



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FERNANDA RAMOS MONTEIRO

**SITUAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E LICENÇA-
MATERNIDADE NO BRASIL**

Brasília (DF)
2017

FERNANDA RAMOS MONTEIRO

**SITUAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E LICENÇA-
MATERNIDADE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Teresa Helena Macedo da Costa

Coorientadora: Profa. Dra. Sônia Isoyama Venâncio

Brasília (DF)
2017

FERNANDA RAMOS MONTEIRO

SITUAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E LICENÇA-MATERNIDADE NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

PARECER:

1. Trabalho aprovado sem alteração (X)
2. Trabalho aprovado com sugestão ()
3. Trabalho não aprovado ()

Data de aprovação 12 /05 /2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Garrofe Dórea

Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco

Profa. Dra. Maria Cristina Ferreira Sena

DEDICATÓRIA

Bendiga o Senhor a minha alma!
Não esqueça nenhuma de suas bênçãos!
Salmos 103:2

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar força e saúde para alcançar essa grande vitória.

A minha orientadora, Profa. Dra. Teresa Helena Macedo da Costa, que sempre me fez acreditar que é possível; disposta a me ensinar, minha eterna professora, amorosa e compreensível com as adversidades da minha vida cotidiana. Agradeço por me aceitar como doutoranda.

A minha coorientadora, Profa. Dra. Sônia Isoyama Venâncio, amiga querida e companheira de luta em prol do aleitamento materno, meu grande exemplo de pesquisadora, me ensinando na pesquisa e na gestão de políticas públicas. Agradeço por disponibilizar os dados da II PPNAM.

A Gabriela Buccini, pela parceria e competência na análise dos dados desta tese, sempre disponível para uma nova empreitada.

Aos membros do Comitê Nacional de Aleitamento Materno (Elsa Giugliani, Keiko Teruya, João Aprígio Guerra, Marina Rea, Vilneide Braga e equipe do Ministério da Saúde), pesquisadores renomados, militantes do aleitamento materno que me estimularam a assumir esse desafio.

Aos meus queridos familiares, amigos e irmãos em Cristo Jesus que aceitaram me dividir com a pesquisa ao longo desses 4 anos, em favor de evidências científicas que possibilitaram um maior convencimento do legislativo e do judiciário na proteção da amamentação.

Aos meus queridos pais, Maria Aparecida e Sérgio *in memoriam*, que proporcionaram a mim um desenvolvimento saudável, com amor, afeto e segurança e que sempre valorizaram a educação e a importância do estudo.

Ao meu amor, Carlos Augusto, que me convenceu a dar um passo adiante, a quem eu pude compartilhar a responsabilidade do doutorado e o cuidado dos nossos filhos ao longo deste período. A esse companheiro formidável, abnegado, grande incentivador, o meu amor e gratidão eterna!

Aos meus lindos filhos, presente de Deus, Josué, Valentina e Sarah, que compreenderam que era necessário um tempo de dedicação, que me permitiram sonhar sem deixar de ser mãe presente. Que sabiam que, ao colocá-los para dormir, iniciava para mim uma longa jornada, madrugada a fora, na tentativa de tornar para eles o meu sonho o mais leve possível. Mamãe ama vocês!

EPÍGRAFE

“Continua ao meu lado, mãe, e serei forte. ”

Formação e rompimento de laços afetivos.

John Bowlby

RESUMO

MONTEIRO, F R. **Situação da amamentação e licença-maternidade no Brasil**. 2017. 73 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) –Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2017.

Introdução: A amamentação entre mulheres trabalhadoras tornou-se uma questão importante devido à crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, bem como na renda familiar. Consequentemente, é impossível que as mulheres permaneçam fora do trabalho por um período não remunerado e dediquem-se ao cuidado de seus filhos, o que pode levar a mudanças na estrutura de cuidado e alimentação da criança. Assim, é importante identificar o impacto da Licença- maternidade (LMAT) sobre as taxas de aleitamento materno para apoiar a formulação de políticas públicas.

Objetivo: Analisar a associação entre a licença-maternidade e o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em dois inquéritos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde do Brasil. **Métodos:** Estudo com delineamento transversal com dados extraídos da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada em 2008 (PPAM) e do Monitoramento de Práticas de Alimentação Infantil realizado em 2014. O primeiro manuscrito visou a analisar a associação entre interrupção do AME e ausência da LMAT, utilizando dados de crianças menores de 4 meses de todas as capitais do Brasil da II PPNAM (2008). No segundo manuscrito objetivou-se analisar a associação entre a LMAT e o comportamento do AME em crianças menores de 4 meses ao longo do tempo, utilizando os dados do Distrito Federal das pesquisas II PPNAM (2008) e MPAI (2014). A II PPNAM foi realizada na 2ª campanha de vacinação de 2008 com crianças menores de 1 ano de idade. Foi desenvolvida adotando-se amostras por conglomerados, com sorteio em dois estágios. O MPAI consistiu num inquérito telefônico dirigido às mães de crianças menores de dois anos que nasceram em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) aplicado no Distrito Federal (DF). A amostragem consistiu no sorteio sistemático de 2.000 crianças menores de 24 meses, nascidas em hospitais do SUS. Para o alcance dos objetivos deste estudo, o critério de inclusão foi o extrato de crianças menores de quatro meses, faixa etária em que seria possível, em 2008, que as mães trabalhadoras formais estivessem em licença-maternidade de 120 dias. O questionário de ambas pesquisas continha questões fechadas incluindo perguntas sobre a alimentação da criança nas últimas 24 horas e trabalho materno. A variável independente explicativa principal foi a licença-maternidade, e o desfecho adotado no presente estudo foi a interrupção do AME. Utilizou-se o modelo de regressão de Poisson para uma análise bivariada e múltipla com vistas a estimar a Razão de prevalência (RP) e o Intervalo de coeficientes (IC 95%) na amostra agrupada para cada inquérito individualmente. Considerando que o tamanho da amostra das duas pesquisas foi diferente, em todas as etapas da análise da amostra agrupada foi aplicado um peso amostral para que cada pesquisa obtivessem a mesma representatividade na análise agrupada. **Resultado:** No primeiro manuscrito observou-se um aumento na prevalência de interrupção do AME em mulheres que não estavam em licença-maternidade nas capitais, nem no Distrito Federal, após ajuste para covariáveis, (PR [CI 95% I] 1,23 [1,11 - 1,37]). O baixo peso ao nascer, o uso de chupeta e as mães primíparas foram fatores associados à maior prevalência de interrupção do AME. Além disso, observou-se um componente dose-resposta entre a escolaridade materna e a interrupção do AME, ou seja, quanto menor a escolaridade da mulher, maior a prevalência de interrupção do AME. No segundo manuscrito, verificou-se que a ausência da LMAT entre mulheres residentes no Distrito Federal estava fortemente associada à interrupção do AME nas análises agrupadas (PR [CI 95% I] 2,19 [1,44-3,34]. **Conclusão:** Não estar em licença-maternidade foi fato fortemente associado à interrupção do AME em 2008, tanto no nível nacional quanto no período (2008-2014) no Distrito Federal. Essa constatação reforça a importância da discussão da extensão da LMAT para 6 meses pelos formuladores de políticas no Congresso Federal Brasileiro, pois a LMAT pode permitir e facilitar o processo do AME até seis meses, de acordo com a recomendação da OMS.

Palavras-chaves: Aleitamento materno exclusivo, licença-maternidade, mulher/trabalho

ABSTRACT

MONTEIRO, F R; Status of Breastfeeding and Maternity Leave in Brazil. (THESIS). 2017. 73 p. Brasília. Faculty of Health Sciences. University of Brasília. 2017

Introduction: Breastfeeding among working women has become a major issue because of the increasing participation of women in the labor market as well as in the family income. Consequently, it is unable for women to stay out of working for an unpaid period and dedicate themselves to the care of their children, which may lead to changes in the care and feeding structure of the child. Thus, it is important to identify the impact of Maternity Leave (ML) on breastfeeding rates to support the formulation of new public policies. **Objective:** To analyze the association between maternity leave and exclusive breastfeeding (EBF) in two epidemiological surveys conducted by the Ministry of Health of Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted using data from the II Prevalence Survey on Breastfeeding held in 2008 (PPNAM) and the Monitoring of Child Feeding Practices conducted held in 2014 (MPAI). The first manuscript aimed to analyze the association between EBF interruption and absence of ML using data from children with less than 4 months' participants of the II PPNAM (2008). The second manuscript aimed to analyze the association between ML and EBF interruption in children under four over time using data from the Federal District from the II PPNAM (2008) and the MPAI (2014) surveys. The II PPNAM was performed in the 2nd multivaccination campaign carried on all Brazilian capitals and the Federal District (DF) including children under 1 year. It was used samples by conglomerates, drawn in two stages. The MPAI was a telephone survey carried with mothers of children under two years of age, who were born in hospitals of the Unified Health System (SUS) in the DF. The sampling consisted of the systematic draw of 2,000 children born in hospitals of SUS and less than 24 months. In order to achieve the objectives of this study, the inclusion criteria for both surveys were use data of children under four months of age, in which it would be possible, in 2008, for formal working mothers to be on ML for 120 days. The questionnaire for both surveys comprised closed questions including questions about infant feeding in the last 24 hours and maternal work. The main explanatory independent variable was ML and the outcome was the EBF interruption. We used Poisson regression models for a bivariate and multiple analysis to estimate the prevalence ratio (PR) and the coefficient interval (CI95%) in the pooled sample and for each survey wave. Since the sample size from the two surveys were different, a sample weight was applied for each survey to have same representativeness in the pooled analysis. **Results:** In the first manuscript we observed an increase on the national EBF interruption prevalence after adjustment for co-variables (PR [CI95%] 1.23 [1.11 - 1.37]). Low birth weight, pacifier use, and primiparous mothers were factors associated with a higher EBF interruption prevalence. In addition, a dose-response component was observed between maternal schooling and EBF interruption, EBF. In the second manuscript we found that the absence of ML among women living in Federal District was strongly associated with EBF interruption in the pooled analyses (PR [CI95%] 2.19 [1.44-3.34]). Maternal and child age, pacifier use was also associated with EBF interruption. **Conclusion:** Not being on maternity leave was a strong factor associated with EBF interruption in 2008 at the national level as well as over time (2008-2014) in Federal District. This finding reinforces the importance of the discussion of the extension of ML to 6 months by policy makers in the Brazilian Federal Congress, because the ML can enable and facilitate the EBF process until six months according to the WHO recommendation.

Key-words: Exclusive Breastfeeding, Maternity Leave, Women and Labor.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Figura adaptada do relatório do World Bank, 2016	20
Figura 2	Fluxo amostral do estudo influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva nas capitais brasileiras	23
Figura 3	Fluxo amostral do estudo “Influência da licença-maternidade na interrupção do aleitamento materno exclusivo no Distrito Federal em 2008 e 2014”	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da frequência do trabalho fora do lar e de Licença-maternidade, entre mães de crianças menores de 4 meses, segundo a <i>II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008</i>	28
Tabela 2	Distribuição do perfil de mulheres com crianças menores de 4 meses, segundo situação de trabalho e licença-maternidade, da <i>II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008</i>	29
Tabela 3	Análise bruta e ajustada por regressão de Poisson para interrupção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres trabalhadoras com crianças menores de 4 meses e covariáveis, segundo <i>II PPAM, 2008</i>	30
Tabela 4	Tabela de resposta dos contatos telefônicos	39
Tabela 5	Tabela de contatos telefônicos sem sucesso	39
Tabela 6	Características sociodemográficas das crianças menores de 4 meses e de suas mães atendidas no SUS** e no Distrito Federal por inquérito na <i>II PPNAM, 2008 e MPAI, 2014</i>	44
Tabela 7	Distribuição das características sociodemográficas da mãe e da criança menor de 4 meses, segundo prevalência (%) de interrupção do aleitamento materno exclusivo no Distrito Federal (<i>II PPNAM, 2008 e MPAI 2014</i>)	45
Tabela 8	Associação entre interrupção do aleitamento materno exclusivo e características sociodemográficas das crianças menores de 4 meses e suas mães da <i>II PPAM-2008 e MPAI-2014 no DF</i>	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização para internação hospitalar
AME	Aleitamento materno exclusivo
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
CGSCAM	Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DF	Distrito Federal
IC	Intervalos de confiança
IHAC	Internação em hospital amigo da criança
LMAT	Licença-maternidade
MPAI	Monitoramento das práticas de alimentação infantil
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PPAM	II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF
RP	Razão de prevalências
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1	APRESENTAÇÃO	13
1.2	Introdução	14
1.3	Histórico da licença-maternidade no Brasil	15
1.4	Licença-maternidade no mundo	17
1.5	Aleitamento materno e trabalho	18
1.6	Aleitamento materno e impacto financeiro	19

CAPÍTULO II

2	OBJETIVO GERAL	21
2.1	Objetivos específicos	21
2.1.1	Objetivos do Capítulo 3	21
2.1.2	Objetivos do Capítulo 4	21
2.2	Hipótese do estudo	21

CAPÍTULO III

3	INFLUÊNCIA DA LICENÇA-MATERNIDADE SOBRE A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NAS CAPITALS BRASILEIRAS	22
3.1	Metodologia	22
3.1.1	Amostra	22
3.1.2	Instrumento de coleta de dados	24
3.1.3	Variável de resultado	24
3.1.4	Variável independente	25
3.1.5	Outras variáveis independentes e de confusão	25
3.1.6	Análise estatística	26
3.2	Resultados	26
3.3	Discussão	31
3.4	Conclusão	33

CAPÍTULO IV

4	INFLUÊNCIA DA LICENÇA-MATERNIDADE NA INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO DISTRITO FEDERAL EM 2008 E 2014^v	34
4.1	Metodologia	34
4.1.1	Fontes de dados	34
4.1.2	II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (PPAM) ...	34
4.1.3	Monitoramento das práticas de alimentação infantil (MPAI)	35
4.1.3.1	Amostra	35
4.1.3.2	Instrumento de coleta de dados	36
4.1.3.3	Variável de resultados	37
4.1.3.4	Outras variáveis independentes e de confusão	37
4.1.3.5	Coleta dos dados	37
4.1.4	Amostra global do estudo	40
4.1.5	Análises	40
4.1.6	Aspectos éticos	41
4.2	Resultados	41
4.3	Discussão	47
4.4	Conclusão	49
4.5	Considerações finais	49
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXO A – Instrumento de coleta de dados da II PPNAM (2008)	60
	ANEXO B – Termo de consentimento livre esclarecido do MPAI, 2014	62
	ANEXO C – Instrumento de coleta de dados	63

CAPÍTULO I

1 APRESENTAÇÃO

“O meu primeiro dia de volta ao trabalho após o nascimento da minha filha foi também o meu primeiro dia aqui no Brasil Post. Minha bebê tinha cinco meses e meio e eu vinha me preparando para o retorno desde os quatro meses dela, quando comecei a estocar leite para garantir que ela continuaria mamando leite materno. Eu chorei enquanto vinha para o trabalho. E eu chorei voltando para casa. Por mais que estivesse gostando da minha rotina profissional, eu chorei muitas vezes. E eu sou uma mulher sortuda: consegui um respiro de um mês a mais do que a licença-maternidade comum no Brasil. Não consigo imaginar como seria se tivesse de deixar a minha filha com apenas quatro meses.”

