

ALINE ALVES BRASILEIRO

**RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO NATURAL
E O RETORNO AO TRABALHO**

CAMPINAS

Unicamp

2008

ALINE ALVES BRASILEIRO

**RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO NATURAL
E O RETORNO AO TRABALHO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

B736r Brasileiro, Aline Alves
Relação entre amamentação natural e o retorno ao trabalho / Aline Alves Brasileiro. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientadores : Rosana de Fátima Possobon, Antonio Bentos Alves de Moraes

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aleitamento materno. 2. Trabalho feminino. 3. Legislação. 4. Mães. 5. Lactentes. 6. Desmame. 7. Lactentes - - Desmame. I. Possobon, Rosana de Fátima. II. Moraes, Antonio Bentos Alves de. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês : Relation between natural breast-feed and return the work

Keywords: • Breast feeding
• Women, Working
• Legislation
• Mother
• Infant
• Weaning
• Weaning - - infant

Titulação: Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Banca examinadora:

Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon
Prof. Dr. Sérgio Tadeu Martins Marba
Profa. Dra. Maria Elisabeth Salvador Caetano

Data da defesa: 21 - 03 - 2008

Banca Examinadora da tese de Mestrado

Orientadora:

Prof.(a) Dr.(a) Rosana de Fátima Possobon

Co-orientador:

Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

Membros:

1. Prof.(a) Dr.(a) Rosana de Fátima Possobon

2. Prof. Dr. Sérgio Tadeu Martins Marba

3. Prof.(a) Dr.(a). Maria Elisabeth Salvador Caetano

Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 2008

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,
pelo amor, carinho e apoio incondicional.*

*Ao meu sobrinho Artur,
pela compreensão na minha ausência.
À minha família pelo carinho e atenção.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon,
pela confiança, dedicação, amizade e,
principalmente, por despertar em mim o amor pela pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pela graça da vida.

Ao Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes pela co-orientação, colaboração e incentivo no desenvolvimento de pesquisa.

À Karina Camilo Carrascoza pelo incentivo e colaboração em todas as fases do desenvolvimento deste estudo.

Aos docentes do curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pelos ensinamentos.

À secretária Simone Cristina Ferreira pela paciência e atenção.

À secretária do Cepae. Dolores Machi, pelo carinho e atenção.

À família Engels do Nascimento, pela acolhida, apoio e verdadeira amizade.

À Profa. Dra. Gláucia Bovi Ambrosano pela colaboração na análise estatística.

A Andréa Milanez, Fernanda Engels do Nascimento, Ludmila da Silva Costa Tavares, Luziane Franscison pela valiosa ajuda na coleta dos dados.

A todos que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

	PÁG.
RESUMO	<i>ix</i>
ABSTRACT	<i>xi</i>
INTRODUÇÃO GERAL	13
OBJETIVOS	20
Objetivo geral	21
Objetivos específicos	21
CAPÍTULOS	22
CAPÍTULO 1 - Aleitamento materno entre mães trabalhadoras formais: o impacto de um grupo de incentivo.....	24
CAPÍTULO 2 - Alimentação complementar entre filhos de trabalhadoras formais.....	41
CAPÍTULO 3 - Influência das leis trabalhistas na manutenção da amamentação.....	59
CONCLUSÃO GERAL	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	83
APÊNDICES	85

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno.
AME	Aleitamento Materno Exclusivo.
Cepae	Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais.
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas.
D	Desmame.
GIAME	Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo.
MS	Ministério da Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PEA	População Economicamente Ativa.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a manutenção da amamentação natural no período de retorno da mãe ao trabalho, comparando mães participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo, com mães não participantes do referido grupo. Foi realizado um estudo de intervenção não randomizado, por meio de inquérito entre mães que voltaram a trabalhar após o parto, participantes e não participantes de um grupo de incentivo ao aleitamento materno exclusivo. A amostra consistiu de 200 díades mãe-lactente com idade entre 6 e 10 meses de vida. Para avaliar fatores associados ao retorno ao trabalho, os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher. A idade média da época em que a mãe retornou ao trabalho foi de 3,64 e 4,20 meses após o parto para as mães do Grupo Externo e do Grupo Interno, respectivamente. Foi observada diferença estatística para introdução precoce de outro tipo de leite ($p>0001$), água ($p>0001$), chá ($p>0001$), suco de frutas ($p>0001$), papa de frutas ($p=0016$) e papa salgada ($p=0023$) quando comparados os dois grupos. O Grupo Interno manteve a amamentação exclusiva por mais tempo após o retorno ao trabalho. A manutenção do aleitamento materno exclusivo independe da época de retorno da mãe ao trabalho, da jornada diária, da distância entre mãe-criança, da presença de creche interna ou externa, o nível do cargo ocupado pela mãe e a utilização do posto de coleta de leite materno. Como fator protetor da prática do aleitamento materno exclusivo, aponta-se a utilização do descanso de 30 minutos por turno trabalhado. O apoio foi um fator importante para a manutenção do aleitamento materno exclusivo entre as mulheres trabalhadoras.

Descritores: Aleitamento materno; Trabalho feminino; Legislação; Mães; Lactente; Desmame.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the maintenance of natural breastfeeding in the period of return of the mother to work, comparing mothers participants of the encouragement Group for the Exclusive Breastfeeding, with mothers not participants of the group. A non-randomized study of intervention was performed through survey among mothers who returned to work after childbirth, participants and non-participants of a group to encourage exclusive breastfeeding. The sample consisted of 200 pain mother-infant aged between 6 and 10 months of life. To avaiate factors associated with the return to work, the results were analyzed by means of statistical tests chi-square and Fisher's Exact. The average age of time when the mother returned to work was 3.64 and 4.20 months after delivery for mothers of the Foreign Group and Internal Group, respectively. Statistical difference was observed for early introduction of another type of milk ($p > 0001$), water ($p > 0001$), tea ($p > 0001$), fruit juice ($p > 0001$), Pope of fruit ($p = 0016$) and pope salt ($p = 0023$) comparing the two groups. The Internal Group maintained the exclusive breastfeeding for a longer time after the return to work. The maintenance of exclusive breastfeeding indends on the time of return of the mother to work, the daily journey, the distance between mother-child, the presence of internal or external day care, level of the position held by the mother and the use of the place of collection of milk. As protective factor of the practice of exclusive breastfeeding, there are the uses of the rest of 30 minutes per shift worked. The support was an important factor for the maintenance of exclusive breastfeeding among women workers.

Keywords: Breast feeding; women, working; Legislation; Mother; Infant; Weaning.

INTRODUÇÃO GERAL

Apesar do amplo conhecimento, apresentado pela grande maioria da população, sobre as inúmeras vantagens do aleitamento materno, tanto para a criança quanto para mãe, os índices de aleitamento materno exclusivo ainda são inferiores aos preconizados pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde (Rea, 1998; Kummer et al., 2000; Montrone e Arantes, 2002).

Com o objetivo de diagnosticar a situação do aleitamento materno no município de Botucatu-SP, Carvalhaes et al. (1998) utilizaram um questionário simplificado para investigar o tipo de alimentação de 1.550 crianças menores de um ano de idade, que compareceram à Campanha Nacional de Multivacinação, no ano de 1995. Os resultados deste estudo mostraram que a frequência de aleitamento materno exclusivo era de 2,2% ao sexto mês de vida da criança.

Kummer et al. (2000) acompanharam a evolução da prática do aleitamento materno entre 389 bebês de Porto Alegre-RS, por meio de correspondência e visitas domiciliares. O índice de aleitamento materno exclusivo encontrado ao sexto mês de vida foi inferior a 6%.

Outro estudo, conduzido por Passos et al. (2000), avaliou a duração da prática da amamentação natural no município de Ouro Preto-MG. Os autores encontraram apenas 1,8% das crianças alimentadas exclusivamente com o leite materno aos seis meses de idade.

Em um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1999, encontrou-se uma prevalência de apenas 9,7% de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), entre as crianças brasileiras, aos seis meses de vida (Brasil, 2001).

Incentivar o aleitamento materno tem sido o objetivo de diversos grupos de profissionais, que relatam índices satisfatórios de adesão das mães à esta prática.

Barros et al. (1996) encontraram um índice de aleitamento materno exclusivo, aos seis meses de vida, em torno de 15%, em um centro de lactação situado no município de Guarujá-SP. Neste centro, a mãe participava de várias consultas individuais, durante os quais recebia aconselhamento sobre amamentação. O intervalo entre os atendimentos era semanal no primeiro mês após o parto, quinzenal no segundo mês e mensal do terceiro ao

sexto mês. As consultas eram conduzidas por profissionais de saúde com treinamento em amamentação.

Resultados semelhantes foram obtidos por Narchi et al. (2005). O estudo conduzido no município de São Paulo, mostrou a eficácia do acompanhamento mensal após o parto para a manutenção do aleitamento. As atividades para incentivar a amamentação eram realizadas por agentes promotoras de saúde com experiências pessoais positivas em aleitamento. O índice de aleitamento materno exclusivo alcançado no sexto mês de vida dos bebês participantes foi de 17,3%. O acompanhamento era iniciado, em média, 40 dias após o parto, sendo mantido durante 6 meses, por meio de 4 a 5 consultas.

Outro estudo, realizado por Faleiros et al. (2005), avaliou o impacto de um programa de puericultura na promoção do aleitamento materno exclusivo em Pelotas-RS. Além de 6 consultas realizadas com intervalo mensal e iniciadas no período pós-parto imediato, agentes comunitários de saúde faziam visitas domiciliares a fim de solucionar as dificuldades relacionadas à prática da amamentação. Segundo os autores, estas atividades mantiveram 35% das crianças da amostra em aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida.

Carrascoza (2007), descrevendo a atuação do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME) oferecido na cidade de Piracicaba-SP, relata um índice de aleitamento materno exclusivo, aos seis meses, de 47,5%. Segundo a autora, este índice se deve à atuação interdisciplinar sistemática da equipe, que acompanha a mãe e o bebê durante os primeiros seis meses após o parto, oferecendo apoio aos grupos de mães por meio de nove encontros formais, além de sessões individuais para o esclarecimento de dúvidas, para o treino do manejo adequado da prática da amamentação e para o tratamento de problemas de mama.

