questionário Ficha do domicílio: aplicado cada vez que um domicílio é sorteado, abordando questões sobre características sociodemográficas de seus membros e, em alguns casos, informações sobre as condições materiais da moradia, além das informações sobre

aqueles que adoeceram, que faleceram e os órfãos. Trata-se de saber se contaram com apoio médico, emocional, social ou material.

Questionário básico da mulher: aplicado para mulheres consideradas elegíveis, ou seja, na idade reprodutiva (15-49 anos de idade). Este é compreende 10 seções:

- Seção 1 – Características da Entrevistada
- Seção 2 – Reprodução
- Seção 3 – Contracepção
- Seção 4 – Gravidez e Pós-Parto
- Seção 5 – Saúde e Imunização Infantil, Nutrição da Mulher e da Criança
- Seção 6 – Casamento e Atividade Sexual
- Seção 7 – Preferências sobre Fecundidade
- Seção 8 – Características do Marido e Trabalho da Mulher
- Seção 9 – HIV/Aids
- Seção 10 – Outros Tópicos sobre Saúde (tuberculose, tabaco, riscos ligados a injeções, cobertura por seguro de saúde, eventuais medidas tomadas quanto às crianças, no caso da mãe ficar doente ou incapaz de cuidar dos filhos menores de 18 anos e uma lista de fatores que podem dificultar seu acesso a aconselhamento e tratamentos médicos).

Módulos: são opcionais e estão disponíveis em uma variedade de tópicos, fazendo parte da fase atual os de violência doméstica, ablação genital, mortalidade materna, fístulas e gastos em saúde. Neste trabalho os únicos dados de interesse coletados a partir de módulos são os referentes á violência doméstica.

As tentativas iniciais de obtenção de dados de violência doméstica como parte de uma DHS ocorreu pela primeira vez em 1990 na Colômbia, e posteriormente em 1995 as questões sobre a violência doméstica foram aplicadas no Egito como parte de um módulo de perguntas que investigam a situação da mulher no país. Novamente, neste mesmo ano a violência foi medida na Colômbia (KISHOR & JHONSON, 2004) .

Como todas as tentativas iniciais para medir a violência doméstica foram isoladas e não era utilizado um padrão de perguntas, entre 1998 e 1999 o programa DHS iniciou o desenvolvimento de uma abordagem mais padronizada para a medição da violência doméstica, surgindo assim o módulo de violência doméstica DHS em 2000.

Os dados analisados no presente estudo são secundários e para acessá-los, recorreu-se aos arquivos finais de dados do projeto MEASURE DHS, mediante autorização prévia do mesmo, construídos a partir dos dados da pesquisa conduzida em cada país.

4.2 **Desenho e população do estudo**

Foram utilizados dados oriundos de inquéritos populacionais de países integrantes da região da América Latina e Caribe que conduziram esses inquéritos nos moldes da fase VI da DHS que tenham aplicado os questionários do módulo de violência doméstica. A amostragem é de base domiciliar, estratificada por região e local de residência (urbano e rural) seguida de seleção aleatória de conglomerados, sendo a residência a unidade primária de análise.

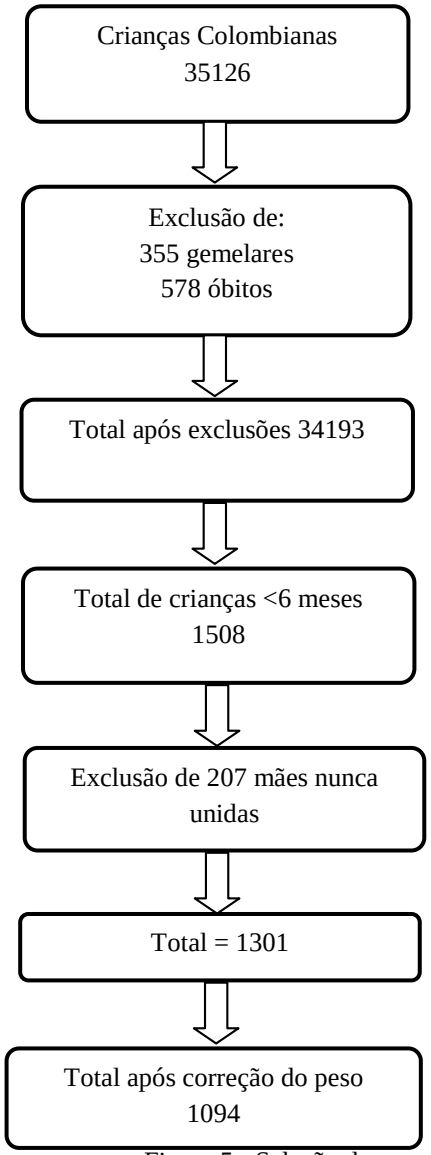
Os cinco países selecionados, com seus respectivos anos de condução da pesquisa e suas respectivas amostras (n), foram: Colômbia, 2010 (n=35126), Haiti, 2012 (n=8671), Honduras, 2012 (n=15854), Peru, 2012 (n=16620) e Republica Dominicana, 2013 (n=6687).

A população do estudo foi de mulheres entre 15 e 49 anos, e o critério de inclusão foi ter no momento da entrevista um ou mais filhos vivos menores de 6 meses, sendo que, no caso de mulheres que tiveram parto de múltiplos conceptos (gemelares), foi contabilizado apenas o primeiro concepto para a análise.. Foram excluídas do estudo mulheres que nunca haviam tido uma relação conjugal de união, ou seja, nunca foram casadas ou nunca viveram com companheiro. (Figuras 2, 3, 4 ,5 e 6).

As perdas (mulheres que não possuiam informações completas nos questionários) foram comparadas com as mulheres incluídas no estudo quanto a nível sócioeconomico, escolaridade e idade materna, por meio de teste de Qui-quadrado com nível de 5% de significância. Contudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, indicando a ausência de perdas seletivas.

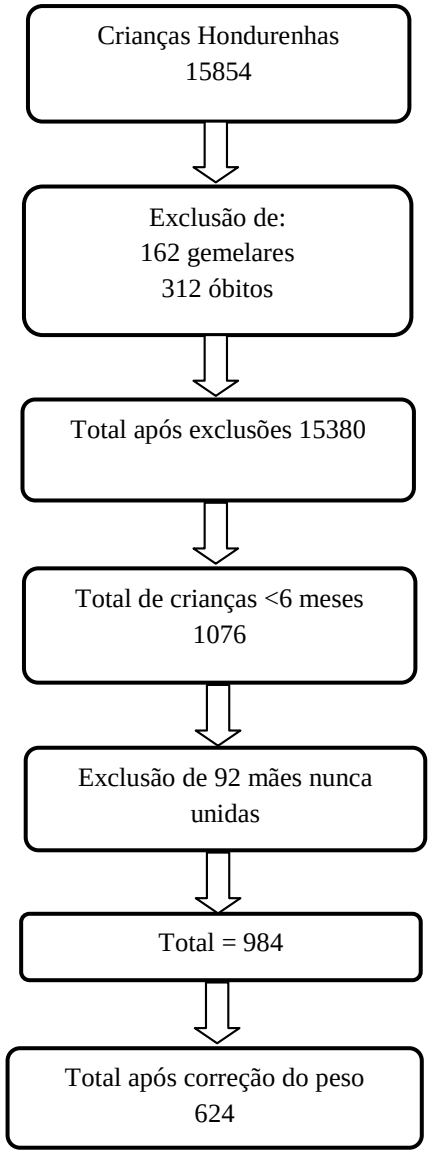
Após considerar os pesos amostrais e aplicá-los nas análises, o *n* amostral final obteve alteração.

Figura 2 - Seleção da amostra para Colômbia



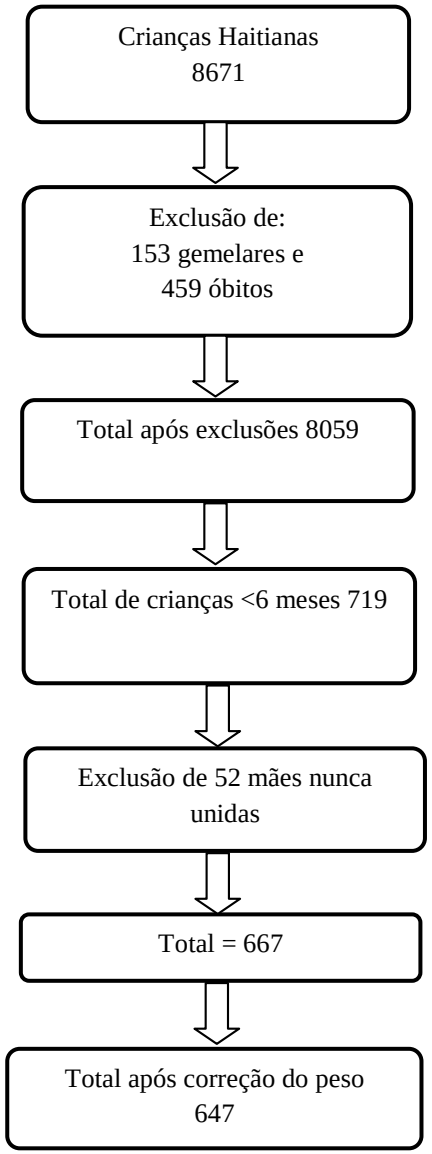
Fonte: O autor, 2015.

Figura 3 - Seleção da amostra para Honduras



Fonte: O autor, 2015.

Figura 4 - Seleção da amostra para o Haiti

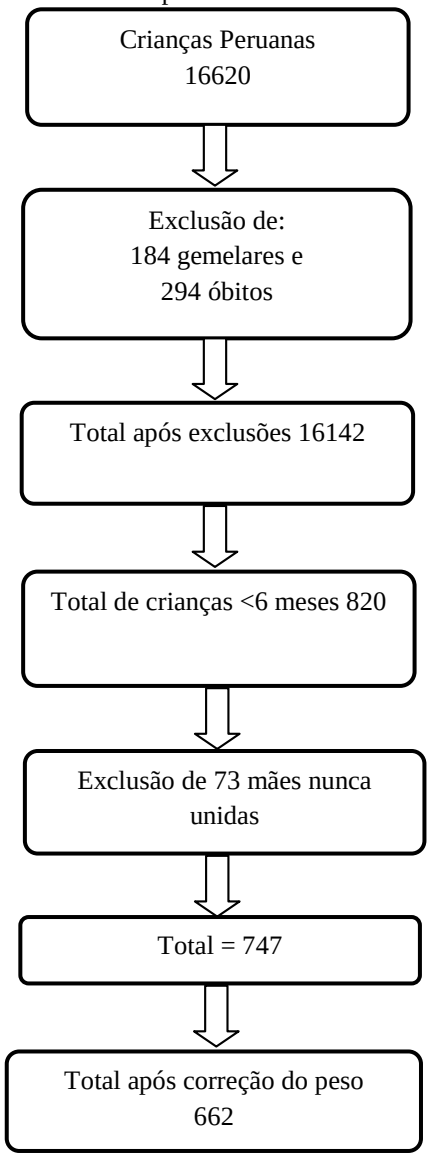


Fonte: O autor, 2015.

Figura 5 - Seleção da amostra

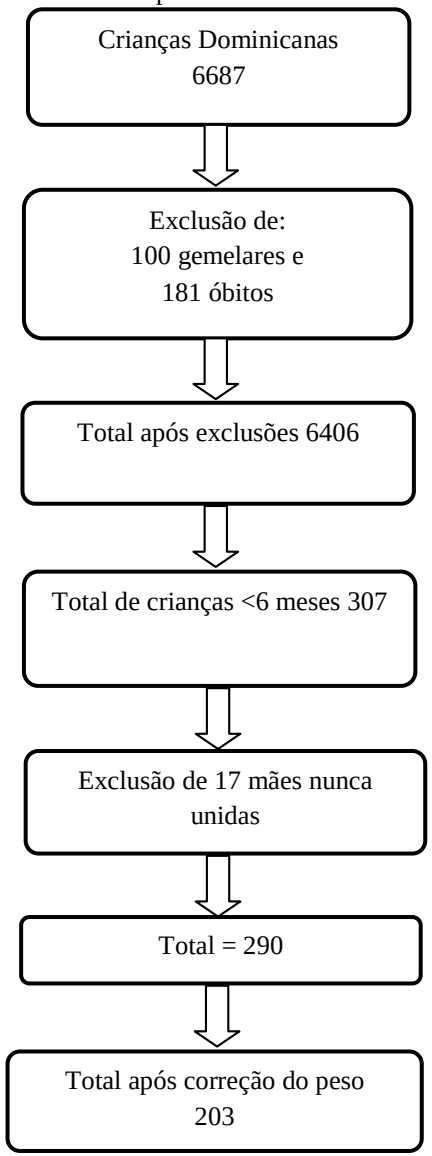
Figura 6 - Seleção da amostra para

para o Peru



Fonte: O autor, 2015.

República Dominicana.



Fonte: O autor, 2015.