Tatiana de Mello Dias. “Precisamos repensar a nossa licença-maternidade”. Disponível em: <TheHuffingtonPost.com> Acesso em: 15 jan. 2015

A pesquisa teve como objetivo a perspectiva de analisar os dados obtidos em pesquisas do Ministério da Saúde (MS), visando a demonstrar o papel da licença-maternidade como fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo. O desdobramento pretendido é a produção de conhecimento científico sobre o tema, para subsidiar pareceres que tratem da universalização da licença-maternidade de seis meses para todas as trabalhadoras. Com foco nesses objetivos e a aceitação da orientação do projeto pela Professora Dra. Teresa Helena Macedo da Costa, iniciamos a pesquisa “Situação da amamentação e licença-maternidade no Brasil”.

O primeiro estudo consistiu em descrever o perfil das mulheres residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo a situação de trabalho e de licença-maternidade, e em analisar a influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva em crianças menores de quatro meses nos dados obtidos na “II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF” (II PPAM), realizada em 2008. Depois de conhecido o panorama geral do Brasil, seguimos para o segundo estudo com a proposta de comparar os dados referentes à prevalência de aleitamento materno exclusivo em mulheres que estavam desfrutando de licença-maternidade em Brasília no ano de 2008, por meio dos dados da II PPAM com os dados de 2014, obtidos pelo Monitoramento das práticas de alimentação infantil (MPAI) realizado pelo MS.

Este projeto de pesquisa iniciou-se em 2014 com o meu ingresso no curso de doutorado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. O

projeto teve a orientação da pesquisadora Dra. Sônia Venâncio do Instituto de Saúde de São Paulo, que compõe a equipe de trabalho do MS, sendo que a mesma coordenou as duas pesquisas de campo.

A estrutura desta tese inicia-se com a apresentação da pesquisa no Capítulo 1, que direciona a proposta do estudo e aquilo que o motivou. Na sequência são abordados os temas: Histórico da licença-maternidade no Brasil; Licença-maternidade no mundo; Aleitamento materno e trabalho; por fim, Aleitamento materno e impacto financeiro. No Capítulo 2 apresento os objetivos do estudo. Os objetivos foram desenvolvidos em dois estudos elaborados com os dados da II PPAM e do MPAI. O primeiro estudo é apresentado no Capítulo 3 com o título “Influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva”, e foi aceito pelo *Jornal de Pediatria*. O segundo estudo é apresentado no Capítulo 4, cujo título sugerido é “A influência da licença-maternidade na interrupção do aleitamento materno exclusivo na cidade de Brasília em 2008 e 2014”. Este ainda será submetido a uma revista para publicação.

1.2 Introdução

O aumento da participação da mulher no mercado de trabalho traz a preocupação com os aspectos relacionados ao trabalho materno e à amamentação (WORLD BANK, 2002, 2012). A dependência do sustento financeiro da família pelo trabalho materno impossibilita que a mulher deixe de trabalhar por um período não remunerado para se dedicar aos cuidados do(s) filho(s), o que pode levar a mudanças na estrutura do cuidado e da alimentação da criança. Com isso, torna-se imprescindível identificar o impacto da licença-maternidade na proteção ao aleitamento materno para o fortalecimento e formulação de novas políticas públicas.

O Aleitamento materno exclusivo (AME) proporciona inúmeros benefícios para a saúde das crianças e suas mães (GRUMMER-STRAWN et al, 2015). No entanto, estima-se que mundialmente somente 37% das crianças menores de seis meses sejam amamentadas exclusivamente, realidade ainda longe de atingir a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece meta de prevalência de AME para 2025 de 50% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Consoante a isso, no Brasil, os dados da II PPAM (2008) e analisados por Venancio et al. (2010) constataram que 41% das crianças menores de seis meses

estavam em amamentação exclusiva. É um desafio no mundo inteiro identificar fatores que possam colaborar para o aumento do AME, bem como fatores associados a interrupção precoce.

Nesse contexto, o trabalho materno tem se apresentado como um obstáculo (DAMIÃO, 2008; LINDAU et al., 2014; PARIZOTO et al., 2009; SANCHES et al., 2011; VIEIRA et al., 2014).

Assim, a pesquisa busca responder se o fato de a mulher estar de licença-maternidade traz implicações positivas para a prática da amamentação como a de evitar a interrupção prematura do aleitamento materno exclusivo.

1.3 Histórico da licença-maternidade no Brasil

Em 1923, foi publicado o Decreto n. 16.300, que abordava sobre a proteção das crianças filhos de trabalhadoras. Recomendava-se creches ou salas de amamentação nas instituições com fundos providenciados pelos estabelecimentos, para que a mãe tivesse intervalos regulares para amamentar seu filho (BRASIL, 1923). Nesse período, já se tinha a consciência da necessidade de priorização no cuidado da criança e em especial das mulheres trabalhadoras que estavam amamentando.

A Constituição de 1934, no artigo 138, trouxe a necessidade de amparar a maternidade e a infância, e de adotar medidas legislativas e administrativas a restringir a mortalidade e a morbidade infantil (POLETTI, 2012).

Na mesma perspectiva, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), no início do século XX, realizou a terceira convenção em Washington relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto. Em 1935, o Brasil ratificou as recomendações dessa convenção, garantindo retorno ao trabalho seis semanas pós-parto e direito a duas pausas de meia hora para amamentar durante a jornada de trabalho (BRASIL, 1935).

Em 1943, com a consolidação das leis do trabalho, conhecida como CLT, reconheceu-se a licença-maternidade, porém, de 84 dias e paga pelo empregador (BRASIL, 1943). A OIT recomendava que os custos fossem pagos pela Previdência Social, passando a ser paga assim pela Previdência em 1973.

As normativas trouxeram tendências para que na Constituição Federal se efetivasse o direito a Licença-maternidade (LMAT) de 16 semanas (120 dias), a

estabilidade para todas as empregadas gestantes (BRASIL, 1988), com o salário maternidade integral, superando a recomendação internacional de 14 semanas de licença-maternidade (OIT, 2009). Em 2008, houve a publicação da Lei 11.770, de caráter opcional, que ampliou a licença-maternidade para 24 semanas (180 dias) (BRASIL, 2008).

Além da licença-maternidade, outras garantias foram conquistadas ao longo dos últimos anos como: o direito à creche no local de trabalho ou reembolso-creche (BRASIL, 1986), o direito da mãe estudante (BRASIL, 1975), o direito da servidora que adotar (BRASIL, 2002), a prorrogação por duas semanas da licença-maternidade mediante atestado médico, direitos das mães privadas de liberdade (BRASIL, 2015).

Todos os benefícios concedidos visaram a maior permanência da mãe com a criança. No Congresso Nacional, tramita o Projeto de lei n. 201 de 2012, que altera a Constituição Federal, instituindo normas para licitações e contratos da administração pública, para condicionar a contratação de pessoa jurídica pelo poder público à concessão de licença-maternidade de 6 (seis) meses às suas empregadas. Fez-se necessária essa proposta de projeto para garantir que, na administração pública, as trabalhadoras que prestam serviços terceirizados e servidoras públicas desfrutem do mesmo direito.

Outro processo em discussão é a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 99, de 2015, que altera a Constituição Federal para dispor sobre a licença-maternidade em caso de parto prematuro. A proposta foi aprovada pela Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) em 2015 e estabelece, como direito das trabalhadoras, a licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias, estendendo-se a licença-maternidade, em caso de nascimento prematuro, à quantidade de dias que o recém-nascido passar internado.

Todas essas matérias discutidas no Congresso são relevantes em relação ao cenário crescente da taxa de atividade da mulher, 57% no Brasil (IPEA, 2014). Além disso, muitas dessas mulheres representam o único ou mais importante salário da família.

Com o destaque da atuação da mulher no mercado de trabalho no Brasil, ainda existem poucos estudos que tratam da temática da licença-maternidade. Atualmente também tramita no Congresso Nacional projeto de lei para universalizar o direito à licença-maternidade de 180 dias para todas as mulheres. Nesse contexto,

os dados já obtidos pelo MS devem ser analisados para auxiliar os parlamentares em suas decisões em relação a um dos vários aspectos importantes que a ampliação no período de licença-maternidade possa proporcionar à mãe e ao bebê, como a maior incidência da amamentação exclusiva.

1.4 Licença-maternidade no mundo

Ao longo dos últimos 20 anos, tem ocorrido um aumento no número de países que adotaram a licença-maternidade e o aumento no número de semanas oferecidas. Na última pesquisa realizada pelo United Nations Statistics Division em 2015, mais da metade de todos os 174 países oferecem pelo menos 14 semanas de licença-maternidade. As mulheres trabalhadoras rurais que realizam trabalho informal e trabalhadoras domésticas são excluídas dessas medidas em alguns países (UNITED NATIONS, 2015).

A recomendação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de conceder ao menos 14 semanas de licença à mãe com remuneração não inferior a dois terços dos seus ganhos mensais no trabalho é cumprida apenas por 34 países, incluindo o Brasil (UNITED NATIONS, 2015).

Cerca de 830 milhões de mulheres trabalhadoras no mundo ainda não desfrutam da proteção da maternidade. Quase 80% delas são da África e da Ásia, segundo a OIT (ADDATI et al, 2014). As maiores licenças maternidade em relação à duração estão na Europa (UNITED NATIONS, 2015). Em destaque, estão os países de economia mais forte, como o Reino Unido, com 315 dias de licença, porém, a remuneração é de 90% nas 6 primeiras semanas, entre 7 e 39 semanas, o valor é fixo e menor que 90%, e nas semanas de 40 a 52 não são remuneradas (ADDATI et al., 2014); a Noruega, também com 315, remunera 100% se a mulher preferir ficar afastada por 35 semanas e 80% se optar por 45 semanas; a Suécia, com 240, paga 80% durante o período de licença; os países do leste europeu como a Croácia, com 410 dias de licença – país com maior tempo de licença-maternidade no mundo – entretanto, 100% da remuneração ocorre apenas nos primeiros 6 meses, depois passa a receber um benefício com valor fixo (ADDATI et al., 2014; UNITED NATIONS, 2015).

1.5 Aleitamento materno e trabalho

Cerca de 200 milhões de crianças menores de cinco anos residentes em países em desenvolvimento não se desenvolvem conforme o seu potencial esperado (ENGLE et al., 2007, 2011; GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2011). Ações de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável contribuem para o desenvolvimento adequado da criança e para a reversão do cenário de mortalidade na infância. Estima-se que essas ações sejam capazes de diminuir respectivamente em até 13% e 6% a ocorrência de mortes em crianças menores de cinco anos em todo o mundo (JONES et al., 2003).

Como direito da criança, para se alcançar os mais altos padrões de saúde, o acesso ao alimento seguro e à nutrição adequada são essenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). O leite materno traz benefícios para a saúde da criança e da mulher em curto e em longo prazos. Protege a criança contra a diarreia, problemas respiratórios, alergia, menor chance de desenvolver diabetes, hipertensão e obesidade na vida adulta (TOMA; REA, 2008; VICTORA et al., 2016; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2007).

Por essas razões, é importante incentivar a amamentação, especialmente nos primeiros 6 meses de vida. Com o retorno da mulher ao trabalho antes desse período, antes de 6 semanas após o parto, aumenta a chance de não iniciar a amamentação (ROLLINS et al., 2016). Tais achados mostram a influência que o trabalho exerce inclusive na decisão de amamentar o bebê (HAWKINS et al., 2007). O tempo entre o parto e o retorno ao trabalho é um preditor da duração do aleitamento materno, e quanto menor for o tempo, mais cedo inicia-se o desmame (BIAGIOLI, 2003; BROWN et al., 2014; CHUANG et al., 2009; MIRKOVIC et al., 2014; OGBUANU et al., 2011, VICTORA, 2016).

Após o retorno ao trabalho, a mulher precisa de outros dispositivos para combinar a amamentação e o trabalho, estratégias que têm se mostrado eficazes para as mulheres empregadas continuarem a amamentação são o horário diferenciado e o apoio da família. (BAI et al, 2015; OLIVER-ROIG et al., 2008), além de intervalos durante o trabalho para a retirada do leite materno em salas apropriadas (ADDATI et al, 2014).

A continuidade da amamentação no primeiro ano de vida tem demonstrado efeitos positivos no desenvolvimento infantil. O contato e estímulo da criança nessa

fase são essenciais para o seu desenvolvimento cerebral, visto que há uma intensa produção de sinapses e vias neurais no 1º ano de vida da criança, por isso, a necessidade do estímulo ambiental, como por exemplo, o contato da criança com a mãe no ato da amamentação (BARTOSZECK et al, 2009). No primeiro ano, o crescimento cerebral é maior que em outras fases da vida. (BAUER; PATHMAN, 2015). Uma coorte realizada ao longo de 30 anos, que coletou informações na infância e realizou um teste de quociente de inteligência aos 30 anos dos participantes apresentou como resultado o fato de que as crianças que foram amamentadas por doze meses ou mais tinham maior quociente de inteligência na vida adulta, maior escolaridade e renda do que as crianças que foram amamentadas por menos de um mês, o estudo realizou análise ajustada para fatores de confusão (FONSECA et al., 2013; ROLLINS et al., 2016; VICTORA et al., 2015).

Estudos como esse reforçam que a licença-maternidade está além de suprir a necessidade nutricional da criança, mas implica vínculo e estímulo ao desenvolvimento saudável da criança (WALKER et al., 2011).

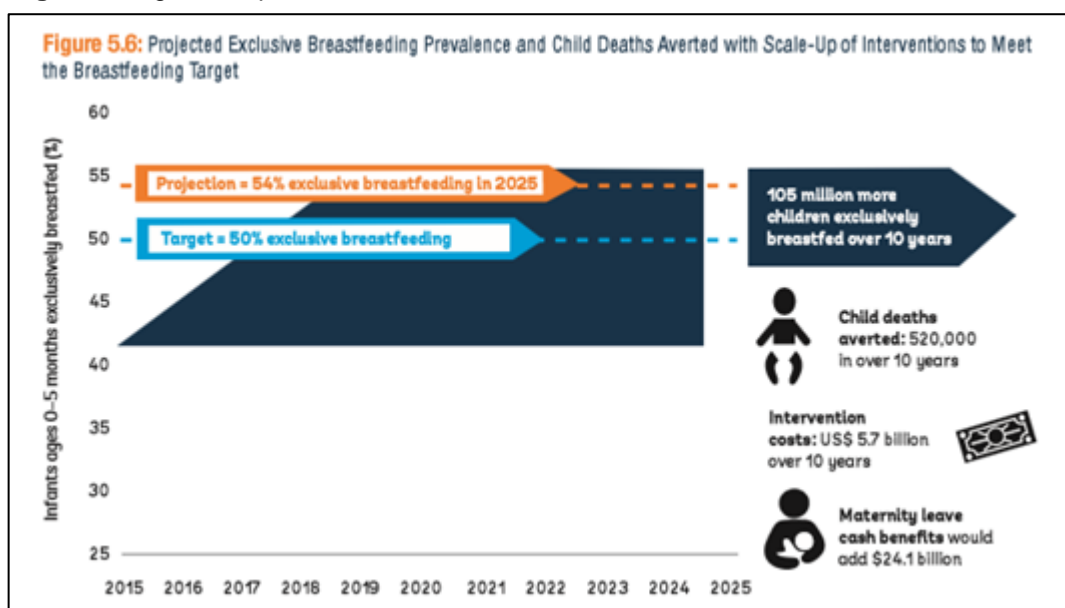
1.6 Aleitamento materno e impacto financeiro

A Assembleia Mundial de Saúde estabeleceu uma meta de prevalência de 50% de AME até 2025. Para isso, é preciso disponibilizar ambientes favoráveis à amamentação, criar a cultura de promoção do aleitamento materno e desenvolver políticas e legislações de proteção do AME (WORLD BANK; 2016).