Se analisados de forma isolada, estes índices podem parecer baixos. No entanto, mostram-se elevados quando comparados com dados de estudos investigativos sobre o índice de aleitamento mantido entre crianças cujas mães não estão vinculadas a programas de incentivo e que, portanto, não recebem auxílio formal para a manutenção da amamentação.

A comparação entre os índices de aleitamento materno exclusivo entre mães participantes e não participantes de programas de incentivo, mostram claramente a importância de oferecer, às recém-mães, apoio informativo (abordando as vantagens do aleitamento materno), apoio instrumental (auxiliando-as em relação aos procedimentos de manejo envolvidos na prática da amamentação) e apoio emocional (ajudando-as a enfrentar os problemas relacionados ao período do pós-parto) a fim de garantir a amamentação exclusiva durante o primeiro semestre de vida da criança. Assim, ressalta-se a importância de se estimular a formação de grupos de incentivo ao aleitamento, compostos por profissionais capacitados para informar, auxiliar e amparar a puérpera.

Nos grupos de promoção e incentivo ao aleitamento, há mães que aderem com maior facilidade à orientação para manter o aleitamento até o sexto mês. Entretanto, outras mães mostram-se mais resistentes e/ou apresentam problemas que precisam ser solucionados para evitar que o bebê seja desmamado precocemente. Entre estas, é preciso investigar quais são as variáveis que concorrem com a manutenção do aleitamento, a fim de intervir de forma mais pontual e precoce de acordo com as necessidades individuais.

Dentre as variáveis que predispõem ao desmame precoce, destaca-se o estresse materno (Chatterton et al., 2000; Dewey, 2001; Heinrichs et al., 2001). Segundo Martins Filho (1987), após o parto, a mãe pode enfrentar diversas situações geradoras de estresse, que ocorrem principalmente por três motivos: dificuldade para iniciar a amamentação dentro do próprio hospital (Taddei et al., 2000); confrontação com problemas na volta à casa (Ichisato e Shimo, 2002); e retorno ao trabalho, por volta do quarto mês de vida do bebê (Rea et al., 1997).

Costa et al. (1993) relatam que o retorno ao trabalho foi o responsável por aproximadamente 21% do desmame ocorrido na cidade de Belém-PA. Schwartz et al. (2002), conduzindo um trabalho de pesquisa em Michigan e Nebraska (EUA), observaram que 58% das mães que desmamaram seus filhos entre a primeira e a terceira semana após o parto justificaram, como motivo, o retorno ao trabalho.

O trabalho de Dearden et al. (2002) corrobora os dados acima. Estes autores analisaram os fatores que afetam a duração da amamentação em quatro comunidades da Guatemala, utilizando dados do censo de 1999. Os resultados mostraram que mulheres que não trabalham fora de casa têm 3,2 vezes mais chance de amamentar exclusivamente em relação às mães que saem de casa para trabalhar.

A crescente presença da mulher no mercado de trabalho, associada as mudanças estruturais na sociedade e na família, forçou o surgimento de dispositivos legais de proteção à amamentação da mulher trabalhadora. A Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, no seu artigo 7º, parágrafo XVIII, versa: “Licença maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias”. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) também possui diversos artigos que protegem a mulher trabalhadora gestante e nutriz: afastamento de ambientes de trabalho com equipamentos radiológicos e produtos químicos, descansos especiais durante a jornada de trabalho, criação de creches e convênios com creches para empresas com mais de 30 funcionárias com idade superior a 16 anos e descrição de locais adequados para os cuidados com os lactentes, etc. (Santiago et al., 2003; Issler, 1994). No entanto, pode-se dizer que esta lei é pobre e ambígua, visto que, a criança teria direito de usar a creche até os seis meses de vida, dos quais, os quatros primeiros meses seriam durante o período de licença maternidade, quando a mãe está em casa com o bebê. Assim, a creche seria usada apenas durante dois meses (no quinto e no sexto mês de vida da criança). Entretanto, Rea et al. (1997) afirmam que, a maioria das empresas que oferece esta comodidade e direito às mães, tenta otimizar ao máximo a utilização deste benefício, permitindo que as crianças permaneçam na creche ao longo do primeiro ano de vida.

O estudo de Rea et al. (1997), realizado em empresas na cidade de São Paulo, mostra que a instalação de postos de coleta de leite humano dentro das empresas é uma boa opção para ajudar a mãe a manter o aleitamento materno, no período do retorno ao trabalho, quando o número de funcionários do sexo feminino não viabiliza a instalação de uma creche. No entanto, para que este benefício atue de modo a promover a manutenção do aleitamento, a mãe precisa receber informação e treinamento para ordenhar, armazenar (congelar e descongelar o leite, caso haja necessidade) e oferecer seu leite de forma adequada.

Segundo Oliveira et al (2003), várias pesquisas têm revelado que os empregadores que respeitam as leis trabalhistas e facilitam a amamentação no local de trabalho, contam com funcionárias mais interessadas e mais produtivas e com menor índice de faltas. Nos Estados Unidos, empresas que desenvolveram estratégias de apoio à amamentação reduziram em 27% a ocorrência de faltas ao trabalho e em 36% os gastos destinados aos cuidados com a saúde.

Alguns estudos mostram que o tempo médio de aleitamento materno é maior entre mulheres que permanecem com seus filhos no local de trabalho (Hight-Laukaran et al., 1999; Rea et al., 1997). Porém, Rea et al. (1997), neste mesmo estudo, relatam que não há diferença significativa entre o tempo médio de aleitamento materno quando comparadas mulheres cujos filhos permanecem em creche situada fora do local de trabalho e mulheres que não recebem este benefício. Isto parece ocorrer devido ao fato de que as empresas, geralmente, não fornecem transporte para o deslocamento das funcionárias até o local onde a criança permanece. Assim, a dificuldade de acesso a creches localizadas fora do local de trabalho pode resultar na redução do tempo destinado ao aleitamento, sendo um fator predisponente para a ocorrência do desmame precoce (Oliveira et al., 2003).

É importante destacar a necessidade do apoio institucional e político para que a nutriz tenha oportunidade de amamentar seu filho, de forma exclusiva, até o sexto mês de vida.

Segundo Oliveira et al. (2003), o Estado de Santa Catarina conseguiu um índice em torno de 85% no cumprimento das leis trabalhistas, por meio de algumas estratégias, tais como, a exigência do registro de creches próprias e conveniadas na Delegacia Regional do Trabalho, a obrigatoriedade da empresa em proporcionar às mulheres o conhecimento de seus direitos e o modo de utilizá-los, a modificação do tipo de inspeção e controle das creches e empresas e a divulgação dos direitos da nutriz pelos meios de comunicação. Iniciativas como esta são fundamentais numa sociedade em que, aproximadamente, 25% da População Economicamente Ativa (PEA) é constituída por mulheres com filhos menores de 6 meses de idade. Dentre estas mulheres, 92% daquelas que não recebem o benefício de creche no local de trabalho, introduzem substitutos para o leite materno (Hight-Laukaran et al., 1999).

Apesar dos diversos estudos que demonstram a importância da atuação de grupos de incentivo ao aleitamento materno e que sugerem que o retorno da mãe ao trabalho é um importante fator de risco para a ocorrência do desmame precoce, não há relatos sobre índices de aleitamento entre mães que retornam ao trabalho e que são participantes de programas de promoção e incentivo ao aleitamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral

O objetivo deste estudo é verificar a manutenção da amamentação natural, no período de retorno da mãe ao trabalho, comparando mães participantes de um grupo de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, com mães não participantes do referido grupo.

Objetivos específicos

- Identificar os benefícios disponibilizados pelo empregador para a manutenção do aleitamento (ambiente destinado à coleta do leite materno, presença de creche, permissão de intervalos periódicos para amamentar, etc.);
- Citar as condições de trabalho das mães, identificando a influência das seguintes variáveis sobre a manutenção do aleitamento: tipo de profissão, jornada diária de trabalho, distância do local de trabalho e o local de permanência da criança, entre outras.
- Analisar a prevalência de desmame entre as mães que retornam ao trabalho, comparando participantes e não participantes do GIAME;
- Descrever possíveis variáveis relacionadas à manutenção ou não do aleitamento materno, tais como, idade e estado civil dos pais, tipo de alimento oferecido à criança e época de início da alimentação complementar.

CAPÍTULOS

Esta dissertação está baseada na Resolução CCPG/001/98/UNICAMP que regulamenta o formato alternativo para tese de Mestrado e Doutorado, permitindo a inserção de artigos científicos de autoria ou co-autoria do candidato. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa deste trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP, tendo sido aprovado sob registro nº 073/2004. Sendo assim, esta dissertação é composta por três capítulos intitulados:

Capítulo 1: “Aleitamento materno entre mães trabalhadoras formais: o impacto de um grupo de incentivo”.

Capítulo 2: “Alimentação complementar entre filhos de trabalhadoras formais”.

Capítulo 3: “Influência das leis trabalhistas na manutenção da amamentação”.

CAPÍTULO 1

Aleitamento materno entre mães trabalhadoras formais: o impacto de um grupo de incentivo.

Breastfeeding between formal diligent mothers: impact of a group of incentive.

Título Corrido: Aleitamento materno no retorno ao trabalho.

Aline Brasileiro, A – Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Rosana Possobon, F – Professora Doutora da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Doutor.

Karina Carrascoza, C – Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Gláucia Ambrosano, MB – Professora Associada da Área de Bioestatística da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Doutora.

Antônio Moraes, BA – Professor Titular da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Doutor.