4.3 **Banco de dados**

4.3.1 Desfecho: Aleitamento materno exclusivo

O desfecho foi a prevalência do aleitamento materno exclusivo, no momento da entrevista, entre crianças menores de seis meses, sendo categorizado de forma binária em: 0 = está em aleitamento materno exclusivo; e 1 = não está em aleitamento materno exclusivo. A categorização foi baseada nas recomendações de aleitamento materno exclusivo da OMS (2002), e foi obtida por meio das questões sobre aleitamento materno e alimentação complementar contidas no capítulo do questionário básico da mulher aplicado em todas as pesquisas DHS (ANEXO A), onde as mães foram questionadas sobre a prática, iniciação e frequência do aleitamento materno de cada filho nascido vivo, além da oferta de outros alimentos.

Para identificar o *status* atual do aleitamento materno foi utilizada a seguinte questão:

- Atualmente está amamentando? Resposta: Sim ou Não

Em seguida, foram consideradas as questões relativas a oferta, desde o dia anterior até o momento da entrevista, de outros alimentos e líquidos que não o leite materno, a saber:

- Leite em pó ou fórmulas infantis;
- Produtos lácteos: outros leites, queijo, manteiga, iogurte;
- Líquidos: suco de frutas, chocolate, água com açúcar, chá, café, sopa, aromáticos, bebidas com gás;
- Cereais: arroz, trigo, milho, aveia, cevada e produtos feitos a partir deles, tais como pão, massas, biscoitos e cereais infantis;
- Leguminosas: feijões, ervilhas, grão de bico, lentilha, soja, amendoim, e produtos processados com eles;
- Tubérculos e raízes: batata, mandioca, nabo, inhame;
- Carnes e ovo: ovo, bovina , frango, porco, cordeiro, peixe, sardinhas, atum, vísceras ou produtos fabricados a partir deles, como salsichas;
- Alimentos preparados com gordura: banha, azeite, manteiga, óleo, margarina;
- Frutas e vegetais fonte ou precursores de vitamina A: frutas ou legumes amarelos e verde escuros, tais como, acelga, cenoura, espinafre, manga, mamão, pêssego;

- Outras frutas e vegetais: alface, ervilhas, brócolis, goiaba, laranja, maracujá, maçã, banana;
- Outros alimentos: doce, sal e temperos.

Por fim, foram classificadas positivamente para aleitamento materno exclusivo as mães que relataram estar amamentando no momento da entrevista e que não ofertaram outros alimentos ou líquidos desde o dia anterior até o momento da entrevista.

4.3.2 Exposição central: violência entre parceiros íntimos

As informações sobre violência entre parceiros íntimos foram coletadas por meio do módulo sobre violência doméstica DHS (ANEXO B). As questões que compõem este módulo foram aplicadas de forma particular por cada país (ANEXO C).

A parte do módulo específico para violência entre parceiros íntimos, considerando tanto união formal quanto informal, utiliza uma versão modificada da Conflict Tactics Scales (CTS-2) (Straus , 1990). Esta inclui questões que interrogam as mulheres quanto ter sofrido ou não qualquer um de uma série de atos comportamentais que configuram violência pelo seu marido/companheiro. Ao se obter uma resposta positiva por parte das mulheres para um item específico, estas eram então questionadas sobre a freqüência de perpetração nos 12 meses anteriores à entrevista.

Os tipos de violência foram abordados nos aspectos psicológico/emocional, físico e sexual, além de situações de controle. As questões que captam a presença/ausência destas categorias de violência são:

- Situações de controle: se o marido/companheiro tinha ciúmes quando ela conversava com outro homem; se ele a acusava frequentemente de infidelidade; se impedia que visitasse os amigos; se limitava as visitas e contatos familiares; se insistia sempre em saber todos os lugares em que ela ia ou desconfiava dela com o dinheiro.
- Violência psicológica/emocional: questões sobre situações humilhantes, ou seja, se o marido/companheiro havia dito ou feito algo para humilhá-la diante de outras

pessoas, ou se havia feito ameaças como machucar a ela ou outra pessoa próxima, sair de casa e levar os filhos ou negar ajuda financeira.

- Violência física: Classificada em menor e grave, nesta questiona-se se alguma vez havia sido empurrada, sacudida ou atirou algo contra ela; deu-lhe bofetadas ou contorceu o braço, golpeou com a mão fechada ou com algo que poderia machucá-la; chutou ou arrastou; estrangulou ou a queimou; ameaçou com faca, pistola ou outro tipo de arma; atacou ou agrediu com faca, pistola ou outro tipo de arma.
- Violência sexual: alguma vez obrigou a ter relações sexuais quando ela não queria; obrigou a realizar atos sexuais os quais ela não aprova.

A comparação entre as questões da CTS2 original e das aplicadas na DHS de cada país encontra-se no ANEXO C.

As formas de violência também foram apresentadas de forma binária (0 = não exposto a VPI e 1= exposto a VPI) e as váriaveis analisadas neste estudo foram: varíaveis que configuram violência física, sexual e global.

Semelhantemente a variável AME, as variáveis violência física e violência global foram criadas para execução das análises. A variável violência física foi formada a partir da aglutinação da variável violência física menor e violência fisica grave, já a variável violência global obteve-se mediante a união das varíaveis violência física menor, grave e violência sexual.

4.3.3 Co-variáveis

As variáveis independentes foram selecionadas considerando os fatores determinantes do AME encontrados em achados de diferentes estudos e que se encontravam disponíveis nas bases de dados do DHS. Dentre eles estão escolaridade (nenhuma/primária/secundária/ superior), escore socio-econômico (mais pobre/pobre/intermediário/rico/mais rico), idade materna (15-49 anos), trabalho materno (sim/não), situação conjugal (em união/ não união), idade da criança (meses), sexo da criança (feminino/masculino), peso ao nascer (<2500 g/2500-4000g/ >4000g), parto cesário (sim /não), paridade (1 filho/2 filhos/ 3 ou mais filhos) e local do parto (casa/hospital público/hospital privado/outros).

O escore socioeconômico (ou *Socioeconomic Status*) é uma escala de riqueza construída a partir de informações sobre a propriedade da família, incluindo aparelhos, materiais de construção de casa e infra-estrutura de saneamento . Após análise dos principais componentes é gerada uma pontuação classificando as famílias em um dos seguintes quintis de riqueza: mais pobre, pobre, médio, rico e mais rico. (DHS)

4.4 **Análises de dados**

Inicialmente, foram estimadas prevalências e intervalo de 95% de confiança para o desfecho e demais variáveis que compõem o presente estudo, considerando o desenho complexo da amostra.

Como explicitado anteriormente, por meio de teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%, realizou-se a comparação das perdas (mulheres com informações incompletas no questionário) com mulheres incluídas no presente estudo quanto ao nível sócioeconomico, escolaridade e idade materna, verificando assim a ocorrência de perdas seletivas. Sendo assim, diferenças estatisticamente significativas não foram identificadas, indicando a ausência de perdas seletivas.

Em um segundo momento, foi comparada a prevalência de aleitamento materno exclusivo em relação a cada característica (co-variáveis) explorada.

As co-variáveis foram analisadas de forma individual para cada país (ANEXO D), e as que apresentaram $p \leq 0,20$ por meio de teste de Qui-quadrado, fizeram parte do modelo multivariado final. Estas co-variáveis utilizadas para ajuste do modelo de seus respectivos países foram:

- Colômbia - idade materna, situação conjugal, sexo da criança, peso ao nascer, local do parto, além de violência física, ou sexual ou global;
- Honduras - Escolaridade, nível socioeconomico, idade materna, trabalho materno, situação conjugal, idade da criança, sexo da criança, peso ao nascer, parto cesário, paridade, local do parto, além de violência física, ou sexual ou global.
- Haiti - idade materna, idade da criança, paridade, além de violência física, ou sexual ou global.

- Peru - Escolaridade, nível socioeconomico, trabalho materno, situação conjugal, idade da criança, parto cesário, paridade, local do parto, além de violência física, ou sexual ou global.
- R. Dominicana - idade materna, trabalho materno, situação conjugal, idade da criança, sexo da criança, local do parto, além de violência física, ou sexual ou global.

Por último, foi estimado um modelo de regressão logística para obter as razões de chances (*Odds Ratio* - OR) brutas e ajustadas com respectivos intervalos de 95% de confiança, no intuito de avaliar a associação entre exposição a diferentes tipos de VPI e prática de aleitamento materno exclusivo. Vale ressaltar que as OR's foram estimadas tendo o aleitamento materno não exclusivo como categoria de referência no desfecho, o que implica em se estimar as chances das mães estarem em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista. A categoria de referência adotada para a exposição foram mães que relataram exposição à VPI.

Os valores de $p \leq 0,05$ foram adotados para configurar associações significantes.

O programa utilizado para análises de dados foi o SPSS, versão 20.

4.5 **Questões Éticas**

Em acordo com a Resolução 196/96, o presente trabalho não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética para avaliação quanto aos riscos a seres humanos.

É importante destacar que foi solicitada autorização prévia ao programa para utilização das bases de dados secundários e de pesquisas DHS submetidas para este estudo, agregados por país, e sem a possibilidade de identificação dos indivíduos que concordaram em participar de tais pesquisa por meio de assinatura do Termo de Concentimento Livre e Esclarecido.

5. **RESULTADOS**

Em relação ao nível de escolaridade materna completo encontrado, o nível secundário completo foi mais frequentemente encontrado na Colômbia, Peru e República Dominicana, enquanto as mães de Honduras e Haiti apresentaram mais frequentemente o primário completo (Tabela 1).

Em todos os países as mulheres tinham em maior frequência entre 20-24 anos, com excessão do Haiti onde o maior percentual de mulheres situava-se na faixa etária entre 25-29 anos.

Quanto ao ter tido seus filhos por meio de parto cesáreo, apenas na República Dominicana houve uma ocorrência maior, enquanto nos demais países este não foi o tipo de parto mais realizado.

As análises descritivas mostram que entre os menores de 6 meses (Tabela 1) estavam em aleitamento materno exclusivo 11,6% das crianças na Colômbia, 30,8% em Honduras, 38,5% no Haiti e 7% na República Dominicna, sendo o Peru o único dos páises que apresentou mais da metade das crianças (65 %) em AME.

No que concerne a violência entre parceiros íntimos perpetrada nos 12 meses anteriores a entrevista, entre 25-27% das mães de crianças menores de 6 meses relataram ter sofrido violência física na Colômbia e Peru, e entre 12-17% em Honduras, Haiti e República Dominicana. Relataram ter sido vítimas de violência sexual 3% entre as colombianas, hondurenhas e peruanas, 4% entre as dominicanas e 9% entre as haitianas (Tabela 1).

Foram vítimas de violência global entre 25-27% das colombianas e peruanas e entre 16-17% das hondurenhas, haitianas e dominicanas.

Resultados correspondentes as demais variáveis estudas poderão ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características descritivas de mães com crianças menores de 6 meses em 5 países da América Latina e Caribe. Pesquisas de demografia e saúde 2010-2013.[a] (Continua)