A ampliação da LMAT para 6 meses de duração pode aumentar as taxas de AME, gerar outros benefícios sociais de saúde e desenvolvimento. Um estudo realizado pelo World Bank (2016) estima que com a ampliação da licença-maternidade haverá um custo adicional de 24,1 bilhões de dólares ao longo de 10 anos, considerando 67% do valor integral pago à mãe.

Além do mais, está previsto que este investimento na proteção e promoção do aleitamento materno evitará mais de 520 mil mortes de crianças durante os 10 anos e gere uma relação de custo-benefício (WORLD BANK; 2016).

Figura 1- Figura adaptada do relatório do World Bank, 2016



Fonte: World Bank, 2016

Além disso, um estudo mostrou que crianças amamentadas têm maior ganho de rendimento de trabalho ao longo da vida, aproximadamente US\$ 20.000 nos Estados Unidos (LUTTER, 2016).

As baixas taxas de aleitamento materno no mundo resultam em perdas econômicas de cerca de US\$ 302 bilhões anuais ou 0,49% da renda nacional bruta mundial (VICTORA et al., 2016).

As maiores taxas de aleitamento materno estão associadas ao acesso à licença-maternidade. Sinha et al. (2015), mostrou que a licença-maternidade está relacionada a um aumento de 52% nas taxas de aleitamento materno exclusivo.

As altas taxas de trabalho do setor informal nos países de renda baixa e média aumentam a baixa cobertura dos benefícios da licença-maternidade e, portanto, limitam o alcance da população desses benefícios. No entanto, esses benefícios serão cada vez mais importantes para as mães que trabalham, à medida que as economias mais ricas e em transição desenvolvam-se (ROLLINS et al., 2016).

Neste contexto, são necessárias mais pesquisas sobre o efeito dos benefícios monetários da licença de maternidade. No entanto, esse aspecto ultrapassa as possibilidades de análise desta tese.

A seguir, no Capítulo 2, serão apresentados os objetivos desta tese, que estarão divididos em dois capítulos, capítulos 3 e 4.

CAPÍTULO II

2 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a influência da licença-maternidade sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo em duas pesquisas populacionais realizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (II PPAM, 2008 e MPAI, 2014).

2.1 Objetivos específicos

2.1.1 Objetivos do Capítulo 3

- Descrever o perfil das mulheres com filhos menores de 4 meses residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo a situação de trabalho e de licença-maternidade;
- Analisar a influência da licença-maternidade sobre aleitamento materno exclusivo entre as mulheres trabalhadoras em todas as capitais federais.

2.1.2 Objetivos do Capítulo 4

- Identificar a evolução das características sociodemográficas das crianças menores de 4 meses e de suas mães residentes no Distrito Federal nos anos de 2008 e 2014;
- Analisar a associação entre a licença-maternidade e o comportamento da amamentação exclusiva em crianças menores de 4 meses residentes no DF nos anos de 2008 e 2014.

2.2 Hipótese do estudo

- A licença-maternidade evita a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.

CAPÍTULO III

3 INFLUÊNCIA DA LICENÇA-MATERNIDADE SOBRE A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NAS CAPITALS BRASILEIRAS

3.1 Metodologia

A II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF realizada pelo MS em 2008 contou com a parceria das Secretarias de Saúde dos estados e das capitais. Os representantes das áreas técnicas de saúde da criança das secretarias de saúde dos estados e das capitais foram capacitados por meio de uma oficina de 16 horas e receberam manuais de apoio, contendo todas as orientações para a coordenação da pesquisa em âmbito local (BRASIL, 2009a). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde de São Paulo (Protocolo 001/2008, de 06/05/2008), após consulta à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

3.1.1 Amostra

Foram incluídas no estudo, por meio de amostragem probabilística 34.366 crianças menores de 1 ano que compareceram à segunda fase da campanha de multivacinação de 2008, selecionadas por sorteio sistemático em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal. A amostra incluiu população de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e de planos de saúde. Os inquéritos foram desenvolvidos adotando-se amostras por conglomerados com sorteio em dois estágios. A amostra por conglomerado representa um agrupamento natural de indivíduos. Considerando-se que as crianças não estão distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação, foram considerados conglomerados, adotando-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio, foram sorteados os postos de vacinação, e no segundo estágio as crianças em cada posto, de forma sistemática. A amostra desenvolvida para cada município é considerada equiprobabilística ou autoponderada, evitando a necessidade de posterior ponderação para análise de cada capital e do Distrito federal (BRASIL, 2009a). Os planos amostrais foram elaborados com base em

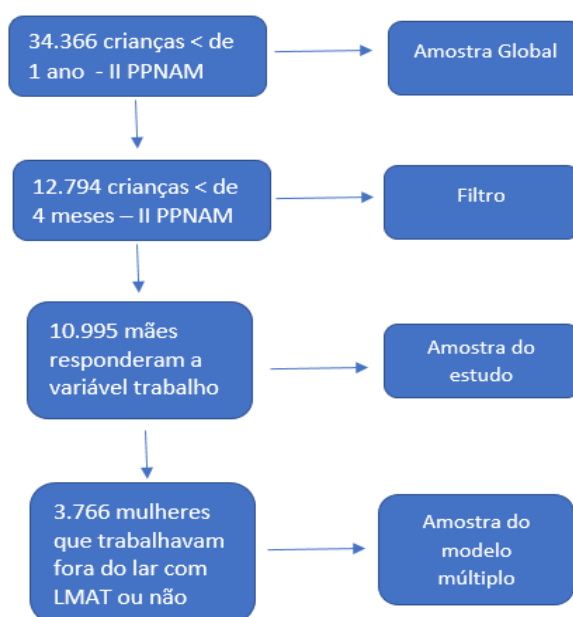
informações fornecidas pelas secretarias estaduais de saúde sobre o número de postos de vacinação em cada capital e DF e a estimativa do número de crianças menores de 1 ano que seriam vacinadas em cada posto, com base nas planilhas de campanhas de vacinação de 2007 (BRASIL, 2009a; VENANCIO et al., 2010; 2012).

Para o alcance dos objetivos deste estudo, o critério de inclusão foi o extrato de crianças menores de quatro meses da II PPAM, faixa etária em que seria possível em 2008, que as mães trabalhadoras formais estivessem em licença-maternidade de 120 dias e, que suas mães tivessem respondido no questionário a variável “trabalho”.

Foi considerada mãe trabalhadora aquela que ao responder o questionário mencionou realizar trabalho fora do lar ou que estivesse desfrutando de LMAT no momento da pesquisa. Aquelas mães que exercem seu ofício no lar, como costureira, salgadeira, dentre outras profissões e, portanto, não trabalham fora de casa, não foram consideradas trabalhadoras formais, porque o questionário não considerou essa opção.

Os critérios de exclusão foram crianças maiores de 4 meses, crianças menores de 4 meses, cujas suas mães não responderam a variável “trabalho” no questionário.

Figura 2 - Fluxo amostral do estudo influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva nas capitais brasileiras



Fonte: II PPAM 2008

Das 34.366 crianças menores de 1 ano que participaram da II PPAM, 12.794 eram menores de 4 meses. Destas, 10.995 mães responderam a variável “trabalho” e, 3.766 mulheres eram trabalhadoras e estavam ou não de licença-maternidade.

Como parâmetro para o cálculo do tamanho das amostras da II PNAM, levou-se em consideração a prevalência de AME em menores de 6 meses das capitais brasileiras e DF em 1999, com acréscimo de 2% a 10%, supondo um aumento da prevalência entre 1999 e 2008. Para compensar as perdas de precisão inerentes à amostra por conglomerados, acrescentou-se ao tamanho da amostra o efeito do desenho, multiplicando-se por 1,5 a estimativa inicial e, ainda, uma taxa de não resposta, que variou entre 5% e 10%. Finalmente, o tamanho da amostra desejado para estimar o AME em menores de 6 meses foi multiplicado por 2, dado que a população-alvo do estudo abrangia todas as crianças menores de 1 ano. Para a correta aplicação do processo de sorteio das crianças na fila de vacinação, os entrevistadores receberam orientações sobre a importância da aleatoriedade da coleta de dados e sobre a prática do sorteio sistemático (BRASIL, 2009a).

3.1.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi aplicado aos acompanhantes das crianças durante a campanha de vacinação. O questionário continha questões fechadas sobre as características das crianças e suas mães, da alimentação infantil nas últimas 24h e dos serviços de saúde que frequentavam. As mães declararam também, no momento da entrevista, se estavam ou não trabalhando fora de casa e se estavam desfrutando de licença-maternidade. A digitação dos dados foi realizada por integrantes das equipes em cada município por meio de aplicativo (BRASIL, 2009a).

3.1.3 Variável de resultado

Inicialmente foi realizada análise descritiva do perfil das 10.995 mulheres participantes do estudo, segundo situação de trabalho e de licença-maternidade, bem como a frequência de licença-maternidade nas regiões brasileiras e capitais. Em seguida, para identificar a influência da licença-maternidade na interrupção do

AME, realizou-se modelo múltiplo em que foram incluídas somente as 3.766 mulheres que declararam trabalhar ou estar em licença-maternidade no momento da entrevista.

A variável independente explicativa principal foi a licença-maternidade e o desfecho adotado no presente estudo foi a interrupção do AME. Foi considerada interrupção do AME, a criança que consumia além do leite materno outros líquidos ou alimentos. A definição de AME foi classificada de acordo com a recomendação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A análise do aleitamento materno seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde em relação à alimentação da criança nas 24 horas que antecederam a pesquisa:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebeu somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos;
- Aleitamento Materno (AM): a criança recebeu leite materno e quaisquer outros líquidos ou alimentos;
- Aleitamento materno na primeira hora de vida: a criança foi amamentada logo após o nascimento, na primeira hora de vida;
- Alimentação com mamadeira: a criança recebeu qualquer líquido ou alimento semissólido em mamadeira.

3.1.4 Variável independente

A variável independente principal foi a licença-maternidade, a mãe trabalhadora estar ou não em licença-maternidade no momento da entrevista.

3.1.5 Outras variáveis independentes e de confusão

Como covariáveis foram analisadas:

- Idade materna (20-35; < 20; > 35 anos);
- Escolaridade materna (> 12; 9 – 12; 0 – 8 anos de estudo);
- Primiparidade (sim/não);
- Tipo de parto (normal/fórceps; cesárea);

- Sexo da criança (feminino; masculino);
- Baixo peso ao nascer (sim/não);
- Nascimento em Hospital amigo da Criança (IHAC) (sim/não);
- Assistência à saúde (Rede Pública-SUS; Serviço Particular/Convênio);
- Uso da chupeta nas últimas 24hs (sim/não)
- Idade da criança (0-60 dias e 61-120dias).

3.1.6 Análise estatística

Para estimar a Razão de prevalências (RP) e os Intervalos de confiança (IC 95%), utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta para análise bivariada e múltipla. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram introduzidas no modelo múltiplo. Todas as covariáveis apresentadas entraram no modelo múltiplo, ou seja, apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada. No modelo múltiplo, foram consideradas associadas ao desfecho as variáveis que apresentaram $p < 0,05$. Para as variáveis em que havia suposição teórica de uma relação do tipo dose-resposta, foi realizado teste de tendência linear. Apesar de a idade da criança ser uma variável de controle, testou-se modelo múltiplo com a variável idade categorizada mês a mês. Nessa análise, não houve ajuste relevante na razão de prevalência da variável resposta, por isso não se explorou essa abordagem. A idade foi usada como um fator de controle, pois não se buscou testar a idade mês a mês.

O banco de dados da II PPAM foi exportado para o software *Stata*, versão 9.2, para realização da análise dos dados, considerando-se, em todas as etapas, a complexidade da amostra (BRASIL, 2009a).

3.2 Resultados

O estudo considerou, em sua amostra, mulheres com filhos menores de 4 meses. O total de mulheres envolvidas no estudo foi de 10.995 participantes. A idade média dos bebês participantes da pesquisa foi de 59,5 dias. Os nascimentos em hospital credenciado como Amigo da Criança foram de 37,4% das crianças, com 36,4% de uso de chupeta. Em aleitamento materno exclusivo, estavam 51% da amostra. Quase metade das mães 47,6% tinham 9-12 anos de estudo e eram

primíparas. Em relação à faixa etária, 18,4% tinham menos de 20 anos e 10,3% maior de 35 anos. Em relação às entrevistadas no Brasil, 36,6% revelaram trabalhar fora do lar e dessas 69,8% desfrutavam de licença-maternidade no momento da entrevista.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de mulheres nas capitais brasileiras e DF em relação à situação de trabalho e licença-maternidade. A concentração maior de mulheres trabalhadoras ocorreu na região Sul e Sudeste do país. A região com maior prevalência de licença-maternidade entre as mulheres que trabalhavam fora do lar foi a região Centro-Oeste. As regiões com menores números de trabalhadoras foram as regiões Norte e Nordeste do país.

Em relação às capitais, Belo Horizonte, em Minas Gerais, apresentou o maior percentual de trabalhadoras, e São Luís, no Maranhão, o menor.

Na Tabela 2, são apresentados o perfil sociodemográfico e a utilização do serviço de saúde pelas mulheres, segundo a situação de trabalho e licença-maternidade. Ao analisar-se o perfil das mulheres que trabalhavam fora, observou-se maior grau de escolaridade, idade maior que 35 anos, primíparas, das regiões Sul e Sudeste e de área urbana. A frequência de licença-maternidade foi maior entre as mulheres com idade entre 20-35 anos, com mais de 12 anos de escolaridade, primíparas, entre as que possuíam convênio particular e residentes nas regiões Centro-Oeste e Norte. Em relação a serviço de saúde, 71,7% das que estavam em licença-maternidade não eram usuárias do SUS.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise bruta e ajustada da associação entre a licença-maternidade e interrupção da amamentação exclusiva para a população de mães trabalhadoras. Para as mulheres que não estavam em LMAT após ajuste para todas as covariáveis, houve um aumento da prevalência de interrupção da AME (RP [IC95%] ajustada 1,23 [1,11 – 1,37]). Baixo peso ao nascer, uso de chupeta e filhos de mães primíparas apresentaram maior prevalência de interrupção da amamentação exclusiva. Além disso, observou-se um componente dose-resposta entre a escolaridade materna e a interrupção do AME, ou seja, quanto menor a escolaridade da mulher, maior a prevalência de interrupção do AME.