RESUMO

Avaliar o papel de um grupo de incentivo ao aleitamento materno na manutenção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres trabalhadoras. Foi realizado um estudo de intervenção não randomizado, por meio de inquérito entre mães que voltaram a trabalhar após o parto, participantes e não participantes de um grupo de incentivo ao aleitamento materno exclusivo. A amostra consistiu de 200 díades mãe-lactente com idade entre 6 e 10 meses de vida. Para avaliar fatores associados ao retorno ao trabalho, os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Curvas de sobrevida de Kaplan-Meyer foram construídas para os diversos padrões de amamentação. As curvas de sobrevida mostraram que houve diferença nas taxas de aleitamento materno exclusivo e de aleitamento materno nos grupos estudados. Houve diferença estatística ($p=0,0056$) em relação à época de retorno ao trabalho entre os dois grupos. Não houve diferença entre o fim da licença maternidade e a época de desmame. O grupo de mães participantes do grupo de incentivo ao aleitamento materno manteve a amamentação exclusiva por mais tempo após o retorno ao trabalho. Os resultados sugerem que junto com a extensão da licença maternidade, é importante que a mãe receba o incentivo necessário para a manutenção do aleitamento.

Descritores: Aleitamento materno. Mulheres. Trabalho feminino. Grupo de incentivo. Desmame precoce

ABSTRACT

Evaluate the role of an exclusive breastfeeding incentive group maintenance of the exclusive breastfeeding among working women. A non-randomized study of intervention was performed through survey among mothers who returned to work after childbirth, participants and non-participants of a group to encourage exclusive breastfeeding. The sample was built over 200-pain mother-baby with age between 6 and 10 months of life. To evaluate associates factors to return to the work, results were analyzed statistical through Chi-Square and Fisher's Exacts tests. Kaplan-Meyer survival curves were done for the different breastfeeding standarts. Survival curves showed that there was a difference between exclusive breastfeeding and breastfeeding in the studied groups. There was a statistics difference ($p= 0,0056$) relating to work period among the two groups. There was no difference between the end of maternity leave and the weaning period. Attending mothers from the breastfeeding incentive group kept exclusive breastfeeding longer after returning to work. Results sugest that together with the extension of the maternity leave it is import for the mother to receive necessary incentive breastfeeding maintenance.

Keywords: Breastfeeding. Women. Feminine work. Incentive group. It weans precocious.

INTRODUÇÃO

O Aleitamento materno é uma prática muito discutida e valorizada para a promoção da saúde. Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendar, desde 2001, a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, os índices de desmame precoce ainda são elevados (Rea, 1998; kummer et al., 2000; Montrone e Arantes, 2002).

O incentivo ao aleitamento materno tem sido o objetivo de diversos grupos de profissionais da saúde, em diferentes localidades do Brasil, que relatam índices satisfatórios de adesão das mães à esta prática. Barros et al. (1996) encontraram 15% de crianças em aleitamento materno exclusivo, aos seis meses de vida, entre participantes de um centro de lactação no município de Guarujá-SP. Um índice um pouco mais elevado, de aproximadamente 17%, foi citado por Narchi et al. (2005), estes autores avaliaram díades mãe-criança que foram acompanhadas mensalmente por agentes promotoras de saúde com experiências pessoais em amamentação, na cidade de São Paulo-SP. Em Pelotas-RS, 35% das crianças acompanhadas por agentes comunitários de saúde mantiveram o aleitamento exclusivo até os seis meses de vida (Faleiros et al., 2005).

Carrascoza et al. (2007) encontraram um índice de aleitamento materno exclusivo, aos seis meses de vida, de 47,5%, entre crianças participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), desenvolvido na cidade de Piracicaba-SP. Segundo os autores, este índice se deve as atuações sistemáticas da equipe interdisciplinar, que acompanha a mãe e o lactente durante os primeiros seis meses após o parto, por meio de nove encontros formais, além de sessões individuais para esclarecimento de dúvidas, treino da prática da amamentação e tratamento de problemas de mama.

Ainda que estes índices (Barros et al., 1996; Narchi et al., 2005; Faleiros et al., 2005; Carrascoza et al., 2007) estejam abaixo do preconizado pela OMS, eles mostram-se elevados quando comparados com dados de estudos investigativos sobre o índice de aleitamento mantido entre crianças brasileiras cujas mães não estão vinculadas a programas de incentivo e que, portanto, não recebem auxílio formal para a manutenção desta prática. Alguns estudos (Kummer et al, 2000; Carvalhaes et al., 1998;

Passos et al., 2000) mostram índices que variam de 1,8% a 6% de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida entre populações não assistidas. Esses dados são corroborados pelos resultados de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1999, que encontrou uma prevalência de apenas 9,7% de AME entre as crianças brasileiras aos seis meses de vida (Brasil, 2001).

Assim, pode-se dizer que as estratégias de promoção e incentivo ao aleitamento materno têm sido importantes para a manutenção da amamentação exclusiva e conseqüente prevenção do desmame precoce. Dentre estas estratégias, é importante citar a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, criada em 1990, pelo UNICEF e OMS. O principal objetivo desta iniciativa é mobilizar os funcionários de hospitais e maternidades a seguir condutas e rotinas adequadas à prática do aleitamento. Para obter o título de “Hospital Amigo da Criança”, a instituição deve cumprir 10 passos de incentivo ao aleitamento, sendo que o 10º é: “encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório” (Vannuchi et al., 2004).

A interrupção da prática do aleitamento materno tem sido observada, com mais frequência, em três momentos (Martins Filho, 1987): (1) no estabelecimento da amamentação natural, nas primeiras horas após o parto, ainda dentro do hospital (Taddei et al., 2000); (2) quando a mãe volta à casa, após a alta hospitalar (Ichisato e Shimo, 2001); (3) e no retorno da mãe ao trabalho (Rea et al., 1997).

Pesquisas mostram que a crescente participação da mulher no mercado de trabalho tem elevado a ocorrência da prática do desmame precoce. Schwartz et al. (2002) revelam que o retorno ao trabalho foi responsável por 58% do desmame precoce em uma população de Michigan e Nebraska (EUA). Resultados semelhantes foram encontrados por Costa et al. (1993) e Dearden et al. (2002), em estudos conduzidos na cidade de Belém - PA e em quatro comunidades da Guatemala, respectivamente. Estudos como os apresentados acima (Rea et al., 1997; Schwartz et al., 2002; Costa et al., 1993; Dearden et al., 2002) mostram que o incentivo ao aleitamento materno pode ser especialmente importante para mães trabalhadoras, por apresentarem maior risco de desmamar precocemente seus filhos. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o papel de um grupo de incentivo ao aleitamento materno na manutenção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres trabalhadoras.

METODOLOGIA

A amostra foi constituída por 200 díades mãe-lactente, participantes e não participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), oferecido pela equipe do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-Unicamp.

No GIAME, a díade mãe-lactente é acompanhada desde os primeiros dias após o parto até o lactente completar seis meses de vida. Mãe e lactente participam de nove encontros, conduzidos por uma equipe interdisciplinar, composta por cirurgião-dentista, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo, treinada para a orientação da mãe sobre questões relacionadas ao aleitamento materno. Nestes encontros e em sessões individuais, quando necessário, a equipe disponibiliza apoio informativo, instrumental e afetivo no intuito de garantir a aquisição, pela mãe, de condições para a manutenção da amamentação natural.

A amostra foi composta por dois grupos: a) grupo interno (GI), composto por 100 mães participantes do GIAME e b) grupo externo (GE), composto por 100 mães não participantes.

Em ambos os grupos, foram incluídas somente as mães que trabalhadoras formais, ou seja, que possuíam vínculo empregatício (“carteira assinada”) e que retornaram ao trabalho antes do filho completar seis meses de vida. No momento da pesquisa, a criança tinha entre 6 e 10 meses de idade. Foram excluídas as mães que atuavam como autônomas, que eram estudantes ou empresárias, por não serem contempladas com os benefícios concedidos pelas leis de incentivo ao aleitamento materno previstos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (Brasil, 1999), aos quais as trabalhadoras formais têm direito. Além disso, também foram excluídas as díades que apresentaram algum problema de saúde nos períodos pré e pós-parto imediato, bem como as mães que tiveram filhos gêmeos, prematuros (< 37 semanas) ou com baixo peso ao nascer (< 2.500g).

As mães do GI foram convidadas a participar da pesquisa durante o último encontro do GIAME. Para a composição da amostra do GE, a pesquisadora abordou as mães durante uma campanha de vacinação infantil, realizada na cidade de Piracicaba-SP, no dia 10 de junho de 2006.

Adotou-se procedimento de amostragem por conglomerado em dois estágios. No primeiro, foram sorteadas as unidades de vacinação e, no segundo, as crianças em cada unidade, de forma sistemática. O sorteio das 3 unidades e o número de crianças cujas mães seriam abordadas por unidade foram definidos considerando o total de 40 unidades de vacinação do ano anterior e a estimativa de vacinar 24.000 crianças de 0 a 5 anos. Nas 3 unidades sorteadas, a expectativa era vacinar 1.200 crianças com idade inferior a 1 ano. Para coleta dos dados, utilizou-se um roteiro estruturado de entrevista que permitiu coletar informações tais como nível socioeconômico, idade da mãe e do pai, estado civil antes e após o parto, número de filhos, tipo de parto, variáveis relacionadas aos períodos peri e pós-natal, época de retorno da mãe ao trabalho, condições do trabalho materno e época de desmame.

Para atingir a concordância intra e interexaminadores proposta de 95% e garantir o controle de qualidade do trabalho, os profissionais envolvidos receberam treinamento específico para se familiarizar com o roteiro de entrevista e com critérios de inclusão e exclusão. A fim de garantir fidedignidade das informações 10% das mães responderam o roteiro de entrevista sob supervisão da pesquisadora responsável.

O desenho aplicado neste estudo foi a intervenção não randomizada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-Unicamp e todas as mães participantes assinaram uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.

A análise da duração do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno (somatória dos índices de aleitamento materno exclusivo, predominante e complementar) foi realizada utilizando-se procedimentos de análise de sobrevivência. As curvas de aleitamento foram descritas pelo método de Kaplan-Mayer.