Fator/Categoria	Colômbia, 2010 (n = 1094)	Honduras, 2011-12 (n = 925)	Haiti, 2012 (n =647)	Peru, 2012 (n =662)	República Dominicana, 2013 (n=203)
Escolaridade					
Nenhum	2,1 (1,3-3,6)	4,0 (2,4-6,5)	15,1 (12,0-18,9)	2,7 (1,4-5,2)	3,3 (1,9-5,5)
Primário	22,9 (19,0-27,3)	59,4 (52,1-66,4)	46,9 (41,1-52,9)	29,4 (19,0-42,5)	28,6 (21,6-36,7)
Secundário	57,4 (54,2-60,5)	31,5 (25,7-38,0)	32,6 (27,4-38,3)	46,5 (40,8-52,4)	45,1 (39,1-51,2)
Superior	17,6 (14,1-21,7)	5,1 (2,8-8,9)	5,3 (3,3-8,5)	21,3 (14,4-30,4)	23,1 (17,2-30,3)
Nível socioeconomico [b]					
Mais pobre	26,4 (17,7-37,6)	23,9 (17,0-32,5)	20,3 (14,9-27,0)	26,3 (16,2-39,8)	21,0 (16,4-26,4)
Pobre	23,2 (17,3-30,3)	21,4 (16,4-27,5)	21,0 (16,4-26,6)	26,7 (21,9-32,1)	24,7 (20,0-30,0)
Intermédiario	24,2 (19,9-29,0)	19,9 (15,5-25,1)	19,1 (13,4-26,4)	19,9 (15,4-25,2)	17,5 (13,7-22,0)
Rico	17,2 (11,1-25,7)	20,6 (15,9-26,2)	19,9 (14,7 -26,3)	13,1 (10,0-16,9)	21,1 (16,4-26,9)
Mais rico	9,0 (4,9-16,0)	14,2 (8,7-22,2)	19,7 (13,2-28,4)	14,0 (4,8-34,4)	15,7 (10,4-23,0)
Idade materna					
<19	17,2 (15,5-19,0)	21,4 (18,3-25,0)	11,1 (9,3-13,2)	11,0 (8,6-14,1)	23,7 (18,0-30,5)
20-24	30,9 (26,7-35,3)	28,2 (24,6-32,1)	24,3 (21,5-27,3)	26,5 (23,6-29,6)	33,9 (27,5-40,9)
25-29	24,0 (20,4-28,0)	22,9 (20,6-25,3)	29,3 (24,9-34,2)	21,8 (19,0-25,0)	23,5 (17,3-31,1)
30-34	16,3 (13,4-19,7)	16,3 (13,3-19,7)	19,1 (16,0-22,7)	20,3 (17,5-23,5)	9,5 (6,8-13,3)
35-49	11,6 (9,0-14,8)	11,2 (9,3-13,4)	16,2 (12,7-20,4)	20,3 (16,9-24,1)	9,4 (4,8-17,4)
Trabalho materno (12 meses)[c]					
Não	52,8 (47,8-57,7)	66,0 (58,8-72,4)	48,9 (44,6-53,3)	44,2 (36,0-52,7)	56,4 (49,8-62,8)
Sim	47,2 (42,3-52,2)	34,0 (27,6-41,2)	51,1 (46,7-55,4)	55,8 (47,3-64,0)	43,6 (37,2-50,2)
Situação conjugal					
Em união	86,6 (83,4-89,3)	87,8 (85,5-89,8)	94,8 (92,8-96,3)	94,7 (90,6-97,1)	77,6 (70,1-83,7)
Não união[d]	13,4 (10,7-16,6)	12,2 (10,2-14,5)	5,2 (3,7-7,2)	5,3 (2,9-9,4)	22,4 (16,3-29,9)
Idade da criança					
0 -1 mês	28,2 (24,3-32,6)	27,9 (25,1-31,0)	23,7 (18,3-30,1)	23,7 (19,5-28,3)	26,2 (20,7 -32,5)
2-3 meses	35,5 (32,3-38,9)	36,4 (33,0-40,0)	33,0 (27,9-38,5)	39,4 (34,7-44,2)	39,3 (32,3-46,8)
4 -5 meses	36,2 (31,3-41,5)	35,6 (32,9-38,5)	43,3 (37,0-49,8)	37,0 (32,8-41,4)	34,5 (29,6-39,7)
Sexo da criança					
Masculino	53,3 (50,2-56,3)	51,8 (47,7-55,9)	50,7 (44,3-57,0)	50,9 (46,4-55,4)	50,5 (45,4-55,5)
Feminino	46,7 (43,7-49,8)	48,2 (44,1-52,3)	49,3 (43,0-55.7)	49,1 (44,6-53,6)	49,5 (44,5-54,6)
Peso ao nascer (g)					
<2500	9,8 (7,0-13,5)	9,7 (7,2-12,8)	6,4 (4,3-9,5)	5,0 (3,3-7,7)	10,4 (7,1-15,1)
2500-4000	74,0 (69,4-78,2)	71,2 (66,9-75,1)	20,1 (14,8-26,8)	84,3 (80,3-87,6)	80,8 (74,6-85,8)
>4000	16,2 (11,0-23,1)	19,2 (14,9-24,3)	73,4 (66,7-79,3)	10,7 (8,4-13,6)	8,7 (4,7-15,6)

Fonte: O autor, 2015

Tabela 1 - Características descritivas de mães com crianças menores de 6 meses em países da América Latina e Caribe. Pesquisas de demografia e saúde 2010-2013.[a] (Conclusão)

Fator/Categoria	Colômbia, 2010 (n = 1094)	Honduras, 2011-12 (n = 925)	Haiti, 2012 (n =647)	Peru, 2012 (n =662)	República Dominicana, 2013 (n=203)
Parto cesáreo					
Não	61,9 (56,1-67,4)	81,5 (75,8-86,2)	93,9 (90,4-96,2)	73,8 (66,9-79,7)	35,3 (28,3-43,1)
Sim	38,1 (32,6-43,9)	18,5 (13,8-24,2)	6,1 (3,8-9,6)	26,2 (20,3-33,1)	64,7 (56,9-71,7)
Paridade					
1 filho	35,1 (31,4-38,9)	32,2 (30,0-34,4)	27,3 (23,7-31,1)	29,4 (24,8-34,5)	42,5 (36,0-49,3)
2 filhos	33,9 (30,3-37,8)	27,5 (24,7-30,6)	29,2 (24,8-34,0)	31,3 (25,9-37,3)	31,0 (24,4-38,4)
3 filhos ou mais filhos	31,1 (26,4-36,0)	40,3 (37,6-43,1)	43,6 (39,9-47,3)	39,3 (29,9-49,5)	26,5 (18,3-36,8)
Local do parto					
Em casa	4,7 (2,8-7,7)	13,7 (9,7-19,0)	52,6 (44,2-61,0)	13,7 (8,2-21,8)	0,4 (0,1-1,3)
Hospital público	94,7 (92,2-96,4)	80,9 (75,0-85,7)	32,3 (25,9-39,5)	76,1 (71,5-80,1)	65,7 (55,4-74,7)
Hospital privado	0,5 (0,1-2,7)	5,2 (3,7-7,3)	14,0 (8,2-22,8)	9,9 (4,7-19,4)	33,9 (24,9-44,2)
Outros	0,1 (0-0,5)	0,2 (0,0-1,4)	1,0 (0,6-1,7)	0,4 (0,1-1,3)	0 (0-0)
Violência física					
Não	75,3 (72,0-78,4)	85,5 (80,4-89,3)	87,7 (82,5-91,4)	72,7 (69,0-76,2)	83,2 (77,2-87,8)
Sim	24,7 (21,6-28,0)	14,5 (10,7-19,6)	12,3 (8,6-17,5)	27,3 (23,8-31,0)	16,8 (12,2-22,8)
Violência sexual					
Não	96,7 (95,3-97,7)	96,7 (94,8-97,9)	91,1 (88,2-93,4)	96,7 (94,6-98,0)	95,7 (92,3-97,7)
Sim	3,3 (2,3-4,7)	3,3 (2,1-5,2)	8,9 (6,6-11,8)	3,3 (2,0-5,4)	4,3 (2,3-7,7)
Violência global					
Não	75,0 (71,6-78,1)	84,1 (79,3-87,9)	83,0 (82,5-91,4)	72,5 (68,7-75,9)	82,7 (76,9-87,2)
Sim	25,0 (21,9-28,4)	15,9 (12,1-20,7)	17,0 (12,7-22,5)	27,5 (24,1-31,3)	17,3 (12,8-23,1)
Aleitamento materno exclusivo					
Sim	11,6 (8,5-15,6)	30,8 (25,2-37,0)	38,5 (30,5-47,2)	65,3 (55,2-74,2)	7,0 (3,7-12,9)
Não	88,4 (84,4-91,5)	69,2 (63,0-74,8)	61,5 (52,8-69,5)	34,7 (25,8-44,8)	93,0 (87,1-96,3)

Fonte: O autor, 2015

n- número de díades que compõem o estudo.

[a] Todos os valores são percentuais

[b] O nível socioeconomico foi estimado em Pesquisas de Demografia e Saúde como uma escala de riqueza relativa gerada a partir de informações sobre propriedade e bens da família (incluindo aparelhos), materiais de construção de casas e infra-estrutura de saneamento. A pontuação do nível socioeconomico é gerada para cada uso doméstico utilizando análise de componentes principais e, posteriormente , as famílias são classificados em um dos cinco quintis de riqueza que se excluem mutuamente : mais pobre , pobre, média , rico , e mais rico .

[c] Relato de atividade remunerada fora do lar nos 12 meses anteriores a entrevista.

[d] Não vive com parceiro: separada, divorciada ou viúva.

As prevalências de aleitamento materno exclusivo foram maiores entre as mães que não tinham nenhum grau de escolaridade completo em 4 dos 5 países, sendo que no Haiti as mães que mais amamentaram de forma exclusiva foram as que possuiam escolaridade secundária completa. Ainda no Haiti, bem como na Colômbia, as maiores taxas de AME apareceram entre as mães que pertenciam ao nível socioeconomico intermediário, e nos demais países as que estavam no nível de maior pobreza (Tabela 2).

Todas as mães com 25 anos ou mais apresentaram maiores percentuais de AME, onde destas as hondurenhas e dominicanas que estavam na faixa de 25-29 anos, colombianas e haitianas na faixa de 30-34 anos e por fim as peruanas na faixa de 35-49 anos.

Mães, dos 5 países, que relataram não trabalhar fora de casa nos 12 meses anteriores a entrevista amamentaram exclusivamente mais os seus filhos em relação as que relataram tal atividade, o AME também foi mais prevalente dentre as que não tiveram seus filhos por parto cesáreo e apresentaram 2 ou mais filhos.

Das crianças mais amamentadas, no que concerne ao local do nascimento, estão as que nasceram em suas casas na Colômbia, Honduras e República Dominicana e as que nasceram em outros lugares (diferente de hospital e casa) no Haiti e Peru.

As mulheres que viviam em união estável também tiveram maior prevalência de aleitamento materno exclusivo na Colômbia, em Honduras e no Haiti, porém no Peru e na República Dominicana o contrário se fez presente.

Como esperado, as prevalências de AME se comportaram de forma inversamente proporcional a idade da criança, estando as melhores prevalências entre as crianças mais novas (0-1 mês) em todos os países.

As meninas apresentaram maiores percentuais de AME na Colômbia, Honduras e Haiti, enquanto os meninos apresentaram maiores percentuais no Peru e República Dominicana.

Quanto o peso ao nascer as crianças que mais estavam sendo amamentadas exclusivamente foram as que nasceram com peso inferior a 2500g na Colômbia, com 2500-4000g no Haiti e Peru e com mais de 4000g em Honduras e República Dominicana.

As mães que não relataram sofrer qualquer tipo de VPI em Honduras e Haiti têm melhores prevalências de estarem amamentando exclusivamente. No Peru, apresentaram maiores prevalências de AME as mães que não relataram terem sido vítimas de violência física ou global. Já na República Dominicana amamentaram mais as mães que não sofreram violência sexual.

Tabela 2 - Prevalência de AME em menores de 6 meses em 5 países da América Latina e Caribe. Pesquisas de demografia e saúde. 2010-2013.[a] (Continua).

Fator/Categoria	Colômbia, 2010 (n = 1094)	Honduras, 2011-12 (n = 925)	Haiti, 2012 (n =647)	Peru, 2012 (n =662)	Rep. Dominicana, 2013 (n=203)
Escolaridade					
Nenhum	24,2 (6,4-59,9)	43,9 (27,2-62,1)	38,9 (28,5-50,4)	90,5 (65,7-97,9)	32,5 (6,7-76,3)
Primário	7,3 (4,4-11,8)	35,6 (29,3-42,4)	38,0 (27,1-50,2)	80,4 (73,1-86,0)	6,0 (1,6-20,4)
Secundário	12,9 (9,3-17,6)	23,2 (17,7-29,7)	39,0 (29,4-49,6)	63,0 (52,3-72,5)	6,0 (1,9-17,3)
Superior	11,1 (6,7-17,8)	10,1 (2,8-30,3)	38,3 (21,0-59,2)	46,7 (37,1-56,6)	6,5 (2,5-15,8)
Nível socioeconomico [b]					
Mais pobre	9,4 (6,0-14,3)	51,2 (43,0-59,3)	42,4 (25,7-61,0)	84,4 (77,5-89,4)	14,9 (7,5-27,3)
Pobre	8,6 (4,9-14,8)	37,9 (28,6-48,3)	39,8 (28,9-51,8)	70,8 (64,0-76,7)	7,4 (2,2-22,3)
Intermédiario	15,7 (7,8-29,1)	21,7 (13,0-33,9)	43,7 (32,4-55,7)	60,3 (50,6-69,2)	3,1 (0,4 -18,3)
Rico	13,7 (9,4-19,6)	16,9 (12,3-22,8)	32,4 (24,3-41,7)	47,2 (32,2-62,7)	6,3 (1,6-21,3)
Mais rico	9,8 (4,8-19,3)	18,3 (13,8-23,9)	34,5 (20,7-51,6)	65,3 (55,2-74,2)	1,6 (0,2-12,9)
Idade materna					
<19	8,6 (4,4-16,3)	32,9 (24,7-42,4)	27,3 (14,3-45,9)	64,5 (43,7-81,0)	8,8 (2,1-30,7)
20-24	10,6 (6,0-18,2)	28,4 (20,0-38,7)	33,4 (22,9-45,9)	69,3 (60,1-77,2)	3,1 (0,6-15,2)
25-29	11,0 (6,2-18,8)	36,5 (28,0-46,0)	42,6 (32,3-53,6)	62,0 (50,2-72,5)	15,1 (7,2-29,0)
30-34	16,6 (10,9-24,4)	25,6 (17,2-36,3)	46,1 (36,9-55,6)	58,9(46,6-70,3)	0 (0-0)
35-49	12,7 (7,3-21,0)	28,6 (17,8-42,6)	36,6 (26,2-48,4)	70,6 (55,6-82,2)	4,2 (0,7-20,9)
Trabalho materno (12 meses)[c]					
Não	11,6 (7,5-17,6)	35,7 (29,3-42,6)	39,9 (29,6-51,0)	72,7 (66,6-78,1)	9,1 (3,3-23,0)
Sim	11,5 (9,3-14,2)	21,3 (16,5-27,0)	37,2 (29,5-45,6)	59,5 (45,9-71,8)	4,2 (1,2 -13,5)
Situação conjugal					
Em união	12,0 (9,3-15,5)	31,7 (25,8-38,2)	38,6 (30,9-47,0)	65,2 (55,0-74,2)	5,7 (2,9-10,9)
Não união[d]	9,0 (3,2-23,3)	24,2 (17,1-33,0)	36,0 (17,1-60,6)	67,5 (50,1-81,1)	11,3 (4,9-23,8)
Idade da criança					
0 -1 mês	15,4 (8,1-27,1)	46,1 (38,2-54,2)	65,7 (56,6-73,7)	76,0 (66,9-83,2)	16,7 (8,5-30,3)
2-3 meses	12,4 (8,1-18,3)	32,0 (25,3-39,5)	40,9 (31,8-50,7)	66,5 (52,2-78,3)	5,4 (1,8-14,7)
4 -5 meses	9,3 (6,6-13,0)	17,5 (12,6-23,9)	21,6 (14,6-30,7)	57,2 (47,0-66,8)	1,2 (0,2-5,9)
Sexo da criança					
Masculino	10,1 (7,2-13,9)	27,1 (19,7-36,0)	37,2 (28,0-47,4)	67,4 (57,6-75,9)	9,8 (5,2-17,7)
Feminino	13,4 (8,9-19,7)	34,7 (28,7-41,2)	39,9 (31,2-49,2)	63,1 (51,1-73,1)	4,2 (1,8-9,5)
Peso ao nascer (g)					
<2500	26,2 (14,1-43,5)	24,1 (13,0-40,2)	36,5 (18,9-58,7)	65,1 (44,5-81,2)	7,4 (0,9-41,7)
2500-4000	10,1 (7,4-13,8)	29,9 (24,1-36,2)	40,1 (29,8-51,4)	66,0 (55,1-75,5)	6,0 (3,0-11,6)
>4000	10,8 (6,1-18,4)	37,6 (31,1-44,6)	38,2 (29,3-48,0)	59,8 (48,6-70,0)	15,0 (3,3-48,0)

