



Universidade Federal Fluminense
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

**TRABALHO MATERNO COM LICENÇA-MATERNIDADE E SUA ASSOCIAÇÃO COM
O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Karina Abibi Rimes

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Inês Couto de Oliveira

Niterói
Fevereiro, 2017

KARINA ABIBI RIMES

Trabalho materno com licença-maternidade e sua associação com o aleitamento materno exclusivo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Inês Couto de Oliveira

Niterói

Fevereiro, 2017

R575

Rimes, Karina Abibi

Trabalho materno com licença-maternidade e sua associação com o aleitamento materno exclusivo / Karina Abibi Rimes. - Niterói, 2017.

84 f.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Inês Couto de Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, 2017.

1. Aleitamento materno. 2. Licença parental. 3. Atenção primária à saúde. 4. Políticas públicas de saúde. 5. Estudos transversais. I. Título.

CDD 612.664

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sua misericórdia ter me alcançado mais uma vez.

Aos meus amados pais, **Marcos e Neli**, por tudo! Por um amor que sustenta, demonstrado de todas as formas, incapaz de ser traduzido aqui em palavras.

Ao meu noivo **Hélio**, por todo amor, companheirismo, apoio, compreensão, paciência e carinho de sempre.

Aos **amigos da residência**, que tanto contribuíram para minha formação profissional, em especial à amiga **Juliana**, excelente assistente social que teve participação direta no tema desta dissertação.

A todos meus queridos **familiares e amigos**, que fortalecem meu caminhar, em especial à **Maira**, pela grande inspiração com seu jeito disciplinado e dedicado de trabalhar.

À minha orientadora, **Maria Inês**, por todo acompanhamento; ao **Cristiano** e a **toda banca**, pela atenção e importantes considerações.

A todos que direta ou indiretamente vivenciaram comigo todo o processo do mestrado e que agora celebram também esta conquista, meu mais sincero reconhecimento e agradecimento.

**“Como criancinhas recém-nascidas, desejai o leite legítimo e puro
que vos vai fazer crescer na salvação.” (1Pd 2,2)**

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo é recomendado pela Organização Mundial da Saúde até os seis meses de vida da criança, e o trabalho materno pode interferir na sua prática. No Brasil, a legislação garante a licença-maternidade de 120 dias para as trabalhadoras formais. O presente estudo teve por objetivo analisar a associação entre o trabalho materno com licença-maternidade e a prática do aleitamento materno exclusivo. Foi conduzido um estudo transversal em 2013 com mães de crianças menores de seis meses, assistidas pelas nove unidades básicas de saúde com Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado do município do Rio de Janeiro, Brasil (n=429). Características sociodemográficas maternas, domiciliares, da assistência pré-natal, do parto, do estilo de vida materno, da criança, da assistência à saúde e da alimentação infantil foram investigadas por meio de entrevistas. Análises univariada, bivariada e múltipla foram realizadas, sendo obtidas razões de prevalências ajustadas (RPa) por regressão de Poisson com variância robusta, segundo modelo conceitual hierarquizado. O modelo final foi composto pelas variáveis que se associaram ($p \leq 0,05$) ao aleitamento materno exclusivo (desfecho). Entre as mães entrevistadas, 23,1% estavam em licença-maternidade e 17,2% estavam trabalhando. A prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 50,1%. O trabalho materno com licença-maternidade se associou a uma maior prevalência do desfecho (RPa=1,91; IC95% 1,32-2,77), comparado às mães que trabalhavam sem licença-maternidade. Prevalências menores de aleitamento materno exclusivo se associaram à cor de pele/raça materna não branca (RPa=0,81), à ausência de companheiro (RPa=0,60), à realização de menos de seis consultas pré-natais (RPa=0,62), ao consumo materno de bebida alcoólica (RPa=0,60), à idade crescente da criança em meses (RPa=0,69) e ao uso de chupeta (RPa=0,67). A licença-maternidade contribuiu para a prática do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida, indicando a importância desse benefício na proteção do aleitamento materno exclusivo para as mulheres inseridas no mercado de trabalho formal.

Palavras-chaves: Aleitamento Materno. Licença-Maternidade. Estudos Transversais. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding up to six months of life, and maternal work can interfere with this practice. In Brazil, the legislation guarantees maternity leave of 120 days for formal workers. This study aimed to analyze the association between maternal work with maternity leave and the practice of exclusive breastfeeding. A cross-sectional study was conducted in 2013 with mothers of children under six months of life, assisted by the nine primary health care units with Human Milk Donation Services in Rio de Janeiro city, Brazil (n=429). Maternal sociodemographic and residence characteristics, prenatal care, childbirth, maternal lifestyle, characteristics of the infant, health care and infant feeding were investigated through interviews. Univariate, bivariate and multiple analyzes were performed, and adjusted prevalence ratios (APR) were obtained by Poisson regression with robust variance, according to a hierarchical conceptual model. The final model was composed by the variables associated ($p \leq 0.05$) with exclusive breastfeeding (outcome). Among mothers interviewed, 23.1% were on maternity leave and 17.2% were working. The prevalence of exclusive breastfeeding in children under six months was 50.1%. Maternal work with maternity leave was associated with a higher prevalence of the outcome (APR=1.91; CI95% 1.32-2.77), compared to mothers who worked without maternity leave. Lower prevalences of exclusive breastfeeding were associated with non-white maternal skin color/breed (APR=0.81), absence of a partner (APR=0.60), less than six prenatal visits (APR=0.62), maternal consumption of alcoholic beverage (APR=0.60), increasing age of the child in months (APR=0.69) and pacifier use (APR=0.67). Maternity leave contributed to the practice of exclusive breastfeeding in children under six months of life, indicating the importance of this benefit in the protection of exclusive breastfeeding for women in the formal labor market.

Keywords: Breast Feeding. Maternity Leave. Cross-Sectional Studies. Primary Health Care. Public Policy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO TEMA	11
APRESENTAÇÃO PESSOAL	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A importância do aleitamento materno e recomendações atuais	12
1.2 A situação do aleitamento materno no Brasil	14
1.3 Políticas de aleitamento materno	15
1.4 Legislação brasileira de proteção à maternidade da mulher trabalhadora	18
1.4.1 Licença-maternidade	18
1.4.2 Extensão excepcional da licença-maternidade	19
1.4.3 Programa Empresa Cidadã	19
1.4.4 Extensão da licença-maternidade para funcionárias do Estado do Rio de Janeiro	20
1.4.5 Pausas para amamentar	20
1.4.6 Direito à creche	21
1.4.7 Estatuto da Criança e do Adolescente	21
1.4.8 Considerações gerais sobre a proteção à maternidade da mulher trabalhadora	22
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo geral	42
4.2 Objetivos específicos	42
4.3 Hipótese do estudo	42
5 MATERIAIS E MÉTODO	42
5.1 Desenho e população do estudo	42
5.2 Tamanho da amostra	43
5.3 Fonte dos dados e trabalho de campo	43
5.4 Variáveis investigadas	44
5.5 Banco e análise dos dados	45
5.6 Financiamento	46
5.7 Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa	47
6 RESULTADOS	47
Artigo: Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos artigos para a revisão da literatura sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo (AME) 24

Quadro 1. Estudos transversais sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo (AME) 25

Quadro 2. Estudos de coorte e de intervenção sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo (AME) 36

ARTIGO:

Figura 1. Modelo teórico hierarquizado de fatores associados ao aleitamento materno exclusivo 60

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência bruta de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses segundo características distais. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429) 61

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência bruta de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses segundo características intermediárias. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429) 63

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência bruta de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses segundo características proximais. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429) 65

Tabela 4. Razão de prevalência ajustada de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429) 67

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	79
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
Anexo 3. Questionário aplicado às mães	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME: Aleitamento Materno Exclusivo

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BLH: Banco de Leite Humano

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IUBAAM: Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

MS: Ministério da Saúde

NBCAL: Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNAM: Política Nacional de Aleitamento Materno

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNIAM: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

PRLHO: Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

SUS: Sistema Único de Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO: World Health Organization

APRESENTAÇÃO DO TEMA

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança e a sua oferta sob livre demanda são recomendações do Ministério da Saúde (2015) e da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001; 2008). A inserção da mulher no mercado de trabalho tem sido crescente no Brasil (IBGE, 2016) e questões como a distância entre o local de trabalho e a residência da mulher, a carga horária semanal, a rigidez dos horários de entrada e saída do trabalho, o trabalho informal e o acesso ou não à licença-maternidade podem dificultar a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Assim, torna-se essencial a consonância entre os setores saúde e trabalho para garantir o direito ao aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida, que comprovadamente beneficia mãe e filho (Victora *et al.*, 2016).

APRESENTAÇÃO PESSOAL

O tema saúde materno-infantil e a área da pesquisa estiveram presentes de alguma forma durante todo o meu processo de formação e início da minha atuação profissional.

Inicialmente, durante o curso de graduação em nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), participei como aluna de iniciação científica do Grupo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil de 2008 a 2012. Neste período tive o primeiro contato com a área da pesquisa e a oportunidade de conhecer e trabalhar em atividades diversas como em buscas bibliográficas, coleta de dados e participações em reuniões e eventos científicos.

Nos anos de 2009 a 2011 estagiei na Área Técnica de Alimentação, Nutrição e Câncer, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), trabalhando mais diretamente com a construção de uma revisão sistemática sobre a associação entre edulcorantes artificiais e o desenvolvimento de câncer, o que também contribuiu para um maior interesse na área.

Mais recentemente, de 2013 a início de 2015, fiz um curso de especialização nos moldes de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, também pela UFRJ. Foi durante a residência que tive a oportunidade de observar de forma mais clara a relação entre o aleitamento materno exclusivo e o trabalho materno, objetos de estudo dessa dissertação. Em uma das clínicas da família onde atuei, situada no Complexo do Alemão, na zona norte do município do Rio de Janeiro, estive mais próxima das duas equipes de saúde da família consideradas as mais vulneráveis do território pelo baixo nível socioeconômico da clientela. Ao longo do processo da residência consegui observar e atuar em diversos momentos de assistência sobre o tema, e a dificuldade em manter o aleitamento exclusivo até os seis meses, principalmente entre as mães trabalhadoras, foi

ficando evidente. Algo que chamou muita atenção foi a naturalização da introdução da alimentação complementar aos quatro meses de vida da criança, tanto pelas próprias mães, quanto por orientação de alguns profissionais de saúde, que muitas vezes utilizavam um “material educativo” construído pela própria equipe, com indicação clara para o início precoce da alimentação complementar.

Como uma das propostas da residência é o trabalho multiprofissional, tive a oportunidade de atuar de forma integrada com outras categorias profissionais - assistência social, enfermagem, odontologia e psicologia, e sem dúvidas, essa interdisciplinaridade foi essencial para que eu pudesse ter uma visão mais abrangente sobre as questões de saúde. A residência me possibilitou compreender o conceito ampliado de saúde: não como ausência de doença, mas que considera seus determinantes e condicionantes (trabalho, moradia, saneamento básico, transporte, renda, lazer, entre outros). Além disso, pude aprender um pouco mais sobre a rede de atenção à saúde e as redes de apoio a ela, suas relações e a importância da intersetorialidade na garantia dos direitos aos cidadãos.

Em 2014, participei de um curso na Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba (ENSAP) sobre a saúde pública desse país. O curso destacou o grande foco do governo no setor materno-infantil como uma forte estratégia de promoção e prevenção da saúde, o que reforçou minhas ideias e experiências anteriores.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A importância do aleitamento materno e recomendações atuais

O leite materno promove o crescimento infantil por meio de suas propriedades nutricionais e pela redução da incidência e da severidade de infecções que afetam potencialmente o crescimento (especialmente a diarreia e as doenças respiratórias) (Lamberti *et al.*, 2011), aumenta o quociente de inteligência (QI) infantil e reduz o risco da criança desenvolver sobrepeso e diabetes (Victora *et al.*, 2016). Estima-se que o aleitamento materno possa prevenir 13% de todas as mortes por doenças evitáveis em crianças menores de cinco anos em todo o mundo (Jones *et al.*, 2003). Comparando com crianças menores de seis meses amamentadas exclusivamente, o risco de morte, por qualquer tipo de causa, é 14,4 vezes maior em crianças não amamentadas, 4,8 vezes maior em crianças parcialmente amamentadas e 1,5 vezes maior em crianças em amamentação predominante (Sankar *et al.*, 2015).

A amamentação protege a criança contra a má oclusão dentária (Victora *et al.*, 2016) e estreita o vínculo do binômio mãe-filho. É considerada uma situação privilegiada, no que tange ao

desenvolvimento emocional da criança, por ser uma fase em que começam a se estabelecer os primeiros relacionamentos com a realidade externa. Para a criança, a mãe é a pessoa mais importante do mundo e durante o processo da amamentação se desenvolve uma forte relação entre mãe e filho (Winnicott, 1996).

Para as mães, o ato de amamentar reduz o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo dois, câncer de mama e de ovário. Amamentar exclusivamente durante o primeiro semestre após o parto prolonga a amenorréia lactacional (Chowdhury *et al.*, 2015; Victora *et al.*, 2016).

O investimento na proteção do aleitamento materno exclusivo pode trazer impactos positivos para a economia de um país, pois contribui para o desenvolvimento de adultos saudáveis e com maior capital humano. Além de ser uma prática sustentável, beneficiando toda a sociedade e as gerações futuras (Rollins *et al.*, 2016).

O aleitamento materno exclusivo é recomendado pela Organização Mundial da Saúde até os seis meses de vida da criança, devendo ser mantido, de forma complementada por outros alimentos, por dois anos ou mais (WHO, 2001; 2008). A Organização Mundial da Saúde considera que a criança está em aleitamento materno exclusivo quando a mesma recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem a adição de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 2008).

Manter o aleitamento materno exclusivo do nascimento até os seis meses de vida da criança é um dos três^a grandes desafios a ser enfrentados pelos programas pró-amamentação neste século (Rea, 2003), e encorajar o aleitamento materno sob livre demanda, ou seja, sempre que a criança solicitar, é preconizado enquanto um dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (WHO, 1998).

Por outro lado, a introdução precoce de líquidos e alimentos sólidos na alimentação da criança pode causar prejuízos a ela como a redução da sua imunidade e o aumento do risco de desenvolver alergias, diarreia, infecções respiratórias e septicemias (Araújo *et al.*, 2007), além de contribuir também para o desenvolvimento da obesidade (Balaban *et al.*, 2004), interferindo assim em seu estado de saúde atual e futuro.

Em relação ao aspecto econômico, não amamentar pode significar sacrifícios financeiros para a família. No Brasil, alimentar um bebê por um período de seis meses com fórmulas infantis

^a Somados a esse desafio encontram-se os outros dois:

- a) Como trabalhar, a partir dos seis meses, a introdução da alimentação complementar adequadamente sem interromper a amamentação;
- b) Como promover a melhor alimentação infantil para grupos especiais da população (como recém-nascidos expostos ao HIV) sem causar distúrbios na prática de amamentar da população em geral.

corresponde a um gasto de aproximadamente 35% do salário mínimo, dependendo da marca da fórmula infantil, ou a um gasto de 11% do salário mínimo, se o leite materno for substituído pelo leite de vaca pelo mesmo período de tempo. A esses gastos somam-se os custos com mamadeiras, bicos, gás de cozinha para ferver a água e esterilizar mamadeiras, além de eventuais gastos decorrentes de doenças (medicamentos, tempo e transporte para se deslocar ao hospital), que se tornam mais prevalentes em crianças que não recebem leite materno (Araújo *et al.*, 2004).

1.2 A situação do aleitamento materno no Brasil

Visando obter informações sobre fecundidade, saúde materno-infantil e características socioeconômicas de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) foram realizadas Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS). A edição mais recente foi realizada em 2006 e teve como um dos seus objetivos analisar os dados de aleitamento materno e de outras formas de alimentação infantil, e compará-los com os dados da PNDS anterior, de 1996. Em 2006, 95% das crianças haviam iniciado a amamentação. A mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 1,4 meses, superior aos 1,1 meses verificados em 1996. A proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo entre dois e três meses aumentou de 26,4% para 48,2%, entretanto, a introdução precoce de leite não-materno foi alta, mesmo entre os amamentados. Essa pesquisa concluiu que apesar dos avanços observados, a maioria dos lactentes brasileiros ainda está sujeita a práticas inadequadas de alimentação infantil, tornando-se fundamental a revitalização de políticas de saúde que contemplem a melhoria dessas práticas (Ministério da Saúde, 2009a).

Pesquisas de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal também foram realizadas. A primeira versão, realizada no ano de 1999, mostrou uma prevalência de 35,6% de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses. No sexto mês de vida, essa prevalência foi de 9,7%. Dentre as capitais, Fortaleza (57,1%), Florianópolis (53,3%) e o Distrito Federal (50,6%) apresentaram as maiores prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses (Ministério da Saúde, 2001).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, ocorrida no ano de 2008, mostrou uma prevalência de 41,0% de aleitamento materno exclusivo entre menores de seis meses. A região Norte foi a que apresentou maior prevalência dessa prática (45,9%), seguida das regiões Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%), Sudeste (39,4%) e Nordeste (37,0%) (Ministério da Saúde, 2009b). Comparando as duas pesquisas em relação à mediana de aleitamento materno exclusivo, houve um aumento de 23,4 dias (1999) para 54,1 dias (2008), porém ainda estamos distantes dos 180 dias preconizados.