A amostra final foi de 100 díades em cada grupo, o que proporcionou o poder do teste de 0,90. Os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher, considerando o nível de significância estatística de 5%, por meio do software SAS 20 (versão 9.1).

Para efeito deste estudo, os seguintes conceitos foram utilizados, segundo a definição da OMS (WHO, 1991):

Aleitamento materno exclusivo (AME): a criança recebe leite materno diretamente de sua mãe ou leite materno ordenhado. Nenhum outro líquido ou sólido é oferecido à criança, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Desmame (D): Este termo se refere à interrupção da oferta de leite materno à criança.

Aleitamento Materno (AM): A criança recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independente da presença de outro alimento na dieta da criança.

RESULTADOS

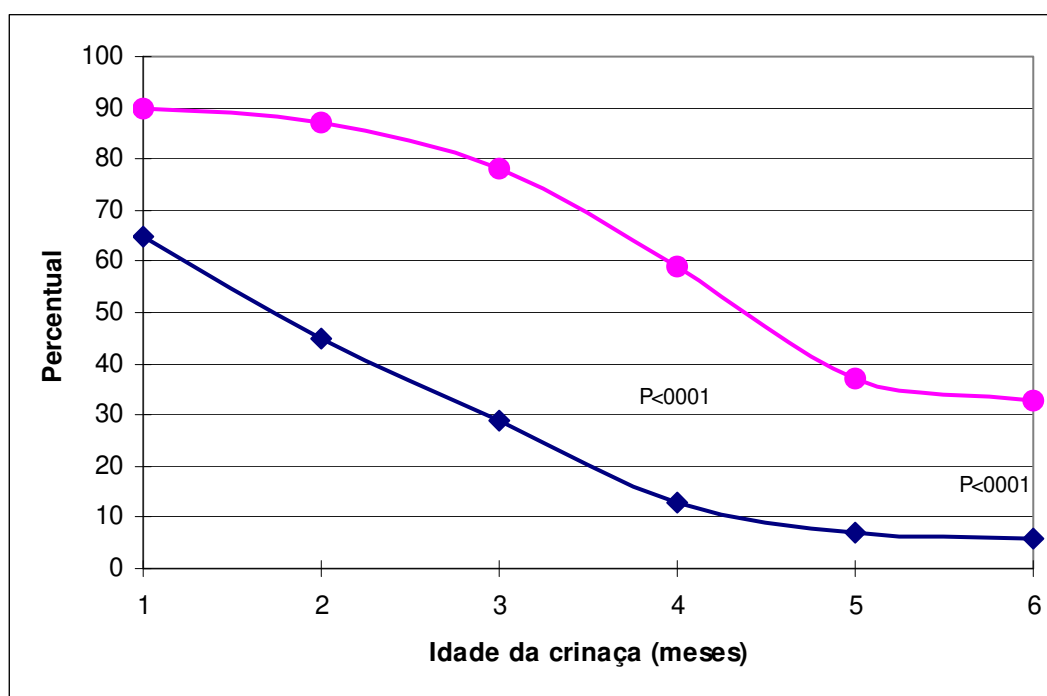
A tabela 1 revela as principais características da população estudada, mostrando informações sobre os aspectos pessoais e demográficos, o estado civil antes e após o parto, os períodos peri e pós-natal e as características do trabalho materno. É importante ressaltar que os dois grupos apresentam características semelhantes, diferindo estatisticamente em relação aos seguintes itens: escolaridade da mãe, idade do pai, primiparidade, tipo de parto, tempo de início da amamentação e permanência em alojamento conjunto.

Tabela 1- Características da população estudada.

	Grupo Interno	Grupo Externo	p
	% (N=100)	% (N=100)	
Pessoais e demográficas			
Nível socioeconômico alto	56	53	0,0831
Pai com mais do que o 1º grau completo	74	76	0,1137
Mãe com mais do que o 1º grau completo	93	77	0,0015
Pai com idade inferior a 25 anos	11	25	0,0099
Mãe com idade inferior a 25 anos	24	34	0,1191
Primíparas	76	63	0,0458
Estado civil antes do parto			
Casada	78	65	0,1012
União Estável	20	27	
Solteira	2	6	
Separada/Divorciada	0	2	
Estado civil após o parto			
Casada	80	67	0,0772
União Estável	18	24	
Solteira	1	7	
Separada/Divorciada	1	2	
Período perinatal e pós-natal			
Parto normal	16	34	0,0032
Início da amamentação até 4 h após o parto	39	55	0,0234
Permanência em alojamento conjunto	88	74	0,0116
Características do trabalho			
30 minutos por turno	51	38	0,0643
Creche interna na empresa	4	9	0,1515
Creche externa paga pela empresa	7	5	0,5515
Posto de coleta de leite materno	10	4	0,0963

Ao comparar a época de retorno da mãe ao trabalho entre os dois grupos, foi observada diferença estatística ($p = 0.0056$). Entre as mães do GE, o retorno ao trabalho ocorreu, predominantemente, no terceiro (21%), no quarto (35%) e no quinto mês de vida do lactente (27%). As mães do GI retornaram ao trabalho, principalmente, no quarto (43%) e no quinto (42%) mês.

A Figura 1 apresenta as curvas de sobrevivência para o índice de aleitamento materno exclusivo ao longo do primeiro semestre de vida da criança. Foi observada maior ocorrência de aleitamento materno exclusivo entre as mães do GI em relação ao GE ($p < 0.0001$).

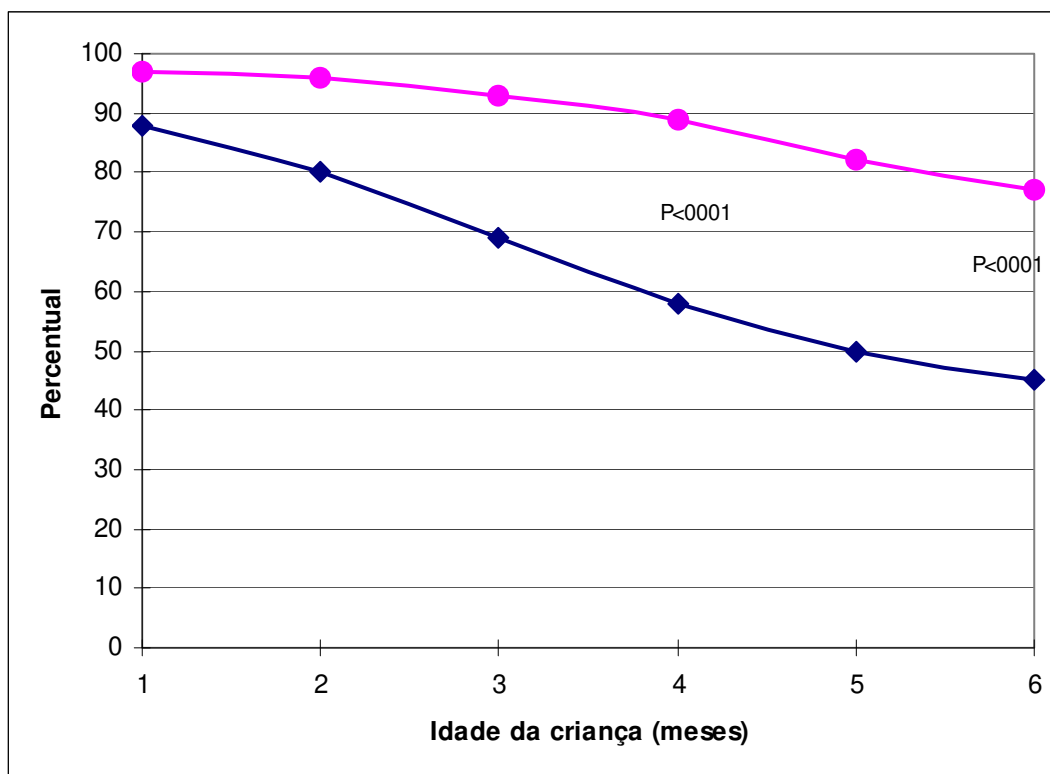


Grupo Interno: —●—

Grupo Externo: —◆—

Figura 1- Curvas de sobrevivência para o índice de aleitamento materno exclusivo ao longo do primeiro semestre de vida das crianças dos dois grupos.

As curvas de sobrevivência referentes ao índice de aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida da criança são apresentadas na Figura 2. Os dados mostram maior prevalência de aleitamento materno entre as mães do GI quando comparadas às mães do GE ($p < 0001$).



Grupo Interno: —●—

Grupo Externo: —◆—

Figura 2- Curvas de sobrevivência para o índice de aleitamento materno ao longo do primeiro semestre de vida das crianças dos dois grupos.

Não foi encontrada relação estatística entre a época de retorno ao trabalho e o índice de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança. Assim, a manutenção da prática do aleitamento materno exclusivo independe do período de retorno da mãe ao trabalho.

A ocorrência de desmame entre as mães do GE foi mais freqüente no primeiro (21,4%) e no quarto mês de vida da criança (21,4%). No entanto, entre as mães do GI, a interrupção do aleitamento materno foi mais prevalente no quarto (21,7%), no quinto (26,8%) e no sexto (21,7%) mês após o parto. A análise estatística permitiu observar maior precocidade do desmame entre as mães do GE ($p = 0.0009$).

DISCUSSÃO

Dentre todas as variáveis de caracterização da amostra, duas poderiam indicar maiores chances de sucesso na amamentação entre as mães do GI: o maior número de mães cuja escolaridade ultrapassa o primeiro grau completo, a permanência em alojamento conjunto e pais mais velhos. A literatura aponta para influência do grau de escolaridade materna (Ciaccia et al., 2003; Escobar et al., 2002; Santiago et al., 2003) e da idade paterna (Godinho et al., 2000; Harner e McCarter-Spaulding, 2004.) na manutenção da amamentação.

Na cidade de Piracicaba-SP, onde este estudo foi conduzido, há uma forte tendência em manter o lactente em alojamento conjunto, sendo que as três maternidades da cidade estão adotando essa prática como rotina. Alguns autores relatam que a permanência em alojamento conjunto é um facilitador para o estabelecimento da prática da amamentação (Narchi et al., 2005; Beretta et al., 2000; Ichisato e Shimo, 2002).