Fonte: O autor, 2015

Tabela 2 - Prevalência de AME em 5 países da América Latina e Caribe. Pesquisas de demografia e saúde 2010-2013.[a] (Conclusão)

Fator/Categoria	Colômbia, 2010 (n = 1094)	Honduras, 2011-12 (n = 925)	Haiti, 2012 (n =647)	Peru, 2012 (n =662)	República Dominicana, 2013 (n=203)
Parto cesáreo					
Não	11,7 (8,6-15,7)	32,1 (25,8-39,1)	38,5 (30,0-47,9)	70,7 (59,8-79,7)	7,7 (3,7-15,1)
Sim	11,4 (7,4-17,1)	25,0 (19,2-31,7)	33,2 (18,5-52,1)	50,0 (42,5-57,6)	6,6 (3,2-13,2)
Paridade					
1 filho	8,6 (6,1-12,1)	26,1 (19,5-33,9)	31,4 (21,6-43,2)	57,3 (49,0-65,2)	7,2 (2,9-16,7)
2 filhos	13,3 (8,2-20,8)	33,2 (25,4-42,0)	38,7 (26,7-52,4)	65,0 (48,8-78,4)	3,0 (1,3-6,7)
3 filhos ou mais filhos	13,1 (8,5-19,8)	32,9 (26,7-39,6)	42,8 (33,2-53,0)	71,5 (62,1-79,2)	11,4 (5,2-23,4)
Local do parto					
Em casa	12,9 (6,3-24,6)	47,5 (38,9-56,3)	39,1 (29,4-49,7)	78,7 (68,3-86-3)	39,3 (5,6-87,6)
Hospital público	11,6 (8,3-15,8)	28,8 (22,9-34,9)	36,3 (26,3-47,6)	67,6 (59,5-74,8)	9,6 (5,6-16,1)
Hospital privado	0 (0-0)	21,0 (12,5-33,1)	40,6 (28,2-54,4)	27,5 (18,0-39,6)	1,5 (0,3-7,9)
Outros	0 (0-0)	30,0 (30,0-30,0)	46,5 (12,6-83,9)	100 (100-100)	0 (0-0)
Violência física					
Não	11,0 (8,3-14,3)	31,7 (25,7-38,3)	41,9 (31,7-52,7)	67,9 (58,1-76,4)	6,6 (3,3-12,7)
Sim	13,3 (5,6-28,1)	28,2 (19,5-38,9)	20,5 (10,8-35,4)	61,8 (47,3-74,5)	9,0 (2,9 -24,3)
Violência sexual					
Não	11,4 (8,4-15,5)	31,3 (25,6-37,5)	40,5 (30,8-51,0)	66,0 (55,3-75,3)	7,3 (3,8-13,5)
Sim	14,9 (5,4-34,8)	30,1 (15,2-50,9)	28,3 (17,2-42,9)	68,2 (51,2-81,5)	0 (0-0)
Violência global					
Não	10,8 (8,3-13,8)	31,6 (25,7-38,2)	42,1 (31,8-53,1)	67,9 (58,1-76,3)	6,6 (3,4-12,7)
Sim	13,8 (6,2-27,9)	29,1 (20,6-39,4)	25,7 (15,8-39,0)	62,0 (47,5-74,7)	8,7 (2,8-23,8)
Total	11,6 (8,5-15,6)	30,8 (25,2-37,0)	38,5 (30,5- 47,2)	65,3 (55,2-74,2)	7,0 (3,7-12,9)

Fonte: O autor, 2015

[a] Todos os valores são percentuais

[b] O nível socioeconomico foi estimado em Pesquisas de Demografia e Saúde como uma escala de riqueza relativa gerada a partir de informações sobre propriedade e bens da família (incluindo aparelhos), materiais de construção de casas e infra-estrutura de saneamento. A pontuação do nível socioeconomico é gerada para cada uso doméstico utilizando análise de componentes principais e, posteriormente , as famílias são classificados em um dos cinco quintis de riqueza que se excluem mutuamente : mais pobre , pobre, média , rico , e mais rico .

[c] Relato de atividade remunerada fora do lar nos 12 meses anteriores a entrevista.

[d] Não vive com parceiro: separada, divorciada ou viúva.

Os resultados brutos e ajustados referentes as análises de regressão logística (Tabelas 3 e 4, respectivamente) mostram a chance das mães não expostas a violência entre parceiros íntimos, no ano anterior a entrevista, estarem amamentando seus respectivos filhos de forma exclusiva, quando comparadas com as expostas.

Nas análises brutas, o único grupo que obteve associação significante foi o das mães haitianas que reportaram terem sido vítimas de violência física, as quais apresentaram menores chances de amamentarem seus filhos de forma exclusiva (OR= 2,792; IC 1,125-6,933) (p=0,028).

Após ajustes pelas co-variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ para cada país, as mulheres que apresentaram menores chances significantes de estar ofertando exclusivamente leite materno permaneceram sendo as haitianas expostas à VPI física (OR=2,71; IC 1,12-6,64) (p=0,029).

Com relação aos demais países, não foram encontrados resultados que configurassem associações significativas entre violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno exclusivo.

Tabela 3 - Chaces, não ajustadas, de mães não expostas à VPI estarem em AME quando comparadas as expostas.

Tipo de VPI	**Colômbia, 2010 (n = 1094)**			**Honduras, 2011-12 (n = 624)**			**Haiti, 2012 (n =647)**			**Peru, 2012 (n =662)**			**República Dominicana, 2013 (n=203)**		
	OR	**IC**	***Valor p***	**OR**	**IC**	***Valor p***	**OR**	**IC**	***Valor p***	**OR**	**IC**	***Valor p***	**OR**	**IC**	***Valor p***
Física	0,808	0,296-2,204	0,672	1,179	0,722-1,924	0,500	2,792	1,125-6,933	**0,028**	1,306	0,884-1,931	0,176	0,714	0,207-2,469	0,589
Sexual	0,739	0,247-2,215	0,584	1,053	0,450-2,467	0,902	1,722	0,768-3,863	0,178	0,715	0,194-2,634	0,608	-	-	-
Global	0,754	0,301-1,892	0,542	1,124	0,718-1,761	0,600	2,100	0,955-4,618	0,064	1,293	0,875-1,910	0,191	0,745	0,217-2,550	0,633

Fonte: O autor, 2015
n – corresponde ao número de díades.
p valores negritados - apresentaram significância estatística (p-valor ≤0,05) (-) inestimável devido pequeno número amostral.

Tabela 4 - Chaces, ajustadas*, de mães não expostas à VPI estarem em AME quando comparadas as expostas.

Tipo de VPI	**Colômbia, 2010 (n = 1094)**			**Honduras, 2011-12 (n = 624)**			**Haiti, 2012 (n =647)**			**Peru, 2012 (n =662)**			**República Dominicana, 2013 (n=203)**		
	OR $_{aj}$	**IC**	***Valor p***	**OR $_{aj}$**	**IC**	***Valor p***	**OR $_{aj}$**	**IC**	***Valor p***	**OR $_{aj}$**	**IC**	***Valor p***	**OR $_{aj}$**	**IC**	***Valor p***
Física	0,793	0,318-1,977	0,614	0,992	0,581-1,695	0,975	2,706	1,119-6,642	**0,029**	1,456	0,936-2,266	0,094	0,407	0,142-1,163	0,092
Sexual	0,614	0,188-2,008	0,414	0,774	0,281-2,129	0,610	1,782	0,790-4,018	0,156	1,026	0,244-4,317	0,971	-	-	-
Global	0,735	0,321-1,684	0,461	0,967	0,580-1,613	0,896	2,147	0,949-4,855	0,065	1,460	0,937-2,273	0,093	0,450	0,157-1,287	0,133

Fonte: O autor, 2015
* por co-variáveis que apresentaram p≤0,20 especificamente para cada país, a saber, para:
Colômbia (Idade materna, situação conjugal, sexo da criança, peso ao nascer, local do parto, além de violência física e/ou sexual).
Honduras (Escolaridade, Nível socioeconomico, Idade materna, trabalho materno, situação conjugal, idade da criança, sexo da criança, peso ao nascer, parto cesário, paridade, local do parto, além de violência física e/ou sexual).
Haiti (Idade materna, idade da criança, paridade, além de violência física e/ou sexual).
Peru (Escolaridade, Nível Socioeconomico, trabalho materno, situação conjugal, idade da criança, parto cesário, paridade, local do parto, além de violência física e/ou sexual).
R. Dominicana (Idade materna, trabalho materno, situação conjugal, idade da criança, sexo da criança, local do parto, além de violência física e/ou sexual).
n – corresponde ao número de díades.
p valores negritados - apresentaram significância estatística (p-valor ≤0,05).
(-) inestimável devido pequeno número amostral.

6 **DISCUSSÃO**

Os resultados desse estudo mostram que cerca de um terço das crianças menores de 6 meses em Honduras e Haiti estavam sendo amamentadas exclusivamente, enquanto esse percentual flutuou em torno dos 10% na Colômbia e República Dominicana, com distinção do Peru, onde mais da metade das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo. Ao considerarmos que a OMS/MS (2007) recomenda que o aleitamento materno deva ser praticado de forma exclusiva pelos primeiros seis meses de vida da criança, verificamos que as prevalências de AME puderam ser consideradas ruins na Colômbia e República Dominicana, regulares em Honduras e Haiti, e boa no Peru.

Segundo os relatórios das pesquisas DHS as prevalências de aleitamento materno exclusivo se comportam da seguinte forma: na Colômbia (2010), o percentual de crianças em AME descendeu rapidamente nos 6 primeiros meses, passando de 63% entre os menores de 2 meses a 24% aos 5 meses, sendo que 42,8% das crianças estavam em AME entre os menores de 6 meses; em Honduras (2011-12) 45% dos menores de 2 meses receberam AME e 19% das crianças entre 4-5 meses, receberam aleitamento de forma exclusiva somente 31% dos menores de 6 meses; no Haiti (2012) 68% dos menores de 2 meses, 24% dos menores de 5 meses e entre os menores de 6 meses 39,7% estavam em AME; no Peru (2012) 67,6% dos menores de 6 meses receberam AME, sendo 77,3% entre os menores de 2 meses e 59,5% entre as crianças de 4-5 meses; e a República Dominicana apresentava uma taxa inferior de crianças em AME entre os menores de 2 meses (12,3%) decrescendo para 1,2% entre as crianças de 4-5 meses, para o total de crianças menores de 6 meses em AME foi de 6,7%. (ENDS, 2010; EMMUS-V, 2012; ENDES, 2012; ENDESA, 2011-2012 e ENDESA, 2013).