Na II pesquisa de prevalência, além das capitais e do Distrito Federal, houve a adesão de outros municípios brasileiros. O estudo, na sua íntegra, contou com a participação de 266 municípios e aproximadamente 120.000 crianças menores de um ano de todo o país. Assim, em 2010, o Ministério da Saúde apresentou um relatório (Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros) contendo informações de 227 municípios que participaram da pesquisa em 2008 e que inseriram seus dados no sistema on-line desenvolvido para esse fim. Analisando a situação do aleitamento materno exclusivo nesses municípios brasileiros, segundo parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde, a maioria dos municípios teve situação considerada “razoável”, com prevalências inferiores a 50%. O município de Tomar do Geru (Sergipe) apresentou a menor prevalência entre os 227 municípios (5,7%) e, no outro extremo, o município de Peruíbe (São Paulo) apresentou a maior prevalência (72,9%) (Ministério da Saúde, 2010).

1.3 Políticas de aleitamento materno

Em 1981, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), o qual recebeu destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, produção de material educativo, incentivo ao estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais (Souza *et al.*, 2010). O programa visou melhorar os índices de aleitamento materno e a qualidade de vida das crianças, reduzindo a desnutrição e a mortalidade infantil no Brasil (Rea, 2003).

Tendo como principal objetivo coletar e distribuir leite humano para atender casos especiais como prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas, em 1943 havia sido implantado o primeiro Banco de Leite Humano (BLH) do Brasil no, atualmente, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Entre 1985 e 1997 houve a ampliação da sua forma de atuação, com a incorporação de atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação. Em 1988, a Portaria Ministerial nº 322 contemplou as diversas etapas de implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano, tornando o Brasil o primeiro país a possuir tal instrumento legal (Ministério da Saúde, 1993); e a partir desse mesmo ano desenvolveu-se o projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (Maia *et al.*, 2006).

Em 1988, foi criada a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), que regula a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos infantis como fórmulas, leites, papinhas, chupetas

e mamadeiras. O objetivo é assegurar a comercialização apropriada desses produtos, de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno. A NBCAL foi sendo aprimorada, reunindo a Portaria n° 2.051, de 08 de novembro de 2001, e as resoluções RDC n° 221 e 222, ambas de 05 de agosto de 2002. A RDC n° 221 regula a comercialização de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo (ANVISA, 2002a), e a RDC n° 222, a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (ANVISA, 2002b). A NBCAL atualmente encontra-se na forma da Lei n° 11.265, de 03 de janeiro de 2006, tendo sido regulamentada pelo Decreto n° 8.552, em 03 de novembro de 2015, durante a 5ª edição da Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil, 2015).

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), e sua implantação no Brasil ocorreu no ano de 1992. A base da iniciativa são os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. A equipe hospitalar que trabalha com mães e crianças é capacitada para informar sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno, e sobre as desvantagens do uso dos substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas (Araújo & Schmitz, 2007). A iniciativa foi criada em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, a qual estabeleceu um conjunto de metas objetivando resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso (WHO/UNICEF, 1990). Dados mostram que nascer em Hospital Amigo da Criança (HAC) aumenta a chance de aleitamento materno exclusivo em 13% para as crianças menores de 2 meses e em 6% para as menores de 6 meses (Ministério da Saúde, 2011a). Segundo a Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, a duração média do aleitamento materno exclusivo em crianças que nasceram em Hospital Amigo da Criança foi de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em Hospital Amigo da Criança (Ministério da Saúde, 2010).

A partir de 1992 passou a ser comemorada a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), uma ação de mobilização social que conta com a participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade (Souza *et al.*, 2010). A Semana Mundial de Aleitamento Materno ocorre em 120 países e, oficialmente, é celebrada de 1° a 7 de agosto. O tema de cada ano é definido pela Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação (WABA), que lança materiais traduzidos para 14 idiomas. O tema da Semana Mundial de Aleitamento Materno de 2015 foi “Amamentação e trabalho: para dar certo, o compromisso é de todos” (www.ibfan.org.br), mostrando a importância mundial dada ao tema.

Em 1998, o PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno) foi extinto e suas ações foram incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a designar-se

“Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM)” (Ministério da Saúde, 2011b).

Em 1999, lançada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) de forma pioneira, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) visa estimular e instrumentalizar a rede básica de saúde para implantar um conjunto de procedimentos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nos serviços de pré-natal e de pediatria. A iniciativa foi fruto de uma demanda do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que vinha capacitando, desde a segunda metade da década de 90, não apenas equipes hospitalares, mas também equipes de assistência primária, no manejo e apoio ao aleitamento materno (Oliveira *et al.*, 2005).

Um importante componente da política pública de promoção ao aleitamento materno é o monitoramento, tanto das ações como das práticas de amamentação no país (Souza *et al.*, 2010). Nos anos de 1996 e de 2006, foram realizadas duas versões da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de âmbito nacional (Ministério da Saúde, 2009a). Além dessas pesquisas, já ocorreram dois inquéritos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizados em dias de campanha nacional de vacinação: o primeiro em 1999 e o segundo em 2008 (Ministério da Saúde, 2009b).

Em 2002, criada pela Organização Mundial da Saúde e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância busca apoio renovado à amamentação exclusiva, do nascimento aos seis meses de vida da criança, e a continuidade da amamentação até os dois anos ou mais, com introdução de alimentação complementar adequada e no momento oportuno (WHO/UNICEF, 2003).

Em 2008, foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde a Rede Amamenta Brasil enquanto uma estratégia nacional de promoção ao aleitamento materno na atenção básica à saúde (Ministério da Saúde, 2011c). A partir de 2012, a Rede Amamenta Brasil foi integrada à Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), vindo a constituir a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil". Essa estratégia objetiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica. Sua base legal são políticas e programas já existentes, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2013).

No ano de 2010, o Ministério da Saúde passa a incentivar a implantação de salas de apoio à amamentação em empresas, pois na maioria das vezes, não há um lugar apropriado para a ordenha e estocagem de leite materno durante a jornada de trabalho. As mulheres trabalhadoras que amamentam necessitam esvaziar suas mamas para um alívio do desconforto que ocorre quando essas se encontram muito cheias, para o fornecimento desse leite ordenhado ao bebê na sua ausência, e também para manter a produção do leite, com vistas à continuidade do aleitamento materno (Ministério da Saúde/ANVISA, 2010).

Profissionais de saúde capacitados prestam assessoria a empresas para a criação dessas salas dentro dos locais de trabalho (Ministério da Saúde/ANVISA, 2010), iniciativa que beneficia tanto mãe e criança como as próprias empresas. Uma vez que as crianças amamentadas são mais saudáveis (Victora *et al.*, 2016), reduz-se o absenteísmo da funcionária devido ao menor adoecimento das crianças. Além disso, ofertando maior conforto e valorizando as necessidades de suas trabalhadoras, o empregador pode ter como retorno a maior adesão ao emprego e, conseqüentemente, a maior permanência de pessoal capacitado, levando a uma percepção mais positiva da imagem da empresa perante os demais funcionários e a sociedade em geral. Vale acrescentar que a implantação de salas de apoio à amamentação é de baixo custo, assim como a sua manutenção. Aprovada pela Portaria n° 193, de 23 de fevereiro de 2010, a Nota Técnica Conjunta n° 01/2010 da ANVISA e Ministério da Saúde objetivou orientar a instalação dessas salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas, e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais (Ministério da Saúde/ANVISA, 2010).

1.4 Legislação brasileira de proteção à maternidade da mulher trabalhadora

A proteção à maternidade é um dos direitos sociais do brasileiro (Brasil, 2010).

1.4.1 Licença-maternidade

A licença-maternidade foi prevista primeiramente em 1953 pela convenção 103 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que a garantiu por no mínimo doze semanas (84 dias), sendo ratificada pelo Brasil em 1966 (Brasil, 1966). Em 1988, houve um avanço significativo com a Constituição Brasileira, que garante em seu artigo 7º, inciso XVII, a licença-maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, por 120 dias, tanto para a trabalhadora rural como para a urbana. O artigo 10º das Disposições Transitórias veda a dispensa sem justa causa da mulher empregada desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Brasil, 1988).

Assim, a partir de 1988, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), norma legislativa instituída pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, que regulamenta as relações individuais e coletivas de trabalho (Brasil, 1943), passou a determinar a licença-maternidade pelo mesmo período de tempo, 120 dias, tendo a mulher o direito ao afastamento do trabalho por quatro meses a partir do oitavo mês de gestação. Esses benefícios podem ser estendidos em convenções coletivas (acordado entre sindicatos de empresa e empregados) ou ainda de acordo com os estatutos da administração direta ou indireta. A licença-maternidade é extensiva às mães adotivas e às mulheres que detêm a guarda judicial de crianças com até um ano de idade (Brasil, 2002). O direito à licença-maternidade contribui para que as mulheres que estão inseridas no mercado formal de trabalho consigam amamentar seus filhos (Queluz *et al.*, 2012).

À estudante em estado de gestação também é garantido o afastamento, a partir do oitavo mês de gestação e durante três meses, por meio do regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969. O início e o fim do período de afastamento são determinados por atestado médico e a estudante terá direito à prestação dos exames finais (Brasil, 1975). Vale destacar também a licença paternidade, pela qual todos os pais trabalhadores têm direito a cinco dias corridos a contar do dia do nascimento do filho (Brasil, 1988).

1.4.2 Extensão excepcional da licença-maternidade

O artigo 392 da CLT, em seu parágrafo 2º, prevê que em casos excepcionais, os períodos antes e depois do parto poderão ser aumentados de mais duas semanas cada um, mediante atestado médico; e que em caso de parto antecipado, a mulher terá sempre direito às doze semanas previstas neste artigo - parágrafo 3º (Brasil, 1943).

1.4.3 Programa Empresa Cidadã

Visando à manutenção do aleitamento materno exclusivo por seis meses, em 2008 a Lei nº 11.770 criou o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. O programa destina prorrogar por mais 60 dias a duração da licença-maternidade, passando-a, portanto, para 180 dias. Entretanto, é necessário que a própria empregada requeira o benefício até o final do primeiro mês após o parto (Brasil, 2008). A Lei beneficia somente uma parcela das trabalhadoras, as de empresas privadas que optaram pelo programa, uma vez que essa adesão é facultativa para as empresas e não obrigatória, as servidoras

públicas federais, e trabalhadoras de alguns estados e municípios que possuem legislação própria (Morais *et al.*, 2011).

Recentemente foi publicada a Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera, dentre outras, a Lei nº 11.770. O Programa Empresa Cidadã passa a prorrogar a licença paternidade por mais 15 dias, além dos 5 dias estabelecidos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. A prorrogação será garantida ao trabalhador da empresa que aderir ao Programa, desde que o empregado a requeira no prazo de 2 dias úteis após o parto e comprove participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável. O trabalhador que adotar ou obtiver a guarda judicial para fins de adoção de criança também poderá usufruir deste direito (Brasil, 2016).

1.4.4 Extensão da licença-maternidade para funcionárias do Estado do Rio de Janeiro

A emenda constitucional nº 41 altera o inciso XII do artigo 83 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, estendendo a licença-maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, para 180 dias, prorrogável ainda, no caso de aleitamento materno, por até mais 90 dias (Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, 2009).

1.4.5 Pausas para amamentar

A CLT prevê, em seu artigo 396, que para amamentar o próprio filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais de meia hora cada um, que não se confundirão com os intervalos normais para seu repouso e alimentação. As mães que por alguma razão não puderem se beneficiar dessa Lei podem negociar com seus patrões para acumular os dois períodos de meia hora e encerrar o expediente uma hora mais cedo ou iniciar a jornada de trabalho uma hora mais tarde; ou ainda, utilizar os intervalos para ordenhar as mamas e armazenar o seu leite para ser oferecido ao seu filho posteriormente. Há a previsão também que o período de seis meses poderá ser dilatado quando assim exigir a saúde do filho (Brasil, 1943). Maiores prevalências de aleitamento materno exclusivo foram encontradas entre países que garantiam às suas trabalhadoras pausas para amamentar remuneradas por no mínimo seis meses (Rollins *et al.*, 2016).

1.4.6 Direito à creche

Há muito tempo, mulheres organizadas em sindicatos, partidos políticos e nos movimentos feminista e popular lutam pelo direito à creche (CUT, 2011). Em 1996, a Lei nº 9.394, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, garantiu em seu Artigo 30º que a educação infantil será oferecida em creches ou entidades equivalentes para crianças menores de três anos de idade (Brasil, 1996). Em 2006, a Emenda Constitucional nº 53 afirmou que a assistência gratuita aos filhos e dependentes em creches e pré-escolas é direito dos trabalhadores urbanos e rurais desde o nascimento até cinco anos de idade (Brasil, 2006).

Os dois primeiros parágrafos do Artigo 389º da CLT prevêm que todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres acima de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas diretamente ou mediante convênios com outras entidades públicas ou privadas como SESI, SESC e entidades sindicais (Brasil, 1943).

O sistema de reembolso-creche em substituição ao local para amamentação foi autorizado às empresas pela Portaria nº 3.296, de 03 de setembro de 1986, desde que estipulado em acordo ou convenção coletiva e obedecidas algumas exigências, como a cobertura integral das despesas efetuadas com creche de livre escolha da mãe até os seis meses de idade da criança e a concessão do benefício a todas as trabalhadoras mães, independentemente do número de mulheres do estabelecimento (Ministério do Trabalho, 1986).

1.4.7 Estatuto da Criança e do Adolescente

Em seu artigo 9º, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispõe sobre a responsabilidade do poder público, das instituições e dos empregadores em propiciar condições adequadas ao aleitamento materno (Brasil, 1990). Os profissionais das unidades primárias de saúde deverão desenvolver ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua. Os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de banco de leite humano ou unidade de coleta de leite humano (Brasil, 2016).

1.4.8 Considerações gerais sobre a proteção à maternidade da mulher trabalhadora

A participação das mulheres no mercado de trabalho tem sido cada vez mais intensa no Brasil, tornando-as, nos dias atuais, uma importante parcela da população economicamente ativa. Em 2015, 40,4 milhões de mulheres brasileiras estavam trabalhando, o que representava 42,8% da população ocupada no país, com crescimento superior ao dos homens na última década (IBGE, 2016).

Entretanto, apesar dessa significativa inserção, centenas de milhões de mulheres trabalhadoras no mundo ainda não têm proteção à maternidade ou a têm de forma inadequada. Um recente estudo mostrou, após análise das políticas nacionais de 182 países, que 25% deles não tinham política alguma nesse sentido. Em relação ao direito à licença-maternidade, apenas 53% dos países cumpriam a norma mínima de 14 semanas (ILO, 2014) preconizada pela Organização Internacional do Trabalho (Rollins *et al.*, 2016). No Brasil, a licença-maternidade de 120 dias ainda não atinge a recomendação plena de 18 semanas (126 dias) (ILO, 2014), e não contempla todas as trabalhadoras brasileiras, mas apenas as que possuem contrato formal de trabalho (Brasil, 1988).