Entre as mães do GE, outras variáveis que influenciam positivamente a manutenção da amamentação podem ser ressaltadas: mães não primíparas, parto normal e início da amamentação nas primeiras quatro horas após o parto. O fato da mãe já ter tido outros filhos, pode influenciar a escolha do tipo de aleitamento que a criança vai receber. A literatura relata que as primíparas têm maior chance de iniciar a amamentação, porém tendem a mantê-la por menos tempo (Faleiros et al., 2006; Venâncio et al., 2002).

O parto normal é um importante fator para o estabelecimento precoce e, portanto, a manutenção do aleitamento materno, uma vez que não há o fator dor incisional ou o efeito pós-anestésico relacionados com o parto tipo cesárea, que podem se estender por várias horas após o ato cirúrgico e retardar o contato mãe-lactente, dificultando as primeiras mamadas. Ao contrário, após um parto normal, o contato mãe-lactente é imediato, ocorrendo a primeira mamada, na maioria dos casos, dentro da sala de parto (Faleiros et al., 2006; Ransjö-Arvidson et al., 2001).

O baixo número de mulheres trabalhadoras que recebe os benefícios de proteção à amamentação garantidos por lei, mostra que há uma real necessidade de apoio institucional, governamental e familiar para estas mães. A maioria das mães retornou ao trabalho entre o 3º e o 5º mês de vida do lactente. Este resultado já era esperado, tendo em vista a legislação trabalhista vigente até o momento no País, onde as mulheres trabalhadoras formais têm direito à quatro meses de licença maternidade remunerada. Quando retornam ao emprego, as mães têm, ainda, o direito a dois intervalos de 30 minutos, durante a jornada de trabalho, destinado ao aleitamento, até que o lactente complete seis meses de idade.

A comparação da época de retorno ao trabalho entre os dois grupos mostra que as mães que compuseram o GI ficaram por mais tempo afastadas do ambiente de trabalho, o que permitiu uma maior permanência com a criança. Este fato, que pode ser considerado um viés da pesquisa, é possível de ser explicado pela diferença do nível de escolaridade entre os dois grupos (Ciaccia et al., 2003; Escobar et al., 2002; Santiago et al., 2003).

Os índices de aleitamento materno, apresentados nos primeiros seis meses, são superiores aos resultados de um estudo realizado, na cidade de São Paulo, com mulheres trabalhadoras. Neste estudo, 38% das crianças com 15 dias de vida recebiam AME, sendo que esta porcentagem caiu para 17% no segundo mês. No sexto mês de vida, 40% das crianças ainda recebiam leite materno, porém nenhuma delas de forma exclusiva (Rea et al., 1997). Um estudo conduzido em Porto Alegre (Issler et al., 1994) mostrou índices de AME semelhantes aos encontrados no GE, porém, ainda muito distantes dos índices apresentados pelo GI.

A comparação entre os índices de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo nos dois grupos, sugere a importância de oferecer, às recém-mães, apoio informativo (abordando as vantagens do aleitamento materno), apoio instrumental (auxiliando-a em relação aos aspectos práticos da amamentação) e apoio emocional (ajudando-a a enfrentar os problemas relacionados com esta fase da vida), a fim de garantir a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida do lactente.

Os dados deste estudo sugerem que a época em que ocorre a interrupção do aleitamento materno exclusivo independe da época do retorno da mãe ao trabalho. Desta forma, parece importante que, além da extensão do período de licença maternidade de quatro para seis meses, também seja disponibilizado todo o apoio necessário para que a mãe adquira condições de manter esta prática.

A ansiedade materna, gerada pela aproximação da época de retorno ao trabalho, pode ser um fator de risco para a manutenção do aleitamento (Borges e Philippi, 2003). Entretanto, parece que o apoio disponibilizado por um grupo de incentivo ao aleitamento auxilia a mãe a enfrentar esta situação com menor grau de ansiedade, uma vez que ela se sente preparada e amparada para retomar a rotina profissional sem prejuízo ao aleitamento. Este fato ficou evidente quando comparou-se a época de desmame entre as mães dos dois grupos estudados.

Sendo assim os dados deste estudo apontam para uma relação favorável entre mães que retornam ao trabalho e que recebem apoio e a manutenção do aleitamento materno, sugerindo a importância do apoio de profissionais de saúde treinados para a manutenção do aleitamento materno.

BIBLIOGRAFIA

1. Barros FC, Temer TC, Toniolo Filho S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr.* 1996; 84:1221-6.
2. Beretta MIR, Frasson DA, Pacífico LHR, Denari FE. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos-SP. *Rev.latino-am.enfermagem.* 2000; 8(3): 59-66.
3. Borges AL, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003; 11(3): 287-92.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília (DF); 2001.
5. Carrascoza, KC. Avaliação dos aspectos biopsicossociais que interferem na amamentação. [dissertação]. Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
6. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saúde Publica.* 1998; 32(5): 430-6.
7. Ciaccia MCC, Ramos JLD, Issler H. Amamentação e trabalho da mulher: Como conciliar? *Revista Paulista de Pediatria,* 2003; 21(2): 83-88
8. CLT Consolidação das Leis do Trabalho 25ª ed.São Paulo: Editora Saraiva, 1999.
9. Costa COM, Figueiredo EM, Silva SB. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. *Jornal de Pediatria.* 1993; 69(3): 176-8.
10. Dearden K, Altaye IM, Oliva MSJ, Morrow AL, Burkhalter BR. Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 12(3): 185-92.

11. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomaikawa SO. Aleitamento Materno e condições socioeconômico-cultural: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev bras. Saúde matern. Infant*, 2002; 2(3): 253-261.
12. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*, 2006; 19(5): 623-630.
13. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Júnior PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad Saúde Publica*. 2005; 21(2): 482-9.
14. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2001; 9(5): 70-76.
15. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002; 10(4): 578-85.
16. Issler RMS, Enk I, Azeredo PR, Moraes JA. Estudo comparativo do período de aleitamento materno de crianças em creches internas e externas. *Jornal de Pediatria*. 1994; 70(5): 287-90.
17. Kummer SC, Giugliane ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Publica*. 2000; 34(2): 143-8.
18. Martins Filho, J. Como e porque amamentar. São Paulo, Sarvier Editora, 1987.
19. Montrone, VC, Arantes, CIS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. *Jornal de Pediatria*. 2002; 76(2): 138-142.
20. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2005; 5(1): 87-92.
21. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SSN, Baudson MFR. Práticas da amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2000; 34(6): 617-22.

22. Ransjö-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widström AM, Uvnäs-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*. 2001; 28(1): 5-12.
23. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saúde Publica*. 1997; 31(2): 149-56.
24. Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. *Jornal de Pediatria*. 1998; 74(3): 171-3.
25. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *Jornal de Pediatria*, 2003; 79(6): 504-512.
26. Schwartz K, D'arcy HJS, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract*. 2002; 51(5): 439-44.
27. Taddei JAAC, Westphal MF, Venâncio S, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *São Paulo Med J*. 2000; 118(6): 185-91.
28. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rra MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. [The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit.]. *Rev Saude Publica*. 2004;38:422-8.
29. Venâncio SI, Escuder MML, Kitiko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Publica*. 2002; 36(3): 313-8.
30. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva; 1991.

CAPÍTULO 2

Alimentação complementar entre filhos de trabalhadoras formais.

Supplementary nutrition among children of formal workers.

Título Corrido: Alimentação complementar.

Aline Brasileiro, A – Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Rosana Possobon, F – Professora Doutora da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Doutor.

Karina Carrascoza, C – Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Antônio Moraes, BA – Professor Titular da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Doutor.

RESUMO

Identificar a época de introdução de alimentos complementares entre mulheres trabalhadoras formais que reiniciam suas atividades profissionais antes da criança completar seis meses de idade. Foi realizado um estudo de intervenção não randomizado, por meio de inquérito entre mães que voltaram a trabalhar após o parto, participantes e não participantes de um grupo de incentivo ao aleitamento materno exclusivo. A amostra consistiu de 200 díades mãe-lactente com idade entre 6 e 10 meses de vida. Para avaliar fatores associados ao retorno ao trabalho, os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher. A média da idade das crianças na época em que a mãe retornou ao trabalho foi de 3,64 e 4,20 meses após o parto para as mães do Grupo Externo e do Grupo Interno, respectivamente. Foi observada diferença estatística para introdução precoce de outro tipo de leite ($p>0001$), água ($p>0001$), chá ($p>0001$), suco de frutas ($p>0001$), papa de frutas ($p=0016$) e papa salgada ($p=0023$) quando comparados os dois grupos. O apoio é um fator importante para a manutenção do aleitamento materno exclusivo entre mulheres trabalhadoras que retomam suas atividades profissionais antes que seus filhos completem seis meses, aumentando o risco de introdução precoce de alimentos complementares e suas conseqüências.

Descritores: Aleitamento materno. Mulheres. Introdução de alimentos. Grupo de incentivo. Desmame precoce

ABSTRACT

Identify the time of introduction of complementary foods among formal working women that restart their professional activities before the child completes six months of age. A non-randomized study of intervention was performed through survey among mothers who returned to work after childbirth, participants and non-participants of a group to encourage exclusive breastfeeding. The sample was built over 200-pain mother-baby with age between 6 and 10 months of life. To evaluate associates factors to return to the work, results were analyzed statistical through Chi-Square and Fisher's Exacts tests. The average age of time when the mother returned to work was 3.64 and 4.20 months after delivery for mothers of the Foreign Group and Internal Group, respectively. Statistical difference was observed for early introduction of another type of milk ($p > 0001$), water ($p > 0001$), tea ($p > 0001$), fruit juice ($p > 0001$), Pope of fruit ($p = 0016$) and pope salt ($p = 0023$) when compared of the two groups. The support is an important factor for the maintenance of exclusive breastfeeding among working women who take up their professional activities before their children complete six months, increasing the risk of early introduction of complementary foods and their consequences.