Nos dados apresentados pela Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde no ano de 2013, a prevalência de AME na Colômbia (2010) foi de 42,8%, em Honduras (2005-06) de 29,7%, no Haiti (2005-06) de 40,7%, no Peru (2010) de 68,3% e na República Dominicana (2007) de 7,7%.

Todos estes achados quando comparados com os encontrados neste estudo comportam-se de maneira semelhante, com exceção da Colômbia que apresentou prevalência inferior (11,6%) à apresentada anteriormente para o mesmo ano, estando mais próxima da prevalência encontrada para o ano de 1990 (15%). Nos demais países as prevalências atuais de AME apresentaram um discreto aumento em Honduras em 2011-12 (30,8%); decréscimo

no Haiti (38,5%) e Peru (65,3%) em 2012 e estagnação na República Dominicana em 2013 (7,0%).

Importante considerar que a população contemplada neste estudo foi composta por mães que responderam ao módulo de VPI e tinham informações sobre AME, o que não representa a mesma população dos estudos anteriores.

Observando as prevalências de perpetração de violência entre parceiros íntimos, notou-se que o tipo de violência mais relatado pelas mulheres estudadas é a do tipo física, e percentuais semelhantes foram encontrados para Colômbia e Peru, respectivamente, 24,7% e 27,3%, e para Honduras, Haiti e República Dominicana, respectivamente, 14,5%, 12,3% e 16,8%.

Num estudo da OPAS (2014), foram apresentadas as prevalências de mulheres que relataram vitimização por VPI física e/ou sexual, por parte de seu marido/companheiro, alguma vez na vida. As prevalências de violência física, física e sexual e apenas sexual foram, respectivamente, de 27,9%, 10,7% e 1,1% na Colômbia no ano de 2005. No Haiti, em 2005-06, relataram violência física 8,5%, física e sexual 4,9% e violência sexual 5,9% das mulheres estudadas. No Peru (2007-08) 30,1% das mulheres relataram ter sofrido violência física, 8,5% relataram violência física e sexual e 0,9% relataram terem sido vítimas de violência sexual. Na República Dominicana, em 2007, 11,7% relataram vitimização por VPI física, 4,4% por VPI dos tipos física e sexual e 0,9% por VPI sexual. Quando verificada a VPI nos 12 meses anteriores a entrevista, relataram ser vítimas de VPI física 19,4% das mulheres colombianas, 7,4% das haitianas, 25,5% das peruanas e 9,6% das dominicanas. Relataram VPI sexual 6,9% das colombianas, 10,1% das haitianas, 3,7% das peruanas e 3,6% das dominicanas.

Ao compararmos os resultados da OPAS (2014) com os deste estudo, verificou-se que os relatos de violência física perpetrada nos 12 meses anteriores a entrevista aumentaram. Provavelmente, pode ter ocorrido o aumento das taxas de perpetração da violência entre parceiros íntimos ou, hipoteticamente, as mulheres passaram a relatar mais que foram vítimas de violência física, pois em regiões onde há uma maior conscientização da violência por parceiro íntimo e menor aceitabilidade do marido agredir sua esposa, ao longo do tempo as mulheres possam se tornar mais seguras para divulgar as suas experiências para entrevistadores (OPAS, 2014).

Considerando que as informações sobre VPI sexual foram obtidas por meio do mesmo instrumento tanto para as pesquisa da OPAS (2014) quanto para o presente estudo, não foram observados aumento nas prevalências em todos os países. As prevalências identificadas neste estudo são menores do que as do estudo explicitado anteriormente para

Colômbia e Haiti (3,3% em ambos). No Peru o relato de ser vítima de VPI sexual aumentou (8,9%), e na República Dominicana houve também um aumento, mesmo que discreto (4,3%).

Entre as mulheres estudadas, e em conformidade com outros achados (ACHESON, 1995; MORAES *et al.*, 2011; ZUREICK-BROWN; LAVILLA; YOUNT, 2013; MISCH; YOUNT, 2014), apresentam maiores prevalências de aleitamento materno as que não estão expostas a qualquer tipo de VPI em Honduras e no Haiti.

Quanto à violência sexual, apresentaram as maiores prevalências de AME as mães Hondurenhas e Haitianas que não relataram tal agressão.

A título de ilustração, vale comentar que se um valor de p de 0,10 for considerado como ponto de corte para testar se a associação tem significância estatística - marginalmente significante -, no presente estudo, além das associações que mostraram que estar exposta a VPI é risco (Haiti e Peru - física e global) para AME, algumas associações mostraram que mães expostas têm maiores chances de amamentar exclusivamente (República Dominicana - física).

Nos modelos utilizados para estimar associação entre exposição à VPI e prática do aleitamento materno exclusivo, obtiveram-se resultados distintos para cada país. Mulheres expostas a qualquer tipo de violência dentre as hondurenhas e haitianas e exposta a VPI física ou global no Peru apresentaram menos chances de amamentarem suas crianças exclusivamente ao seio. Entretanto, estas associações configuraram-se de forma não significante estatísticamente, com exceção do resultado referente ao Haiti, onde as mães vítimas de violência física apresentaram 2,79 vezes menos chances de estarem em AME (p=0,028).

Após ajustes pelas possíveis variáveis de confundimento, as mães haitianas que sofreram violência física permaneceram tendo 2,7 vezes menos chances de estarem amamentando de forma exclusiva (p=0,029).

Mesmo não apresentando uma associação significante, as mães haitianas expostas a VPI sexual e global e as peruanas expostas aos 3 tipos de VPI tendiam a ter até 2,7 vezes menos chances de estarem em AME.

Como este é um trabalho pioneiro em estudar a associação entre a violência entre parceiros íntimos (contra a mulher) e a ocorrência da prática de aleitamento materno exclusivo na região da América Latina e Caribe, não foi possível realizar uma comparação com dados referentes aos mesmos países. Entretanto, estudo realizado com 8 países africanos (MISCH; YOUNT, 2014) verificou a associação entre exposição das mulheres à diferentes

tipos de VPI (ao longo da vida) e prática de AME, encontrando resultados semelhantes aos achados do presente estudo.

Foram encontradas associações ajustadas positivas e negativas significantes, bem como não significantes, como, por exemplo, em Gana, no Quênia e na Libéria as mães que relataram sofrer VPI sexual tinham 66-91% menos chances de AME (OR 0,09-0,34, p=0,085), enquanto na Zâmbia, mães que reportaram sofrer o mesmo tipo de violência tinham 2,49 vezes mais chances de AME. (p = 0,025).

Ao utilizar o critério de $p \leq 0,10$ como indicativo de significância, os resultados apontaram para uma associação positiva entre exposição à VPI e a prática de aleitamento materno exclusivo na República Dominicana, o que pode ser indícios da resposta compensatória materna. Esta é caracterizada, teoricamente, pela capacidade da mãe que está exposta a VPI poder se tornar mais atenta às necessidades de seu filho com intuito de protegê-lo, e como uma forma de compensar o afeto negado pelo companheiro (LEVENDOSKY, 2003; FALCETO *et al.*., 2004), todavia mais pesquisas tanto qualitativas, quanto quantitativas são necessárias para o esclarecimento desta questão.

A identificação dos motivos que levam as mães vítimas de VPI praticarem o AME de forma compensatória poderia fornecer subsídios para incentivo e aconselhamento às demais mães vitimizadas, viabilizando a prática da amamentação mesmo quando as condições forem adversas.

Questões de cunho metodológico não podem deixar de ser citadas. Inicialmente, considera-se que não há possibilidade de inferir uma relação temporal (causa e efeito) entre as variáveis do estudo, por se tratar de um estudo seccional. Entretanto, a associação abordada neste estudo traz resultados importantes para enriquecer o conhecimento da relação entre o problema da violência entre parceiros íntimos e alimentação infantil, pois ambos são problemas de saúde pública.

Por conseguinte, o instrumento de aferição tanto de "estar em AME" quanto o de aferição da violência entre parceiros íntimos também merecem ser comentados.

A questão relativa à amamentação contou com a informação do *"status*" atual do AM (sim ou não), e para aferir se as mães que estavam em aleitamento materno o praticavam de forma exclusiva utilizou-se um recordatório de 24 horas. Por se tratar de informações pontuais, estas podem revelar ou não se as crianças receberam algo diferente do leite materno, pois as mesmas podem ter recebido ou ainda receberem outros líquidos e/ou alimentos que não foram relatados. Sendo assim, considera-se a possibilidade de um viés de classificação, o qual pode subestimar ou superestimar o AME.

O instrumento que mediu a violência foi baseado em um módulo padrão das pesquisas DHS, o qual pode ser modificado de acordo com os países que o aplicam e questões podem ser inseridas ou suprimidas do mesmo, o que pode prejudicar a comparabilidade dos achados.

Em virtude da magnitude e dos efeitos deletérios da exposição à VPI durante a gravidez para a saúde materno-infantil, o melhor é que esta exposição seja detectada ainda durante o pré-natal (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006; MORAES *et al.*., 2006). Seria ideal que as pesquisas DHS incluíssem questões que captem a exposição à VPI durante a gravidez, permitindo diferenciar exposição materna ao longo da vida e exposição materna e fetal conjunta.

Em suma, esse estudo traz subsídios para novas pesquisas que devem ser realizadas em diferentes contextos e culturas. Adicionalmente, merece destaque a contribuição destes resultados para o desenvolvimento de medidas que promovam a prática do aleitamento materno exclusivo e que visem reduzir as prevalências de perpetração de violência entre parceiros íntimos, tais como, o aumento da conscientização de VPI como um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos; capacitação de profissionais de saúde que atendem vítimas de violência, aprimoramento dos serviços de apoio às vítimas, desenvolvimento de medidas de prevenção eficazes, e identificação de prioridades para o desenvolvimento de leis e políticas.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram grande heterogeneidade em relação a hipótese de que a exposição à violência entre parceiros íntimos pode interferir na redução da amamentação exclusiva, porém mais investigações com o mesmo objetivo e em diferentes regiões são necessárias, para compreender os diferentes processos que circundam esta relação.

Com base no exposto, no contexto socio-cultural do Haiti, pode-se inferir sobre a necessidade da incorporação de medidas que enfrentem efetivamente a questão da violência entre parceiros íntimos, identificando-a o mais precocemente possível (na consulta pré-natal, por exemplo) para que e os efeitos adversos da VPI sejam atenuados.

REFERÊNCIAS

ACHESON, L. Family violence and breastfeeding. *Archives of Family Medicine*, s.l., v.4, p.650-652, 1995.

ALENCAR, S. M. S. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: _____. *O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas*. São Paulo: Sarvier. 2008. p. 70-101

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-109, 2008.

BARROS, V. O. et al. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire:*Revista da sociedade brasileira de alimentação e nutrição. v.34, n.2, p.101-114, ago. 2009.

BERQUÓ, E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11, supl 1, p. 72-89, 2008.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. C.; OLIVEIRA, M. I. C.; LEAL, M. C.; CARVALHO, M. S. Factors that affect time between birth and first breastfeeding. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 24, p. 2681-99, 2008.

BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008. *Epidemiologia e Serviço de Saúde;* v.20, n.1, p. 19-26, 2011.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, P. M. M. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. *Journal of Pediatric,* Rio de Janeiro, v.87, n.5,p. 399-404.2011.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado, 1988b.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm>. Acesso em 11 de Maio de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.* Serie A. Normas e manuais técnicos no 107. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 5, de 20 de Dezembro de 1988. Normas para comercialização de alimentos para lactentes. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1988 a.

BRASIL. MINISTÈRIO DA SAÚDE. PNDS 2006: *pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília(DF). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2008. 362p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**.** *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília – DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança*: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Séria A, normas e manuais técnicos. Caderno de atenção básica, nº 23. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 112 p.

BRASIL. MISNISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 322, de 26.05.1988. Aprova as normas gerais, destinadas a regular a instalação e o funcionamento dos bancos de leite humano, em todo território nacional. *Diário Oficial da União*, Brasil, Brasília, 27 de jun.de 1988c, Seção I, p. 9527. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis. Acesso em: 18 de Abril de 2015.

BRASIL. Misnistério da Saúde. *Portaria nº 18, de 05.09.1983/INANPS/MS*.

BRUSCO, T. R.; DELGADO, S. E. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. *Revista CEFAC* [online]. vol.16, n.3, pp. 917-928, 2014. Acesso: 11/11/2014.

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

BUVINIC, M.; ROZA.V. Women politics and democratic prospects in Latin America. *Sustainable Development Department Technical papers series*; WID-108. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento. 2004

CAMPOS, A. A. O.; RIBEIRO, R.C. C; SANTANA, L. F. R.; CASTRO, F. A. F.; REIS, R. S.; OLIVEIRA, C. A.; COTTA, R. M. M. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. *Revista médica de Minas Gerais* Belo Horizonte, v. 21, n 11, p 161-167, 2011.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.22, n.4, p.433-440, 2005.