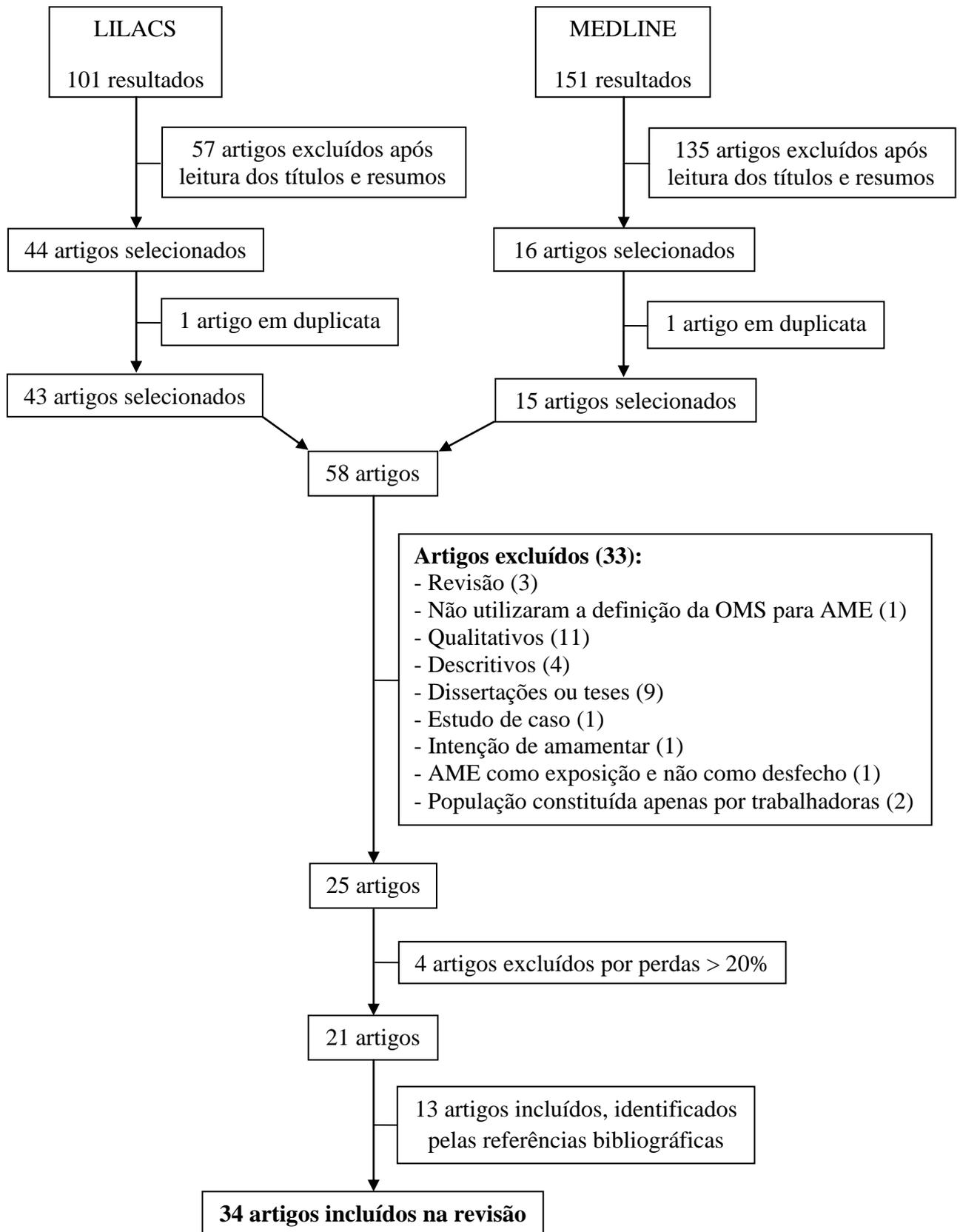
Além da dificuldade legal, a dupla jornada de trabalho (trabalho fora de casa e doméstico) relatada por um grande contingente de mulheres, faz com que se sintam sobrecarregadas com o acúmulo de funções (Spindola & Santos, 2003). Quando ser “mãe” soma-se a mais uma função e há dificuldade de conciliar amamentação e trabalho, a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo pode se tornar uma realidade. Assim, mesmo a criança sendo o principal beneficiário do aleitamento materno, a mulher é o principal sujeito da amamentação e, portanto, é quem precisa ser ouvida e compreendida dentro do seu contexto individual e cultural, para que estratégias de apoio sejam elaboradas e a amamentação se mantenha (Morais *et al.*, 2011).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Uma revisão da literatura sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo no Brasil foi realizada. As buscas foram feitas nas bases de dados LILACS e MEDLINE utilizando os seguintes descritores: (aleitamento AND materno AND exclusivo AND trabalho); e (breastfeeding [Title-Abstract] AND exclusive [Title-Abstract] AND work [Title-Abstract]), respectivamente. Não houve limite em relação ao período. Foram incluídos artigos originais, que utilizaram a definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) para o aleitamento materno exclusivo, de metodologia quantitativa e analíticos. Foram excluídas dissertações e teses.

Na busca na base de dados LILACS foram encontrados 101 resultados. Por meio da leitura dos títulos e dos resumos foram selecionados 44 artigos pertinentes ao tema, sendo um artigo encontrado em duplicata, totalizando 43 artigos. Na base de dados MEDLINE foram encontrados 151 resultados. Por meio da leitura dos títulos e dos resumos, 16 foram selecionados, sendo também um encontrado em duplicata, totalizando 15 artigos. Desses 58 artigos, foram excluídos 33 artigos: três artigos de revisão, um artigo que não utilizou a definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) para aleitamento materno exclusivo, 11 artigos de metodologia qualitativa, quatro descritivos, nove dissertações ou teses, um estudo de caso, um artigo que avaliou a intenção de amamentar, um artigo no qual o aleitamento materno exclusivo era variável de exposição e não o desfecho, e dois artigos cujas populações eram constituídas por apenas mulheres trabalhadoras, restando assim, 25 artigos. Foram excluídos também quatro estudos com viés de seleção importante (perdas maiores que 20%), resultando em 21 artigos. A fim de aumentar a sensibilidade da revisão foi realizada uma busca adicional manual com base nas referências bibliográficas dos artigos lidos na íntegra, sendo identificados mais 13 artigos pertinentes ao tema. Ao final, os resultados dos 34 artigos foram sintetizados nos quadros 1 e 2, ordenados por ano de realização. No Quadro 1 foram sintetizados os resultados dos estudos de desenho transversal e no Quadro 2, os estudos de coorte e de intervenção. A Figura 1 esquematiza a busca e seleção dos artigos.

Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos artigos para a revisão da literatura sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo (AME).



Quadro 1. Estudos transversais sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo (AME).

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Venancio <i>et al.</i> , 2002	84 municípios/SP 1998	11.481 crianças < 4 m AMAMUNIC	Regressão logística	0-54% (< 4 m)	Interrupção AME < 4 m	Mãe adolescente: [OR=1,20] Escolaridade materna (≥ 13 anos): 9-12 anos: [OR=1,40] 5-8 anos: [OR=1,83] Até 4 anos: [OR=2,28] Primiparidade: [OR=1,27] Não nascimento em HAC: [OR=1,49] Município sem HAC: [OR=2,28]	Trabalho materno
Audi <i>et al.</i> , 2003	Itapira/SP 1999	346 crianças < 6 m AMAMUNIC	Regressão logística	64,8% (1 m) 45,0% (4 m) 30,1% (6 m)	Interrupção AME < 6 m	Parto cesário: [OR=1,78] Uso de chupeta: [OR=4,41]	Idade materna Escolaridade materna Paridade Trabalho materno Licença-maternidade Local de moradia Financiamento do hospital de nascimento Peso ao nascer Financiamento da puericultura

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Venancio <i>et al.</i> , 2006	111 municípios/SP 1999	34.435 crianças < 6 m AMAMUNIC	Regressão logística multinível	13,9% (< 6 m) ≈8,0% (4 m) ≈4,0% (6 m)	AME < 6 m	<p>Idade materna (11-17 anos): 18-19 anos: [OR=1,17] 20-24 anos: [OR=1,43] 25-29 anos: [OR=1,52] 30-34 anos: [OR=1,52] ≥35 anos: [OR=1,22]</p> <p>Escolaridade materna (primário incompleto): Primário completo: [OR=1,15] Secundário incompleto: [OR=1,18] Secundário completo: [OR=1,58] Terciário completo/incompleto: [OR=1,91]</p> <p>Multiparidade: [OR=1,41] Sexo feminino: [OR=1,12] Peso ao nascer (<1500g): 2000-2499g: [OR=1,29] 2500-2999g: [OR=1,52] ≥3000g: [OR=1,73]</p> <p>Financiamento privado da puericultura: [OR=1,10] Municípios com 4-5 ações pró- amamentação: [OR=2,53]</p>	Trabalho materno Localização dos municípios Tipo de parto Nascimento em HAC Tamanho da população Índice de Desenvolvimento Humano (Secretaria de Estado da Saúde/SP)

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Damião <i>et al.</i> , 2008	Rio de Janeiro/RJ 1998 e 2000	2.459 crianças 1.191 (1998) 1.268 (2000) < 4 m AMAMUNIC	Regressão logística	22,7% (< 4 m)	AME < 4 m	Idade materna em anos: [OR=1,02] Escolaridade materna (1º grau incompleto): 3º grau completo: [OR=1,93] Trabalho materno fora do domicílio: [OR=0,59] Idade da criança em dias: [OR=0,99]	Paridade Nascimento em HAC Peso ao nascer (apenas em 2000)
Vieira <i>et al.</i> , 2004	Feira de Santana/BA 2001	1.216 crianças < 6 m Entrevista	Análise bivariada	62,1% (1 m) 48,3% (≤ 4 m) 38,5% (≤ 6 m) 17,7% (6 m)	AME < 6 m	Multiparidade: [RP=1,25] Renda familiar ≤ 2 salários mínimos: [RP=1,26] Não mamar no 1º dia de vida: [RP=0,72] Não uso de chupeta: [RP=1,60]	Idade materna Escolaridade materna Trabalho fora do lar Sexo da criança Prematuridade Peso de nascimento Internação no berçário
Vannuchi <i>et al.</i> , 2005	Londrina/PR 2002	642 crianças < 4 m 988 crianças < 6 m AMAMUNIC	Regressão logística	29,3% (< 4 m) 21,0% (< 6 m) 11,9 dias (mediana)	Interrupção AME < 6 m	Primiparidade: [OR=1,63] Uso de chupeta: [OR=2,23] Seguimento ambulatorial na rede pública: [OR=2,08] → Ajustado por idade da criança em dias e peso ao nascer.	Idade materna Escolaridade materna Trabalho materno Tipo de parto Nascimento em HAC

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Vianna <i>et al.</i> , 2007	70 municípios/PB 2002	3.696 crianças < 4 m 5.744 crianças < 6 m AMAMUNIC	Análise bivariada	22,4% (< 4 m) 16,6% (< 6 m)	AME < 4 m	Trabalho fora: AME=79,3% Não trabalho fora: AME=84,6% Trabalho fora entre residentes rurais: AME=5,3% Não trabalho fora entre residentes rurais: AME=23,6% Licença-maternidade: AME=29,6% Sem licença: AME=8,9%	Nenhum
Silva <i>et al.</i> , 2008	Pelotas/RS 2002-2003	951 crianças 1 m Entrevista	Regressão logística hierarquizada	60% (1 m)	Interrupção AME 1 m	Uso de chupeta: [RR=2,45]	Idade materna Idade paterna Escolaridade materna Escolaridade paterna Renda familiar Cor materna Paridade Trabalho materno Tabagismo na gravidez Nº consultas no pré-natal Tempo de gestação Tipo de parto Parto em HAC Sexo da criança Peso ao nascer

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Parada <i>et al.</i> , 2005	Conchas/SP 2003	63 crianças < 4 m 90 crianças < 6 m Entrevistas (Campanha nacional de multivacinação)	Análise bivariada	25,4% (< 4 m) 21,1% (< 6 m)	AME < 6 m	Dificuldade em amamentar: [p=0,005]	Idade materna Escolaridade materna Trabalho materno fora do lar Influência familiar Sentimento de segurança com orientações recebidas sobre aleitamento materno Equipe de Programa Saúde da Família que assiste a criança
Carvalhoes <i>et al.</i> , 2007	Botucatu/SP 2004	380 crianças < 4 m AMAMUNIC	Regressão logística hierarquizada	38,0% (< 4 m)	Interrupção AME < 4 m	Dificuldade início do aleitamento materno: [OR=1,57] Uso de chupeta: [OR=2,63]	Idade materna Escolaridade materna Paridade Trabalho materno na gestação Trabalho materno atual Licença-maternidade Tipo de hospital Tipo de parto Peso ao nascer
França <i>et al.</i> , 2007	Cuiabá/MT 2004	205 crianças < 4 m 275 crianças < 6 m AMAMUNIC	Regressão logística	41,0% (< 4 m) 34,5% (< 6 m)	Interrupção AME < 4 m < 6 m	< 4 m: Escolaridade materna (3º grau): 1º-2º graus: [OR=2,59] Primiparidade: [OR=2,26] Consumo de chá no 1º dia em casa: [OR=2,31] Uso de chupeta: [OR=2,91] < 6 m: Idade materna (≥ 35 anos): 20-34 anos: [OR=3,13] Escolaridade materna (3º grau): 1º-2º graus: [OR=2,31] Primiparidade: [OR=2,20] Uso de chupeta: [OR=3,26]	< 4 m: Idade materna Trabalho materno Financiamento do serviço de saúde Nascimento em hospital com BLH Tipo de parto Consumo de leite no 1º dia em casa < 6 m: Trabalho materno Financiamento do serviço de saúde Nascimento em hospital com BLH Tipo de parto

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Franco <i>et al.</i> , 2008	Joinville/SC 2005	355 crianças < 4 m 514 crianças < 6 m AMAMUNIC	Análise bivariada	53,9% (< 4 m) 43,6% (< 6 m)	Interrupção AME < 4 m Interrupção AME < 6 m	< 4 m: Uso de chupeta: [p<0,001] < 6 m: Trabalho materno: [p=0,001] Uso de chupeta: [p<0,001]	Idade materna Escolaridade materna Paridade Tipo de parto Nascimento em HAC Sexo da criança Peso ao nascer
Nascimento <i>et al.</i> , 2010	Joinville/SC 2005	568 crianças < 4 m 839 crianças < 6 m AMAMUNIC	Regressão de Poisson	53,9% (< 4 m) 43,7% (< 6 m)	Interrupção AME < 6 m	Escolaridade materna < 12 anos: [RP=1,59] Idade da criança ≥ 90 dias: [RP=1,53] Uso de chupeta: [RP=1,69]	Idade materna Paridade Trabalho materno Nascimento em HAC Tipo de parto Sexo da criança Peso ao nascer Financiamento da atenção primária Profissional que cuidou da criança
Giuliani <i>et al.</i> , 2011	Florianópolis/SC 2005	200 crianças 6-12 m (puericultura de 2 unidades do Sistema Único de Saúde) Entrevista	Regressão logística múltipla	18,4% (6 m)	Interrupção AME < 6 m	Idade materna ≤ 26 anos: [OR=2,9] Mãe ter feito pré-natal na unidade básica: [OR=3,3] Não mamar na 1ª hora de vida: [OR=3,6] Trabalho materno nos primeiros 6 m: [OR=6,0]	Escolaridade materna Tipo de parto

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Alves <i>et al.</i> , 2013	Barra Mansa/RJ 2003 e 2006	589 crianças (2003) 707 crianças (2006) < 6 m AMAMUNIC	Regressão de Poisson	30,2% (2003) 46,7% (2006) (< 6 m)	AME < 6 m	Escolaridade materna ≤ 8ª série: [RP=0,80] Parto cesáreo: [RP=0,84] Idade crescente da criança em dias: [RP=0,99] Uso de chupeta: [RP=0,59] Acompanhamento da criança em IUBAAM: [RP=1,19]	Idade materna Escolaridade materna Paridade Trabalho materno remunerado Município de nascimento Nascimento em HAC Sexo da criança Peso ao nascer Internação hospitalar por patologia Posto de vacinação na zona urbana ou rural
Ramos <i>et al.</i> , 2008	45 municípios/PI 2006	1.963 crianças < 1 ano Entrevista	Regressão logística múltipla	41,5% (< 6 m) 67 dias (mediana)	AME < 6 m	Não uso da mamadeira: [P=68,4%] Uso da mamadeira: [P=5,2%]	Classe econômica Escolaridade materna Local de moradia Trabalho materno fora do lar Nº consultas no pré-natal Tipo de parto Mamada nas primeiras 24hs Uso de chupeta
Parizoto <i>et al.</i> , 2009	Bauru/SP 2006	509 crianças < 6 m AMAMUNIC	Regressão log-binomial	24,2% (< 6 m) 3,9% (6 m)	Interrupção AME < 6 m	Uso de chupeta: [RP=2,03]	Idade materna Escolaridade materna Trabalho materno Paridade Local do parto Financiamento da maternidade Tipo de parto Peso ao nascer Financiamento da puericultura

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Caminha <i>et al.</i> , 2010	18 municípios/PE 2006	1.568 crianças 6 m PESN (Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco)	Regressão de Poisson	8,5% (6 m) 29 dias (mediana)	AME 6 m	Idade materna: <20 anos: [RP=1,5] 20-35 anos: [RP=1,6] Escolaridade materna: 1 ^a -4 ^a série: [RP=1,2] 5 ^a -8 ^a série: [RP=1,7] ≥ 9 ^a série: [RP=1,8] Domicílio na Região Metropolitana de Recife: [RP=1,4] Sexo da criança feminino: [RP=1,3]	Renda per capita Trabalho materno Nº de pessoas no domicílio Área (urbana/rural) Abastecimento de água Orientação no pré-natal sobre AM Nº de consultas no pré-natal; Ser atendido pela Estratégia de Saúde da Família Tipo de parto Peso ao nascer
Brecailo <i>et al.</i> , 2010	Guarapuava/PR 2007	426 crianças < 2 anos 56 crianças < 6 m Entrevista	Regressão logística não condicional	74,9% (1 m) 43,9% (3 m) 31,2% (4 m) 12,9% (≥ 6 m) 60 dias (mediana 6 m)	Interrupção AME 6 m	Trabalho remunerado fora de casa: [OR=1,92] Trabalho remunerado dentro de casa: [OR=0,48] → p=0,13 Criança não estar em AM no momento da entrevista: [OR=2,04]	Escolaridade da mãe Escolaridade do pai Coleta pública regular de lixo Água encanada Recebimento de orientação sobre aleitamento materno Gravidez atual