Keywords: Breastfeeding. Women. Feminine work. It weans precocious.

INTRODUÇÃO

A partir de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como sendo seis meses a idade adequada para a introdução de alimentos complementares na dieta da criança, recomendando que antes desta idade, o leite materno seja oferecido de forma exclusiva (WHO, 2001).

Apesar da importância da oferta do leite materno de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança, os índices de desmame precoce ainda são elevados. Alguns estudos investigativos mostram que os índices de aleitamento materno exclusivo (AME) variam entre 1,8% e 6% ao sexto mês de vida (Carvalho et al., 1998; Kummer et al., 2000; Passos et al., 2000). Esses dados são corroborados pelos resultados de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1999. Este levantamento encontrou uma prevalência de apenas 9,7% de AME entre as crianças brasileiras aos seis meses de vida (Brasil, 2001).

A literatura aponta para três momentos de maior risco para a introdução precoce de alimentos, o pós-parto imediato, ainda dentro do hospital (Martins Filho, 1987), a volta para casa após alta hospitalar (Taddei et al., 2000) e o retorno da mãe ao trabalho (Rea et al., 1997).

O desmame inicia-se no momento em que a criança passa a receber outro alimento além do leite materno. A introdução precoce de alimentos complementares além de interferir na manutenção do aleitamento materno, pode não ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais desta fase do desenvolvimento e, muitas vezes, podendo afetar a velocidade de crescimento (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006).

A crescente participação da mulher no mercado de trabalho tem aumentado o risco da introdução de alimentos complementares precocemente (antes dos seis meses de vida da criança). Schwartz et al. (2002) mostram que o retorno da mãe ao trabalho foi responsável por 58% do desmame precoce em uma população de Michigan e Nebraska (EUA). Resultados semelhantes foram encontrados por Costa et al (1993) e Dearden et al (2002), em estudos conduzidos na cidade de Belém - PA e em quatro comunidades da Guatemala, respectivamente.

A partir dos seis meses, o leite materno por si só não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de outros alimentos, de forma lenta e gradual evoluindo até que a criança receba alimentação semelhante à da família, ao completar doze meses de idade. (Brasil, 2002)

Alguns estudos (Taddei et al., 2000; Ichisato e Shimo, 2001; Rea et al., 1997; Schwartz et al., 2002; Costa et al., 2002) mostram a importância do apoio às mães trabalhadoras, por apresentarem maior risco de introduzir precocemente alimentos na dieta da criança. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar a época de introdução de alimentos complementares entre mulheres trabalhadoras formais que reiniciam suas atividades profissionais antes da criança completar seis meses de idade.

METODOLOGIA

A amostra foi dividida em dois grupos: A) grupo interno (GI), composto por 100 mães participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), oferecido pela equipe do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-Unicamp); e B) grupo externo (GE), composto por 100 mães não participantes.

No GIAME, a díade mãe-criança é acompanhada desde os primeiros dias após o parto até a criança completar seis meses de vida. Mãe e criança participam de nove encontros, conduzidos por uma equipe interdisciplinar, composta por cirurgião-dentista, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo, treinada para a orientação da mãe sobre questões relacionadas ao aleitamento materno. Nestes encontros e em sessões individuais, quando necessário, a equipe disponibiliza apoio informativo, instrumental e emocional no intuito de garantir a aquisição, pela mãe, de condições para a manutenção da amamentação natural. As mães do GI foram convidadas a participar da pesquisa durante o último encontro do GIAME.

Para a composição da amostra do GE, a pesquisadora abordou as mães durante uma campanha de vacinação infantil, realizada na cidade de Piracicaba-SP, no dia 10 de junho de 2006. Adotou-se procedimento de amostragem por conglomerado em dois

estágios. No primeiro momento, foram sorteadas as unidades de vacinação e, no segundo, as crianças em cada unidade, de foram escolhidas de forma sistemática. O sorteio das 3 unidades e o número de crianças cujas mães seriam abordadas por unidade foram definidos considerando o total de 40 unidades de vacinação do ano anterior e a estimativa de vacinar 24.000 crianças de 0 a 5anos. Nas 3 unidades sorteadas, a expectativa era vacinar 1.200 crianças com idade inferior a 1 ano.

Para a realização da coleta de dados desta pesquisa os profissionais envolvidos foram treinados pela pesquisadora responsável, na tentativa de garantir a fidedignidade das informações. Houve um momento para a familiarização com o roteiro de entrevista e a definição dos critérios de inclusão e exclusão. Para atingir uma concordância intra e interexaminadores de 95%, garantindo um controle da qualidade do trabalho, 10% das mães responderam o roteiro de entrevista com participação da pesquisadora.

Em ambos os grupos, foram incluídas somente as mães trabalhadoras formais, ou seja, que possuíam vínculo empregatício (“carteira assinada”) e que retornaram ao trabalho antes do filho completar seis meses de vida. Foram excluídas as mães que atuavam como autônomas, que eram estudantes ou empresárias, por não serem contempladas com os benefícios concedidos pelas leis de incentivo ao aleitamento materno previstos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (Brasil, 1999), aos quais as trabalhadoras formais têm direito. Além disso, também foram excluídas as díades que apresentaram algum problema de saúde nos períodos pré e pós-parto imediato, bem como as mães que tiveram filhos gêmeos, prematuros (< 37 semanas) ou com baixo peso ao nascer (< 2.500g).

Para coleta dos dados, utilizou-se um roteiro estruturado de entrevista que permitiu coletar informações tais como nível socioeconômico, idade da mãe e do pai, estado civil antes e após o parto, número de filhos, tipo de parto, variáveis relacionadas aos períodos peri e pó-natal, época de retorno da mãe ao trabalho, condições do trabalho materno e época de introdução de alimento complementar.

O desenho metodológico aplicado à este estudo foi a intervenção não randomizado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-Unicamp e todas as mães participantes assinaram uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.

A amostra final foi de 100 díades em cada grupo, o que proporcionou o poder do teste de 0,90. Os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher, considerando o nível de significância estatística de 5%, por meio do software SAS 20 (versão 9.1).

Para a realização deste estudo, foram utilizados os seguintes conceitos, segundo a definição da OMS (WHO, 1991):

Aleitamento materno exclusivo (AME): A criança recebe leite materno diretamente de sua mãe ou leite materno ordenhado. Nenhum outro líquido ou sólido é oferecido à criança, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno (AM): A criança recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independente da presença de outro alimento na dieta.

Alimentação Complementar: Conjunto de outros alimentos, além do leite materno, oferecidos durante o período de aleitamento.

Desmame (D): Este termo se refere à interrupção da oferta de leite materno à criança.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as principais características da população estudada, apontando os aspectos pessoais e demográficos, as variáveis referentes aos períodos peri e pós-natal e as características do trabalho materno. É importante ressaltar que os dois grupos apresentam características semelhantes, diferindo estatisticamente em relação aos seguintes itens: escolaridade da mãe, idade do pai, primiparidade, tipo de parto, tempo de início da amamentação e permanência em alojamento conjunto.

Tabela 1- Características da população estudada.

	Grupo Interno	Grupo Externo	P
	% (N=100)	% (N=100)	
Pessoais e demográficas			
Nível socioeconômico alto	56	53	0,0831
Pai com mais do que o 1º grau completo	74	76	0,1137
Mãe com mais do que o 1º grau completo	93	77	0,0015
Pai com idade inferior a 25 anos	11	25	0,0099
Mãe com idade inferior a 25 anos	24	34	0,1191
Primíparas	76	63	0,0458
Estado civil antes do parto			
Casada	78	65	0,1012
União Estável	20	27	
Solteira	2	6	
Separada/Divorciada	0	2	
Estado civil após o parto			
Casada	80	67	0,0772
União Estável	18	24	
Solteira	1	7	
Separada/Divorciada	1	2	
Período perinatal e pós-natal			
Parto normal	16	34	0,0032
Início da amamentação até 4 h após o parto	39	55	0,0234
Permanência em alojamento conjunto	88	74	0,0116
Características do trabalho			
30 minutos por turno	51	38	0,0643
Creche interna na empresa	4	9	0,1515
Creche externa paga pela empresa	7	5	0,5515
Posto de coleta de leite materno	10	4	0,0963

Entre as mães do GE, a média da idade das crianças na época em que a mãe retornou ao trabalho foi de 3,64 meses. Enquanto, as mães do GI apresentaram uma média de 4,20 meses.

Os índices de AME no primeiro mês de vida da criança foi de 65% e 90% para o GE e GI, respectivamente. Ao quarto e sexto mês, estes índices caíram para 59% e 33% no GI e para 13% e 6% no GE.

No Grupo Interno, os índices de Aleitamento Materno (independente da presença de alimentos complementares) foi de 97% no primeiro mês, 89% no quarto e 77% no sexto mês. Entre as mães do Grupo Externo a prevalência do aleitamento foi menor, tanto para o primeiro, como para o quarto ou o sexto mês, mostrando valores de 88%, 58% e 45% respectivamente.

A Figura 1 mostra a frequência de introdução da alimentação complementar ao longo dos primeiros seis meses de vida da criança. No primeiro mês, 21 mães do GE já haviam oferecido outro tipo de leite, 16 ofereciam água, 18, chá e 1 mãe já havia introduzido suco de frutas. Entre as mães do GI, 8 haviam oferecido outro tipo de leite, 2 ofereciam água, 2 ofereciam chá e nenhuma mãe acrescentou suco de fruta na dieta do filho.