CARRASCOZA, Karina Camilo et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.10, pp. 4139-4146. ISSN 1413-8123. Acesso: 11/11/2014.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; MANOEL, C. M. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.430-436, 1998.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu - SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.15, n.1, 2007.

CAYEMITTES, M.; PLACIDE, M. F.; MARIKO, S. et al. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti (EMMUS) 2005-2006 *[Encuesta de mortalidad, mobididad y utilizacion de servicios, Haití 2005-2006]*. Calverton, Maryland, EUA: Macro International, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut haïtien de l'Enfance. 2007. Disponível em francês. http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fR192/fR192.pdf. Acesso em: 09 de Fev. 2014.

CAYEMITTES, M.; BUSANGU, M. F.; BIZIMANA, J. D.; BARRÈRE B.; SÉVÈRE, B.; CAYEMITTES, V.; CHARLES, E. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti*, 2012. Calverton, Maryland, USA : MSPP,IHE et ICF International. 2013.

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS (CESDEM) y MACRO INTERNATIONAL. *Encuesta Demográfica y de Salud 2007.* Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM y Macro International Inc. 2008

CEPAL. *Panorama social de America Latina.Santiago*, Chile: Organização das Nações Unidas, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 2008. Disponível em espanhol no endereço: <http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/ publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl>. Acesso em: Junho de 2014.

CERNADAS, J. M.; NOCEDA, G.; BARREIRA, L.; MARTINEZ, A. M.; GARSD, A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation*, v.19, n.2, 136-44. 2003.

CESDEM. Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana (ENDESA) 2007. Santo Domingo, República Dominicana: *Centro de Estudios Sociales y demográfico*s (CESdEM), Macro International. 2008. Em español em: <http://www.measuredhs.com/pubs/ pdf/fR205/fR205.pdf>. Acesso em: 09 de Fev. 2014

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.83, n.3, p.241-246, 2007.

COLBURN, F. D. *Latin America at the end of Politics*. [S.l.]: Princeton University Press, 2002.

DAMIAO, Jorginete de Jesus. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Revista brasileira de epidemiologia*. v.11, n.3, p. 442-452. 2008.

DECRETO 231-2013. Ley Fomento e Protección del a Lactancia Materna, Honduras, 2013. Disponível em: <http://es.consumersinternational.org/media/1418803/d-231-2013-ley-de-lactancia-materna-estilo-asesores-7-11-13-copia.pdf>. Acesso em: 11/08/2015.

DENNIS, C.; MCQUEEN, K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, n.123 p.736-51, 2009.

DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. Effect of maternity care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. n.122, p. 43-9. 2008.

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS WEBSITE. Disponível em: <http://dhsprogram.com/topics/Wealth-Index.cfm>. Acesso: 5 de Março de 2015.

DOMINICANA ON LINE WEBSITE. Políticas legislativas dominicanas para enfrentar la violencia con la mujer. Disponível em: <www.dominicanaonline.org/portal/espanol/cpo_politicaspublicas.asp>. Acesso em: 11/08/2015.

ENCOLOMBIA WEBSITE. Disponível em: <http://encolombia.com/libreriadigital/lsalud/lactanciamaterna/lactancia_legislacion38/#sthashR8HCNNBA.dpuf>

ESCOBAR, A. M .U.; OGAWA, A. R.; HIRATSOKA, M.; KAWASHITA, M. Y.; TERUYA, P. Y.; GRISI, S. et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v.2, n.2, p.253-61, 2002.

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

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

FIGUEIREDO, B; CANÁRIO, C; FIELD, T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces pospartum depression. *Psychological Medicine*. v.44, n.5, p.927-3, 2014.

FISCHBACH, R. L.; HERBERT, B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Socity Science Medicine*. n.45, n.8, p.1161–1176, 1997.

GAGLIARDI, L.; PETROZZI, A.; RUSCONI, F. Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breastfeeding. *Archives of disiases childhood***.** v. 97, p. 355-7, 2012.

GARCÍA-MORENO, C; JANSEN, H. A. F. M.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS C. H. WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: *World Health Organization*; 2005

GARCÍA-MORENO, C.; JANSEN, H. A. F. M.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS C. H. WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. *Lancet.*; v.3 68, n.9543, p.1260–9, 2006.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimentos de Pelotas-RS. *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.3, p. 259-265, 2000.

GIUGLIANE, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.253-262, 2000.

GONÇALVES, M. B. et al. Prevalência do aleitamento materno entre crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá no período de 1999-2000, Maringá, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 25, n.6, p. 115-124, 2003.

GUZMÁN, J. M. et al. La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950. *Population***.** França. INED, v. 61, n.5-6, 2006.

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

HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, sup.2, p.S341-S352, 2008.

HINDIN, M. J.; KISHOR, S.; ANSARA, D. L. Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: Predictors and health outcomes. Calverton, MD: *Macro International Incorporated*; 2008.

HOUAISS, Antonio. *Dicionário da língua portuguesa.* 3. ed. Rio de janeiro: Objetiva, 2009.

IFPRI. *International food policy research institute*. Strategy for Latin America and the Caribbean. Washington DC; 2009

INEI . Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2007-2008. Informe Principal. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dirección Nacional de Censos y Encuestas dirección Técnica de demografía e Indicadores Sociales, uSAId, Measure dhS, Macro International. 2009. Em espanhol: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fR234/fR234.pdf. Acesso em: 09 de Fev. 2014.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfedding, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8, 2012.

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.

KISHOR, S.; JOHNSON, K. *Profiling Domestic Violence* – A Multi-Country Study. Calverton, Maryland: ORC Macro. 2004.

KLINGELHAFER, S. K. Sexual abuse and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, v.23, n.2, p.194–197, 2007.

KUMMER, S. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; SUSIN; L. O.; FOLLETO, J. L.; LERMEN, N. R.; WU, V. Y. J. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Revista Paulista de Saúde Pública.*; v.34, n.2, p.143-8, 2000.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (org.). World report on violence and health. Geneva, *World Health Organization*. 2002

LABRONICI, L. M.; FERRAZ, M. I. R.; TRIGUEIRO, T. H.; FEGADOLI, D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.44, p.126-133. 2010.

LAMOUNIER, J. A. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Revista da Associação Medica brasileira,* v. 44, p. 319-24, 1998.

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. v. 79, n. 4, 2003.

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.15-20, 2007.

LAWOYIN, T. O.; OLAWUYI, J. F.; ONADEKO, M. O. Factors associated with exclusive breastfeeding in Ibadan, Nigéria. *Journal of Human Lactation*, v.17, n.4, p. 321-325, 2001.

LEI 8-95 de 19/07/1995. *Promocción e Fomento del a Lactancia Materna*. Disponível em: http://www.comisionadodejusticia.gob.do/phocadownload/Biblioteca_Virtual/Salud/Ley%20 8-95,%20sobre%20Lactancia%20Materna.pdf. Acesso em: 11/08/2015.

LEI 28731 de 13/05/2006. Ministerio da Salud. Disponível em: http://www.minsa.gob.pe/portada/publicaciondest.asp?dest_codigo=235. Acesso em: 11/08/2015.

LEVENDOSKY, A. A.; HUTH-BOCKS, A. C.; SHAPIRO, D. L.; SEMEL, M. A. The impact of domestic violence on the maternal child relationship and preschool-age children's functioning. *Journal of Family Psychology*. V.17, n.3, p.275–287, 2003.

LUAN, N.N. et al. Brestfeeding and ovarian cancer risck: a meta-analysis of epidemiologic studies. *American Journal Clinical Nutrition,* v.98, n.4, p. 1020-31, Out. 2013.

MCCARTER-SPAULDING, D; HOROWITZ, J. A. How does postpartum depression affect breastfeeding? *MCN The American Jornal of Maternal Child Nursing.*;v.32, p.10-7, 2007.

MADRE - Violence against women in Latin America. 2006. Disponível em: http://www.madre.org/index.php?s=4&news=51. Acesso em: Junho de 2014).

MARTINS, C. C.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. O.; MENDES, C. M. C. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Feira de Santana, v. 35, n.1, p. 167-178, 2011.

MEASURES DHS-Demographic and Health Surveys/DHSSurveys/Questionnaires & Modules: Core Questionnaires:Phase 1: Model A-B (1984-1989); Phase 2: Model A-B(1988-1993); Phase 3: Model A-B (1992-1997); Phase 4:Model A-B (1997-2003); Phase 5 (2003-Present). Disponível em: <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/questionnaire_ archive.cfm>. Acesso em: 03/3/14.

MEASURE DHS STATcompiler. http://www.statcompiler.com. Acesso em: 13/07/2015.

MINISTERIO DEL A MUJER Y PROBLACIONES VULNERABLES (MIMP). Lactancia Materna: Un derecho universal. *Cuaderno sobre problacione vulnerables*, nº 10, Peru, 2013. Disponível em: <http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_ dvmpv/cuaderno_10_dvmpv.pdf>. Acesso: 11/08/2015.

MISCH, E. S.; YOUNT, K. M. Intimate partner violence and breastfeeding in Africa. *Maternal and Child Health Journal*, [online], 2013. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-013-1294-x#page-1>. Acesso em: 15 de Maio de 2014.

MÖLLER, T. et al. Breast câncer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studiews in 30 coutries, including 50302 womenwith breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, v.360, n. 9328, p.187-195, 2002.

MONTEIRO, C.A. O panoroma da nutrição infantil nos anos 90. *Caderno Político Social.*, v.1, p. 11-2, 1997.

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

MORAES, C. L.; OLIVEIRA, A. S. D; REICHENHEIM, M. E.; LOBATO, G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breastfeeding. *Public Health Nutrition*, London, v.14, n.12, p.2148–2155, 2011.

MORGADO, C. M. C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.367-376, 2013.

MULLER, M. *The Baby Killer*. London: War on Want.; 1974.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, São Paulo, v.58, n.1, p.49-60, 2003.

ONIS, M; BLÖSSNER, M. The World Health organization global database on child ghowth and malnutrition: methodology and applications *International Journal Epidemiology*. v.32, p.518-26, 2003

ONU. Recomendação Geral 19, violência contra as mulheres. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Décima primeira sessão. Genebra, Suíça: *Organização das Nações Unidas.* 1992 (UN Document, No. A/47/38).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC : *OPS*, 2014.

OPS/OMS. *Situación actual y tendencia de la lactancia materna en América Latina y el Caribe*: Implicaciones políticas y programáticas. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno:* o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: A Organização; 1989.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding patterns in nine Latin America and Caribbean countries. *Bulletin of PAHO*, 27 (I), 1993.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Caderno de Saúde Pública*. v.19, suppl 1, p.119-27. 2003.

PREVEIL RESEARCH WEBSITE. Disponível em: <http://www.prevailresearch.ca/>. Acesso em: 13/07/2014.

PROFAMILIA. Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2005. Informe final. Bogotá, *Colombia: Profamilia*, Macro International. 2005. Disponível em espanhol: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fR172/fR172.pdf. Acesso em: 09 de Fev. 2014.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.1], v.19, p.37-45, 2003.

REGO, J. D. *Aleitamento materno: um guia para pais e familiares*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

RICO, N. *Violencia de género*: un problema de derechos humanos. Santiago de Chile: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 1996. (Serie Mujer y Desarrollo; 16)

ROMERO, S. Q.; BERNAL, R.; BARBIERO, C.; PASSAMONTE, R.; CATTANEO, A. A Rapid ethnographic study of breastfeeding in the North and South of Italy. *International Breastfeeding Journal***.** v.1, n.14, p.1-8. 2006

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J. R. W. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, v.29, n.2, p.124-131, 2002.

SANCHES, M. T. C.; BUCCINI, G. S.; GIMENO, S. G. A.; ROSA, T. E. C.; BONAMIGO, A. W. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes

nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.953-965, mai, 2011.

SECRETARÍA DE SALUD [Honduras], INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) e ICF INTERNATIONAL. *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012*. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE e ICF International. 2013.

SILVA, P. P. et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Revista paulista de Pediatria*, v.30, n.3, p. 306-13, 2012.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados a duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de janeiro, v.22, n.1, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 17 de Julho de 2014.

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

SOARES, M.E.M. et al.Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em hospital amigo da criança. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SÓRIA, D.A.C. et al. Resiliência na área da enfermagem em oncologia. *Acta Paulista de Enfermagem*,v. 22, n. 5, p. 702-6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/ v22n5/17.pdf>. Acesso em: 30 de Junho 2014.

SPINELLI, M.G.N. et al. A situação do aleitamento materno de crianças atendidas em creches da secretaria da assistência social do município de São Paulo - região da Freguesia do Ó. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p.23-28, 2002.

SPYRIDES, M.H.C.et al. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, n. 2, p.145-153, 2005.