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Pereira <i>et al.</i> , 2010	Rio de Janeiro/RJ 2007	1.029 crianças < 6 m (de 27 unidades básicas) Entrevista	Regressão de Poisson	58,1% (< 6 m)	AME < 6 m	Cor materna branca: [RP=1,20] Escolaridade alta: [RP=1,19] Ter companheiro: [RP=1,72] Experiência prévia com amamentação: [RP=1,27] Alta hospitalar em AME: [RP=2,01] Ter sido falado sobre AM em grupo: [RP=1,14] Ter sido mostrado como colocar a criança para mamar: [RP=1,20] Idade da criança em meses: [RP=0,83]	Idade materna Trabalho remunerado Nº de bens Paridade Ter feito pré-natal Certificação do hospital como HAC Tipo de unidade Tipo de parto Sexo da criança Peso ao nascer Orientação AM 1º dia na unidade Orientação AM na consulta Orientação AM de outro jeito Orientação livre demanda Explicação sobre ordenha Orientação não uso de mamadeira Orientação até quando AM deve ser exclusivo Nº de orientações recebidas na Unidade Básica de Saúde Satisfação com apoio recebido para amamentar Qualidade do acompanhamento da criança

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Rito <i>et al.</i> , 2013	Rio de Janeiro/RJ 2007-2008	4.092 crianças < 6 m (de 56 unidades básicas) Entrevista	Regressão de Poisson	47,6% (< 6 m)	AME < 6 m	Mãe não trabalhar fora: [RP=1,75] Desempenho na IUBAAM: Superior: [RP=1,34] Intermediário: [RP=1,17] Acompanhamento em UBS: [RP=1,10] Idade da criança em dias: [RP=0,99]	Ter recebido orientação/ajuda do hospital para amamentar
Warkentin <i>et al.</i> , 2012	São Paulo/SP 2007 e 2010	636 crianças 5-36 m (usuárias de creches) Entrevista	Análise de sobrevida Kaplan-Meier Cox *Transversal com dados retrospectivos	90 dias (mediana) 87,2 ± 61,36 dias (tempo médio)	Interrupção AME < 6 m	Idade materna < 20 anos: [HR=1,43] Prematuridade: [HR=1,36] Introdução da chupeta < 3m: [HR=1,87]	Escolaridade da mãe e do pai Mãe morar com o companheiro Profissão da mãe (semi ou não qualificada) Trabalho materno fora de casa Licença-maternidade Renda familiar e per capita Nº de consultas no pré-natal Idade da criança < 18 m Sexo da criança A criança ter irmãos vivos Ter dois ou mais irmãos morando com a criança Tipo de parto Peso ao nascer Classificação segundo idade gestacional Alojamento conjunto Internação prévia Uso de mamadeira Idade da matrícula na creche

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Queluz <i>et al.</i> , 2012	Serrana/SP 2009	275 crianças < 6 m AMAMUNIC	Regressão logística	29,8% (< 6 m)	Interrupção AME < 6 m	Trabalhar fora sem licença-maternidade: [OR=3,08] Não trabalhar fora: [OR=2,26]	Idade materna Paridade Escolaridade materna Nascer em HAC Tipo de parto Peso ao nascer Uso de chupeta Financiamento da puericultura
Figueiredo <i>et al.</i> , 2015	Taubaté/SP 2012	50 crianças 7-12 m (BLH e hospital universitário-HU) Entrevista	Regressão logística	22,0% (< 6 m) 2,75 m (mediana)	Interrupção AME < 6 m	Nº filhos ≤ 1: [OR=0,21] Vive com o cônjuge: [OR=0,05] Uso de bicos artificiais: [OR=87,50]	Idade materna Escolaridade materna Trabalho materno Renda familiar Problemas mamários Peso ao nascer Instituição de origem (BLH ou HU).

AMAMUNIC = Projeto “Amamentação e Municípios” / HAC = Hospital Amigo da Criança / BLH = Banco de Leite Humano / IUBAAM = Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação / AM = Aleitamento Materno

Quadro 2. Estudos de coorte e de intervenção sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo (AME).

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Desenho / Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Mascarenhas <i>et al.</i> , 2006	Pelotas/RS 2002-2003	940 crianças < 3 m Entrevista	Coorte prospectivo Regressão logística	39% (< 3 m)	Interrupção AME < 3 m	Escolaridade do pai 0-4 anos: [OR=1,61] Uso de chupeta aos 3 m: [OR=4,27] Renda familiar 1-3 SM: [OR=1,60] Trabalho materno fora do lar: [OR=1,76]	Escolaridade materna Idade materna Cor materna Paridade Tipo de parto Tabagismo na gravidez Nº de consultas de pré-natal Tempo de gestação Sexo do recém-nascido Peso do recém-nascido Peso ao nascer
Chaves <i>et al.</i> , 2007	Itaúna/MG 2003	238 crianças < 6 m Entrevista	Coorte Regressão de Cox	62,6% (1 m) 19,5% (4 m) 5,3% (6 m)	Interrupção AME < 6 m	Intenção de amamentar ($\geq 24m$): <12m: [RR=1,67] 12-23m: [RR=1,74] Peso ao nascer: <2500g: [RR=1,92] Uso de chupeta: [RR=1,49]	Saneamento básico Cor da pele Escolaridade materna Estado civil Paridade Renda Informação sobre a técnica de amamentar Uso de álcool ou tabaco Plano de saúde Nº consultas de pré-natal Idade gestacional Sexo da criança Trabalho materno Licença-maternidade Apoio familiar Tempo até a 1ª mamada Intercorrências após o parto

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Desenho / Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Carrascoza <i>et al.</i> , 2011	Piracicaba/SP 2004	111 crianças < 6 m Entrevista	Coorte Regressão logística	51,0% (< 6 m)	Interrupção AME < 6 m	Alto nível socioeconômico: [OR=4,65] Uso de chupeta: [OR=11,46] Trabalho materno: [OR=2,44]	Renda familiar Nível socioeconômico Nº moradores no domicílio Escolaridade dos pais Residir com o cônjuge Paridade Experiência prévia em amamentar Planejamento da gravidez Desejo de amamentar Aceitação da gravidez pelo pai Início do pré-natal Nº de consultas no pré-natal Tipo de parto Idade gestacional Peso ao nascer Tempo até início da amamentação Introdução de chupeta Problemas de mama Sensação de falta de leite

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Desenho / Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Vieira <i>et al.</i> , 2014	Feira de Santana/BA 2004-2005	1.344 crianças < 6 m Entrevista	Coorte Regressão de Cox hierarquizada	89 dias (mediana)	Interrupção AME < 6 m	Escolaridade materna ≤ 8anos: [HR=1,34] < 6 consultas pré-natal: [HR=1,48] Financiamento pré-natal público: [HR=1,34] Nascer em Hospital Amigo da Criança: [HR=0,85] Orientação sobre amamentação no hospital: [HR=0,80] Companheiro favorável à amamentação: [HR=0,62] Trabalho materno: [HR=1,73] Mãe limitar as mamadas noturnas: [HR=1,58] Fissura mamilar: [HR=2,54] Uso de chupeta: [HR=1,40]	Cor da pele Idade materna Paridade Experiência prévia em amamentar Mãe morar com pai da criança Mãe ter participado de grupo de pré-natal sobre amamentação Tipo de parto Aleitamento materno na 1ª hora de vida Sexo da criança
Brasileiro <i>et al.</i> , 2010	Piracicaba/SP 2006	200 crianças 6-10 m (mães trabalhadoras formais que retornaram ao trabalho antes dos 6 m) Entrevista	Intervenção não randomizado: 9 encontros nos primeiros 6 m Regressão logística múltipla	Grupo Intervenção (programa de incentivo AM): 90% (1º m) 33% (6º m) Grupo Controle: 65% (1º m) 6% (6º m)	Interrupção AME < 4 m	Não amamentar durante a jornada de trabalho: [OR=4,98] Não participar do programa de incentivo ao AM: [OR=8,84] Fórmula infantil na mamadeira: [OR=46,5]	Idade Estado civil Nível do cargo ocupado Época de retorno ao trabalho Receber leite materno no copo

Autor / Ano de publicação	Local / Ano de realização	Amostra (n) / Fonte dos dados	Desenho / Análise estatística	Prevalência AME (faixa etária)	Desfecho	Fatores associados ao desfecho e medida de associação (ou p-valor)	Fatores avaliados sem significância estatística
Demétrio <i>et al.</i> , 2012	Laje e Mutuípe/BA 2005-2008	531 crianças < 6 m AMACOMP (Amamentação e Alimentação Complementar no Desmame)	Coorte Regressão de Cox	74,7 dias (mediana)	Interrupção AME < 6 m	Residência urbana: [HR=1,61] Não realização de pré-natal: [HR=2,73]	Condições de moradia Idade materna Cor da pele Escolaridade materna Estatura materna Estado nutricional antropométrico Tipo de parto Peso ao nascer Idade gestacional Sexo da criança Trabalho materno
Machado <i>et al.</i> , 2014	Viçosa/MG 2011-2012	168 puérperas 30, 60 e 120 dias após o parto Entrevista	Coorte Regressão de Poisson	46,4% (1 m) 52,4% (2 m) 30,4% (4 m)	Interrupção AME 2 m Interrupção AME 4 m	2 m: Parto traumático: RP=[1,40] Sintomas de depressão pós parto: RP=[1,61] 4 m: Escolaridade materna: 0-8 anos: RP=[2,15] 9-11 anos: RP=[2,01] Não ter imóvel próprio: RP=[1,23] Gravidez desejada: RP=[1,29] Orientações sobre aleitamento materno no puerpério: RP=[1,21] Não ter ajuda do companheiro com a criança: RP=[1,33] Mãe voltou a estudar ou trabalhar após 4 m do parto: RP=[1,33]	Idade materna Renda Nº de pessoas no domicílio Tabagismo Etilismo Prematuridade Peso ao nascer Tipo de parto Paridade Gestação planejada Orientações sobre aleitamento materno no pré-natal Reação do companheiro com a notícia da gestação Apoio do companheiro na gestação Apoio emocional de algum familiar ou amigo

Na região sudeste foram conduzidos 19 estudos, sendo 12 no estado de São Paulo; na região sul, oito estudos; na região nordeste, 6 estudos; e na região centro-oeste, um estudo. Não foram encontrados estudos sobre o tema realizados na região norte. Houve predominância de estudos de desenho transversal (27), seguidos pelos estudos de coorte (6) e de intervenção (1). Como método de análise, 18 estudos utilizaram a regressão logística, seis a regressão de Poisson, cinco a regressão de Cox, quatro a análise bivariada e um utilizou a regressão log-binomial. Vale destacar que em quatro dos seis estudos de coorte a variável de exposição trabalho materno associou-se ao desfecho de forma estatisticamente significativa, enquanto entre os 27 estudos transversais, oito apresentaram associação com significância estatística. No único estudo de intervenção analisado, o trabalho materno também associou-se ao desfecho de forma estatisticamente significativa.

Assim, a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo foi observada em 13 dos 34 estudos (38%), dos quais oito investigaram os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses; um estudo investigou o desfecho aos seis meses (Brecailo *et al.*, 2010); três estudos, em menores de quatro meses; e um estudo, em menores de três meses (Mascarenhas *et al.*, 2006). Dentre esses, dois estudos analisaram a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo em duas faixas etárias distintas cada um: Franco *et al.*, 2008, que observaram essa associação em menores de quatro e em menores de seis meses; e Machado *et al.*, 2014, que observaram aos dois e aos quatro meses de vida da criança. Em todos os estudos que encontraram associação, o trabalho materno associou-se negativamente ao aleitamento materno exclusivo com significância estatística, ou seja, o fato da mãe trabalhar fora de casa aumentou a chance de interrupção do aleitamento materno exclusivo.

Entre os 34 estudos incluídos na revisão, apenas sete analisaram a associação entre o trabalho materno com licença-maternidade e o aleitamento materno exclusivo, dos quais cinco não encontraram associação estatisticamente significativa: Carvalhaes *et al.*, 2007 (em menores de quatro meses); Audi *et al.*, 2003; Chaves *et al.*, 2007; Beche *et al.*, 2009; e Warkentin *et al.*, 2012 (em menores de seis meses). Dois demonstraram que a licença-maternidade facilita a manutenção do aleitamento materno exclusivo: Queluz *et al.*, 2012 (em menores de seis meses) verificaram que as mães que trabalhavam fora de casa sem licença-maternidade apresentaram três vezes mais chance de interromper o aleitamento materno exclusivo precocemente do que as que trabalhavam com licença-maternidade. Vianna *et al.*, 2007 (em menores de quatro meses) também encontraram associação significativa: mães que trabalhavam com licença-maternidade apresentaram uma prevalência de aleitamento materno

exclusivo de 29,6%, enquanto as que trabalhavam sem licença-maternidade apresentaram apenas 8,9%. Vale ressaltar que dentre esses sete estudos, apenas Queluz *et al.* (2012) investigaram o trabalho materno e a licença-maternidade como uma mesma variável.

Venancio *et al.*, 2002 e Vannuchi *et al.*, 2005 investigaram a associação entre o aleitamento materno exclusivo (em menores de quatro meses e em menores de seis meses, respectivamente) e diferentes modalidades de ocupação materna, não encontrando porém, associação significativa. Vianna *et al.*, 2007 conduziram uma investigação sobre a associação entre o trabalho materno fora de casa e o aleitamento materno exclusivo entre residentes rurais (em menores de quatro meses), tendo encontrado associação estatisticamente significativa.

3 JUSTIFICATIVA

Estudos têm investigado a relação entre o trabalho materno e a prática do aleitamento materno exclusivo, entretanto, pouco se tem pesquisado sobre a associação entre o trabalho materno com licença-maternidade e o aleitamento materno exclusivo (Boccolini *et al.*, 2015). Na revisão da literatura realizada no presente trabalho, dos 34 estudos incluídos, apenas sete (Queluz *et al.*, 2012; Carvalhaes *et al.*, 2007; Chaves *et al.*, 2007; Vianna *et al.*, 2007; Audi *et al.*, 2003 e Venancio *et al.*, 2002) levaram em consideração a licença-maternidade. Além disso, em todos os estudos analisados, a variável trabalho materno apresenta-se como uma das variáveis de exposição investigadas e não como a variável de interesse principal.

A participação das mulheres no mercado de trabalho tem sido crescente no Brasil (IBGE, 2016), mas a legislação brasileira de proteção à maternidade da mulher trabalhadora, embora avanços (Brasil, 1988), ainda não garante a licença-maternidade para todas as trabalhadoras. Apesar da pouca evidência científica sobre o tema, políticas favoráveis à licença-maternidade parecem ser eficazes para aumentar a prática da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança (Rollins *et al.*, 2016). A investigação da associação entre o trabalho materno com licença-maternidade e a prática do aleitamento materno exclusivo pode contribuir para a revisão e o aprimoramento de leis, além de subsidiar orientações e recomendações gerais.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a proteção do trabalho materno com licença-maternidade para a prática do aleitamento materno exclusivo.

4.2 Objetivos específicos

1. Estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida assistidas por unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro com Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenado.
2. Analisar a associação entre o trabalho materno, com licença-maternidade e sem licença-maternidade, e a prática do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida.

4.3 Hipótese do estudo

A hipótese do presente estudo é que a licença-maternidade contribui para a prática do aleitamento materno exclusivo.

5 MATERIAIS E MÉTODO

5.1 Desenho e população do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico baseado em inquérito conduzido no ano de 2013 intitulado “Avaliação dos fatores associados à doação de leite materno por usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro”. A população da pesquisa foi composta por uma amostra representativa de mães de crianças menores de um ano de vida assistidas pelas nove unidades básicas de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que dispunham de Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenado em 2013 (Von Seehausen *et al.*, 2015). As unidades estavam distribuídas em cinco das dez áreas de planejamento da cidade (Câmara RJ, 2011), sendo seis Clínicas da Família e três Centros Municipais de Saúde. Unidades básicas de saúde com Posto de Recebimento de Leite

Humano Ordenhado foram selecionadas, pois a pesquisa visou analisar a doação de leite materno e o aleitamento cruzado (Von Seehausen *et al.*, 2015), e nessas unidades as mães teriam a possibilidade de doar seu leite de uma forma institucional.

O primeiro Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado surgiu em 2007, por iniciativa de funcionários de uma unidade básica de saúde que queriam aproveitar o leite materno excedente de nutrizes para doação a um banco de leite humano. Em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) expandiu essa proposta, investindo na abertura de mais postos, formando a Rede de Postos de Recebimento de Leite Humano do Município do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ, 2010).