Tabela 1 - Distribuição da frequência do trabalho fora do lar e de Licença-maternidade, entre mães de crianças menores de 4 meses, segundo a II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008

Região/UF	N total **	Trabalha fora Total [#]		Licença-maternidade 0-4 meses/ ^{\$}	
		%	(n.)	%	(n.)
BRASIL	10995	36,57	3766	69,88	2579
NORTE	2634	28,79	777	71,00	516
Rio Branco – AC	196	23,98	47	51,06	24
Manaus – AM	452	29,87	135	73,33	99
Macapá – AP	420	24,76	104	61,54	64
Belém – PA	704	27,56	194	75,77	147
Porto Velho – RO	159	24,53	39	61,54	24
Boa Vista – RR	370	31,35	116	50,86	57
Palmas – TO	333	42,64	142	71,13	101
NORDESTE	3630	30,19	1041	66,24	684
Maceió – AL	246	29,67	73	68,49	50
Salvador – BA	531	34,46	183	68,31	125
Fortaleza – CE	180	27,22	49	65,31	32
São Luís – MA	266	18,80	50	56,00	28
João Pessoa – PB	341	29,91	102	66,67	68
Recife – PE	1053	24,60	259	67,95	176
Teresina – PI	315	26,03	82	64,63	53
Natal – RN	506	35,38	179	61,45	110
Aracaju – SE	192	33,33	64	65,63	42
CENTRO-OESTE	1590	38,34	600	72,11	408
Brasília – DF	482	39,00	188	77,13	145
Goiânia – GO	393	38,17	150	64,67	97
Campo Grande – MS	424	36,79	156	66,67	104
Cuiabá – MT	291	36,43	106	41,51	62
SUDESTE	2028	42,35	857	70,56	622
Vitória – ES	495	42,02	208	79,33	165
Belo Horizonte – MG	312	55,13	172	71,51	123
Rio de Janeiro – RJ	813	37,52	305	69,84	213
São Paulo – SP	408	42,16	172	70,35	121
SUL	1113	42,55	491	68,13	349
Curitiba – PR	390	44,62	174	68,97	120
Porto Alegre – RS	347	36,89	128	62,50	80
Florianópolis – SC	376	50,27	189	78,84	149

(*) Licença-maternidade referida pela mãe no momento da entrevista; (**) Essa análise incluiu todas as mulheres participantes que responderam a questão relacionada à situação de trabalho materno (Nº total = 10.995); (#) % em relação ao total de mulheres participantes que responderam a questão relacionada a situação de trabalho materno (N total = 10.995); (\$) % em relação ao total de mulheres que declararam trabalho fora do lar (n=3.766).

Fonte: II PPAM - Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF, 2008.

Tabela 2 - Distribuição do perfil de mulheres com crianças menores de 4 meses, segundo situação de trabalho e licença-maternidade, da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008

	Trabalha fora Total % (n.) [#]	Licença-maternidade 0-4 meses % (n.) ^{\$}
Idade da criança		
0-60 dias	36,24 (1837)	74,36 (1365)
61 - 120 dias	36,87 (1929)	65,67 (1214)
Idade da mãe (anos)		
20- 35	40,73 (2973)	71,09 (2057)
< 20	10,42 (194)	54,28 (104)
> 35	50,68 (587)	68,93 (412)
Escolaridade da mãe (anos)		
> 12	69,50 (1017)	73,15 (767)
9 – 12	38,86 (1943)	71,77 (1342)
0 – 8	22,05(763)	61,48 (435)
Primiparidade		
Não	34,93 (1808)	65,61 (1165)
Sim	38,37 (1915)	73,88 (1384)
Serviço de saúde		
Rede pública (SUS)	30,21 (1779)	68,01 (1161)
Serviço particular ou convênio (Não SUS)	49,00 (1742)	71,70 (1249)
Região		
Norte	28,79 (777)	71,00 (516)
Nordeste	30,19 (1041)	66,24 (684)
Centro-Oeste	38,34 (600)	72,11 (408)
Sudeste	42,35 (857)	70,56 (622)
Sul	42,55 (491)	68,13 (349)

(*) % em relação ao total de mulheres participantes que responderam a questão relacionada à situação de trabalho materno (Nº total = 10.995); (**) % em relação ao total de mulheres que declararam trabalho fora do lar (n. = 3.766).

Fonte: II PPAM - *Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF, 2008.*

Tabela 3 - Análise bruta e ajustada por regressão de Poisson para interrupção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres trabalhadoras com crianças menores de 4 meses e covariáveis, segundo II PPAM, 2008

Variáveis	Nº Total*	Interrupção do AME		RP&[IC95%] Não ajustada	RP&[IC95%] Ajustada
		(n.) ^{\$}	(%) [#]		
Licença-maternidade					
Sim	2415	998	42,45	1	1
Não	1126	634	56,33	1,33 [1,19 – 1,48]	1,23 [1,11 – 1,37]
Idade da criança					
0-60 dias	1709	638	37,76	1	1
61 – 120 dias	1832	994	54,79	1,45 [1,29 – 1,62]	1,38 [1,24 – 1,55]
Idade da mãe (anos)					
20- 35	2786	1247	45,28	1	0,09**
< 20	106	270	49,42	1,28 [1,05 – 1,55]	1,11 [0,92 – 1,33]
> =35	270	106	57,93	1,09 [0,94 – 1,25]	1,11 [0,99 – 1,30]
Escolaridade da mãe (anos)					
> 12	952	409	42,99	1	0,01**
9 – 12	1827	846	46,80	1,09 [0,95 – 1,24]	1,14 [1,00– 1,30]
0 – 8	726	364	50,70	1,18 [1,01 – 1,38]	1,22 [1,05 – 1,43]
Primiparidade					
Não	1693	732	43,89	1	1
Sim	1809	879	48,86	1,11 [1,00 – 1,24]	1,13 [1,01 – 1,27]
Tipo de parto					
Normal/Fórceps	1397	617	44,95	1	-
Cesárea	2121	1005	47,76	1,06 [0,95 – 1,19]	-
Sexo da criança					
Feminino	1768	780	44,43	1	1
Masculino	1773	852	48,93	1,10 [0,99 – 1,22]	1,07 [0,96 – 1,19]
Baixo peso ao nascer (<2500g)					
Não	3197	1448	45,57	1	1
Sim	290	162	58,08	1,27 [1,09 – 1,49]	1,24 [1,05 – 1,45]
Nascimento em HAC					
Sim	1063	474	46,10	1	-
Não	2325	1079	46,97	1,02 [0,91 – 1,14]	-
Assistência à saúde (rotina)					
Rede Pública (SUS)	1675	776	46,34	1	-
Serviço Particular ou Convênio	1637	767	48,52	1,05 [0,93 – 1,16]	-
Uso de chupeta					
Não	2199	736	36,24	1	1
Sim	1324	822	61,03	1,68 [1,51 – 1,87]	1,63 [1,46 – 1,82]

(*) Número total de lactentes menores de 4 meses cujas mães declararam trabalhar ou estar em licença-maternidade no momento da entrevista; (&) Razão de Prevalência (RP); (\$) Lactentes menores de 4 meses que interromperam a amamentação exclusiva; (#) % de lactentes menores de 4 meses que interromperam a amamentação exclusiva considerando o peso amostral de cada capital; (**) p da tendência linear.

Fonte: II PPAM - Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF, 2008.

3.3 Discussão

Esta pesquisa abrange todas as capitais do país e apresenta a associação da licença-maternidade e prevalência de AME e os resultados segundo regiões brasileiras e capitais, a partir da análise dos dados obtidos na II PPAM, realizada em 2008 pelo MS.

Constatou-se, nas regiões de maior concentração industrial do país, regiões Sul e Sudeste, maior prevalência de mulheres trabalhadoras. Em países de alta e média rendas, tem-se observado uma maior participação da mulher no mercado de trabalho. Países como os EUA, entre 1960 e 2009, tiveram um aumento na participação da mulher de 32% para 46%; o Canadá, de 25% para 47%; América Latina e Caribe, de 21% para 41% (WORLD BANK, 2002, 2012).

Em 2012, no Brasil, 37,4% das famílias tinham como chefe do lar uma mulher, enquanto que em 1996, apenas 21% dos lares brasileiros tinham como referência a mulher (IBGE, 2011).

Verificou-se que as mães trabalhadoras que estavam em licença-maternidade apresentaram menor prevalência de interrupção do AME nos 4 primeiros meses de vida do lactente. Foram realizados ajustes para outros fatores que, em outros estudos, são apontados como determinantes ou associados à amamentação exclusiva como: escolaridade da mãe, paridade, baixo peso ao nascer e uso da chupeta (BUCCINI et al 2016; DAMIÃO, 2008; LINDAU et al., 2014; PARIZOTO et al., 2009; SANCHES et al., 2011; VIEIRA et al., 2014).

Reforçando os resultados encontrados, o estudo realizado por Venancio et al. (2010) em 77 municípios do Estado de São Paulo também revelou que mães que estavam em licença-maternidade apresentaram maior percentual de AME (54,6%) e menor percentual (25,6%) entre aquelas que estavam trabalhando fora sem licença-maternidade. O mesmo achado se deu em outra região do país, num estudo realizado em 70 municípios da Paraíba por Vianna et al. (2007), a licença-maternidade influenciou, de forma positiva, a prevalência da amamentação exclusiva. A influência da duração da licença-maternidade e da jornada de trabalho sobre a duração da amamentação, num estudo americano realizado por Mirkovic et al. (2014) ajudou a conferir que o retorno ao trabalho antes dos três meses pós-parto em regime de tempo integral diminuiu a chance de as mulheres atingirem o período que haviam declarado como sua intenção de amamentar. Vale a pena destacar que

se tem demonstrado na coorte de Martins e Giugliani (2012) que a manutenção do aleitamento materno por 2 anos ou mais, foi 2,1 e 2,4 vezes mais frequente entre mães que permaneciam em casa com a criança nos primeiros 6 meses de vida, além de benefícios relacionados à redução da mortalidade infantil apresentado em outros estudos. (HEYMANN et al., 2013; TANAKA, 2005).

A *Declaração de innocenti sobre a proteção, promoção e apoio à amamentação* (1990) e a *Estratégia global para alimentação de lactentes e crianças na primeira infância* já enfatizavam a adoção de estratégias e legislações de proteção às mulheres trabalhadoras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). No âmbito internacional, apesar de o Brasil ter se destacado como um dos países que oferecem maior tempo de afastamento em semanas e percentual de salário pago às mulheres, ocupando o sétimo lugar num *ranking* de 202 países pesquisados pelas Nações Unidas, ainda são necessários avanços (UNITED NATIONS, 2010). Atualmente o MS desenvolve a *Estratégia de apoio à mulher trabalhadora que amamenta*. Essa estratégia trabalha desde a sensibilização de gestores de empresas públicas e privadas para aderirem à licença-maternidade de seis meses até o apoio para a implantação de salas de apoio à amamentação nos espaços de trabalho.

A decisão de a mulher trabalhadora amamentar vai além do benefício trabalhista recebido e é feita de muitas escolhas (REA et al.,1997). Vários autores demonstram que em todo mundo as taxas de AME variam, e as tecnologias de apoio pós-parto também. O apoio à mãe trabalhadora é realizado com estratégias de salas de apoio à amamentação nos locais de trabalho, pausas no horário de trabalho para amamentar, licença-maternidade, aconselhamento profissional e manejo da lactação no período de transição de retorno ao trabalho. Brasileiro et al (2012), mostrou em um estudo com 200 mulheres trabalhadoras formais de Piracicaba-SP, que tiveram mais chances de parar de amamentar, as mães que não tinham o intervalo de 30 minutos durante a jornada de trabalho.

As limitações da pesquisa foram a utilização de dados secundários, e utilizou-se o conjunto de variáveis disponíveis para compor o modelo. Foram incluídas variáveis importantes usadas na literatura relacionadas à mãe e à criança (BOCCOLINI et al., 2015). Os resultados não podem estabelecer uma relação causal, mas podem ser úteis para formulação de hipóteses, devido ao delineamento transversal. A licença-maternidade pode influenciar a duração do AME, porém, são

necessários estudos longitudinais para confirmar essa hipótese. A última pesquisa nacional, realizada no Brasil sobre a prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras, ocorreu no ano de 2008, destacando o mérito desta investigação. É o primeiro estudo no Brasil que descreve a situação da licença-maternidade em todas as capitais. Avaliou-se as variáveis de confundimento, através do modelo múltiplo e, mostrou o efeito da variável LMAT sobre a interrupção do AME.

3.4 Conclusão

Verificou-se que as mulheres em licença-maternidade de 120 dias apresentaram menor prevalência de interrupção do AME nas capitais brasileiras e DF no ano de 2008. Tal achado, reforça a importância de se retomar a discussão da ampliação da licença-maternidade para 6 meses no Congresso, pois a LMAT facilita a prática do AME. E assim, garante benefícios a curto e a longo prazos para a saúde da criança e para o desenvolvimento do país.

O artigo (16-433) *Influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva* foi aceito para publicação no Jornal de Pediatria e está programado para a edição n. 5 (set/out), ano de 2017.

CAPÍTULO IV

4 INFLUÊNCIA DA LICENÇA-MATERNIDADE NA INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO DISTRITO FEDERAL EM 2008 E 2014

4.1 Metodologia

4.1.1 Fontes de dados

O presente artigo utilizou dados da II PPAM nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008 pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno - MS (CGSCAM) e do MPAI, aplicado no Distrito Federal em 2014 pela CGSCAM.

Ambas as pesquisas são iniciativas do MS voltadas ao monitoramento das práticas de alimentação infantil, sendo que a primeira contemplou todas as capitais brasileiras e o DF, e a segunda foi realizada em caráter de piloto em duas capitais estaduais (Recife e Rio de Janeiro) e DF para validar a estratégia de utilização do inquérito telefônico. A seguir descreve-se a metodologia dos dois inquéritos.

4.1.2 II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (PPAM)

No Capítulo 3 desta tese, foi mencionada a metodologia utilizada para a obtenção dos dados da *II Pesquisa de prevalência de aleitamento* (PPNAM) (2008). A comparação entre os dados do MPAI (2014), com os dados provenientes da II PPNAM (2008), foi realizada apenas com as mães de crianças menores de 4 meses e usuárias do SUS. Esse recorte se fez necessário para garantir a comparabilidade entre as pesquisas. Por ocasião da II PPAM (2008), a licença-maternidade de 6 meses não estava vigente; além disso a pesquisa incluiu crianças acompanhadas no SUS e em convênios e serviços privados.

Das 1.469 crianças menores de um ano que participaram da amostra no Distrito Federal (II PNAM), 390 eram menores de 4 meses e as mães responderam a variável trabalho.

4.1.3 Monitoramento das práticas de alimentação infantil (MPAI)

O MPAI consistiu em um inquérito telefônico dirigido às mães de crianças menores de dois anos que nasceram em hospitais do SUS aplicado no DF, Recife e Rio de Janeiro.

As mudanças recentes em relação à faixa etária das crianças envolvidas nas campanhas de multivacinação no Brasil tornaram esse momento impróprio para o monitoramento das práticas de alimentação infantil, inviabilizando a continuidade dos estudos realizados pelo MS, a exemplo das I e II pesquisas de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no DF, de 1999 e 2008.

Nesse contexto, o MS optou por testar uma estratégia de realização de inquéritos telefônicos para o monitoramento das práticas de alimentação infantil. Para tal, um estudo piloto foi conduzido em duas capitais (Recife e Rio de Janeiro) e no Distrito Federal, utilizando o cadastro do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS/DATASUS) para obtenção das amostras de crianças em cada local. Para realização das entrevistas telefônicas contou-se com a estrutura da Ouvidoria Geral do SUS.