SS, INE, y MACRO INTERNATIONAL Honduras: Encuesta Nacional de Salud y Demografía (ENDESA) 2005-2006. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud [honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE), Macro International. 2006. Disponível em espanhol : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fR189/fR189.pdf>. Acesso em: 09 de Fev. 2014

STRAUS, M. A. The Conflict Tactics Scale and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In: STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. *Physicul violence in American 3 families*: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families (pp. 49-73). New Bmnswick, NJ: Transaction Publishing., 1990a.

STRAUS, M. A. Injury and frequency of assault and the "representative sample fallacy" in measuring wife beating and child abuse. In: STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. *Physical violence in American families*: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families (pp. 75-91). New Bmnswick, NJ: Transaction Publishing , 1990b.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD E RIESGOS LABORALES (SISAlRIL) WEBSITE. Subsídio para maternidad e lactancia. Disponível em: http://www.sisalril.gov.do/MaternidadyLactancia.aspx. Acesso em: 11/8/2015.

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

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, sup.2, p. S235-S246, 2008.

TOSCANO, F. *Países das Américas* (em português). Portal Brasil. 2011. Página visitada em 19 de Junho de 2014.

TRIBUNAL SUPERIOR DE CUENTAS. Ley Contra la Violencia Doméstica de 15 de Noviembre de 1997. Decreto No. 132-97, La Gaceta, No. 28414.

TRUSSEL, J.; GRUMMER-STRAWN, L.; RODRIGUEZ, G.; VANLANDINGHAM, M. Trends and differentials in breastfeeding behavior: Evidence from the WFS and DHS. *Population Studies*, v.46, n.2, p.285-307, 1992.

UNICEF, *Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress,* UNICEF, New York, 2013. Disponível em: <http://data.unicef.org/nutrition/iycf>. Acesso em: 30 de Julho de 2014.

UNITED NATIONS: *Declaration on the elimination of violence against women.* A/RES/ 48/104 adopted on December 20, 1993.New York: UN General Assembly; 1993.20.

VANNUCHI, M. T. O.; THOMSON, Z. ESCUDER, M. M. L. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina- Paraná. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.*; v.5, n.2, p. 155-62, 2005.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v.36, n.3, p. 313-318, 2002.

VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the brazilian capital cities and the federal district: current status and advances. *Jornal de Pediatria*, v.86, n.4, p. 317-24, 2010.

VIEIRA, G.O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-150, abril/jun, 2004.

VICTORA, C.G; SMITH, P.G; VAUGHAN, J.P., NOBRE, L.C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A.M. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet;* v.2, p.319-22, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecology Food Nutrition*, v.26, p. 271-3, 1991. World Health Organization. 54th World Health Assembly; Geneva; 2001. (WHA 54/2).

_____. Breast-feeding. *The technical basis and recommendations for action*. Geneva; 1993.

_____. *Global strategy on infant and young child feeding.* Geneva: WHO; 2001.

_____. *Duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations* -54th World Health Assembly. Geneva 2001.

_____. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices.* Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007a. DC 2008.

_____. *Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere, 2011.* Disponível em:<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/index.html>, acessado em: 20 de maio de 2014.

_____. *Global and regional estimates of violence against women*: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. 51p.

YEOH, B. H.; EASTWOOD, J.; PHUNG, H.; WOOLFENDEN, S. Factors influencing breastfeeding rates in south-western Sydney. *Journal of Pediatric Child Health***.** v.43, n.4, p.249-55, 2007.

YOUNT, K. M.; DIGIROLAMO, A. M.; RAMAKRISHNAN, U. *Impacts of domestic violence on child growth and nutrition:* A conceptual review of the pathways of influence. *Social, Science & Medicine*, [s.l.], v.72, [s.n.], 2011.

ZIMMERMAN, D.R.; GUTTMAN, N. “Breast is best”: Knowledge among low-income mothers is not enough. *Journal of Human Lactation*, v.17, n.1, p.14-19, 2001.

ZUREICK-BROWN, S.; LAVILLA, K.; YOUNT, K.M. Intimate partner violence and infant feeding practices in India: a cross-sectional study. *Maternal and Child Nutrition*, [online], 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12057/pdf>, acessado em: 15 de Maio de 2014.

ANEXO A: Desfecho – parte referente ao aleitamento materno (Questionário da mulher)

434	¿Le dió pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	SI..... 1 (PASE A 436) NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 436) NO..... 2
435	¿Por qué no le dió pecho a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO.... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO.... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441)	MADRE ENFERMA / DÉBIL..... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL..... 02 NIÑO MURIÓ..... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO..... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN... 05 NO TENÍA LECHE..... 06 MADRE TRABAJANDO..... 07 NIÑO REHUSÓ..... 08 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (PASE A 441)
436	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? SI MENOS DE UNA HORA, CIRCULE "000". SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS.	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 [ ][ ][ ] DÍAS.....2 [ ][ ][ ]	INMEDIATAMENTE.....000 HORAS..... 1 [ ][ ][ ] DÍAS..... 2 [ ][ ][ ]	INMEDIATAMENTE..... 000 HORAS..... 1 [ ][ ][ ] DÍAS.....2 [ ][ ][ ]
436 A	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿le dieron a (NOMBRE) algo de tomar diferente a la leche materna?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 (PASE A 436C)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
436 B	Durante los primeros tres días después de haber dado a luz ¿Qué le dieron de tomar a (NOMBRE)? ¿Algo más? ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE	CUALQUIER LECHE DIFEREN-TE A LA LECHE MATERNA.... A AGUA SOLA.... B DEXTROSA GLUCOSADA.... C AGUA AZUCARADA.... D JUGO DE FRUTA.... E FORMULA PARA BEBÉS.... F TÉ/INFUSIONES.... G MIEL.... H OTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFEREN-TE A LA LECHE MATERNA.. A AGUA SOLA.... B DEXTROSA GLUCOSADA.... C AGUA AZUCARADA.... D JUGO DE FRUTA.... E FORMULA PARA BEBÉS.... F TÉ/INFUSIONES.... G MIEL.... H OTRO_____ X (ESPECIFIQUE)	CUALQUIER LECHE DIFEREN-TE A LA LECHE MATERNA.... A AGUA SOLA.... B DEXTROSA GLUCOSADA.... C AGUA AZUCARADA.... D JUGO DE FRUTA.... E FORMULA PARA BEBÉS.... F TÉ/INFUSIONES.... G MIEL.... H OTRO_____ X (ESPECIFIQUE)
436 C	¿Pusieron a (NOMBRE) en contacto piel a piel con usted, inmediatamente después que nació?	SI.... 1 NO.... 2	SI.... 1 NO.... 2	SI.... 1 NO.... 2
437	**VERIFIQUE 404:** ¿NIÑO VIVO?	VIVO ☐ → MUERTO ☐ → **(PASE A 439)**	VIVO ☐ → MUERTO ☐ → **(PASE A 439)**	VIVO ☐ → MUERTO ☐ → **(PASE A 439)**
438	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	SI.... 1 → **(PASE A 441)** NO.... 2	SI.... 1 → **(PASE A 441)** NO.... 2	SI.... 1 → **(PASE A 441)** NO.... 2
439	¿Durante cuántos meses le dió Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)? SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	MESES.... ☐☐ NO SABE.... 98	MESES.... ☐☐ NO SABE.... 98	MESES.... ☐☐ NO SABE.... 98
440	¿Por qué dejó de darle pecho (leche materna) a (NOMBRE)?	MADRE ENFERMA / DÉBIL.... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL.... 02 NIÑO MURIÓ.... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO.... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.... 05 NO TENÍA LECHE.... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA 07 NIÑO REHUSÓ.... 08 EDAD DE DESTETE.... 09 QUEDÓ EMBARAZADA.... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP. 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO.... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL.... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL.... 02 NIÑO MURIÓ.... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO.... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.... 05 NO TENÍA LECHE.... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA 07 NIÑO REHUSÓ.... 08 EDAD DE DESTETE.... 09 QUEDÓ EMBARAZADA.... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO.... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MADRE ENFERMA / DÉBIL.... 01 NIÑO ENFERMO / DÉBIL.... 02 NIÑO MURIÓ.... 03 PROBLEMA SUCCIÓN NIÑO.... 04 PROBLEMA SUCCIÓN PEZÓN.... 05 NO TENÍA LECHE.... 06 MADRE TRABAJABA/ESTUDIABA.. 07 NIÑO REHUSÓ.... 08 EDAD DE DESTETE.... 09 QUEDÓ EMBARAZADA.... 10 EMPEZÓ A USAR ANTICONCEP 11 NIÑO SOLO QUERÍA PECHO.... 12 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)
441	¿Recibió alguna capacitación (charla, enseñanza) sobre lactancia materna durante el embarazo de (NOMBRE)?	SI.... 1 NO.... 2 → **(PASE A 443)**	SI.... 1 NO.... 2 → **(PASE A 443)**	SI.... 1 NO.... 2 → **(PASE A 443)**
442	¿En qué lugar recibió la capacitación (charla, enseñanza)? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA.... 21 ESSALUD.... 22 FF.AA. Y PNP.... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.. 24 PUESTO DE SALUD MINSA... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD.... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR.... 31 CONSULT. MÉDICO PART.... 32 CASA DE PARTERA.... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG.... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA.... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA.... 21 ESSALUD.... 22 FF.AA. Y PNP.... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.. 24 PUESTO DE SALUD MINSA... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD.... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR.... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA.... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG.... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA.... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL: MINSA.... 21 ESSALUD.... 22 FF.AA. Y PNP.... 23 CENTRO DE SALUD MINSA.... 24 PUESTO DE SALUD MINSA.... 25 POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD.... 26 HOSPITAL/OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.... 27 **SECTOR PRIVADO** CLÍNICA PARTICULAR.... 31 CONSULT. MÉDICO PART.. 32 CASA DE PARTERA.... 33 **ORGANISMOS NO GUBERNA-MENTALES** CLÍNICA/ POSTA DE ONG.... 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA.... 42 **OTRO:** _____ 96 (ESPECIFIQUE)

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____
443	**VERIFIQUE 404:** ¿NIÑO VIVO?	VIVO ☐ MUERTO ☐ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO ☐ PASE A 446 MUERTO ☐ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)	VIVO ☐ PASE A 446 MUERTO ☐ (REGRESE A 405 EN PRÓXIMA COLUMNA O, SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 451)
443 A	**VERIFIQUE 438:** ¿LACTANDO?	SI LACTA ☐ NO LACTA O NO SE PREGUNTÓ ☐ **(PASE A 446)**		
444	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) durante el día de ayer? (6 a.m a 6 p.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES ..... ☐☐		
445	¿Cuántas veces le dio pecho a (NOMBRE) desde el anochecer hasta el amanecer de hoy? (6 p.m a 6 a.m) SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE POR EL NÚMERO APROXIMADO	NÚMERO DE VECES ☐☐		
446	¿En el día de ayer o anoche (NOMBRE) tomó algo en biberón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 213	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____				GEMELO/MELLIZO NÚMERO DE ORDEN ☐☐ NOMBRE _____			
499O	Ahora me gustaría preguntarle acerca de los líquidos, alimentos y comidas preparadas, que (NOMBRE) consumió el día de ayer (día y noche). PARA CADA ALIMENTO HAGA PRIMERO A. HAGA LA PREGUNTA B, PARA LOS ALIMENTOS con "1" EN COLUMNA "A"	A Durante el día de ayer (NOMBRE) consumió:			B Cuántas veces al día?	A Durante el día de ayer (NOMBRE) consumió:			B Cuántas veces al día?
		SI	NO	NS		SI	NO	NS	
	a. Agua sola?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	b. Leche en polvo para bebé?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	c. Cualquier otra leche?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	d. Jugo de frutas?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	e. Chocolate y agua de panela?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	f. Otros líquidos como té, café, caldo, aromática, gaseosa?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	g. Queso, kumis, yogurt, suero costeño, alpinito?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	h. Huevo?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	i. Carnes rojas (carne de res, vísceras, chivo, cuy)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	j. Carnes blancas (pollo, cerdo, conejo)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	k. Pescados (pescado, mariscos, sardinas, atún)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	l. Otros productos cárnicos industrializados (salchicha, salchichón, mortadela, jamón)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	m. Cereales (arroz, maíz, trigo, pan, pastas, arepa, galleta, avena, cebada, harina de 7 granos, maizena)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	n. Cereales infantiles (papilla de arroz, maíz, tres cereales)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	o. Leguminosas o granos secos (fríjol, arveja seca, garbanzo, lenteja, soya, maní, habas)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	p. Bienestarina (en colada u otras preparaciones)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	q. Otras mezclas vegetales?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	r. Tubérculos y plátanos (papa, yuca, ñame, arracacha, plátano)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	s. Verdura amarilla (ahuyama, zanahoria)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	t. Verdura verde oscuro (espinaca, acelga)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	u. Otras verduras (lechuga, arveja verde, cubios, habichuela, brócoli, etc)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	v. Frutas amarillas maduras (mango, papaya, zapote, chontaduro)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	w. Otras frutas (guayaba, naranja, granadilla, manzana, banano, etc)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	x. Grasas y aceites (aceite, manteca, margarina, mantequilla o cualquier otro alimento preparado con ellos)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	y. Dulces (azúcar, panela como endulzante, miel, bocadillo, mermelada, manjar blanco)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
	z. Sal y condimentos (sal, caldos de cubo, achiote, comino, pimienta)?	1	2	8	☐☐	1	2	8	☐☐
499P		REGRESE A 485 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SI HAY UN GEMELO/MELLIZO SINO PASE A 501				REGRESE A 485 EN LA COLUMNA SIGUIENTE SI HAY UN GEMELO/MELLIZO SINO PASE A 501			

ANEXO B: Módulo violência doméstica DHS (padrão).