5.2 Tamanho da amostra

A pesquisa tomou como base para o cálculo do tamanho da amostra a prevalência de aleitamento cruzado (estimada em 50% a partir de estudo piloto), resultando em um tamanho amostral de 697 mães, a partir de uma demanda média mensal de 1321 crianças menores de um ano de vida assistidas pelas unidades básicas de saúde selecionadas em 2013 (Seehausen *et al.*, 2015). Como o aleitamento materno exclusivo é um indicador aferido em crianças no primeiro semestre de vida (WHO, 2008), foram selecionadas as mães de crianças nessa faixa etária ($n = 429$), do total de mães de crianças menores de um ano entrevistadas na pesquisa. Esse número amostral foi suficiente para detectar uma razão de prevalência de 2,0, com poder de teste de 80% e alfa de 5%, assumindo uma prevalência de 27% do desfecho no grupo não exposto (mães que trabalham sem licença-maternidade) e de 70% no grupo exposto (mães em licença-maternidade). Esses parâmetros foram calculados *a posteriori* com os dados obtidos da pesquisa (Hulley *et al.*, 2013).

5.3 Fonte dos dados e trabalho de campo

A coleta dos dados da pesquisa ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2013, por meio de entrevistas com questionários estruturados aplicados às mães. Os instrumentos continham questões sobre características sociodemográficas maternas, domiciliares, da assistência pré-natal, do parto, do estilo de vida materno, da criança, da assistência à saúde e da alimentação infantil. Os questionários foram previamente testados em estudo piloto em duas unidades básicas de saúde do mesmo município, que não participaram da pesquisa, nos dois meses anteriores à coleta de dados.

Seis entrevistadoras (enfermeiras ou nutricionistas) foram selecionadas e previamente capacitadas de forma padronizada em treinamentos teóricos-práticos, com carga horária total de 20 horas, para a aplicação dos questionários. Todas as entrevistadoras participaram do estudo piloto e atuaram sob supervisão de uma profissional com prática em pesquisa e dos pesquisadores envolvidos na pesquisa. Os dados foram coletados em todos os turnos de atendimento da unidade básica de saúde até que o número amostral previsto para cada unidade fosse atingido. O período de coleta de dados em cada unidade variou de 25 dias a um mês e meio.

5.4 Variáveis investigadas

O desfecho do estudo é o aleitamento materno exclusivo, definido como a criança receber somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem a adição de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 2008).

A “licença-maternidade”, exposição principal do presente estudo, foi questionada somente às mães que referiram vínculo empregatício formal, sobre seu usufruto no momento da entrevista. A fim de ajustar a associação entre a variável de exposição principal e o desfecho por possíveis fatores de confundimento foram selecionadas para compor o modelo explicativo as variáveis listadas na Figura 2: idade materna, cor de pele/raça materna, escolaridade materna, paridade, experiência prévia com amamentação, ter companheiro e renda materna mensal (características maternas); local de moradia e número de moradores na residência (características domiciliares); número de consultas pré-natais, orientação sobre amamentação no pré-natal e financiamento do pré-natal (atenção pré-natal); nascimento em Hospital Amigo da Criança, financiamento da maternidade, tipo de parto, tempo até a primeira mamada e amamentação exclusiva na alta hospitalar (características relativas ao parto); idade gestacional, peso ao nascer, internação em unidade neonatal e sexo da criança (características do recém-nascido); dificuldades em amamentar, tipo de contracepção, tabagismo, consumo materno de bebida alcoólica e auto-percepção materna da saúde; mãe estar estudando e licença-maternidade (características das nutrizes); idade da criança e uso de chupeta (características das crianças); tipo de unidade básica, orientação da unidade básica sobre aleitamento materno e satisfação materna com apoio para amamentar prestado pela unidade básica (características da assistência à saúde).

A variável “cor de pele/raça materna” foi auto-declarada, obtida inicialmente conforme a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (parda, preta, amarela e indígena) (IBGE, 2012) e posteriormente categorizada em “branca” e “não branca”. A “escolaridade materna” foi mensurada segundo a última série estudada relatada pela mãe, e depois dicotomizada em “inferior ao ensino médio completo” e “ensino médio completo ou mais”. A “renda materna mensal” foi obtida em reais e categorizada em “sem renda”, “maior ou igual a um salário mínimo” e “menos de um salário mínimo”. A mãe foi questionada sobre dificuldades durante a amamentação do filho atual, como: “bico do peito rachado”, “peito empedrado” e “mastite”; e para resposta afirmativa para pelo menos um dos itens, considerou-se “sim”. A “auto-percepção materna da saúde” foi obtida questionando a mãe se ela avaliava a sua saúde como “boa”, “mais ou menos” ou “ruim”, e a variável foi categorizada em positiva (“boa”) e negativa (“mais ou menos” ou “ruim”). Em relação à orientação da unidade básica sobre aleitamento materno, foi considerado “recebeu pelo menos uma orientação” quando houve resposta positiva a pelo menos uma das cinco perguntas seguintes. Alguém desta unidade: “explicou que o bebê quando nasce deve mamar só no peito? ”, “mostrou como colocar o bebê no peito para mamar? ”, “explicou que o bebê deve mamar quando quiser? ”, “explicou como tirar o leite de peito com as mãos (ou com a bomba), se precisar? ” e “orientou que não se deve dar mamadeira ao bebê? ”. Para obter a variável “satisfação materna com apoio para amamentar prestado pela unidade básica” questionou-se a mãe se a unidade a estava ajudando ou a tinha ajudado a amamentar; respostas “sim” ou “mais ou menos” foram categorizadas como “satisfeita”, e resposta “não”, como “não satisfeita”.

A alimentação da criança foi verificada por meio de questões fechadas sobre o consumo de leite materno, água, chás, outros líquidos, outros tipos de leite e outros alimentos, nas últimas 24 horas (current status). A Organização Mundial da Saúde recomenda que o indicador seja baseado em dados do status atual (current status) por ser um método considerado apropriado nas pesquisas de ingestão alimentar quando o objetivo é descrever práticas alimentares infantis em populações, e por estar sendo amplamente utilizado (WHO, 2008).

5.5 Banco e análise dos dados

Para a entrada de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2000, e a análise dos dados foi realizada com o programa SPSS17. Inicialmente foi desenvolvida uma análise univariada para identificar a distribuição do desfecho e das variáveis de exposição sob investigação.

Posteriormente, foi conduzida uma análise bivariada entre o desfecho e cada variável de exposição, utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson e sendo obtidas razões de prevalências brutas (RPb) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As variáveis que na análise bivariada mostraram-se associadas ao desfecho com nível de significância observado menor ou igual a 20% ($p\text{-valor} \leq 0,20$) foram incluídas na modelagem estatística.

Na análise múltipla, as razões de prevalências ajustadas (RPa) foram obtidas por modelo de regressão de Poisson com variância robusta (Coutinho *et al.*, 2008). A regressão seguiu modelo teórico conceitual hierarquizado segundo a proximidade temporal de cada variável com o desfecho (Victora *et al.*, 1997), considerando as características maternas e domiciliares como distais; as da atenção pré-natal como intermediárias distais; as relativas ao parto e ao recém-nascido como intermediárias proximais; e as das nutrizes, das crianças e da assistência à saúde como proximais; com base em modelo proposto por Boccolini *et al.* (2015).

Dessa forma, inicialmente foram incluídas as características maternas e domiciliares (primeiro nível), e as que se associaram ao aleitamento materno exclusivo a um nível de significância menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$) foram mantidas na modelagem. Em seguida foram incluídas as características da atenção pré-natal (segundo nível), que foram ajustadas pelas variáveis do primeiro nível que permaneceram no modelo. O mesmo ocorreu com as características do terceiro nível (relativas ao parto e ao recém-nascido), sendo ajustadas pelas variáveis do primeiro e do segundo níveis que ficaram na modelagem. Por fim, foram adicionadas as características do quarto nível (características das nutrizes, das crianças e da assistência à saúde), que foram ajustadas pelas variáveis dos três níveis anteriores mantidas no modelo.

5.6 Financiamento

A pesquisa “Avaliação dos fatores associados à doação de leite materno por usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro” contou com o apoio da FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro), por meio do processo E-26/111.508/2013.

5.7 Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa

A coleta dos dados obedeceu ao disposto na Resolução CNS 466/12. Os dados foram coletados mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. As mães foram informadas sobre a não obrigatoriedade da participação no estudo e sobre a garantia do sigilo das informações. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro) e aprovado segundo o parecer nº 228A/2013, de 18/08/2013.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de artigo científico, submetido à Revista de Saúde Pública em 18 de maio de 2017.

LICENÇA-MATERNIDADE E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

RESUMO

Introdução: o aleitamento materno exclusivo é recomendado pela Organização Mundial da Saúde até os seis meses de vida da criança e a licença-maternidade pode favorecer essa prática. **Objetivo:** analisar a associação entre a licença-maternidade e o aleitamento materno exclusivo. **Métodos:** estudo transversal com mães de crianças menores de seis meses assistidas por unidades básicas de saúde com Posto de Recolhimento de Leite Humano Ordenado no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2013 (n=429). Características sociodemográficas maternas, domiciliares, da assistência pré-natal, do parto, do estilo de vida materno, da criança, da assistência à saúde e da alimentação infantil foram analisadas. Razões de prevalências ajustadas (RPa) foram obtidas por regressão de Poisson com variância robusta, segundo modelo conceitual hierarquizado, sendo mantidas no modelo final as variáveis que se associaram ($p \leq 0,05$) ao aleitamento materno exclusivo (desfecho). **Resultados:** entre as mães entrevistadas, 23,1% estavam em licença-maternidade e 17,2% estavam trabalhando. A prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 50,1%. O trabalho materno com licença-maternidade esteve associado a uma maior prevalência do desfecho (RPa=1,91; IC95% 1,32-2,78), comparado às mães que trabalhavam sem licença-maternidade. **Conclusão:** a licença-maternidade contribuiu para a prática do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida, indicando a importância desse benefício na proteção do aleitamento materno exclusivo para as mulheres inseridas no mercado de trabalho formal.

Descritores: Aleitamento Materno. Licença-Maternidade. Estudos Transversais. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Background: the World Health Organization recommends exclusive breastfeeding up to six months of life and maternity leave may favor this practice. **Objective:** to analyze the association between maternity leave and exclusive breastfeeding. **Methods:** cross-sectional study with mothers of children less than six months of life assisted by primary health care units with Human Milk Donation Services in Rio de Janeiro city, Brazil, in 2013 (n=429). Maternal sociodemographic and residence characteristics, prenatal care, childbirth, maternal lifestyle, characteristics of the infant, health care and infant feeding were analyzed. Adjusted prevalence ratios (APR) were obtained by Poisson regression with robust variance, using a hierarchical conceptual model. Variables associated ($p \leq 0.05$) with exclusive breastfeeding (outcome) were retained in the final model. **Results:** among mothers interviewed, 23.1% were on maternity leave and 17.2% were working. The prevalence of exclusive breastfeeding was 50.1%. Maternal work with maternity leave was associated with a higher prevalence of the outcome (APR=1.91; CI 95% 1.32-2.78), compared to mothers who worked without maternity leave. **Conclusion:** maternity leave contributed to the practice of exclusive breastfeeding in children under six months of life, indicating the importance of this benefit in the protection of exclusive breastfeeding for women in the formal labor market.

Descriptors: Breast Feeding. Maternity Leave. Cross-Sectional Studies. Primary Health Care. Public Policies.

INTRODUÇÃO

Em 2015 40,4 milhões de mulheres brasileiras estavam inseridas no mercado de trabalho, o que representava 42,8% da população ocupada no país^a; realidade que pode interferir na prática do aleitamento materno exclusivo nessa população¹. A associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo vem sendo amplamente investigada em estudos epidemiológicos no Brasil, porém, poucos estudos consideram a licença-maternidade².

Mundialmente, a literatura sugere que políticas favoráveis à licença-maternidade são efetivas em aumentar a prática da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança³, período recomendado pela Organização Mundial da Saúde para a prática do aleitamento materno exclusivo^b. Entretanto, centenas de milhões de mulheres trabalhadoras no mundo ainda não têm proteção à maternidade ou a têm de forma inadequada³. No Brasil, a licença-maternidade de 120 dias^c atinge as recomendações mínimas da Organização Internacional do Trabalho de 14 semanas, e a sua extensão para 180 dias atenderia às recomendações plenas de 18 semanas^d.

O investimento em licença-maternidade pode trazer impactos positivos para a saúde da mulher e da criança, e para a economia de um país³. Protegendo o aleitamento materno exclusivo, reduz-se a morbimortalidade materna e infantil, aumenta-se o quociente de inteligência (QI) infantil e o desempenho escolar, contribuindo assim indiretamente para a redução da pobreza⁴. O presente estudo teve por objetivos analisar a associação entre a licença-maternidade e o aleitamento materno exclusivo, e estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida.

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. v. 36, 146 p.

^b World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Part 1: definitions. Geneva: WHO; 2008.

^c Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

^d International Labor Organization. Maternity and paternity at work: law and practice across the world. Geneva: ILO; 2014.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico baseado em inquérito conduzido no ano de 2013 intitulado “Avaliação dos fatores associados à doação de leite materno por usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro”. A população da pesquisa foi composta por uma amostra representativa de mães de crianças menores de um ano de vida assistidas pelas nove unidades básicas de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que dispunham de Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado no ano de 2013⁵. As unidades estavam distribuídas em cinco das dez áreas de planejamento da cidade^e, sendo seis Clínicas da Família e três Centros Municipais de Saúde. Unidades básicas de saúde com Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado foram selecionadas, pois a pesquisa visou analisar a doação de leite materno e o aleitamento cruzado. Essa pesquisa tomou como base para o cálculo do tamanho da amostra a prevalência de aleitamento cruzado (estimado em 50% a partir de estudo piloto), resultando em um tamanho amostral de 697 mães, a partir de uma demanda média mensal de 1321 crianças menores de um ano de vida assistidas pelas unidades básicas de saúde selecionadas⁵. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A hipótese do presente estudo é que a licença-maternidade contribui para a prática do aleitamento materno exclusivo, sendo esse o desfecho da presente investigação. Como o aleitamento materno exclusivo é um indicador aferido em crianças no primeiro semestre de vida^f, foram selecionadas as mães de crianças nessa faixa etária (n = 429), do total de mães de crianças menores de um ano entrevistadas na pesquisa. Esse número amostral foi suficiente para detectar uma razão de prevalência de 2,0, com poder de teste de 80% e alfa de 5%, assumindo uma prevalência de 27% do desfecho no grupo não exposto (mães que trabalham sem licença-maternidade) e de 70% no grupo exposto (mães em licença-maternidade). Esses parâmetros foram calculados *a posteriori* com os dados obtidos da pesquisa⁶.

^e Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Lei complementar n.º 111, de 1º de fevereiro de 2011. Dispõe sobre a Política Urbana e Ambiental do Município, institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 01 fev 2011.

^f World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Part 1: definitions. Geneva: WHO; 2008.

A coleta dos dados da pesquisa ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2013, por meio de entrevistas com questionários estruturados. Os instrumentos continham questões sobre características sociodemográficas maternas, domiciliares, da assistência pré-natal, do parto, do estilo de vida materno, da criança, da assistência à saúde e da alimentação infantil. Os dados foram coletados mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Os questionários foram previamente testados em estudo piloto em duas unidades básicas de saúde do mesmo município, que não participaram da pesquisa, nos dois meses anteriores à coleta de dados. As seis entrevistadoras selecionadas (enfermeiras ou nutricionistas) foram capacitadas de forma padronizada em treinamentos teóricos-práticos, participaram do estudo piloto e atuaram sob supervisão. Os dados foram coletados em todos os turnos de atendimento até que o número amostral previsto para cada unidade fosse atingido.

O desfecho do estudo foi o aleitamento materno exclusivo, definido como a criança receber somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem a adição de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos^g. Assim, a alimentação da criança foi verificada por meio de questões fechadas sobre o consumo de leite materno, água, chás, outros líquidos, outros tipos de leite e outros alimentos nas últimas 24 horas (current status). A Organização Mundial da Saúde recomenda que o indicador seja baseado em dados do status atual (current status) por ser um método considerado apropriado nas pesquisas de ingestão alimentar quando o objetivo é descrever práticas alimentares infantis em populações^g.

A “licença-maternidade”, exposição principal do presente estudo, foi questionada somente às mães que referiram vínculo empregatício formal, sobre seu usufruto no momento da entrevista. A fim de ajustar a associação entre a variável de exposição principal e o desfecho por possíveis fatores de confundimento foram selecionadas para compor o modelo explicativo as variáveis listadas na Figura 1.

A variável “cor de pele/raça materna” foi auto-declarada, obtida inicialmente conforme a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística^h (parda, preta, amarela e indígena) e posteriormente categorizada em “branca” e “não branca”. A “escolaridade

^g World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Part 1: definitions. Geneva: WHO; 2008.