Descrevem-se a seguir os procedimentos metodológicos do inquérito realizado no DF.

4.1.3.1 Amostra

Os procedimentos de amostragem propostos visaram à obtenção de amostras probabilísticas da população de crianças menores de dois anos residentes no DF que nasceram em hospitais do SUS.

Estabeleceu-se um tamanho amostral de 2.000 crianças menores de dois anos nascidas em hospitais do SUS e residentes no Recife, Rio de Janeiro e Brasília. As amostras foram sorteadas em três domínios distintos em função da faixa

etária da criança (0 a 5 meses, 6 a 11 meses e 12 a 24 meses). Tendo em vista a alta taxa de não resposta, o número de crianças inicialmente proposto foi triplicado.

Os critérios de inclusão no estudo foram mães com filhos nascidos em hospitais do SUS, no Distrito Federal, crianças menores de 4 meses e mães que tinham acesso a telefone fixo e/ou móvel. Foram excluídas do estudo crianças maiores de 4 meses da MPAl, mães que em sua ficha de Autorização para internação hospitalar (AIH) e/ou do exame do teste do pezinho não informaram o telefone.

Estabeleceu-se um tamanho amostral de 2.000 crianças menores de dois anos utilizando-se os parâmetros a seguir: frequência da amamentação exclusiva em menores de seis meses (40%); nível de confiança de 95%; margem de erro de 3,7%. As amostras foram sorteadas em três domínios distintos em função da faixa etária da criança (0 a 5 meses; 6 a 11 meses e 12 a 24 meses). Tendo em vista a alta taxa de não resposta em inquéritos anteriores realizados pela Ouvidoria, o número de crianças inicialmente proposto foi triplicado.

A primeira etapa da amostragem consistiu do sorteio sistemático de 2.000 crianças nascidas em hospitais do SUS, em período que permitia a inclusão de crianças menores de 24 meses na amostra. O cadastro para sorteio da amostra foi obtido por meio dos formulários de Autorização para Internação Hospitalar (AIH).

O banco de dados das AIH inclui telefones fixos e celulares, o que consiste em uma vantagem pela possibilidade de ampliar a cobertura da população-alvo do estudo. Porém, esse banco de dados possui uma limitação, tendo em vista que não é possível captar para a amostragem crianças menores de dois meses, em função dos prazos para autorização das AIH e digitação dos dados no sistema de informação. Tendo em vista a importância de incluir crianças dessa faixa etária, considerando o expressivo percentual de crianças que abandonam a prática da amamentação exclusiva nesse período, foi adotada a estratégia de complementação do banco de dados das AIH com dados provenientes do cadastro do Programa de Triagem Neonatal. Em Brasília, o procedimento foi exitoso, porque a cobertura do “Teste do pezinho” é de 95%, o que não aconteceu nas outras capitais.

A participação das mães na pesquisa concretizou-se no aceite (ANEXO C) ao responderem o questionário, quando receberam a ligação.

4.1.3.2 Instrumento de coleta de dados

O questionário (ANEXO D) utilizado no MPAI (2014) contém o mesmo conteúdo utilizado no formulário da pesquisa de 2008.

As questões incluídas seguiram as recomendações da OMS em relação à alimentação da criança nas 24 horas que antecederam a pesquisa, a fim de se obter informações sobre as seguintes categorias:

- Aleitamento materno exclusivo (AME) – a criança recebeu somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos;
- Aleitamento materno (AM) – a criança recebeu leite materno e quaisquer outros líquidos ou alimentos;
- Aleitamento materno na primeira hora de vida – a criança foi amamentada logo após o nascimento, na primeira hora de vida;
- Alimentação com mamadeira – a criança recebeu qualquer líquido ou alimento semissólido em mamadeira.

4.1.3.3. Variável de resultado

A variável independente explicativa principal foi a licença-maternidade e o desfecho adotado no presente estudo foi a interrupção do AME. Foi considerada interrupção do AME, a criança que consumia além do leite materno outros líquidos ou alimentos. A definição de AME foi classificada de acordo com a recomendação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

4.1.3.4 Outras variáveis independentes e de confusão

Como covariáveis foram analisadas:

- Idade materna (20- 35; < 20; > 35 anos);
- Escolaridade materna (> 12; 9 – 12; 0 – 8 anos de estudo);
- Primiparidade (sim/não);
- Tipo de parto (normal/fórceps; cesárea);
- Sexo da criança (feminino; masculino);
- Baixo peso ao nascer (sim/não);
- Nascimento em IHAC (sim/não);
- Mamou na 1ª hora de vida

- Uso da chupeta nas últimas 24hs (sim/não)
- Idade da criança (0-60 dias e 61-120dias).

4.1.3.5. Coleta dos dados

Os entrevistadores da Ouvidoria do SUS foram treinados para a aplicação de um questionário baseado no instrumento de coleta de dados da II PNAM de 2008, contendo questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre práticas de alimentação infantil.

A entrevista por telefone foi realizada para conhecer as práticas de alimentação infantil. Para isso, foi utilizado a estrutura de *call center*, com uso de telefones e computadores para a realização do registro da informação no momento da entrevista.

As entrevistas foram realizadas por 60 atendentes da ouvidoria do SUS. Os atendentes participaram de uma oficina de capacitação de 6 horas a fim de prepará-los para a aplicação do questionário. Foram duas turmas de 30 atendentes. A orientação para a entrevista foi a mesma adotada na pesquisa de 2008. A oficina de capacitação para a coleta de dados do Distrito Federal foi realizada em outubro de 2013.

Realizavam as entrevistas em dois turnos, totalizando o período diário de 8h às 20h, de segunda a sexta-feira. A opção de realizar entrevista após o período comercial possibilitou a participação de mães que trabalham em turno comercial. Outro aspecto positivo na abordagem por telefone foi que as entrevistas foram feitas através de telefone fixo e móvel, conforme informado na AIH, permitindo alcançar um maior número de mães. Os entrevistadores faziam 5 tentativas de contato com a mãe, em caso de não atendimento da ligação, ela era considerada como perda. Existia a opção de agendamento da entrevista pela mãe para que o atendente a procurasse em um momento mais oportuno.

Antes do início das entrevistas, o questionário foi transformado em um sistema de entrada de dados pela Ouvidoria. As entrevistas iniciaram em novembro de 2013 e foram concluídas em janeiro de 2014, porém, ao se analisar as

informações, percebeu-se a necessidade de alguns ajustes como: complementar a amostra na faixa etária de crianças menores de 2 meses de idade e completar informações sobre a escolaridade em algumas entrevistas em que faltaram essas informações. Em relação às crianças menores de dois meses, foi utilizado o cadastro da “Triagem neonatal”, disponibilizado pela gestora responsável pelos dados do DF. Pela necessidade de aprimorar as informações, foram realizadas novas entrevistas para complementar a informação sobre escolaridade e, assim, a coleta de dados foi concluída em agosto de 2014.

Para se alcançar o número de 2.315 entrevistas realizadas com sucesso foram realizados 6.587 contatos telefônicos (Tabela 4). O percentual de recusa das mães em participar do estudo foi considerado baixo, de 0,7%. A perda das ligações deu-se: pelo número informado de telefone estar incorreto, por telefone ocupado ou não atendimento, dentre outros, conforme apresentado na Tabela 5.

O tempo médio de aplicação do questionário foi de 8 minutos e 15 segundos.

Tabela 4 - Tabela de resposta dos contatos telefônicos

RESPONDEU PESQUISA	DF
Sim	2354
Não	4112
Não quis responder	48
A criança faleceu	26
Desistiu	39
A mulher não teve parto	8
Total Geral	6587

Fonte: Ouvidoria/MS (2014)

Apesar do número de 2.354 entrevistas realizadas descontou-se 39 participantes que desistiram de participar durante a entrevista e 11 crianças que estavam com inconsistência nos dados da idade.

Tabela 5 - Tabela de contatos telefônicos sem sucesso

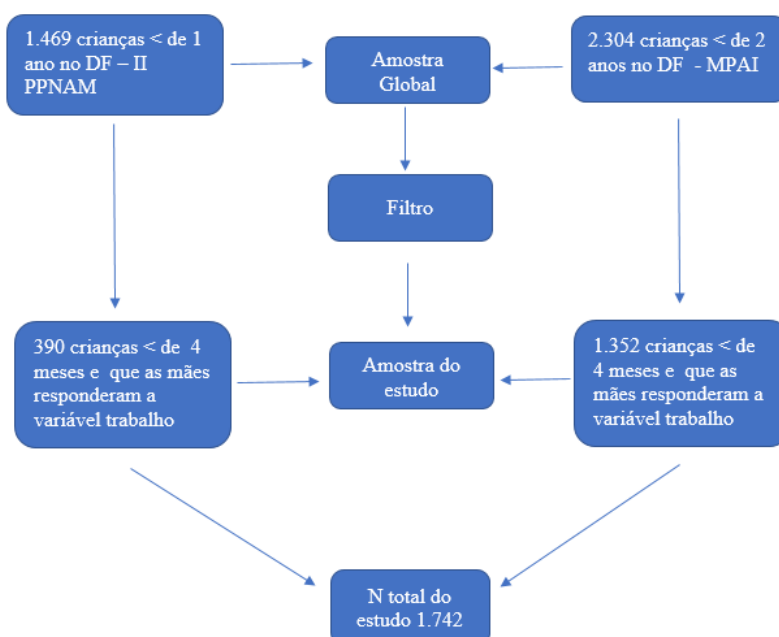
PQ NÃO RESPONDEU	DF
Ligação caiu	20
Não atende	990
Não completa a ligação	358
Não Existe/Não pode Receber Chamada	850
Número errado	1255
Telefone Ocupado	35
Várias tentativas sem sucesso	604
Total Geral	4112

Fonte: Ouvidoria/MS (2014)

4.1.4 Amostra global do estudo

A Figura 3 apresenta o fluxo da amostra dos dois inquéritos, que totalizou 2.304 crianças menores de dois anos e 1.372 crianças menores de 4 meses. Para fim deste estudo, após aplicar o filtro de crianças menores de 4 meses e que as mães responderam a variável trabalho, a amostra total foi de 1.742 participantes.

Figura 3 - Fluxo amostral do estudo “Influência da licença-maternidade na interrupção do aleitamento materno exclusivo no Distrito Federal em 2008 e 2014”



Fonte: PPAM (2008) e MPAI (2014)

4.1.5 Análises

As análises realizadas buscaram identificar a associação entre o AME (desfecho) e a licença-maternidade (variável independente principal). Para estimar a RP e os IC (95%), utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta para análise bivariada e múltipla. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram introduzidas no modelo múltiplo. No modelo múltiplo, foram consideradas associadas ao desfecho as variáveis que apresentaram $p < 0,05$. Para as variáveis em que havia suposição teórica de uma relação do tipo dose-resposta, foi realizado teste de tendência linear. Como o tamanho da amostra das duas pesquisas são diferentes, foi aplicado um peso amostral para cada pesquisa para se equiparar o peso na análise múltipla.

Os bancos de dados foram exportados para o software *Stata*, versão 14.2, para realização da análise dos dados, considerando-se, em todas as etapas, a complexidade da amostra. Na II PPAM, em Brasília, foram coletados os dados de 1.469 crianças menores de 1 ano. Dessas, 390 eram menores de 4 meses, tinham nascido em hospital do SUS e suas mães responderam a variável trabalho. No MPAI (2014), em Brasília, foram realizadas 2.304 entrevistas para usuárias do SUS com filhos menores de 2 anos. Dessas, 1.352 eram crianças menores de 4 meses e suas mães responderam a variável trabalho.

As informações coletadas possibilitam a obtenção de indicadores propostos pela OMS sobre as práticas de alimentação infantil e sua análise segundo características maternas das crianças e dos serviços de saúde nos quais foram atendidas. Como os instrumentos de coleta de dados foram estruturados seguindo a proposta da OMS, as variáveis dos dois inquéritos são comparáveis e a sistematização dos dados, por meio dos indicadores, desfechos e variáveis explanatórias pode ser feita da mesma forma em 2008 e 2014.

4.1.6 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pela CONEP, sob o protocolo n. 8019014.4.0000.0008.

Para fim deste estudo, com o foco para LMAT e AME, com o recorte de crianças menores de 4 meses da cidade de Brasília, também foi submetido um

projeto no comitê de ética da UnB para o uso dos dados do MPAI. O projeto foi aprovado sob o número de protocolo 4708371590000030.

4.2 Resultados

O estudo considerou, em sua amostra, mulheres com filhos menores de 4 meses que tiveram seus filhos nascidos no SUS. O total de mulheres envolvidas no estudo foi de 1.742 participantes.

A Tabela 6 apresenta características sociodemográficas das crianças menores de 4 meses e de suas mães atendidas no SUS por inquérito na II PPNAM, 2008 e na MPAI, 2014. O aleitamento materno exclusivo teve um aumento na prevalência de 11,4% no ano de 2014 em relação a 2008 – aumento de 1,9% ao ano, durante o período estudado. Enquanto que a licença-maternidade teve um aumento de 27% para 41%. Além disso, evidenciou-se uma diminuição na prevalência de mulheres que não trabalham fora de casa de 65,7% em 2008 para 54,7% no ano de 2014.

O perfil da idade das mães brasileiras também teve mudança no período estudado. Em 2014, teve um aumento de 46,8% de mães com idade maior ou igual a 35 anos. O perfil de escolaridade das mães entre os anos estudados também se diferenciou. Em 2008, 48,9% das mães tinham de 0 a 8 anos de estudo e 26,8% em 2014. A faixa de 9 a 12 anos de estudo apresentou um aumento de 14,11% de um ano comparado ao outro.

Em relação à primiparidade, os dois anos mostraram dados similares com média de 46,7% de mães primíparas. O baixo peso ao nascer foi de 7,9% em 2008 para 11,1% em 2014. O parto vaginal apresentou um aumento na prevalência de 54,3% para 63,3%. Mamaram na primeira hora de vida 74% das crianças, 77% nasceram em hospital amigo da criança, e 28,76% usaram chupeta.

A Tabela 7 apresenta a distribuição das características sociodemográficas da mãe e da criança segundo prevalência (%) de interrupção do aleitamento materno exclusivo. Das mães que trabalham fora, 55,7% interromperam o aleitamento materno exclusivo, ao mesmo tempo que as mães em licença-maternidade apresentaram uma menor prevalência (27,8%) de interrupção.

As mães com idade inferior a 20 anos foram as que apresentaram maior prevalência (41,6%) de interrupção do AME. Em 2008, 46,6% das mães com maior

escolaridade interromperam a amamentação, e 25,7%, em 2014. A diminuição da prevalência também aconteceu com as primíparas de 40,9% para 29,6%, mostrando uma queda na tendência de interrupção da amamentação nessas variáveis.

A amostra agrupada evidenciou que a prevalência de interrupção do AME é maior no parto cesáreo que no parto vaginal, 41,8% e 29,85%. As crianças que não mamaram na primeira hora de vida, que não nasceram em IHAC, também apresentaram maior prevalência de interrupção. A interrupção pelo uso de chupeta foi de 52,6%.