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1000	VEA EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SI LA MUJER ESTÁ SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN VIOLENCIA DOMÉSTICA	ESTÁ SELECCIONADA ☐ ↓ / NO ESTÁ SELECCIONADA ☐	→ 1036
1000 A	**VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE** NO CONTINÚE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD	HAY PRIVACIDAD 1 ↓ / NO HAY PRIVACIDAD 2	→ 1036
1000 B	**LEA:** Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.		
1001	**VERIFIQUE 501, 502, 505: ESTADO CONYUGAL**	ACTUALMENTE CASADA/UNIDA ☐ ↓ / SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) ☐ ↓ / NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA ☐	→ 1013B

			FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA
1002	Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (compañero): SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE: ¿Frecuentemente o a veces?				
A	¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?	CARIÑOSO	1	2	3
B	¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?	TIEMPO LIBRE	1	2	3
C	¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas del hogar?	CONSULTAS	1	2	3
D	¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?	RESPETUOSO	1	2	3
E	¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus derechos?	DERECHOS	1	2	3

			SI	NO	NS
1003	Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (compañero):				
A	¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?	CELOSO	1	2	8
B	¿El la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?	INFIEL	1	2	8
C	¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?	VISITA AMISTADES	1	2	8
D	¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?	VISITA FAMILIA	1	2	8
E	¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?	SABER DONDE VA	1	2	8
F	¿El desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?	DESCONFIANZA	1	2	8

1004	Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero). Su (último) esposo (compañero) alguna vez:			
A	¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3
B	¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3
C	¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda económica?	SI ..... 1 → / NO ..... 2 ↓	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
1005	Su (último) esposo (compañero) alguna vez:				
A	¿La empujó, sacudió o le tiró algo?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
B	¿La abofeteó o le retorció el brazo?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
C	¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
D	¿La ha pateado o arrastrado?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
E	¿Trató de estrangularla o quemarla?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
F	¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
G	¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
H	¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
I	¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
1006	**VERIFIQUE 1005:**	POR LO MENOS UN 'SI' ☐	NINGÚN SI ☐		→ 1009
1007	¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (compañero) empezaron a suceder esas cosas? SI MENOS DE UN AÑO, AÑOTE '00'		NÚMERO DE AÑOS ..... ☐☐ ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95 DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE..... 96		
1008	Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (compañero) le hizo:				
A	¿Tuvo moretones y dolores?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
B	¿Tuvo una herida o lesión, hueso y dientes rotos, quemaduras?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
C	¿Tuvo que ir al médico o centro de salud a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
D	¿Tuvo que ir al curandero, huesero u otra persona a causa de algo que él le hizo?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	
1009	¿ Alguna vez usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?		SI..... 1 NO..... 2		→ 1011
1010	En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Con qué frecuencia usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3		
1011	¿Su esposo (compañero) toma (ba) bebidas alcohólicas?		SI..... 1 NO..... 2		→ 1013A
1012	¿Su esposo (compañero) se embriaga(ba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?		MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3		
1012A	**VERIFIQUE 1006:**	POR LO MENOS UN SI ☐	NINGÚN SI ☐		→ 1013 A
1012B	Cuando su esposo (compañero) la ha agredido/ golpeado, ¿se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor o drogas o ambas cosas?	SI ..... 1 → NO 2	¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?	MUCHA FRECUENCIA ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 NUNCA 3	

ANEXO C - Comparação das questões de VPI aplicadas particularmente em cada país com a CTS.

Categorias de Violência	Colômbia 2010	Honduras 2012	Peru 2012	República Dominicana 2013	CTS
Introdução do módulo	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos de las relaciones entre familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar entender la condición de las mujeres en Colombia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie.	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre algunos otros aspectos importantes de la vida de una mujer. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales, sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.	Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.	Ahora me gustaría de hacerle algunas preguntas sobre otros aspectos importantes de la vida de una mujer. Algunas de las preguntas son muy personales. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales, es decir, no serán reveladas a nadie y además nadie ni siquiera sabrá que usted respondió a estas preguntas.	No importa lo bien que se lleve una pareja, hay momentos en que discuten, se sienten molestos con la otra persona, quieren diferentes cosas, o simplemente tienen riñas o peleas porque están de mal humor, cansados o por otra razón. Las parejas también tienen muchas maneras diferentes de arreglar sus diferencias. Esta es una lista de cosas que pueden ocurrir cuando tenéis diferencias.
Violência Física	***Alguna vez su esposo/compañero o exesposo/excompañero:*** *Alguna vez?El último ano?* SI .....1 SI .....1 NO....2 NO.....2 a. ¿La ha empujado (la empujó) o zarandeado (zarandeó)? b. ¿La ha golpeado (la golpeó) con la mano? c.¿ La ha golpeado (la golpeó) con un objeto? d.¿ La ha mordido (la mordió)? e.¿ La ha pateado (la pateó) o arrastrado (arrastró)? f.¿ La ha amenazado (amenazó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma? g.¿ La ha atacado (atacó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma? h.¿ Ha tratado (trató) de estrangularla o de quemarla?	***Su (último) esposo (compañero) alguna vez:*** SI …… 1 NO……2 a. ¿la empujó, sacudió o le tiró algo? b. ¿la abofeteó? c. ¿le torció el brazo o le jaló el pelo? d. ¿la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño? e. ¿la ha pateado o [illegible] f. ¿trató de estrang[illegible]emarla? g. ¿la amenazó o agredió con un cuchillo,pistola u otro tipo de arma?	***Su (último) esposo (compañero) alguna vez:*** SI …… 1 NO……2 a. ¿La empujó, sacudió o le tiró algo? b. ¿La abofeteó o le retorció el brazo? c. ¿La golpeó con el puño o con algo d. ¿La ha pateado o arrastrado? e. ¿Trató de estrangularla o quemarla? f. ¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? g. ¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?	***Alguna vez o su (último) esposo / compañero le hizo alguna de las siguientes cosas?*** SI …… 1 NO……2 a. ¿La empujó, la sacudió o le tiró alguna cosa? b.¿Le dió una bofetada? c. ¿Le torció el brazo o le jaló del cabello? d.¿Le dió un puñetazo o le golpeó con algo que e. pudo lastimarla? f. ¿Le pateó o la arrastró por el suelo? g.¿Trató de estrangularla o de quemarle con h.algo? i. ¿Le amenazó o le atacó con un cuchillo, j. arma de fuego o alguna otra arma?	***Por favor, señala cuantas veces hiciste esas cosas en el pasado año, y cuantas veces las hizo tu pareja. Si tú o tu pareja no habéis hecho ninguna de estas cosas durante el año pasado, pero han sucedido antes, marca el "7" en tu hoja de respuestas para esa pregunta. Si nunca ha pasado, marca un "8" en tu hoja de respuestas.*** a. Le tiré algo a mi pareja que le pudo hacer daño/ Mi pareja me hizo esto a mí. b. Le retorcí el brazo o agarré del pelo a mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. c. Tuve una torcedura, moratón, o algún corte pequeño a causa de una pelea con mi pareja /Mi pareja tuvo una torcedura, moratón o pequeño corte a causa de una pelea conmigo. d. Empujé a mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. e. He usado un cuchillo o pistola contra mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. f. Quedé inconsciente de un golpe en una pelea con mi pareja/ Mi pareja quedó inconsciente de un golpe en una pelea conmigo. g. Golpeé a mi pareja con algo que pudo hacer daño/ Mi pareja me hizo esto a mí.

					h. Agarré por el cuello a mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. i. Empujé a mi pareja contra una pared/ Mi pareja me hizo esto a mí. j. Le di una paliza a mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. k. Agarré a mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. l. Le di un bofetón a mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. m. Me rompí un hueso en una pelea con mi pareja/ Mi pareja se rompió un hueso en una pelea conmigo. n. Le hice una quemadura a mi pareja a propósito/ Mi pareja me hizo esto a mí. o. Amenacé con golpear o tirarle algo a mi pareja/ Mi pareja me hizo esto a mí. p. Sentí dolor físico que duró hasta el día siguiente a causa de una pelea con mi pareja/ Mi pareja tuvo dolor físico que duró hasta el día siguiente a causa de una pelea conmigo. q. Le di una patada a mi pareja. Mi pareja me dio una patada a mí.
Violência sexual	i. ¿La ha forzado (forzó) físicamente a tener relaciones o actossexuales que Ud. no quería?	h. ¿ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales con èl aunque usted no queria? i. i) ¿la ha obligado o amenazado cualquier otra manera a realizar actos sexuales que usted no quería?	h. ¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? I. ¿La obligó a realizar actos que usted no aprueba?	h. ¿Le forzó fisicamente a tener relaciones sexuales con él a pesar de que usted no quería? I. ¿Le forzó a realizar actos sexuales que usted no quería?	r. Hice que mi pareja practicara el sexo sin un condón/ Mi pareja me hizo esto a mí. s. Usé la fuerza (como golpear, forcejear o usar un arma) para hacer que mi pareja mantuviera sexo oral o anal conmigo/ Mi pareja me hizo esto a mí. t. Usé la fuerza (como golpes, forcejeo, o un arma) para hacer que mi pareja practicara el sexo conmigo/ Mi pareja me hizo esto a mí. u. Insistí en practicar el sexo cuando mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física)/ Mi pareja me hizo esto a mí. v. Usé amenazas para hacer que mi pareja practicara sexo oral o anal conmigo/ Mi pareja me hizo esto a mí. w. Insistí a mi pareja para practicar sexo oral o anal, pero no usé la fuerza física/ Mi pareja me hizo esto a mí. x. Usé amenazas para hacer que mi pareja

					practicara el sexo conmigo/ Mi pareja me hizo esto a mí.
Respostas	***Alguna vez su esposo/compañero o exesposo/excompañero: (questões)*** Alguna vez? El último año? SI .....1 SI .....1 NO....2 NO.....2	***¿Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?*** Mucha frecuencia …… 1 Algunas veces……. 2 No en últimos 12 meses……3	***¿ Con qué frecuencia sucedió esto en los últimos 12 meses?*** Mucha frecuencia ……1 Algunas veces…… 2 Nunca…….....3	***¿Cuantas veces estas situaciones se dieron durante los últimos 12 meses:*** Muchas veces.....1 Algunas veces.....2 Raras veces.....3 Nunca.....4	***Por favor, señala cuantas veces hiciste esas cosas en el pasado año, y cuantas veces las hizo tu pareja.(...)*** 1= Una vez el año pasado. 2= Dos veces el año pasado. 3= De tres a cinco veces el año pasado. 4= De seis a diez veces el año pasado. 5= De once a veinte veces el año pasado. 6= Más de veinte veces al año pasado 7= Nunca el año pasado, pero ha ocurrido antes. 8= Nunca ha ocurrido

ANEXO D: Tabela com valores de p das co-variáveis analisadas para o desfecho.

Fator/Categoria	Colômbia, 2010 (n = 1094)	Honduras, 2011-12 (n = 925)	Haiti, 2012 (n =647)	Peru, 2012 (n =662)	República Dominicana, 2013 (n=203)
Escolaridade	0,249	**0,000**	0,998	**0,000**	0,309
Nível socioeconomico	0,298	**0,000**	0,448	**0,000**	0,264
Idade materna	**0,000**	**0,184**	**0,092**	0,689	**0,000**
Trabalho materno (12 meses)	0,905	**0,000**	0,544	**0,009**	**0,072**
Situação conjugal	**0,000**	**0,000**	0,574	**0,156**	**0,000**
Idade da criança	0,221	**0,000**	**0,000**	**0,007**	**0,006**
Sexo da criança	**0,180**	**0,021**	0,550	0,398	**0,099**
Peso ao nascer (g)	**0,081**	**0,061**	0,914	0,744	0,448
Parto cesáreo	0,819	**0,147**	0,555	**0,000**	0,901
Paridade	0,213	**0,172**	**0,125**	**0,070**	0,324
Local do parto	**0,000**	**0,000**	0,924	**0,000**	**0,000**
Violência física	0,672	0,500	**0,028**	**0,176**	0,589
Violência sexual	0,598	0,911	**0,179**	0,530	0,689
Violência global	0,542	0,600	**0,064**	**0,191**	0,633

Fonte: O autor, 2015.

Valores em negrito representam co-variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$. Estas co-variáveis compuseram o modelo multivariado final.