^h Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa das características étnico-raciais da população – PcerP. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2012. 95 p.

materna” foi mensurada segundo a última série estudada relatada pela mãe, e depois dicotomizada em “inferior ao ensino médio completo” e “ensino médio completo ou mais”. A “renda materna mensal” foi obtida em reais e categorizada em “sem renda”, “maior ou igual a um salário mínimo” e “menos de um salário mínimo”. A mãe foi questionada sobre dificuldades durante a amamentação desse filho como: “bico do peito rachado”, “peito empedrado” e “mastite”; e para resposta afirmativa para pelo menos um dos itens, considerou-se “sim”. A “auto-percepção materna da saúde” foi obtida questionando a mãe se ela avaliava a sua saúde como “boa”, “mais ou menos” ou “ruim”, e a variável foi categorizada em positiva (“boa”) e negativa (“mais ou menos” ou “ruim”). Em relação à orientação da unidade básica sobre aleitamento materno, foi considerado “recebeu pelo menos uma orientação” quando houve resposta positiva a pelo menos uma das cinco perguntas seguintes. Alguém desta unidade: “explicou que o bebê quando nasce deve mamar só no peito? ”, “mostrou como colocar o bebê no peito para mamar? ”, “explicou que o bebê deve mamar quando quiser? ”, “explicou como tirar o leite de peito com as mãos (ou com a bomba), se precisar? ” e “orientou que não se deve dar mamadeira ao bebê? ”. Para obter a variável “satisfação materna com apoio para amamentar prestado pela unidade básica” questionou-se a mãe se a unidade a estava ajudando ou a tinha ajudado a amamentar; respostas “sim” ou “mais ou menos” foram categorizadas como “satisfeita”, e resposta “não”, como “não satisfeita”.

Para a entrada de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2000, e a análise dos dados foi realizada com o programa SPSS17. Inicialmente foi desenvolvida uma análise univariada para identificar a distribuição do desfecho e das variáveis de exposição sob investigação. Posteriormente foi conduzida uma análise bivariada entre o desfecho e cada variável de exposição, utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson e sendo obtidas razões de prevalências brutas (RPb) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As variáveis que na análise bivariada obtiveram valor de $p \leq 0,20$ foram incluídas na análise múltipla.

Na análise múltipla as razões de prevalências ajustadas (RPa) foram obtidas por modelo de regressão de Poisson com variância robusta⁷. A regressão seguiu modelo teórico conceitual hierarquizado segundo a proximidade temporal de cada variável de exposição com o desfecho⁸, considerando as características maternas e domiciliares como distais; as da atenção pré-natal como intermediárias distais; as relativas ao parto e ao recém-nascido como intermediárias proximais; e as das nutrizes, das crianças e da assistência à saúde como proximais; com base em modelo proposto por Boccolini et al.² (2015) (Figura 1). Dessa forma, inicialmente foram incluídas no modelo as características maternas e domiciliares

(primeiro nível), e as que se associaram ao aleitamento materno exclusivo a um nível de significância menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$) foram mantidas na modelagem. Em seguida, foram incluídas as características da atenção pré-natal (segundo nível), que foram ajustadas pelas variáveis de exposição do primeiro nível que permaneceram no modelo. O mesmo ocorreu com as características do terceiro nível (relativas ao parto e ao recém-nascido), sendo ajustadas pelas variáveis do primeiro e do segundo níveis que ficaram na modelagem. Por fim, foram adicionadas as características do quarto nível (características das nutrizes, das crianças e da assistência à saúde), que foram ajustadas pelas variáveis dos três níveis anteriores mantidas no modelo.

RESULTADOS

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 50,1%. A maior parte das mães declarou ter cor de pele/raça não branca, ter companheiro e residir em comunidade de baixa renda (Tabela 1). A grande maioria das mães foi acompanhada por pelo menos seis consultas no pré-natal, apenas um quarto das crianças nasceu em Hospital Amigo da Criança, mais da metade dos partos foram normais, e três quartos das crianças estavam em amamentação exclusiva na alta hospitalar (Tabela 2). Relataram ter vínculo empregatício formal menos da metade das mães, das quais a maioria estava em licença-maternidade no momento da entrevista (Tabela 3).

Na análise bivariada mostraram-se associadas à menor prevalência de aleitamento materno exclusivo ($p \leq 0,20$) as características distais: adolescência, cor de pele/raça materna não branca, escolaridade materna inferior ao ensino médio completo, experiência prévia com amamentação inferior a seis meses, ausência de companheiro e renda materna mensal inferior a um salário mínimo (Tabela 1); a característica intermediária distal: menos de seis consultas pré-natais; as características intermediárias proximais: parto em hospital não credenciado como Amigo da Criança e criança não estar em amamentação exclusiva na alta hospitalar (Tabela 2); e as características proximais: uso de pílula contraceptiva combinada, tabagismo, consumo materno de bebida alcoólica, auto-percepção materna negativa da saúde, criança no segundo ou terceiro bimestre de vida, uso de chupeta, mãe não orientada pela unidade básica sobre aleitamento materno, mãe não satisfeita com apoio para amamentar prestado pela unidade básica, mãe não estudante ou estar de licença estudante no momento da entrevista, e mãe trabalhadora formal sem licença-maternidade no momento da entrevista (Tabela 3).

No modelo múltiplo hierarquizado se associaram à menor prevalência do desfecho ($p \leq 0,05$) as variáveis distais: cor de pele/raça materna não branca e ausência de companheiro; a

intermediária: menos de seis consultas pré-natais; e as proximais: consumo materno de bebida alcoólica, idade crescente da criança em meses e uso de chupeta. A categoria de variável proximal: mãe estar em licença-maternidade se associou a uma maior prevalência do desfecho (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O aleitamento materno exclusivo foi praticado por metade das crianças, situação considerada boa segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúdeⁱ. A prevalência de aleitamento exclusivo encontrada no presente estudo foi superior à de 33,3% observada em 2006 no mesmo município, o que pode ser decorrente da tendência de aumento da prática da amamentação exclusiva observada em estudo de série temporal⁹, ou devido à diferença da população estudada, uma vez que no presente estudo foram selecionadas apenas unidades básicas de saúde que dispunham de Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado, onde é esperado que as mães recebam maior apoio e orientação para amamentar. Apesar disso, ainda assim a prática de aleitamento materno exclusivo encontrada foi aquém dos seis meses preconizados pela Organização Mundial da Saúde^j.

Neste estudo, menos de um quarto das mães estava em licença-maternidade no momento da entrevista, as quais apresentaram uma prevalência de aleitamento materno exclusivo 91% superior às que estavam trabalhando sem licença-maternidade, indicando a importância dessa proteção para a prática do aleitamento exclusivo. A licença-maternidade permite que a mãe lactante mantenha uma fonte de renda segura em um período que necessita estar próxima de seu filho, possibilitando maior dedicação a ele e configurando-se, assim, em um facilitador da prática da amamentação exclusiva¹⁰.

O trabalho materno não parece se constituir em aspecto dificultador para o aleitamento materno exclusivo, mas sim a ausência de licença-maternidade. Mães em licença-maternidade apresentaram maior prevalência de aleitamento exclusivo mesmo quando comparadas às mães sem trabalho remunerado. Uma hipótese seria que as mães que conseguem usufruir a licença-maternidade, por um período predefinido e temporário, buscam aproveitar ao máximo esse tempo para estarem próximas de seus filhos, amamentando-os exclusivamente.

ⁱ World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: World Health Organization; 2003.

^j World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Part 1: definitions. Geneva: WHO; 2008.

Estudos que investigaram a associação entre o aleitamento materno exclusivo e o trabalho materno são mais frequentes do que aqueles que avaliam sua associação com a licença-maternidade. Segundo uma revisão sistemática sobre fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no Brasil², dos 20 estudos que analisaram a variável “trabalho materno”, apenas quatro levaram em consideração a licença-maternidade. Dentre esses, somente um apresentou associação estatisticamente significativa: Queluz et al.¹⁰ (2012) em investigação realizada no município de Serrana/SP em 2009 observaram que a chance de interromper o aleitamento materno exclusivo foi três vezes maior entre mães que não estavam de licença-maternidade, em relação àquelas que usufruíam do benefício.

A legislação brasileira, com a promulgação da Constituição de 1988, ampliou a licença-maternidade de 84 para 120 dias^k. Apesar desse avanço, ainda não atinge os 180 dias preconizados pelo setor saúde e contempla apenas as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho formal. Em 2010, o Congresso Nacional aprovou o Programa Empresa Cidadã, que prorroga a licença-maternidade até os 180 dias^l. Entretanto, por ser uma concessão facultativa por parte das empresas, também restringe as trabalhadoras beneficiadas. Pode-se notar, assim, que iniciativas de abrangência universal que contemplem a licença-maternidade para todas as trabalhadoras brasileiras, e não somente para alguns grupos, e pelo período dos seis meses recomendados, ainda são inexistentes no país. Como alternativas para a mãe que retorna ao trabalho no primeiro semestre de vida da criança, o direito a dois intervalos extras para amamentar, de meia hora cada um^m, e a disponibilidade de salas de apoio à amamentação em algumas empresasⁿ podem contribuir para a manutenção do aleitamento materno exclusivo nesse período.

Além da licença-maternidade, foram encontradas no presente estudo outras variáveis que se associaram ao aleitamento materno exclusivo com significância estatística. A cor de pele/raça materna não branca, a ausência de companheiro, a realização de menos de seis consultas pré-

^k Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

^l Brasil. Lei n.º 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o programa empresa cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei n.º 8.212, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial da União 10 set 2008. Seção 1, p. 1.

^m Brasil. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União 09 ago 1943.

ⁿ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 193, de 23 de fevereiro de 2010. Orienta a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. Diário Oficial da União 24 fev 2010; n.º 36, Seção 1, p. 98.

natais e o uso de chupeta pela criança foram fatores negativamente associados ao aleitamento materno exclusivo, de forma similar a resultados de outros estudos epidemiológicos^{11,12,13,14,15,16}.

A cultura popular muitas vezes indica o consumo de bebida alcoólica por lactantes por trazer uma sensação de relaxamento e supostamente aumentar a produção de leite. Contudo, estudos observaram que o consumo de álcool eleva o teor de hormônios antagonistas da produção láctea¹⁷, diminuindo a produção de leite materno¹⁸, o que pode explicar a associação negativa entre o consumo de álcool e o aleitamento materno exclusivo encontrada no presente estudo.

Apesar de nos estudos transversais a temporalidade entre as variáveis de exposição e o desfecho nem sempre poder ser estabelecida, supõe-se que a licença-maternidade favorece o aleitamento materno exclusivo, e não o inverso. Outra limitação a ser assinalada é que não foi possível diferenciar mães que receberam o período regular de 120 dias de licença-maternidade daquelas que foram beneficiadas com a licença maternidade de 180 dias das empresas cidadãs e de períodos superiores a 120 dias oferecidos em serviços públicos^o.

Conclui-se que a licença-maternidade contribuiu para a prática do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida, indicando a importância desse benefício na proteção do aleitamento materno exclusivo para as mulheres inseridas no mercado de trabalho formal. Espera-se que os resultados apresentados fortaleçam as iniciativas existentes no país para ampliar a licença-maternidade para seis meses, facilitando dessa forma a prática do aleitamento materno exclusivo pelo mesmo período. Assim, os setores saúde e trabalho passarão a caminhar juntos no que se refere à proteção à amamentação da mulher trabalhadora. Além disso, ao ressaltar a importância da licença-maternidade para o grupo das trabalhadoras formais, espera-se que ocorram avanços nesse sentido, a fim de contemplar de forma universal todas as mulheres trabalhadoras. Por fim, para uma melhor compreensão da temática, recomenda-se novos estudos, incluindo avaliações qualitativas.

^o Brasil. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 dez 2003.

REFERÊNCIAS

1. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):149-56.
2. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2015;49:91. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005971
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475-90.
5. Von Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS. Fatores associados ao aleitamento cruzado. *Cien Saude Colet*. [periódico na internet]. 2015 nov. [Acesso em 17 out 2016]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15396
6. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 4. ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Appendix 6B, p. 75.
7. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992-8.
8. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
9. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):1021-9.
10. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):537-43.
11. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2343-54.

12. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:175.
13. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu - SP. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):62-9. DOI:10.1590/S0104-11692007000100010
14. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):711-8. DOI:10.1590/S0034-89102007000500004
15. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):289-94. DOI:10.1590/S0021-75572006000500011
16. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(3):241-6. DOI:10.1590/S0021-75572007000400009
17. Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(4):1979-85.
18. Haastrup MB, Pottgård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2014;114(2):168-73.

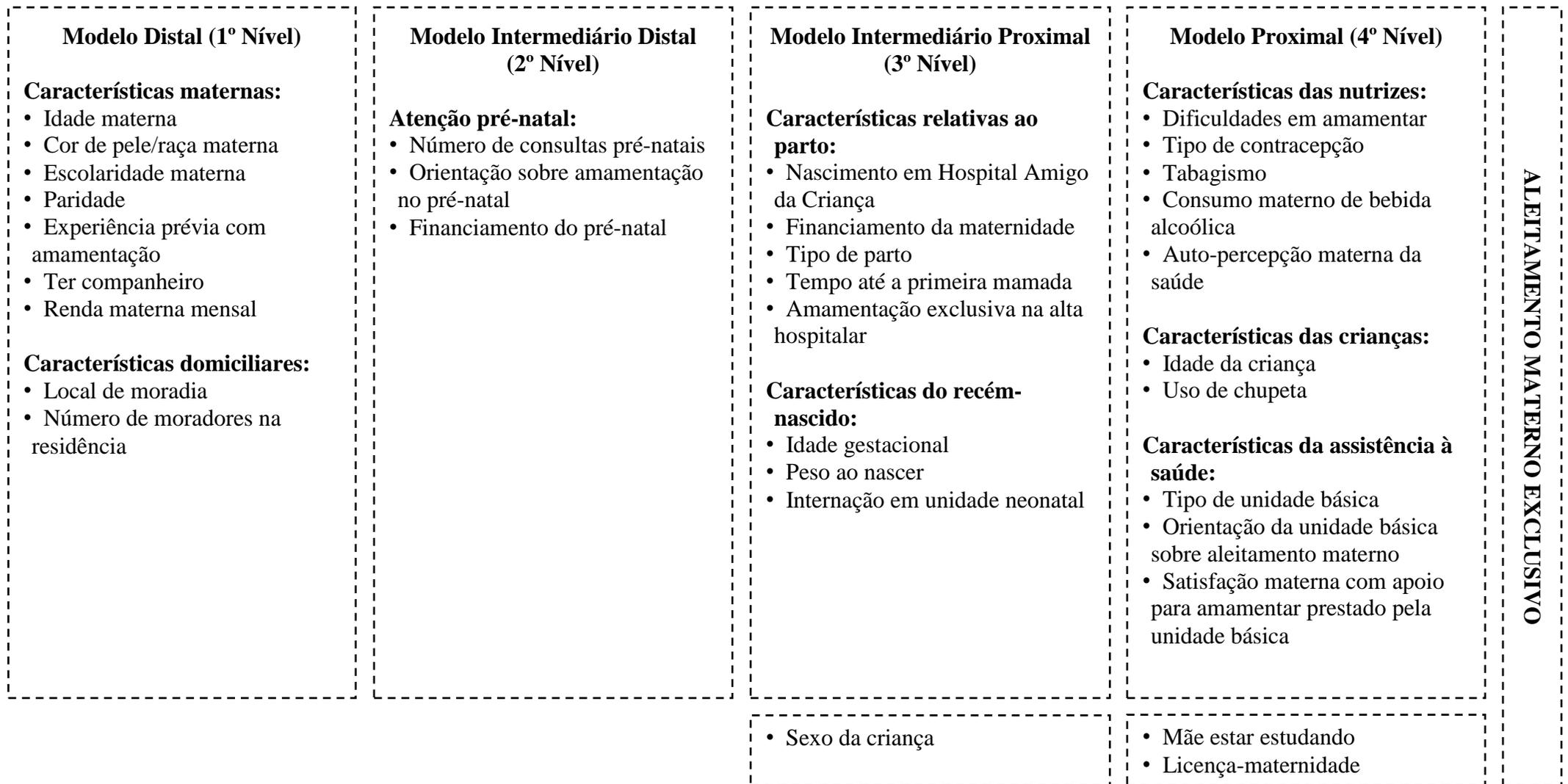


Figura 1. Modelo teórico hierarquizado de fatores associados ao aleitamento materno exclusivo.