A idade da criança na faixa etária de 3 - 3,9 meses aparece como o período de maior interrupção do AME. A maior interrupção ocorre nas crianças de sexo masculino.

A Tabela 8 demonstra os resultados da análise bruta e ajustada da associação entre a interrupção amamentação exclusiva para a população de mães trabalhadoras. Não estar em licença-maternidade foi situação fortemente associada à interrupção do AME em 2008 (Razão de Prevalência Ajustada; IC 95%: 1.78; 1.12-2.82), em 2014 (3.95; 1.88-8.31) e na amostra agrupada (2.19; 1.44-3.34). Na amostra agrupada mãe com idade menor de 20 anos, criança na faixa etária de 3-3,9 meses e uso de chupeta indicaram associação significativa com a interrupção do AME. A criança na faixa etária de 3 - 3,9 meses foi associada à interrupção do AME em 2008 (Razão de Prevalência Ajustada; IC 95%: 1.62; 1.24 – 2.12), em 2014 (3.26; 1.01-10.55) e na amostra agrupada (1.81; 1.42-2.31). As outras variáveis não apresentaram destaques significativos na interrupção do AME.

Tabela 6 - Características sociodemográficas das crianças menores de 4 meses e de suas mães atendidas no SUS** e no Distrito Federal por inquérito na II PPNAM, 2008 e MPAI, 2014

	Total (n.= 1742) [#]	2008 (IIPPAM) (n. = 390) [*]		2014 (MPAI) (n= 1352) [*]		p \$
		Nº	%	Nº	%	
Aleitamento materno exclusivo						<.001
Sim	68.39	210	60	954	71.40	
Não	31.61	140	40	398	28.60	
Trabalho da mãe						<.000
Licença-maternidade	37.89	97	27.02	546	41.14	
Não trabalha fora de casa	57.34	236	65.74	737	54.75	
Trabalha fora de casa	4.77	26	7.24	55	4.12	
Idade materna (anos)						<.000
< 20 anos	17.06	57	15.88	232	17.37	
20-34	35.66	264	73.54	340	25.23	
≥ 35 anos	47.28	38	10.58	763	57.39	
Escolaridade materna (anos)						<.000
0 a 8	31.93	179	48.91	351	26.87	
9 a 12	56.51	167	45.63	771	59.74	
> 12	11.57	20	5.46	172	13.39	
Primeiro filho						.836
Não	53.27	193	53.76	718	52.79	
Sim	46.73	166	46.24	633	47.21	
Baixo peso						0.081
Não	89.63	357	92.01	1.199	88.82	
Sim	10.37	31	7.99	149	11.18	
Tipo de parto						<.003
Normal	60.77	212	54.36	843	63.13	
Cesárea	39.23	178	45.64	503	36.87	
Mamou na 1ª hora de vida						0.041
Sim	74.37	260	70.27	1.017	75.67	
Não	25.63	110	29.73	330	24.33	
Nasceu em hospital amigo da criança						0.164
Sim	77.09	303	79.74	1.026	76.07	
Não	22.91	77	20.26	318	23.93	
Uso de chupeta						0.185
Não	71.24	266	68.56	970	72.03	
Sim	28.76	122	31.44	377	27.97	
Idade do bebê						.783
0-2.9	70.21	276	70.77	947	76.25	
3 - 3.9	29.79	114	29.23	405	23.75	
Sexo da criança						0.403
Feminino	50.39	190	48.72	329	52.28	
Masculino	49.61	200	51.28	311	47.72	

(#)Ajustado pelo peso da amostra agrupada; (*)Ajustado pelo peso amostral individual; (\$) p-value comparando as características dos respondentes de 2008 e 2014; (**) Sistema Único de Saúde.

Fontes: PPAM, 2008 e MPAI, 2014.

Tabela 7 - Distribuição das características sociodemográficas da mãe e da criança menor de 4 meses, segundo prevalência (%) de interrupção do aleitamento materno exclusivo no Distrito Federal (II PPNAM, 2008 e MPAI 2014)

	Total da amostra agrupada % (n) (N=1742)#	2008 PPAM % (n) (n = 390)*	2014 MPAI % (n) (n = 1352)*
Trabalho da mãe			
Licença-maternidade	27.80 (163)	33.33 (29)	23.72 (134)
Não trabalha fora de casa	34.41 (309)	37.44 (79)	30.63 (230)
Trabalha fora de casa	55.74 (43)	56.52 (13)	52.19 (30)
Idade materna (anos)			
< 20 anos	41.65 (105)	50.98 (26)	33.24 (79)
20-34	33.49 (186)	34.73 (83)	29.77 (103)
≥ 35 anos	28.56 (221)	35.48 (11)	26.70 (210)
Escolaridade materna (anos)			
0 a 8	37.71 (172)	42.50 (68)	28.32 (104)
9 a 12	31.29 (278)	33.99 (52)	28.71 (226)
> 12	31.17 (52)	46.67 (7)	25.71 (45)
Primeiro filho			
Não	31.26 (261)	34.73 (58)	27.63 (203)
Sim	35.51 (257)	40.91 (63)	29.60 (194)
Baixo peso			
Não	34.27 (471)	40.00 (128)	27.81 (343)
Sim	38.56 (65)	42.86 (12)	34.55 (53)
Tipo de parto			
Normal	33.06 (314)	38.42 (73)	27.83 (241)
Cesárea	36.80 (222)	41.88 (67)	29.85 (155)
Mamou na 1ª hora de vida			
Sim	33.22 (377)	39.32 (92)	27.59 (285)
Não	37.14 (152)	40.00 (40)	32.00 (112)
Nasceu em hospital amigo da criança			
Sim	33.20 (394)	38.24 (104)	27.67 (290)
Não	38.55 (136)	45.71 (32)	31.11 (104)
Uso de chupeta			
Não	27.07 (293)	32.35 (77)	21.54 (216)
Sim	52.69 (243)	57.27 (63)	46.66 (180)
Idade do bebê			
0-2.9	27.78 (301)	32.39 (80)	23.89 (221)
3 - 3.9	50.76 (237)	58.25 (60)	43.70 (177)
Sexo da criança			
Feminino	29.50 (120)	35.33 (58)	18.06 (61)
Masculino	37.12 (148)	44.26 (81)	21.13 (67)

(#)Ajustado pelo peso da amostra agrupada; (*) Ajustado pelo peso amostral individual.

Fonte: II PPNAM, 2008 e MPAI, 2014

Tabela 8 - Associação entre interrupção do aleitamento materno exclusivo e características sociodemográficas das crianças menores de 4 meses e suas mães da II PPAM-2008 e MPAI-2014 no DF

	Amostra agrupada RP não-ajustado [#]		Amostra agrupada RP ajustado ^{#, a}		2008 (IIPPNAM) RP ajustado	2014 (MPAI) RP ajustado
	(IC95%)		(IC95%)		(IC95%) ^a	(IC95%) ^{*.a}
Trabalho da mãe						
Licença-maternidade	1		1		1	1
Não trabalha fora de casa	1.23 (1.02 – 1.49)		1.13 (0.85 – 1.52)		0.99 (0.68 – 1.44)	1.39 (0.95 – 2.04)
Trabalha fora de casa	2.00 (1.50 – 2.66)		2.19 (1.44 – 3.34)		1.78 (1.12 – 2.82)	3.95 (1.88 – 8.31)
Idade materna (anos)						
< 20 anos	1.24 (0.99 – 1.54)		1.35 (1.01 – 1.80)		1.48 (1.00 – 2.17)	1.26 (0.66 – 2.39)
20-34	1		1		1	1
≥ 35 anos	0.85 (0.70 – 1.02)		0.82 (0.59 – 1.13)		1.10 (0.63 – 1.89)	0.76 (0.50 – 1.14)
Escolaridade materna (anos)						
0 a 8	1.20 (0.90 – 1.62)		0.91 (0.56 – 1.49)		0.66 (0.36 – 1.21)	1.23 (0.63 – 2.36)
9 a 12	1.00 (0.75 – 1.33)		0.80 (0.50 – 1.29)		0.58 (0.33 – 1.03)	1.30 (0.69 – 2.40)
> 12	1		1		1	1
Primeiro filho						
Não	1		1		1	1
Sim	1.13 (0.95 – 1.34)		0.88 (0.67 – 1.16)		0.99 (0.71 – 1.37)	0.67 (0.45 – 0.98)
Baixo peso ao nascer						
Não	1		1		1	1
Sim	1.12 (0.88 – 1.43)		1.07 (0.72 – 1.62)		1.18 (0.74 – 1.87)	0.80 (0.40 – 1.58)
Tipo de parto						
Normal	1		1		1	1
Cesárea	1.11 (0.94 – 1.31)		1.24 (0.98 – 1.57)		1.18 (0.88 – 1.58)	1.25 (0.90 – 1.74)
Mamou na 1ª hora de vida						
Sim	1		1		1	1
Não	1.11 (0.93 – 1.33)		0.87 (0.67 – 1.12)		0.88 (0.65 – 1.18)	0.80 (0.52 – 1.24)
Nasceu em hospital amigo da criança						
Sim	1		1		1	1
Não	1.16 (0.96 – 1.39)		0.97 (0.74 – 1.28)		0.93 (0.65 – 1.32)	0.97 (0.66 – 1.42)
Uso de chupeta						
Não	1		1		1	1
Sim	1.94 (1.66 – 2.27)		1.98 (1.56 – 2.51)		1.78 (1.32 – 2.40)	2.86 (2.08 – 3.94)
Idade do bebê						
0-2.9	1		1		1	1
3 - 3.9	1.82 (1.56 – 2.13)		1.81 (1.42 – 2.31)		1.62 (1.24 – 2.12)	3.26 (1.01 – 10.55)
Sexo da criança						
Feminino	1		1		1	1
Masculino	1.25 (1.00 – 1.56)		1.15 (0.91 – 1.45)		1.17 (0.87 – 1.59)	1.10 (0.80 – 1.51)

(#) Ajustado pelo peso da amostra agrupada; (*) Ajustado pelo peso amostral individual; (^a) Modelo de Regressão de Poisson ajustado por trabalho materno, escolaridade materna, idade materna, primiparidade, baixo peso ao nascer, tipo de parto, amamentação na primeira hora, nascimento em hospital amigo da criança, uso da chupeta, idade do bebê e sexo da criança.

Fontes: II PPAM, 2008 e MPAI, 2014.

4.3 Discussão

Este é o primeiro estudo a avaliar a associação entre interrupção do AME e a LMAT no Distrito Federal em períodos diferentes. O fato de se coletar dados em dois anos diferentes reforça que a tendência da associação entre a interrupção do AME e a mãe não desfrutar de licença-maternidade manteve-se ao longo dos dois períodos analisados.

Na medida em que a prevalência de AME aumentou de 2008 para 2014, o mesmo aconteceu com a prevalência de mulheres em LMAT. Em relação à tendência do AME, os resultados corroboram outros estudos nacionais que têm mostrado melhora nos indicadores de amamentação exclusiva (FERREIRA et al., 2007; VENANCIO et al., 2008; CHAVES et al. 2007). Este aumento pode estar relacionado ao perfil da população do Distrito Federal, que tem 3 vezes mais servidores públicos que a média nacional (IPEA, 2014). No período do estudo, quase dobrou a prevalência de mulheres em LMAT, e possivelmente isso refletiu no AME (VIEIRA et al., 2004). Verificou-se também a diminuição da prevalência de mulheres que não trabalham fora do lar, constatando-se que cada vez mais a mulher insere-se no mercado de trabalho de modo formal, com carteira assinada e com os direitos trabalhistas (IPEA, 2014).

As maiores taxas de aleitamento materno estão associadas ao acesso à licença-maternidade. Sinha et al., 2015, em sua metanálise, mostrou que a licença-maternidade está relacionada a um aumento de 52% nas taxas de aleitamento materno exclusivo.

Além da licença-maternidade, outros fatores mostraram-se associados à amamentação exclusiva. O perfil de idade encontrado é de predomínio de mulheres com mais de 35 anos, com um aumento nesta faixa de idade de quase 50% de um ano de estudo para o outro, mostrando que cada vez mais a mulher está postergando a maternidade. Essa tendência também se apresenta em outro estudo de Ferreira et al. (2007). Além disso, foi nesta faixa etária que as mães menos interromperam a amamentação (SOUZA et al., 2012).

As mães mais jovens (< de 20 anos) interrompem mais a amamentação exclusiva em 2008, talvez pela falta de conhecimento ou apoio adequado para amamentar (FALEIROS et al., 2006). O estudo de Costa et al. (2001) mostrou a baixa frequência das mães adolescentes no pré-natal. O pré-natal é um momento

importante de orientação sobre a amamentação, o que pode explicar o despreparo de algumas mães adolescentes. É importante que se tenham programas específicos para auxiliar as mães adolescentes, não só pelo aspecto prático da amamentação, mas para o apoio psíquico das mudanças ocorridas. A razão de prevalência não apresentou significância em 2014. Isso pode sinalizar uma melhora na condição das mães mais jovens frente à amamentação.

As mães com maior escolaridade interromperam menos o aleitamento materno exclusivo em 2014, quando comparado com o ano de 2008 e o mesmo aconteceu com as mães primíparas.

Em relação à quantidade de anos de estudo, constatou-se a diminuição da prevalência de mães no intervalo de 0 - 8 anos, mostrando que as mães estão se qualificando mais e, portanto, com mais possibilidade de conseguir melhores empregos e empregos formais (DEDECCA et al., 2010).

Outras variáveis apresentadas no estudo indicam as boas práticas de parto e nascimento como: o aumento na prevalência do parto normal, do aleitamento materno na primeira hora de vida e nascimento em hospital amigo da criança. Estudo de Salustiano et al. (2012), mostrou que recorrer ao atendimento puerperal na rede pública é um fator de proteção para o desmame. As boas práticas de parto e nascimento têm sido disseminadas pelo MS. Em 2011, foi lançado o programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que trabalhou com a atenção básica e com as maternidades dos estados, em especial o Distrito Federal, com o estímulo ao parto normal, contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida. O Distrito Federal destaca-se em relação a outros estados pela sua estrutura, pois possui 12 maternidades públicas das quais 9 (75%) são habilitadas como hospital amigo da criança. Isso possivelmente repercute nos resultados encontrados (BRASIL, 2008; MOREIRA et al., 2014). O baixo peso ao nascer foi maior que a média encontrada na revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informação sobre nascidos vivos baixo peso que encontrou de 8 a 10% de média nacional (PEDRAZA et al., 2014).

A chupeta continua sendo um obstáculo para o AME. Mais da metade das crianças que a usaram interromperam a amamentação. A interrupção do AME foi fortemente associado ao fato de mulher não estar de LMAT. Isso aconteceu nos dois anos, o que reforça a hipótese do estudo.