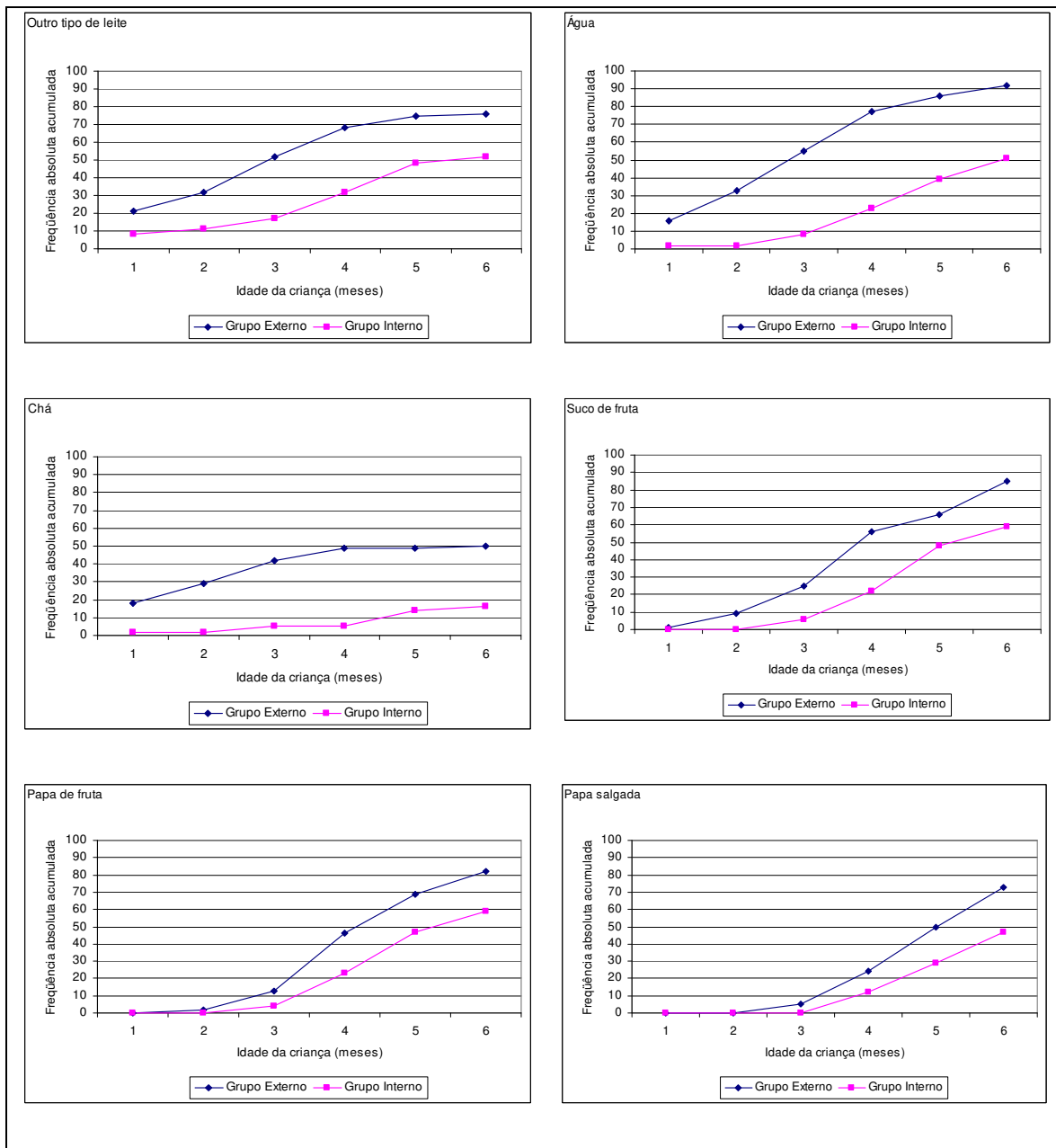


Figura 1- Frequência absoluta acumulada de introdução precoce de alimentação complementar entre as mães do Grupo Interno e Grupo Externo.

É possível afirmar que os dois grupos apresentaram padrão semelhante para introdução da alimentação complementar (Figura 2). Porém, foi observada diferença estatística para introdução precoce de outro tipo de leite ($p>0001$), água ($p>0001$), chá ($p>0001$), suco de frutas ($p>0001$), papa de frutas ($p=0016$) e papa salgada ($p=0023$) quando comparados os dois grupos.

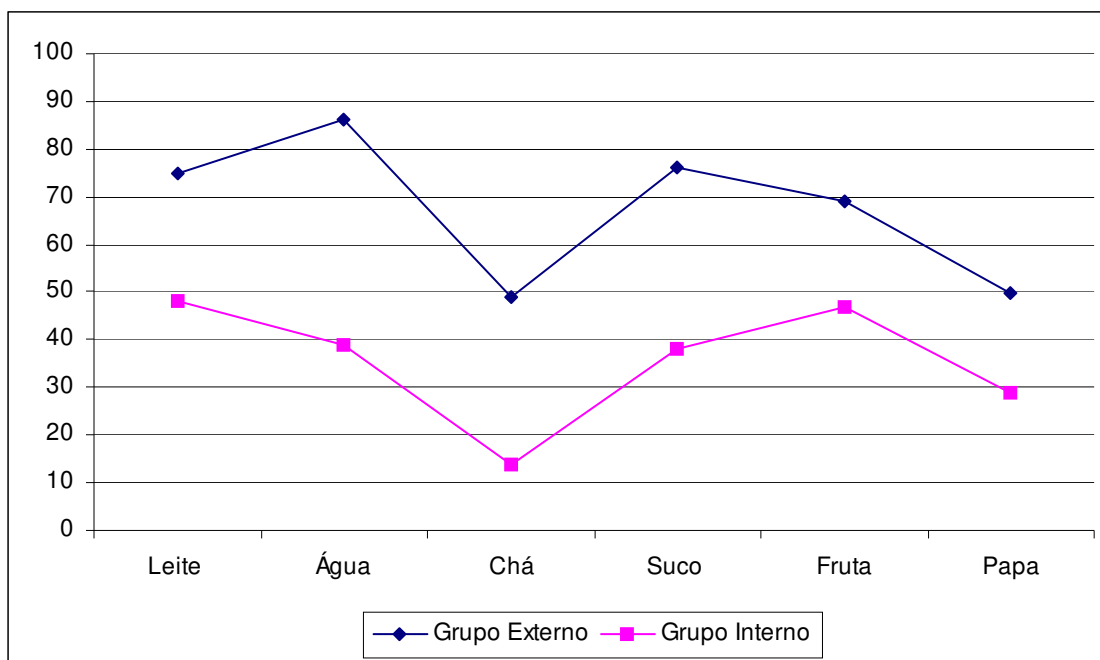


Figura 2- Frequência de introdução precoce de alimentação complementar entre as mães do Grupo Interno e Grupo Externo.

Entre as mães do GE, foi encontrada relação entre a idade materna e a introdução precoce de chá ($p= 0,0354$), suco de frutas ($p=0,0149$) e papa salgada ($p= 0,0394$). Todavia, entre as participantes do GI, a idade materna esteve relacionada apenas com a introdução precoce de outro tipo de leite ($p= 0,0148$).

DISCUSSÃO

Dentre as variáveis estudadas, observou-se diferença estatística em relação a seis delas, das quais foi verificada a presença de três fatores de risco para a introdução precoce de alimentação complementar para cada um dos grupos.

Assim, as participantes do GE mostraram menor escolaridade, menor permanência em alojamento conjunto e maior número de cônjuges com idade inferior a 25 anos. Algumas pesquisas revelam que o baixo grau de escolaridade materna (Ciaccia et al., 2003; Escobar et al., 2002; Santiago et al., 2003), a não permanência em alojamento conjunto (Narchi et al., 2005; Beretta et al., 2000; Ichisato e Shimo, 2002) e pais mais jovens (Godinho et al., 2000; Harner e McCarter-Spaulding, 2004.) são fatores de risco para a manutenção da amamentação. No entanto, entre as mães do GI foi observada maior ocorrência de primiparidade, de parto tipo cesárea e maior frequência de início da amamentação após quatro horas do nascimento da criança. A literatura relata que as primíparas têm maior chance de iniciar a amamentação, porém tendem a mantê-la por menos tempo (Faleiros et al., 2006; Venâncio et al., 2002). Além disso, o parto normal tem sido considerado um importante fator para o estabelecimento precoce e, conseqüentemente, para a manutenção do aleitamento materno. Isso se deve ao fato da ausência do fator dor incisional ou o efeito pós-anestésico relacionados com o parto tipo cesárea, que podem se estender por várias horas após o ato cirúrgico e retardar o contato mãe-criança, dificultando, assim, as primeiras mamadas. Ao contrário, após um parto normal, o contato mãe-criança é imediato, ocorrendo a primeira mamada, na maioria dos casos, dentro da sala de parto (Faleiros et al., 2006; Ransjö-Arvidson et al., 2001).

O baixo número de mulheres trabalhadoras que recebem os benefícios de proteção à amamentação, como por exemplo, descanso de 30 minutos por turno, creche interna ou externa e posto de coleta de leite materno, pode sugerir a necessidade de oferecer mais informações sobre esses direitos garantidos por lei.

A maioria das mães retornou ao trabalho entre o 3º e o 5º mês de vida da criança. Este resultado já era esperado, tendo em vista a legislação trabalhista vigente até o momento no País, que garante às mulheres trabalhadoras formais o direito a quatro meses de licença maternidade remunerada.

Ao comparar a época de retorno da mãe ao trabalho entre os dois grupos, foi possível observar que as mães que compuseram o GI ficaram afastadas do ambiente de trabalho por mais tempo, o que, provavelmente permitiu uma maior permanência com a criança. Este fato, considerado um viés da pesquisa, pode ser explicado pela diferença no nível de escolaridade materna observada entre os dois grupos (Ciaccia et al., 2003; Escobar et al., 2002; Santiago et al., 2003).

Os índices de aleitamento materno, apresentados nos primeiros seis meses de vida da criança, são superiores aos resultados de um estudo realizado na cidade de São Paulo com mulheres trabalhadoras. Neste estudo, 38% das crianças com 15 dias de vida recebiam AME, sendo que esta porcentagem caiu para 17% no segundo mês. No sexto mês de vida, 40% das crianças ainda recebiam leite materno, porém nenhuma de forma exclusiva (Rea et al., 1997). Um estudo conduzido em Porto Alegre (Issler et al., 1994) mostrou índices de AME semelhantes aos encontrados no GE, porém, ainda muito distantes dos índices apresentados pelo GI.