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência bruta de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses segundo características distais. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429).

	n	%	AME (%)	RPb^a	p-valor
<i>Características maternas</i>					
Idade materna					
20 a 45 anos	331	77,2	53,2	1	
13 a 19 anos	98	22,8	39,8	0,748	0,031
Cor de pele/raça materna					
Branca	101	23,5	59,4	1	
Não branca	328	76,5	47,3	0,795	0,023
Escolaridade materna					
Ensino médio completo ou mais	162	37,8	56,2	1	
Inferior ao ensino médio completo	267	62,2	46,4	0,827	0,047
Paridade					
Múltipara	210	49,0	52,4	1	
Primípara	219	51,0	47,9	0,915	0,359
Experiência prévia com amamentação					
Amamentou por \geq 6 meses	152	35,4	55,9	1	
Amamentou por $<$ 6 meses	277	64,6	46,9	0,839	0,069
Ter companheiro					
Sim	375	87,4	52,8	1	
Não	54	12,6	31,5	0,596	0,012
Renda materna mensal					
Sem renda	164	38,3	53,7	1	
\geq 1 salário mínimo	144	33,6	52,8	0,984	0,877
$<$ 1 salário mínimo	120	28,0	42,5	0,792	0,070
<i>Características domiciliares</i>					

Local de moradia

Bairro	162	37,8	51,2	1	
Comunidade de baixa renda	267	62,2	49,4	0,965	0,717

Número de moradores na residência

Até 4 moradores	270	62,9	49,3	1	
5 ou mais moradores	159	37,1	51,6	1,047	0,642

^aRPb = razão de prevalência bruta

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência bruta de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses segundo características intermediárias. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429).

	n	%	AME (%)	RPb^a	p-valor
<i>Características intermediárias distais</i>					
Número de consultas pré-natais					
≥ 6 consultas	379	88,3	52,5	1	
< 6 consultas	50	11,7	32,0	0,609	0,019
Orientação sobre amamentação no pré-natal					
Sim	338	78,8	50,3	1	
Não	91	21,2	50,1	0,983	0,887
Financiamento do pré-natal					
Sistema Único de Saúde	393	91,6	50,4	1	
Outro	32	7,5	50,0	0,992	0,967
Não fez pré-natal	4	0,9	25,0	0,496	0,419
<i>Características intermediárias proximais</i>					
Nascimento em Hospital Amigo da Criança					
Sim	118	27,6	55,1	1	
Não	309	72,4	48,2	0,875	0,192
Financiamento da maternidade					
Sistema Único de Saúde	386	86,2	49,5	1	
Outro	59	13,8	54,2	1,097	0,480
Tipo de parto					
Normal	247	57,6	48,2	1	
Cesárea	182	42,4	52,8	1,095	0,347
Tempo até a primeira mamada					
Na primeira hora de vida	247	57,6	52,2	1	
Depois da primeira hora de vida	182	42,4	47,2	0,905	0,313

Amamentação exclusiva na alta hospitalar

Sim	336	78,3	53,0	1	
Não	93	21,7	39,8	0,751	0,037

Idade gestacional

A termo	388	90,4	51,0	1	
Pré-termo	41	9,6	41,5	0,813	0,280

Peso ao nascer

≥ 2500g	403	93,9	50,4	1	
< 2500g	26	6,1	46,2	0,916	0,688

Internação em unidade neonatal

Não	355	82,8	50,1	1	
Sim	74	17,2	50,0	0,997	0,982

Sexo da criança

Feminino	197	45,9	50,8	1	
Masculino	232	54,1	49,6	0,977	0,805

^aRPb = razão de prevalência bruta

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência bruta de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses segundo características proximais. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429).

	n	%	AME (%)	RPb^a	p-valor
<i>Características das nutrizes</i>					
Dificuldades em amamentar					
Não	187	43,8	50,3	1	
Sim	240	56,2	50,0	0,995	0,956
Tipo de contracepção					
Métodos sem estrogênio	387	90,4	52,4	1	
Pílula combinada	41	9,6	26,8	0,511	0,011
Tabagismo					
Não	376	87,6	52,4	1	
Sim	53	12,4	34,0	0,648	0,028
Consumo materno de bebida alcoólica					
Não	379	88,3	53,0	1	
Sim	50	11,7	28,0	0,528	0,006
Auto-percepção materna da saúde					
Positiva	363	84,6	52,6	1	
Negativa	66	15,4	36,4	0,691	0,030
<i>Características das crianças</i>					
Idade da criança					
0 a 1 mês	110	25,6	75,4	1	
2 a 3 meses	176	41,0	48,9	0,426	<0,001
4 a 5 meses	143	33,3	32,2	0,648	<0,001
Uso de chupeta					
Não	236	55,1	58,5	1	
Sim	192	44,9	40,1	0,686	<0,001

Características da assistência à saúde

Tipo de unidade básica

Clínica da Família	241	56,2	52,3	1	
Centro Municipal de Saúde	188	43,8	47,3	0,905	0,313

Orientação da unidade básica sobre aleitamento materno

Não orientada	26	6,1	30,8	1	
Recebeu pelo menos uma orientação	403	93,9	51,4	1,669	0,086

Satisfação materna com apoio para amamentar prestado pela unidade básica

Satisfeita	336	78,3	52,1	1	
Não satisfeita	93	21,7	43,0	0,826	0,142

Mãe estar estudando

Sim	15	3,5	26,7	1	
Não estuda	384	89,9	50,0	1,875	0,145
Está de licença estudante	28	6,6	67,9	2,545	0,037

Licença-maternidade

Não	74	17,2	27,0	1	
Sem trabalho remunerado ou autônoma	256	59,7	49,2	1,821	0,003
Sim	99	23,1	69,7	2,579	<0,001

^aRPb = razão de prevalência bruta.

Tabela 4. Razão de prevalência ajustada de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses. Município do Rio de Janeiro, 2013 (n=429).

	RPa^a	IC(95%)^b	p-valor
<i>Características distais</i>			
Cor de pele/raça materna			
Branca	1		
Não branca	0,807	0,663 – 0,982	0,032
Ter companheiro			
Sim	1		
Não	0,604	0,603 – 0,905	0,014
<i>Característica intermediária</i>			
Número de consultas pré-natais			
≥ 6 consultas	1		
< 6 consultas	0,624	0,413 – 0,941	0,025
<i>Características proximais</i>			
Consumo materno de bebida alcoólica			
Não	1		
Sim	0,601	0,398 – 0,908	0,016
Idade da criança			
Idade crescente em meses	0,692	0,615 – 0,779	<0,001
Uso de chupeta			
Não	1		
Sim	0,672	0,560 – 0,807	<0,001
Licença-maternidade			
Não	1		
Sem trabalho remunerado ou autônoma	1,550	1,079 – 2,226	0,018
Sim	1,913	1,323 – 2,766	0,001

^aRPa = razão de prevalência ajustada

^bIC95% = Intervalo de Confiança 95%

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses verificada neste trabalho (50,1%) é considerada boa segundo os parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003). No entanto, frente à preconização de aleitamento materno exclusivo por seis meses (WHO, 2008), ainda se faz necessário avanço nesse sentido.

O trabalho formal era realidade de 40,3% das mães entrevistadas no presente estudo, o que confirma a elevada inserção das mulheres no mercado de trabalho. Dentre as trabalhadoras formais, 43% referiram não estar em licença-maternidade no momento da entrevista, por já terem retornado ao trabalho após usufruir o benefício ou por estar à parte da legislação que protege as trabalhadoras formais. Em estudo realizado em 70 municípios do Estado da Paraíba, 36% das mães que declararam vínculo empregatício formal e bebês menores de quatro meses não estavam usufruindo o direito à licença-maternidade (Vianna *et al.*, 2007), o que demonstra o descumprimento da lei em muitos casos.

Os resultados do presente trabalho indicam a licença-maternidade como um facilitador da prática do aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. A licença-maternidade oportuniza à lactante disponibilidade de tempo com segurança financeira, em um período que necessita estar mais próxima de seu filho, suprimindo as novas necessidades com o recém-nascido. Além disso, uma menor preocupação dessa natureza possivelmente também contribui para a prática da amamentação (Queluz *et al.*, 2012).

Mães em licença-maternidade apresentaram maior prevalência de aleitamento materno exclusivo quando comparadas às que não estavam usufruindo o benefício. Além de apresentarem estabilidade financeira, a não separação e a maior disponibilidade de tempo por parte das mães em licença-maternidade parece fazer a diferença para a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Assim sendo, algumas orientações às mulheres trabalhadoras podem ser importantes, como: sair de licença-maternidade o mais próximo possível do momento do parto, para que possam usufruir os quatro meses de licença com seus filhos; buscar unir as férias ao período de licença-maternidade, para que tenham mais um mês para amamentar exclusivamente; e informar sobre a possibilidade da extensão do período de licença-maternidade por mais duas semanas mediante necessidade atestada pelo médico. Quando o retorno ao trabalho se fizer inadiável, algumas condições no trabalho podem favorecer a manutenção do aleitamento materno exclusivo como: a possibilidade de creche no local de trabalho, o direito a dois intervalos de 30 minutos garantidos por lei e a disponibilidade de salas de apoio à amamentação em empresas que aderem a proposta (Rea *et al.*, 1997).

A ausência de licença-maternidade mostrou-se desfavorável também em relação ao grupo de mães que não tinham trabalho remunerado ou que eram trabalhadoras informais (autônomas); grupo com provável maior instabilidade financeira. Mais estudos se fazem necessários para a compreensão dessa questão.

A partir da revisão da literatura realizada nesta dissertação com estudos nacionais sobre a associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo, pode-se apontar algumas questões a fim de contribuir para novos estudos sobre o tema. Nos estudos analisados, o trabalho materno não se constituiu na principal variável de interesse investigada, mas em apenas uma dentre as variáveis analisadas, indicando uma carência de estudos específicos sobre o tema. Poucos estudos (21%) levaram em consideração, além do trabalho materno, a licença-maternidade; e apenas um (Queluz *et al.*, 2012) investigou o trabalho materno e a licença-maternidade como uma mesma variável, o que confere diferença na qualidade metodológica (Boccolini *et al.*, 2015). Em relação ao tipo de delineamento, observou-se que os estudos longitudinais (coorte e intervenção) representavam a minoria dentre os estudos (apenas um quinto), e que, proporcionalmente aos transversais, obtiveram maior número de resultados com significância estatística em relação à associação entre o trabalho materno e o aleitamento materno exclusivo.

Quanto aos grupos de mães que apresentaram menor prevalência de aleitamento materno exclusivo no presente estudo, vale ressaltar a necessidade de um olhar mais atento pelos profissionais de saúde, governo e sociedade às mães de cor de pele/raça não branca, que não tem companheiro, que realizam menos de seis consultas pré-natais e que consomem bebida alcoólica, assim como mães de crianças que fazem uso de chupeta.

A importância da licença-maternidade como política de proteção ao aleitamento materno exclusivo é ratificada com os presentes achados, sendo incentivada a sua extensão até os seis meses de vida da criança, a fim de concordar em tempo com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde para a prática do aleitamento materno exclusivo (WHO, 2008). Essa consonância entre os setores saúde e trabalho possivelmente favorecerá a mãe, o filho, e indiretamente toda a sociedade, a obter os benefícios do aleitamento materno exclusivo por seis meses.

Espera-se que as conclusões deste trabalho fortaleçam as estratégias já existentes no país para a ampliação da licença-maternidade para seis meses. Para uma melhor análise e compreensão da problemática, sugere-se a realização de novos estudos sobre o tema, com delineamento longitudinal, e também a inclusão de estudos qualitativos, que investiguem a percepção da mulher sobre os benefícios da licença maternidade.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 221, de 05 de agosto de 2002. Aprova o regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo. Diário Oficial da União 06 ago 2002a.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 222, de 05 de agosto de 2002. Dispõe sobre a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. Diário Oficial da União 06 ago 2002b.
3. Alves ALN, Oliveira MIC, Moraes JR. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1130-40.
4. Araújo MFM, Fiaco AD, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004;4(2):135-41.
5. Araújo MFM, Ferreira AB, Gondim KM, Chaves ES. A prevalência de diarreia em crianças com uma amamentação ausente ou inferior a seis meses. *Rev RENE*. 2007;8(3):69-76.
6. Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(2):91-9.
7. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Emenda constitucional nº 41, de 14 de abril de 2009. Altera o inciso XII do art. 83 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial II 16 abr 2009.
8. Audi CAF, Corrêa AMS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2003;3(1):85-93.
9. Balaban G, Silva GAP. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *J Pediatr*. (Rio J.). 2004;80(1):7-16.
10. Beche N, Halpem R, Stein AT. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em um município serrano do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev AMRIGS*. 2009;53(4):345-53.
11. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2015;49:91. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005971
12. Brasil. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União 09 ago 1943.

13. Brasil. Decreto nº 58.820, de 14 de julho de 1966. Promulga a Convenção nº 103 sobre proteção à maternidade. Diário Oficial da União 15 jul 1966.
14. Brasil. Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 abr 1975.
15. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
16. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 jul 1990, retificado em 27 set 1990.
17. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União 23 dez 1996.
18. Brasil. Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial da União 16 abr 2002.
19. Brasil. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 dez 2003.
20. Brasil. Emenda constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006. Dá nova redação aos arts. 7, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 20 dez 2006.
21. Brasil. Lei nº 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o programa empresa cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial da União 10 set 2008. Seção 1, p. 1.
22. Brasil. Emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União 04 fev 2010.
23. Brasil. Decreto nº 8.552, de 03 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União 04 nov 2015, nº 210, Seção I, p. 5-7.

24. Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União 09 mar 2016.
25. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. *Cad Saude Publica*. 2010;26(9):1705-13.
26. Breailo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Rev Nutr*. 2010;23(4):553-63.
27. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Lei complementar nº 111, de 1º de fevereiro de 2011. Dispõe sobre a Política Urbana e Ambiental do Município, institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 01 fev 2011.
28. Caminha MFC, Filho MB, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):240-8.
29. Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Júnior ALC, Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Cien Saude Colet*. 2011;16(10):4139-46.
30. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu – SP. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):62-9. DOI:10.1590/S0104-11692007000100010
31. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damiao JJ, Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):1021-9.
32. Central Única dos Trabalhadores. Secretaria Nacional da Mulher Trabalhadora. Creche: um direito da criança, da família e um dever do Estado. São Paulo: CUT; 2011. 36 p.
33. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(3):241-6. DOI:10.1590/S0021-75572007000400009

34. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:96-113.
35. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica.* 2008;42(6):992-8.
36. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(3):442-52.
37. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(4):641-54.
38. Figueiredo MCD, Bueno MP, Ribeiro CC, Lima PA, Silva IT. Banco de leite humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2015;25(2):204-10.
39. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica.* 2007;41(5):711-8. DOI:10.1590/S0034-89102007000500004
40. Franco SC, Nascimento MBR, Reis MAM, Issler H, Grisi SJFE. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2008;8(3):291-7.
41. Giuliani NR, Oliveira J, Traebert J, Santos BZ, Bosco VL. Fatores associados ao desmame precoce em mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2011;11(3):417-23.
42. Haastrup MB, Pottegard A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2014;114(2):168-73.
43. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 4. ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Appendix 6B, p. 75.
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa das características étnico-raciais da população – PcerP. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2012. 95 p.
45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. v. 36, 146 p.

46. International Labor Organization (ILO). Maternity and paternity at work: law and practice across the world. Geneva: ILO; 2014.
47. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362:65–71.
48. Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(Suppl 3):S15.
49. Leone CR, Sadeck LSR, Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(1):21-6.
50. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, Priore SE, Franceschini SCC. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saude Publica*. 2014;48(6):985-94.
51. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2006;6(3):285-92.
52. Mascarenhas ML, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):289-94. DOI:10.1590/S0021-75572006000500011
53. Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(4):1979-85.
54. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010. Orienta a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. Diário Oficial da União 24 fev 2010, nº 36, Seção I, p. 98.
55. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Secretaria de Programas Especiais - SPE. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM. Normas Gerais para Bancos de Leite Humano. Brasília: MS; 1993.
56. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. I Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal. Brasília: MS; 2001.
57. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: MS; 2009a.

58. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: MS; 2009b.
59. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília: MS; 2010.
60. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS; 2011a.
61. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Série I. História da Saúde. Brasília: MS; 2011b.
62. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010). Série I. História da Saúde. Brasília: MS; 2011c.
63. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União 06 set 2013, nº 173, Seção I, p. 64.
64. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. 2. reimpr. Brasília: MS; 2015. 72 p.
65. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.296, de 03 de setembro de 1986. Autoriza as empresas e empregadoras a adotar o sistema de Reembolso-Creche, em substituição à exigência contida no § 1º do art. 389 da CLT. Diário Oficial da União 05 set 1986.
66. Moraes AMB, Machado MMT, Aquino PS, Almeida MI. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):66-71.
67. Nascimento MBR, Reis MAM, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJFE. Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: Prevalence and Associated Factors. *Breastfeed Med.* 2010;5(2):79-85.

68. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IE. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1901-10.
69. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família-PSF. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(3):407-14.
70. Parizoto GM, Parada CMGL, Venancio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr*. (Rio J.). 2009;85(3):201-8.
71. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2343-54.
72. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):537-43.
73. Ramos CV, Almeida JAG, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1753-62.
74. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):149-56.
75. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19(supl.1):S37-45.
76. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar [homepage na internet] [acesso em 14 out 2015]. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/>
77. Rito RVVF, Oliveira MIC, Brito AS. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(5):477-84.
78. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
79. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(1):28-33.

80. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, Bahl R. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Pædiatr.* 2015;104:3-13.
81. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Gerência de Programas de Saúde da Criança. Relatório de atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação - Ano 2010. Rio de Janeiro: SMSDC/RJ; 2010 (memo).
82. Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, Silveira RB. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2008;8(3):275-84.
83. Souza CB, Espírito Santo LC, Giugliani ERJ. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil. *La Santé de l'homme.* 2010;48.
84. Spindola T, Santos, RS. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem (Rio J).* 2003;11(5):593-600.
85. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP, Oliveira MMB, Venancio SI. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2005;5(2):155-62.
86. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2002;36(3):313-8.
87. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006;9(1):40-6.
88. Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2403-9.
89. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7.
90. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387:475-90.
91. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2004;4(2):143-50.

92. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:175.
93. Von Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS. Fatores associados ao aleitamento cruzado. *Cien Saude Colet*. [periódico na internet]. 2015 nov. [Acesso em 17 out 2016]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15396
94. Warkentin S, Viana KJ, Zapana PM, Taddei JAAC. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses em crianças matriculadas em creches públicas e filantrópicas do Município de São Paulo, Brasil. *Nutrire*. 2012;37(2)105-17.
95. Winnicott DW. Thinking about children. Shepherd R, Johns J, Robinson HT, editors. Massachusetts: 1996.
96. World Health Organization. Division of Child Health and Development. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: WHO; 1998.
97. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. Geneva: WHO; 2001.
98. World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
99. World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Part 1: definitions. Geneva: WHO; 2008.
100. World Health Organization, United Nations Children's Foundation. Innocenti Declaration. Geneva: WHO; 1990.
101. World Health Organization, United Nations Children's Foundation. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.

ANEXOS

Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 228A/2013

Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 466/12 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

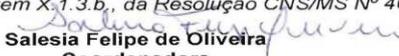
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 70/13.</p> <p>TÍTULO: Avaliação dos fatores associados à doação de leite materno por usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Inês Couto de Oliveira.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Clínica da Família Santa Marta, Clínica da Família Herbert de Souza, Clínica da Família Augusto Boal, Clínica da Família Aloysio Augusto Novis, Clínica da Família Antonio Gonçalves da Silva, Centro Municipal de Saúde Sylvio Frederico Brauner e Centro Municipal de Saúde Dr. Flávio do Couto Vieira.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO DO CEP: 16/08/13.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃE

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: “Avaliação dos fatores associados e prevalência da doação de leite materno por usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro”, de responsabilidade da pesquisadora Maria Inês Couto de Oliveira, da Universidade Federal Fluminense. O estudo pretende avaliar os Postos de Recebimento de Leite Materno Ordenhado do Município do Rio de Janeiro.

Queríamos pedir o seu consentimento para fazer uma entrevista, quando serão feitas perguntas sobre você e sobre o que você pensa da doação de leite materno. Suas respostas serão anotadas pelo entrevistador e os dados dos questionários serão digitados, sendo os questionários arquivados por cinco anos e descartados definitivamente após este período.

Esta pesquisa pretende contribuir com informações e sugestões para melhorar os serviços de captação de leite humano ordenhado. Com isso, você poderá futuramente ser beneficiada por uma melhor assistência, e os riscos da sua participação nesse estudo se limitam a algum embaraço que porventura perguntas da entrevista possam gerar. Suas respostas serão confidenciais, e o seu nome não será divulgado em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar as pessoas que participaram da pesquisa.

Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar, ou parar de participar a qualquer momento, sem que isto prejudique você em nada.

Eu, _____,

RG nº _____, declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Representante legal, em caso de mãe adolescente (menor de 18 anos) não emancipada.

_____ RG nº _____.

Assinatura da paciente (ou seu responsável legal)

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____ .

Em caso de dúvida, entrar em contato com Maria Inês Couto de Oliveira, telefone 2629-9342, E-mail marinesco@superig.com.br, ou com Tatiana Meneses, E-mail: menesestatiana2012@gmail.com, telefone 9637-7069, ou através do Comitê de Ética em Pesquisa SMS-RJ à Rua Afonso Cavalcanti 455/710, Cidade Nova. Tel.: 3971-1463 (de 2ª a 5ª das 9h às 13h). E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

Anexo 3. Questionário aplicado às mães



Não ler em voz alta as partes em **negrito**, nem em *itálico*. Caso a mulher não saiba ou não queira responder, marque o número **9** (nove) na casela. Caso não se aplique, ou a questão tenha sido pulada, marque o número **8** (oito) na casela. Caso não saiba quantificar o número de vezes, marque **77** (setenta e sete) na casela

Nº no mapa diário: | | | |

Questionário: | | | |

(a) Entrevistador: _____	(b) Unidade: (CFAAN,CFAGS,CFHS,CFSM,CFAB,CMSFC,CMSSFB)
(c) Data da Entrevista: / /	(d) Equipe _____
(e) Revisto por _____ em /	(f) Digitador _____
Conhecendo a mãe e o bebê	
(g) Hora de início da entrevista: h min	
1) Qual o seu nome? _____	
2) Qual sua idade?	anos
3) Como se chama o seu bebê? _____ 0. Sexo Masculino 1. Sexo Feminino	
4) Quantas vezes o/a (nome do bebê) já foi consultado nesta unidade?	vezes
5) Qual a data em que (nome do bebê) nasceu? / /	meses
6) Com quantas semanas de gravidez (nome do bebê) nasceu? _____ 0. A termo 1. Pré-termo	
7) Em que hospital nasceu? _____ 0. Não HAC 1. HAC	
8)O seu parto foi normal ou cesariana? 0. Normal (ou fórceps) 1. Cesariana	
9) Quantos filhos você tem, contando com este? _____ (se primípara, vá para 11)	
10)Você amamentou seu último filho, antes do(a) (nome do bebê)? Por quanto tempo? meses dias 0. Não 1. Menos de 6 m 2. 6m a 1 ano 3. Mais de 1 ano	
11)Você tem companheiro? 0. Não (vá para 13) 1. Sim	
12)Você vive com ele? 0. Não 1. Sim	
13) Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você e o bebê?	
14) A sua mãe ou sogra (também) mora(m) com você? 0. Não 1. Mãe 2. Sogra 3. Ambas	
15) Qual a sua cor de pele/raça? (ler as opções) 1. Branca 2. Parda 3. Preta 4. Amarela 5. Indígena	
16) Você estuda? 0. Não 1. Sim	
17) Qual o último ano que você completou na escola? 0. Nunca estudou	ano
18) Do ensino: 0. Nunca estudou 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior	
19) Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente? 0. Não 1. Sim	
20)Qual o seu trabalho ou atividade atual? 1. Estudante 2. Funcionária pública 3. Empregada (não f. pública) 4. Autônoma (vá para 22) 5. Empregadora (vá para 22) 6. Dona de casa (vá para 23) 7. Desempregada (vá para 23)	
21) Você agora está em licença maternidade? 0. Não 1. Sim	
22) Qual costuma ser seu horário de trabalho (ou estudo)? _____ 0. Tempo parcial (até 4h/dia) 1. Tempo integral (>7h/dia) 2. Outro _____	
23)Você tem outra fonte de renda, como: (ler as opções) 1. pensão, 2. aposentadoria, 3. biscate, 4. bolsa família? 5. outro _____ 0. Não	
24) Quanto você ganha ao todo por mês? R\$, (ou) S.M.	S.M.
25) Quem é o chefe da família? 1. Você (a própria mulher) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outro _____	
26) Qual a renda total da família? R\$, (ou) S.M.	S.M.
27) Onde você mora? 1. Bairro 2. Comunidade (favela) 3. Outro _____	

Assistência à saúde e estilo de vida		
28) Você fez pré-natal? 0.Não (vá para 33) 1.Sim		_
29) Onde? 1.Nesta unidade básica 2.Noutra unidade básica (SUS) 3.Hospital (SUS) 4.Serviço particular 5.Outro_____		_
30) Quantas consultas de pré-natal você fez? 0.6 ou mais consultas 1.1 a 5 consultas		_
31) Durante o pré-natal, orientaram você sobre amamentação? 0. Não (vá para 33) 1.Sim		_
32) Esta orientação foi na consulta, em grupo, ou em visita à sua casa? 1.Na consulta 2. Em grupo/palestra 3. Na visita domiciliar 4. Outro_____		_ _ _
33) Alguém desta unidade explicou que o bebê quando nasce deve mamar só no peito? 0.Não Sim, até que idade?		_ meses
34) Alguém desta unidade mostrou como colocar o bebê no peito para mamar? 0.Não 1.Sim		_
35) Alguém desta unidade explicou que o bebê deve mamar quando quiser? 0.Não 1.Sim		_
36) E explicaram como tirar o leite de peito com as mãos (ou com a bomba), se precisar? 0. Não 1.Sim, só com as mãos 2.Sim, só com a bomba 3.Sim, ambos		_
37) Alguém desta unidade orientou que não se deve dar mamadeira ao bebê? 0. Não 1.Sim		_
38) Você acha que esta unidade de saúde está ajudando (ou ajudou) você a amamentar? 0.Não 1.Mais ou menos 2. Sim		_
39) E você sabe me dizer quanto o/a (nome do bebê) pesava quando nasceu? 0.Peso normal (2500g ou mais) 1.Baixo peso (menos que 2500g)		_
40) O/a (nome do bebê) quando nasceu apresentou algum problema que tenha precisado ficar internado em berçário? 00. Não Sim, por quanto tempo?		_ _ _ dias
41) Quando o/a (nome do bebê) nasceu, quanto tempo demorou até ir ao peito para mamar pela primeira vez? 0.Nunca mamou 1.Na primeira hora de vida 2.Após uma hora		_
42) Quando o/a (nome do bebê) teve alta da maternidade, estava: (ler as opções) 1.mamando só no peito, 2.no peito e recebia complemento (ou) 3.não estava mamando?		_
43) Quem cuida do/a (nome do bebê) na maior parte do tempo? 1.Você 2.Sua mãe 3.Sua sogra 4. Seu companheiro 5.Irmã(o) do bebê 6. Outro_____		_
44) O/a (nome do bebê) está na creche? 0. Não 1. Sim		_
45) Você está usando algum método para evitar nova gravidez? (não ler as opções) 0. Não (vá para 47) 1. Minipílula/micropílula 2. Pílula anticoncepcional comum 3. Injetável 4. Preservativo (camisinha) 5. Dispositivo Intra Uterino (DIU) 6. Fez ligadura 7. Amamentação exclusiva (amenorréia lactacional) 8. Outros_____		_ _
46) Quem indicou esse método? 1.Médico 2.Enfermeiro 3.A própria 4.Outro leigo 5. outros_____		_
47) Você fuma atualmente? 0.Não Sim, quantos cigarros por dia?		_ _ _
48) Você bebe bebida alcoólica? 0.Não Sim, quantas vezes por semana?		_ _ _
49) No geral, você diria que a sua saúde é: 1. Boa 2.Mais ou menos 3.Ruim		_

Alimentação do bebê e doação de leite

50) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , o/a (nome do bebê) tomou leite de peito? 0. Não (vá para 52) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
51) Quantas vezes, mais ou menos? (vá para 54)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52) Desde que idade o/a (nome do bebê) <u>não</u> está mais mamando no peito?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias
53) Por que não está mais no peito? 1. Pouco leite/leite fraco/chorava muito 2. Trabalho 3. Não quis mais pegar o peito 4. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54) Como está sendo (foi) a amamentação para você? 0. Não amamentei (vá para 56) 1. Muito bom 2. Bom 3. Mais ou menos 4. Ruím	<input type="checkbox"/>
55) Durante a amamentação do/a (nome do bebê) você teve: (ler as opções) 1. Muito leite, 2. Bico do peito rachado, 3. Peito empedrado, ou 4. Mastite? 5. Outro _____ 0. Nenhum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , ele/a tomou água? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
57) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , ele/a tomou chá? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
58) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , ele/a tomou suco de fruta? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
59) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , ele/a tomou outro leite? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
60) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , ele/a comeu fruta? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
61) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , ele/a comeu sopa ou papa de legumes? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62) De <u>ontem de manhã até hoje de manhã</u> , ele/a comeu comida de panela? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
63) Alguma destas coisas (como água, chá, suco, leite, sopa) foi dada na mamadeira ou chuquinha? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
64) O/a (nome do bebê) está chupando chupeta? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
65) Desde que o/a (nome do bebê) nasceu, você amamentou alguma outra criança sem ser seu filho/a? 0. Não (vá para 69) Sim, quantas crianças?	<input type="checkbox"/>
66) Esta(s) criança(s) era(m) filha(s) de quem? 1. De uma parente (irmã, prima, etc.) 2. De uma amiga ou vizinha 3. De alguém que eu não conhecia bem (no hospital, etc) 4. Outra _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
67) Por que você amamentou esta(s) criança(s)? 1. A mãe não tinha leite/ pouco leite 2. A mãe trabalhava fora 3. Eu estava cuidando da criança 4. A mãe estava doente 5. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
68) Quantas vezes (mais ou menos) você amamentou esta(s) criança(s)?	<input type="checkbox"/>
69) O/a (nome do bebê) foi amamentado alguma vez por outra pessoa? 0. Não (vá para 73) Sim, quantas pessoas?	<input type="checkbox"/>
70) Quem era(m) esta(s) mulher(es) que amamentou(aram) o/a (nome do bebê)? 1. Uma parente (irmã, prima, etc.) 2. Uma amiga ou vizinha 3. Uma pessoa que não eu conhecia bem (no hospital, etc.) 4. Outra _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71) Por que esta mulher amamentou (nome do bebê)? 1. Eu não tinha leite/ pouco leite 2. Eu trabalhava fora 3. Ela estava cuidando do meu filho/filha 4. Eu estava doente 5. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72) Quantas vezes (mais ou menos) (nome do bebê) foi amamentado por ela?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73) Você sabia que nesta unidade tem posto de recebimento de leite humano para quem quer doar leite? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

74) Desde que (nome do bebê) nasceu, você alguma vez doou seu leite para o banco de leite de um hospital, ou para o posto de recebimento desta unidade? 0. Não 1. Sim, BLH (vá para 76) 2. Sim, posto de recebimento (vá para 76)	<input type="text"/> <input type="text"/>
75) E você tinha vontade de doar (ter doado) o seu leite? 0. Indiferente/ não sei a. Não, por que? 1. Pouco leite 2. Falta de tempo 3. Outro _____ b. Sim, por que? 4. Muito leite 5. Para ajudar 6. Outro _____	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>
76) Você tem alguma dúvida ou dificuldade em relação à doação de leite? 0. Não 1. Falta de tempo 2. Como fazer a ordenha 3. Como estocar o leite 4. Como transportar o leite até o PRLHO 5. Medo de doar e faltar leite para o filho 6. Outro _____ (se não doou seu leite, vá para 86) (se só doou para PRLHO, vá para 81)	<input type="text"/>
77) Quantas vezes (mais ou menos) você doou seu leite para o banco de leite do hospital?	<input type="text"/> <input type="text"/>
78) O (nome do bebê) tinha que idade quando você começou a doar seu leite para o banco de leite do hospital?	<input type="text"/> m <input type="text"/> <input type="text"/> dias
79) O (nome do bebê) tinha que idade quando você parou de doar seu leite para o banco de leite do hospital? 0. Não parei (vá para 81, ou se só doou para BLH, vá para 85)	<input type="text"/> m <input type="text"/> <input type="text"/> dias
80) E por que parou de doar? 0. Pouco leite 1. Falta de tempo 2. Tive alta do hospital 3. Outro _____ (se só doou para BLH, vá para 85)	<input type="text"/>
81) Quantas vezes você doou seu leite para o posto de recebimento desta unidade?	<input type="text"/> <input type="text"/>
82) O/a (nome do bebê) tinha que idade quando você começou a doar seu leite para o posto de recebimento daqui?	<input type="text"/> m <input type="text"/> <input type="text"/> dias
83) E você ainda doa leite para o posto de recebimento? 0. Ainda doa (vá para 85) Não, ele/ela tinha que idade quando você parou de doar seu leite para o posto daqui?	<input type="text"/> m <input type="text"/> <input type="text"/> dias
84) E por que parou de doar? 0. Pouco leite 1. Falta de tempo 2. Outro _____	<input type="text"/>
85) O que te motivou a doar o seu leite? (não ler as opções) 1. Altruísmo: vontade de ajudar/generosidade 2. Necessidade da mãe: dor na mama/mama ingurgitada/excesso de leite 3. Necessidade do próprio bebê que estava internado 4. Outro: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
86) Alguém te incentivou a doar o seu leite? 0. Não Sim, quem? 1. Um parente 2. Amigo(a) ou vizinha 3. Profissional desta unidade 4. Profissional do hospital 5. Outro _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
87) Você já ouviu falar sobre doação de leite humano pela televisão, rádio, jornal, internet ou de outro jeito? (ler devagar as opções) 0. Não Sim, 1. TV 2. Rádio 3. Jornal 4. Internet 5. Cartazes 6. Outro _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
88) Você acha que a doação de leite materno é importante? 0. Não Sim, para quem? 1. Para o bebê que recebe o leite 2. Para a mãe que doa 3. Para o hospital/unidade 4. Outro _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
89) O que você acha que pode ser feito para melhorar a doação de leite? _____ _____ _____	Muito obrigada!!!