Os resultados também mostram que mais da metade das mulheres que trabalham fora de casa interrompem o AME (SALUSTIANO, 2010, 2012; CARRASCOZA et al., 2011). Este fato reforça que, além da licença-maternidade, é importante apoiar a mulher com estratégias de proteção no local de trabalho (AHMADI, 2013; ADDATI et al., 2014). No estudo de Su-Ying Tsai (2013), concluiu-se que a sala de apoio à amamentação, o apoio dos colegas e supervisores, a maior escolaridade materna e a redução da carga horária de trabalho foram preditores significativos de amamentação contínua por mais de 6 meses após o retorno ao trabalho. No DF, foram implantadas 13 salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas, com objetivo de apoiar a mulher trabalhadora que amamenta a ter um espaço para retirada e armazenamento do leite humano a ser posteriormente ofertado a crianças. Foi demonstrado que a faixa etária de maior prevalência de interrupção é a do intervalo de 3 - 3,9 meses, período em que a mãe está próxima do retorno ao trabalho (BUCCINI et al., 2016; DAMIÃO, 2008; LINDAU et al., 2014; PARIZOTO et al., 2009; SANCHES et al., 2011; VIEIRA et al., 2014).

4.4 Conclusão

A ausência de licença-maternidade foi fortemente associada à interrupção do aleitamento materno exclusivo no Distrito Federal, em 2008 e 2014. O estudo apresentou aumento da LMAT e do AME em 2014, quando comparado com 2008. Tal achado mostra a importância de se analisar os resultados encontrados em anos subsequentes para se avaliar as tendências das taxas de aleitamento materno exclusivo e, as políticas públicas voltadas para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo.

4.5 Considerações finais

Os resultados encontrados no estudo confirmam a hipótese levantada de que a licença-maternidade evita a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. A interrupção do AME foi fortemente associada ao fato de mulher não estar de LMAT, tanto no estudo nacional com a representação de todas as capitais e DF, como no DF nos dois anos estudados, a associação se manteve significativa.

O estudo não avaliou o tempo de LMAT e aleitamento materno exclusivo. O tempo de LMAT permite inferir o efeito que a mesma tem sobre o AME. Nesse contexto, há necessidade de mais estudos que abordem este aspecto, além do impacto financeiro da ampliação da LMAT e o efeito econômico sobre saúde a curto e longo prazo.

É necessário investir nas políticas públicas para se ter melhores resultados na prevalência de aleitamento materno exclusivo. Nesse sentido, o DF tem um perfil diferenciado, porque implementou todas as ações de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, da Política Nacional de Aleitamento Materno do MS.

Certamente, garantir a licença-maternidade e, não criar mecanismos de apoio à mulher no período de amamentação, desde a orientação no pré-natal sobre o aleitamento materno, na maternidade com as boas práticas de parto e nascimento, IHAC, a Rede de Bancos de Leite Humano (BLH) e o Método Canguru que é voltado aos recém-nascidos de baixo peso, nas consultas de puericultura na atenção básica (Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil), não se consegue êxito no aumento das taxas de aleitamento materno. Além de outras ações intersetoriais e transversais como a ação de proteção e apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, que orienta a implantação de salas de apoio à amamentação, creche no local de trabalho e a LMAT de 6 meses.

São necessários estudos que abordem a economia para as empresas em relação às funcionárias que amamentam; e ações para verificar se crianças amamentadas adoecem menos. Com isso, suas mães faltariam menos ao trabalho, menor absenteísmo e gastar-se-ia menos com assistência à saúde, seja no serviço público ou na empresa privada. Gastar-se-ia menos também com medicamentos. Todos esses aspectos devidamente demonstrados serviriam como estímulo para se apoiar as estratégias de proteção à mulher que amamenta.

Para estudos futuros do MS, é importante aprimorar o formulário utilizado nos dois inquéritos em relação ao aspecto do trabalho materno, a fim de incluir o tempo de usufruto da licença-maternidade e possibilitar maior detalhamento das análises.

Não há necessidade de novas intervenções, de programas específicos, pois, na Política nacional de aleitamento materno (PNAM), são abordados a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno desde a atenção básica, atenção hospitalar até às ações intersetoriais. Necessário é viabilizar a implementação da

PNAM. Um dos fatores para isso é garantir financiamentos federal, estadual e municipal para a implementação das ações, além da ampliação da LMAT para os 6 meses. Dessa forma, é possível almejar o alcance da meta de 50% de AME até 2025, como preconizado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Espera-se que as evidências apontadas nesse estudo colaborem para a ampliação da licença-maternidade de 120 para 180 dias, tendo em vista o impacto potencial deste benefício sobre a amamentação exclusiva no Brasil.

REFERÊNCIAS

Addati L, Cassirer N, Gilchrist K. Maternity and paternity at work: law and practice across the world International Labour Office. Geneva: ILO; 2014.

Ahmadi M, Moosavi MS. Evaluation of occupational factors on continuation of breastfeeding and formula initiation in employed mothers. *Global Journal of Health Science*, v. 5; n. 6; p. 166, 2013.

Bai DL, Fong DYT, Tarrant, M. Factors Associated with Breastfeeding Duration and Exclusivity in Mothers Returning to Paid Employment Postpartum. *Matern Child Health J.*, v. 19, n. 990, p. 990-99 2015.

Bartoszeck AB, Bartoszeck, FK. Neurociência dos seis primeiros anos: implicações educacionais. *Revista da Educação Umuarama*, v. 9, n. 1, p. 7-32, 2009.

Bauer, PJ, Pathman, T. Memória e desenvolvimento inicial do cérebro. [S.l.:s.n.], 2015.

Biagioli F. Returning to work while breastfeeding. *Am Fam Phhysican*, v. 68, n. 11. p. 2201-08, 2003.

Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, v. 49, p. 91, 2015.

Brasil. Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm>. Acesso em: dez. 2017.

Brasil. Poder Executivo. Decreto n. 423 de novembro de 1935. Promulga projeto de convenção aprovado pela Organização Internacional do Trabalho, a saber: Convenção relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto. Rio de Janeiro, 1935. Disponível em: <c:\DocumentsandSettings\biblioteca\Desktop\Decreto nº 423, de 12 de Novembro de 1935- Publicação Original - Portal Câmara dos Deputados.mht>. Acesso em: dez. 2016.

Brasil. Consolidação das leis do trabalho Decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: dez. 2016.

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 n. 1.044, de 1969, e dá outras providências. Brasília (DF): Casa Civil, 1975. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6202.htm>. Acesso em: dez. 2016.

Brasil. Portaria mtb n. 3.296, de 03/09/1986. Autoriza as empresas e empregadores a adotar o sistema de reembolso-creche, em substituição à exigência contida no § 1º do artigo 389 da CLT. Brasília (DF): Casa Civil, 1986. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?Id=181137>>. Acesso em: dez. 2016.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Casa Civil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm>. Acesso em: nov. 2016.

Brasil. Lei n. 10.421/2002 – Direito da mãe adotiva. Brasília (DF): Casa Civil, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10421.htm>. Acesso em: out. 2016.

Brasil. Lei n. 11.770, Lei da licença-maternidade, de 9 de setembro de 2008. Brasília (DF): Casa Civil, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato/2007-2010/2008/lei/l11770.htm>. Acesso em: out. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: out. 2016.

Brasil. Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasileiro AA, Ambrosano GMV, Marba STM, Possobon RF. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. Rev. Saúde Pública, v. 46, n. 4, 2012.

Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Can J Public Health. v. 9, n. 3, p. 79-85, maio 2014.

Buccini GS, Perez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. J Hum Lact, 2016.

Carrascoza KC; Possobon RF; Ambrosano GMB; Costa Júnior AL; Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 10, p. 4139-46, 2011.

Chaves, RG, Lamounier, JA, César, CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. J Pediatr, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hurng BS, Lin SJ, et al. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud.*, v. 47, n. 4, p. 461-74, abr. 2010.

Damião JJ. Influence of mothers' schooling and work on the practice of exclusive breastfeeding. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 3, p. 442-52, 2008.

Dedecca, CS, Rosandiski EN. Recuperação econômica e a geração de empregos formais. *Parcerias Estratégicas*, v. 11, n. 22, p. 169-90, 2010.

Engle PL, Fernald LCH, Alderman H. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1339-53, 2011.

Engle PL, Black MM, Behrman JR, Mello MC, Gertler PJ, Martorell R, Young ME. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, v. 369, n. 9557, p. 229-42, 2007.

Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-30, set./out., 2006.

Ferreira L, Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 20, n. 3, p. 265-73, maio/jun., 2007.

Fonseca ALM, Albenaz EP, Kaufmann CC, Neves IH, Figueiredo VLM. Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. *J. Pediatr. (Rio J.)*, v. 89, n. 4, p.346-53, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.010>>. Acesso em: dez.2016.

Fujimori E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Issues involved in establishing and maintaining exclusive breastfeeding, from the perspective of women attended at a primary healthcare unit. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n. 33, p. 315-27, abr./jun., 2010.

Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.

Grummer-Strawn L, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, v, 104, n. S467, p. 1-2, 2015; Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13136/full>>. Acesso em: dez. 2016.

Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C. Millennium Cohort Study Child Health Group – The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr*, n. 10, p. 891-96, 2007.

Heymann J, Earle A, McNeill K. The Impact of labor policies on the health of young children in the context of economic globalization. *Annu. Rev. Public Health*, n. 34, p. 355-72, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília (DF): O instituto, 2014.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014. Nota técnica n. 24. Brasília (DF): O instituto, 2016. Disponível em: <http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/Noticias/Mulher_e_trabalho_marco_2016.pdf>.

Jones G, Steketee RW, Black RE. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, v. 362, p. 65-71, 2003.

Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, Lallo DD, Nastro PF, Patanè M, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an “at risk population” for special support. *Eur J Pediatr*. v.174, n. 4, p. 533-40; 2014.

Lutter, R. Cognitive performance, labor market outcomes, and estimates of economic value of cognitive effects of breastfeeding. Charlottesville, VA: University of Virginia, 2016.

Martins EJ, Giugliani ER. Fatores associados à amamentação prolongada. *J Pediatr Rio J*. v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.

Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon Kelley S, Grummer-Strawn LM. Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US Mothers' Ability to Meet Breastfeeding Intentions. *J Hum Lact.*, n. 30, p. 416-19, 2014.

Moreira MEL, Gama SGND, Pereira APE, Silva AAMD, Lansky S, Pinheiro RDS, et al, Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, n. 30, n. 128-39, 2014.

Ogbuanu C; Glover S; Probst J; Hussey JB. Work and family: effect of employment characteristics on breastfeeding. *J. Hum Lact*, v. 27, n. 3, p. 225-38, 2011.

Ogbuanu C, Sandra P, Janice L, Jihong HJ. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. [S.l.:s.n], 2011. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-0459>>. Acesso em: nov. 2016.

Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Lozano-Dura MS, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Critical moments for weaning in a 6-month follow-up study. *Enferm Clin.*, v. 18, n. 6, p. 317-20, nov./dez, 2008.

Organização Internacional do Trabalho (OIT). Trabalho e família: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social. Brasília (DF): A organização, 2009.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. São Paulo: IBFAN, 2005. Disponível em: <www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>. Acesso em: ago. 2014.

Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J Pediatr Rio J.*, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

Pedraza DF, Souza MMD, Cristóvão FS, França ISXD. Baixo peso ao nascer no Brasil: revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos. *Pediatr Mod.*, v. 50, n. 2, p. 51-64, 2014.

Poletti R, Ronaldo P. Constituições brasileiras – 3. ed. – Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado, 2012.

Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Pública*, v. 31, n. 2, p. 149-56, 1997.

Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, v. 387, n. 10017, p. 491-504, jan. 2016.

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.*, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care. *Cad Saúde Pública*, v. 27, n. 5, p. 953-65, 2011.

Sinha BR, Chowdury MJ, Sankar J, Martines S, Taneja S, Mazumder N, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, v. 104, n. 467, p. 114-34, 2015.

Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm.*, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

Tsai Su-Ying. Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeeding Medicine*, v. 8, n. 2, 2013.

Susan PW, Theodore DW, Sally GM, Maureen MB, Charles AN, Sandra LH, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet Glob Health.*, set. 2011. Disponível em: <[http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60555-2/abstract?cc=y=>](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60555-2/abstract?cc=y=>)>. Acesso em: dez. 2016.

Tanaka S. Parental leave and child health across OECD countries. *The Economic Journal*, v. 115, n. 501, p. 7-28, 2005.

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 24, p. S235-S246, Supl. 2, 2008.

United Nations. *The world's women: trends and statistics*. New York: Department of Economic and Social Affairs of UN, 2015.

United Nations. *The world's women: trends and statistics*. New York: Department of Economic and Social Affairs of UN, 2010. Disponível em: <unstats.un.org/unsd/publication/SeriesK/SeriesK_19e.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

Venâncio SI, Saldiva SR, Mondini RB, Escuder MM. Early interruption of exclusive breastfeeding and associated factors, State of São Paulo, Brazil. *J Hum Lact.*, n. 24, p. 168-74, 2008.

Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr Rio J.*, v. 86, n. 4, p. 317-24, 2010.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Escuder MML, Giugliani ERJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health*, v. 66, n. 10, 914-8, 2012.

Venancio, SI; Rea MF, Saldiva SRDM. A licença-maternidade e sua influência sobre a amamentação exclusiva. *BIS Bol. Inst. Saúde*, v. 12, n. 3, p. 287-92, 2010.

Vianna RP, 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*, n. 23, p. 2403-9, 2007.

Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, v. 387, n. 10017, p. 475-90, jan. 2016.

Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, n. 3, p. e199-205, 2015.

Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ. Duration of exclusive breastfeeding in Brazilian population: new determinants in cohort study. *Pregnancy and Childbirth*, v. 14, n. 1, p. 175, 2014.

Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana - BA. *Rev Bras Saúde Matern. Infant. Recife*, v. 4, n. 2, p. 143-50, abr/jun. 2004.

Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, v. 378, n. 9799, p. 1325-38, 2011.

World Bank. World development indicators 2002. Washington, DC: The institution, 2002. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/475281468159895302/World-development-indicators-2002>>. Acesso em: out. 2016.

World Bank. World development indicators online. Washington, DC: The institution, 2012. Disponível em: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>>. Acesso em: out. 2016.

World Bank. Framework for nutrition reaching the global targets for stunting, anemia, breastfeeding, and wasting. [S.l.]: International Bank for Reconstruction and Development, 2016. Disponível em: <documents.worldbank.org/.../108645-v2-PUBLIC-Investment-Framework-for-Nutrition>. Acesso em: out. 2016.

World Cancer Research Fund. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: AICR, 2007. Disponível em: <www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/Second_Expert_Report_full.pdf>. Acesso em: fev. 2017.

World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1: definitions. Washington, DC; Geneva: The organization, 2007.

World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Washington, DC; Geneva: The institution, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: dez. 2016.

World Health Organization. Resolutions and decisions of Sixty-fifth World Health Assembly. Geneva, may 21-26, 2012. Disponível em: <apps.who.int/gb/DGNP/pdf/A65_REC1-en.pdf>. Acesso em: dez. 2016.

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados da II PPNAM (2008)

Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno / DAPES / SAS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
"PESQUISA NACIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA - 2008"

Nº _____ (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO SUPERVISOR DE CAMPO)		01-DATA: ____/____/____	
02-ENTREVISTADOR: _____		03-MUNICÍPIO: _____	
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06-ÁREA 1 <input type="checkbox"/> Urbana 2 <input type="checkbox"/> Rural	
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ (Anotar da Caderneta de Saúde da Criança)			
08- SEXO DA CRIANÇA:		1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
09- A SRA. É A MÃE DESTA CRIANÇA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
10- A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? (Q.11 à Q. 34)			
11-TOMOU LEITE DE PEITO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q. 13) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q.13)	
12- QUANTAS VEZES?		____ (Anotar 8 para 8 vezes ou mais) 9 <input type="checkbox"/> Não sabe	
13-TOMOU ÁGUA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
14- TOMOU CHÁ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
15- TOMOU OUTRO LEITE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.17) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
16-A CRIANÇA RECEBEU OUTRO LEITE:		1 <input type="checkbox"/> Só durante o dia 2 <input type="checkbox"/> Só à noite 3 <input type="checkbox"/> De dia e de noite 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
18- COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
19-COMEU COMIDA SALGADA (DE PANELA, PAPA, SOPA)		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.26) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q.26)	
20- QUANTAS VEZES? 1 <input type="checkbox"/> 1 vez 2 <input type="checkbox"/> 2 vezes 3 <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE PARA A Q23)			
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Igual à da família?		Q.21 (Código do Supervisor)	
2 <input type="checkbox"/> Preparada exclusivamente para a criança?			
3 <input type="checkbox"/> Industrializada?			
9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
22-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Em pedaços?		Q.22 (Código do Supervisor)	
2 <input type="checkbox"/> Amassada?			
3 <input type="checkbox"/> Passada pela peneira?			
4 <input type="checkbox"/> Líquidificada?			
9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL FEITO EM CASA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
28-TOMOU REFRIGERANTE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
29-TOMOU CAFÉ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
31-COMEU BOLACHA OU SALGADINHO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
33-ÚSOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
34-ÚSOU CHUPETA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	

ANEXO A – (continuação)

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO (Q.35 à Q.44)	
35-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (ANOTE O NOME) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
☞ Q.35 <input type="checkbox"/> IHAC (digitador localize o nome no software)	
36-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
37- QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, NA SALA DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
39-A CRIANÇA TEM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA?	1 <input type="checkbox"/> Sim, em mãos (PASSE PARA A Q.40) 2 <input type="checkbox"/> Sim, mas não está em mãos (PASSE P/ Q.44) 3 <input type="checkbox"/> Não possui a Caderneta (PASSE P/ Q.44) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q.44)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? [Outros acompanhantes]: 9 <input type="checkbox"/> Não se aplica (PASSE P/ Q.44)	1 <input type="checkbox"/> Sim, inteira 2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas partes 3 <input type="checkbox"/> Não
41-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gramas (Anote da Caderneta) 9999 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
43- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (ANOTE O NOME) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
☞ SUPERVISOR DE CAMPO Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 <input type="checkbox"/> UBS 3 <input type="checkbox"/> PACS/PSF	

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q. 49)	
45- LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? (Anote em dias) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:	
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O COMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)	
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos) 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
52-A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (ASSINALE ABAIXO) Q.53 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	54- E GRAU? (ASSINALE ABAIXO) Q.54 1 <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL 2 <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO 3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO 3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO
0 <input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE (Não frequentou escola)	☞ Q.53-Série _____ Q.54-Grau _____
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.:	1 <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora 2 <input type="checkbox"/> Não está trabalhando 3 <input type="checkbox"/> Está Licença Maternidade

OBSERVAÇÃO: _____

ANEXO B – Termo de consentimento livre esclarecido do MPAI, 2014

Projeto: Monitoramento de práticas de alimentação infantil em capitais brasileiras

Prezada Senhora,

A Sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa do Ministério da Saúde cujo objetivo é estudar como está a alimentação das crianças brasileiras nos primeiros dois anos de vida. Essa pesquisa envolverá 2000 crianças residentes no município do Rio de Janeiro, cujas mães serão entrevistadas por telefone e 200 crianças serão visitadas em suas casas para validação da metodologia da pesquisa, o que permitirá sua reprodução em todas as capitais brasileiras.

São critérios de inclusão no estudo o bebê ter nascido em hospital do SUS e ter idade entre zero e 24 meses. São critérios de exclusão o bebê ter falecido ou estar internado no momento da entrevista. Seu nome foi selecionado a partir de um banco de dados do Ministério da Saúde onde constam os dados de partos em hospitais do SUS. Sua participação no estudo consistirá em responder a uma entrevista contendo algumas questões sobre a senhora e seu bebê, informações sobre a alimentação da criança e sobre o atendimento realizado na Unidade de Saúde que costuma frequentar. Sua entrevista será gravada e terá uma duração de mais ou menos 20 minutos.

Em relação a potenciais danos da pesquisa como o constrangimento em responder a alguma pergunta do questionário, a Sra. tem liberdade de não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo.

Será assegurada a garantia do sigilo das informações e os documentos da pesquisa não conterão em hipótese algum seu nome ou do seu filho.

A Sra. não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo, porém, garantido o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

A Sra. poderá manter-se atualizada sobre os resultados da pesquisa por meio do site do MS (www.saude.gov.br).

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa ou queira ter acesso à gravação da entrevista a Sra. poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo, que é Fernanda Ramos Monteiro que pode ser localizada no Ministério da Saúde (telefone 61-3315-9032) das 10 às 18 h. A COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP também poderá ser consultada caso a Sra. tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, no endereço SEP 510 NORTE, BLOCO A, 3º Andar - Unidade II - Ministério da Saúde CEP: 70750-521 - Brasília-DF.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para melhorar o atendimento e as orientações dos profissionais de saúde sobre a alimentação das crianças e poderão orientar as políticas de alimentação infantil no Brasil

ANEXO C – Instrumento de coleta de dados

A Sra. Aceita participar do estudo?

(A resposta será gravada)

Monitoramento de práticas de alimentação infantil em capitais brasileiras: validação de metodologia para realização de inquéritos telefônicos

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Bom Dia/Boa Tarde! Meu nome é ...

Bom Dia/Boa Tarde! Meu nome é ...

1) Gostaríamos de saber se neste domicílio tem uma criança menor de dois anos:

1. Sim (caso tenha duas crianças menores de dois anos, verificar a data de nascimento que consta no formulário e incluir a criança que havia sido sorteada para participar da pesquisa)
2. Não (buscar informações sobre a criança sorteada e a seguir preencher uma das opções acima)
9. Não sabe (fazer novas tentativas para conversar com alguém que possa fornecer as informações)

2) Se sim, podemos conversar com a mãe da criança?

1. Sim (ler o TCLE)
2. Não (perguntar em qual horário a mãe estará em casa, explorando a possibilidade de agendamento. Caso não seja possível, procurar aplicar a entrevista com o cuidador da criança – pai, avó, parente, irmã mais velha acima de 16 anos). Ler a frase abaixo e, caso a cuidadora concorde, aplicar a entrevista).
3. Não quis responder
9. Não sabe

3) Qual o município de residência:

1. Rio de Janeiro

2.Outros

4) A senhora e o bebê estão bem?

1.Sim

2.Não (encerrar a entrevista caso o bebê tenha falecido ou esteja internado, dizendo “Lamentamos muito pelo ocorrido e agradecemos sua colaboração”)

5) Qual a data de nascimento da criança:

____/____/____

9. Não sabe (solicitar que a entrevistada procure essa informação na Caderneta da Criança ou outro documento. Essa informação é fundamental, sem ela os dados sobre alimentação infantil não poderão ser analisados adequadamente. Caso não seja possível obter essa informação no primeiro contato, tentar agendar outro horário).

6) Qual o sexo da criança:

1. Masculino

2. Feminino

9. Não sabe

7) Qual a raça/cor da criança? (se a entrevistada disser algo diferente das opções abaixo, ler as alternativas)

1. Branca

2. Preta

3. Parda

4. Amarela

5. Indígena

9. Não sabe

A senhora pode me dizer quais alimentos a criança tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã? Eu vou falar o nome de cada alimento e a Sra. responde sim ou não.

OBS: se a mãe tiver dificuldade para entender, explicar que queremos saber tudo o que ela comeu em um dia inteiro, desde a primeira refeição do dia anterior até a última refeição (contando as mamadas noturnas, por exemplo). NÃO DEVE SER CONSIDERADA A PRIMEIRA REFEIÇÃO DO DIA DA ENTREVISTA.

8) Tomou leite de peito?

1. Sim

2. Não (Passe p/ Q. 10)

9. Não sabe (Passe p/Q .10)

9) **Quantas vezes?** (Considere as mamadas da manhã do dia anterior à manhã do dia da entrevista **(incluindo as mamadas durante a noite)**). Se a mãe ou informante não souber quantas vezes, pois a criança mamou muito, então **explore a questão** perguntando: “- Foi mais de 8 vezes que a criança mamou?” Se a resposta for 8 ou mais mamadas anotar o número 8 ou mais. **Se o informante de fato não sabe informar, assinalar “Não sabe”**.

1. 1 vez
2. 2 vezes
3. 3 vezes
4. 4 vezes
5. 5 vezes
6. 6 vezes
7. 7 vezes
8. 8 vezes ou mais
9. Não sabe

10)Tomou água?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

11)Tomou chá?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

12)Tomou outro leite?

1. Sim
2. Não (Passe p/Q.14)
9. Não sabe (Passe p/Q.14)

13)Quantas vezes a criança recebeu esse outro leite? (Considere a quantidade de mamadeira da manhã do dia anterior à manhã do dia da entrevista **(incluindo as dadas durante a noite)**). Se a mãe ou informante não souber quantas vezes, pois a criança mamou muito, então **explore a questão** perguntando: “- Foi mais de 8 vezes que a criança mamou?” Se a resposta for 8 ou mais mamadas anotar o número 8 ou mais. **Se o informante de fato não sabe informar, assinalar “Não sabe”**.

1. 1 vez
2. 2 vezes
3. 3 vezes
4. 4 vezes

5. 5 vezes
6. 6 vezes
7. 7 vezes
8. 8 vezes ou mais
9. Não sabe

14) Tomou suco de fruta natural ou água de coco natural (da fruta ou polpa da fruta)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

15) Tomou suco industrializado ou em pó ou água de coco de caixinha?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

16) Tomou refrigerante?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

17) Tomou café?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

18) Comeu algum alimento sólido ou pastoso?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

19) Comeu mingau com leite?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

20) Quantas vezes a criança comeu mingau com leite?

1. 1 vez
2. 2 vezes
3. 3 vezes ou mais

9. Não sabe

21) Comeu outro tipo de mingau?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

22) Tomou alguma bebida láctea tipo yogurte ou danoninho?

1. Sim
2. Não (Passe p/Q.24)
9. Não sabe (Passe p/Q.24)

23) Quantas vezes a criança tomou alguma bebida láctea tipo yogurte ou danoninho?

1. 1 vez
2. 2 vezes
3. 3 vezes ou mais
9. Não sabe

24) Comeu fruta inteira, em pedaços ou amassada?

1. Sim
2. Não (Passe p/Q.27)
9. Não sabe (Passe p/Q.27)

25) Quantas vezes a criança comeu fruta inteira, em pedaços ou amassada?

1. 1 vez
2. 2 vezes
3. 3 vezes ou Mais
9. Não sabe

26) Comeu mamão, manga, pitanga, pequi ou buriti?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

27) Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?

1. Sim
2. Não (Passe p/Q.31)
9. Não sabe (Passe p/Q.31)

28) Quantas vezes a criança comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?

1. 1 vez
2. 2 vezes
3. 3 vezes ou Mais
9. Não sabe

29)A comida oferecida foi: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)

1. Igual à da família
2. Preparada só para a criança
3. Industrializada (de potinho)
9. Não sabe

30)Essa comida foi oferecida como: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)

1. Em pedaços
2. Amassada
3. Passada pela peneira
4. Liquidificada
9. Não sabe

31)Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe ou outro)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

32)Comeu fígado?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

33)Comeu feijão ou lentilha?

1. Sim
2. Não (Passe p/Q.35)
9. Não sabe (Passe p/Q.35)

34)Como foi oferecido o feijão ou lentilha:

1. Só caldo
2. Só caroço
3. Caldo e caroço
9. Não sabe

35)Comeu ovo?

1. Sim
2. Não (Passe p/Q.37)
9. Não sabe(Passe p/Q.37)

36) Como foi oferecido o ovo?

1. Só clara
2. Só gema
3. Clara e gema
9. Não sabe

37) Comeu arroz, batata, inhame, aipim/mandioca/macaxeira ou macarrão SEM ser miojo?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

38) Comeu legumes, SEM contar batata/inhame/aipim?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

39) Comeu abóbora, cenoura, brócolis ou couve?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

40) Comeu verduras de folhas?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

41) Comeu salsicha, linguiça, hambúrguer e/ou nuggets?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

42) Comeu macarrão instantâneo (tipo miojo)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

43) Comeu ou tomou alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

44) Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

45) Comeu bolacha/ biscoito salgado ou doce?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

46) Comeu salgadinho de pacote?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

47) Tomou ou comeu outros alimentos?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DADOS SOBRE A CRIANÇA

48) Esta criança é o primeiro filho?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

49) Onde essa criança nasceu?

1. Em casa
2. Casa de Parto/Centro de Parto Normal
3. Hospital/maternidade
4. Outros (ambulância, pronto-socorro, posto de saúde, etc)
9. Não sabe

50) Nome do estabelecimento que esta criança nasceu? (escolher uma das opções que estão disponíveis para Recife, Rio de Janeiro e DF)

51) Qual foi o tipo de parto?

1. Vaginal/ Normal
2. Fórceps
3. Cesárea
9. Não Sabe

52) A criança mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

53) Qual o peso desta criança ao nascer?

1. Menos de 1,5 kg
2. 1,5 a 1,99 Kg
3. 2,0 a 2,49 Kg
4. 2,5 a 2,99 Kg
5. 3,0 a 3,99 Kg
6. 4,0 Kg ou mais
9. Não sabe

54) Onde costumam levar a criança para as consultas de rotina?

1. Posto de Saúde
2. Serviço Particular ou Convênio (Passe p/Q.56)
3. Outros (Passe p/Q.56)
9. Não sabe (Passe p/Q.56)

55) Sabe se o Posto é da Saúde da Família? (O Posto de Saúde da Família tem equipes compostas por um médico de família, enfermeira, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que visitam as famílias regularmente)

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

56) A criança tem consulta agendada para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? (O MS recomenda que as crianças tenham 9 consultas agendadas nos dois primeiros anos de vida).

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

57) A criança está recebendo suplemento de Ferro (sulfato ferroso)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

58) A criança frequenta creche?

1. Sim
2. Não (Passe p/Q.60)
9. Não sabe (Passe p/Q.60)

59) Qual período?

1. Integral
2. Meio período (manhã ou tarde)
9. Não sabe

60) A criança usa mamadeira ou chuquinha?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

61) A criança usa chupeta?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DADOS DA MÃE (fazer as perguntas somente se for a mãe da criança)

62) Qual é a idade da Sra.?

----- anos

63) Qual a última série e grau que a Sra. completou?

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Incompleto 2 <input type="checkbox"/> Completo
0 <input type="checkbox"/> Sem Escolaridad e	1 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental	2 <input type="checkbox"/> Ensino médio	3 <input type="checkbox"/> Superior

64) Sobre o trabalho, neste momento a Sra.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)

1. Está trabalhando fora
2. Não está trabalhando fora
3. Está sob Licença-maternidade
9. Não sabe

Obrigada por colaborar com a pesquisa!

Caso a mãe/cuidadora tenha alguma dúvida, orientar que procure um Posto de Saúde ou ligue para 136.