A introdução precoce da alimentação complementar é desvantajosa para o desenvolvimento da criança, uma vez que além de reduzir a duração do aleitamento materno pode interferir na absorção de importantes nutrientes presentes no leite materno, tais como o ferro e o zinco (Giugliani e Victora, 2000). Os alimentos complementares, como por exemplo, outro tipo de leite, a água, o chá e o suco de fruta, foram introduzidos mais precocemente no GE se comparado com o GI. Outros autores (Parada et al., 2007; Vieira et al., 2004) mostraram índices de introdução de chá e suco superiores aos encontrados nestes estudos.

No GI, a prevalência de introdução precoce de alimentos complementares foi estatisticamente menor quando comparado com o GE, sugerindo que as mães do GI conseguiram adiar a introdução de alimentos por mais tempo. Apesar da diminuição na prevalência, é possível observar que as linhas que representam a introdução de alimentos nos dois grupos mostram padrões semelhantes, com exceção da introdução de água e de fruta. Pode-se sugerir que esta semelhança esteja relacionada ao contexto sócio-cultural em que as mães estão inseridas.

Segundo França et al. (2007), as práticas culturais podem influenciar a manutenção da amamentação, destacando-se pela percepção materna do ato de amamentar e suas dificuldades. Estes autores ainda sugerem que o apoio durante o período do pós-parto é fundamental para minimizar o impacto negativo que determinados fatores culturais podem exercer sobre a prática do aleitamento.

Foi possível observar que a introdução precoce de alimentação complementar esteve relacionada com a idade materna, sugerindo que quanto mais jovem é a mãe, maior é a chance de haver a introdução precoce de alimentos complementares. Esse fato pode estar relacionado à insegurança e à inexperiência destas mães nos cuidados com a criança. Estes dados são corroborados por estudos que mostram a relação entre a introdução de papa salgada e a idade materna (Saldiva et al., 2007). Oliveira et al. (2005) também aponta para uma associação entre a idade materna e a interrupção precoce do aleitamento exclusivo ou predominante, sendo que os filhos de mães com idade inferior a 20 anos têm 2,2 vezes mais chances de serem desmamados.

Segundo Vieira et al (2004), os fatores culturais que favorecem a introdução de chás, água e outros alimentos na alimentação de crianças em aleitamento materno, provavelmente, têm maior impacto entre as primíparas. Isto porque a amamentação não é um ato totalmente instintivo e sua técnica, em alguns casos, precisa ser aprendida.

Pelo exposto, percebe-se a importância do apoio para a manutenção do aleitamento materno exclusivo principalmente entre mulheres trabalhadoras, que têm a necessidade de retomar suas atividades profissionais, afastando-se de seus filhos antes mesmo que eles completem seis meses, o que pode aumentar o risco de introdução precoce de alimentos complementares e suas conseqüências.

BIBLIOGRAFIA

1. Beretta MIR, Frasson DA, Pacífico LHR, Denari FE. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos-SP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8(3): 59-66.
2. Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho 25ª ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília (DF); 2002. 45p.
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília (DF); 2001.
5. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saude Publica* 1998; 32(5): 430-6.
6. Ciaccia MCC, Ramos JLD, Issler H. Amamentação e trabalho da mulher: Como conciliar? *Rev Paul Pediatr* 2003; 21(2): 83-8.
7. Costa COM, Figueiredo EM, Silva SB. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. *J. Pediatr* 1993; 69(3): 176-8.
8. Dearden K, Altaye IM, Oliva MSJ, Morrow AL, Burkhalter BR. Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(3): 185-92.
9. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomaikawa SO. Aleitamento Materno e condições socioeconômico-cultural: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2002; 2(3): 253-61.
10. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr* 2006; 19(5): 623-30.

11. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venâncio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5):711-18.
12. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J. Pediatr* 2000; 76(Supl. 3): S253-S262.
13. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev Latino-am Enfermagem* 2000, 8(2): 25-32.
14. Harner HM, McCarter-Spaulding D. Teenage mothers and breastfeeding: does paternal age make a difference? *J Hum Lact* [on line] 2004; 20; 404-8. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/4/404>.
15. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2001; 9(5): 70-76.
16. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(4): 578-85.
17. Issler RMS, Enk I, Azeredo PR, Moraes JA. Estudo comparativo do período de aleitamento materno de crianças em creches internas e externas. *J. Pediatr* 1994; 70(5): 287-90.
18. Kummer SC, Giugliane ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2): 143-8.
19. Martins Filho, J. Como e porque amamentar. São Paulo: Ed. Sarvier, 1987.
20. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(1): 87-92.
21. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSSG, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1519-30.

22. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. Rev. Latino-am Enfermagem [on line] 2007 março-abril; 15(2). Disponível em: <http://www.bireme.br>
23. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SSN, Baudson MFR. Práticas da amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. Rev Saude Publica 2000; 34(6): 617-22.
24. Ransjö-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widström AM, Uvnäs-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. Birth 2001; 28(1): 5-12.
25. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. Rev Saude Publica 1997; 31(2): 149-56.
26. Saldiva SRDM, Esculder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. J Pediatr 2007; 83(1): 53-8.
27. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. J. Pediatr 2003; 79(6): 504-12.
28. Schwartz K, D'arcy HJS, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. J Fam Pract 2002; 51(5): 439-44.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. 64p
30. Taddei JAAC, Westphal MF, Venâncio S, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. Med J. 2000; 118(6): 185-91.

31. Venâncio SI, Escuder MML, Kitiko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2002; 36(3): 313-8.
32. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr* 2004; 80: 411-6.
33. WHO (World Health Organization). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the press [serial on line] 2001 April; (2): 1-6. Available from: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>.
34. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva; 1991.

CAPÍTULO 3

Influência das leis trabalhistas na manutenção da amamentação.

Influence of labor laws in the maintenance of breastfeeding.

Título Corrido: Leis trabalhistas e amamentação.

Aline Brasileiro, A – Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Rosana Possobon, F – Professora Doutora da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Doutor.

Karina Carrascoza, C – Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Antônio Moraes, BA – Professor Titular da Área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Doutor.

RESUMO

Identificar o cumprimento das leis trabalhistas, além de investigar a importância das mesmas na manutenção da amamentação. Foi realizado um estudo retrospectivo de coorte, por meio de inquérito entre mães que voltaram a trabalhar após o parto. A amostra consistiu de 100 díades mãe-lactente com idade entre 6 e 10 meses de vida. Para avaliar fatores associados ao retorno ao trabalho, os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Os resultados mostram que a manutenção do aleitamento materno exclusivo independe da época de retorno da mãe ao trabalho, da jornada diária, da distância entre mãe-criança, da presença de creche interna ou externa, do nível do cargo ocupado pela mãe e da utilização do posto de coleta de leite materno. Como fator protetor da prática do aleitamento materno exclusivo, aponta-se a utilização do descanso de 30 minutos por turno trabalhado. É importante oferecer às mães trabalhadoras informações sobre os direitos. Munida deste conhecimento, a mulher-mãe-nutriz pode lutar pelos seus direitos, fiscalizando e exigindo o cumprimento dos benefícios trabalhistas pelas empresas.

Descritores: Aleitamento materno. Mulheres. Leis trabalhistas. Desmame precoce

ABSTRACT

Identify the enforcement of labor laws, and to investigate the importance of the same in the maintenance of breastfeeding. A retrospective study of cohort was realized through interviews among mother's that got back to work after labor. The sample was built over 100-pain mother-baby with age between 6 and 10 months of life. To evaluate associates factors to return to the work, results were analyzed statistical through Chi-Square and Fisher's Exacts tests. The results show that the maintenance of exclusive breastfeeding independes on the time of return of the mother to work, the daily journey, the distance between mother-child, the presence of internal or external day care, the level of the position held by the mother and the place of collection of milk. As protective factor of the practice of exclusive breastfeeding, there are use of rest of 30 minutes per shift worked. It is important to provide working mothers information about rights. Having this knowledge, the wife-mother-nutriz can fight for their rights, monitoring and requiring accomplishment with the labor benefits by the companies.

Keywords: Breastfeeding. Women. Feminine work. It weans precocious.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da década de 70, iniciou-se um resgate da prática da amamentação natural. Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que o leite materno deveria ser oferecido de forma exclusiva, para praticamente todas as crianças, até o sexto mês de vida (WHO, 2001).

Entretanto, os índices de aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida, ainda encontram-se abaixo do esperado. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1999, encontrou uma prevalência de apenas 9,7% de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) entre as crianças brasileiras aos seis meses de vida (Brasil, 2001).

Segundo Rea *et al* (1997), o retorno da mãe ao trabalho é um dos momentos que oferecem maior risco para a manutenção do aleitamento materno. Sendo assim, a crescente participação da mulher no mercado de trabalho aumenta o risco do desmame precoce (antes dos seis meses de vida da criança). Schwartz *et al.* (2002) mostraram que o retorno da mãe ao trabalho foi responsável por 58% do desmame precoce em uma população de Michigan e Nebraska (EUA). Resultados semelhantes foram encontrados por Costa *et al* (1993) e Dearden *et al* (2002), em estudos conduzidos na cidade de Belém - PA e em quatro comunidades da Guatemala, respectivamente.

A fim de minimizar os riscos do retorno da mãe ao trabalho para o aleitamento materno, foram elaborados dispositivos legais de proteção à amamentação da mulher trabalhadora. A Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, no seu artigo 7º, parágrafo XVIII, versa: “Licença maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias”. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) também possui diversos artigos que protegem a mulher trabalhadora gestante e nutriz: afastamento de ambientes de trabalho com equipamentos radiológicos e produtos químicos, descansos especiais durante a jornada de trabalho, criação de creches e convênios com creches para empresas com mais de 30 funcionárias com idade superior a 16 anos e descrição de locais adequados para os cuidados com os lactentes, etc. (Santiago *et al.*, 2003; Issler *et al.*, 1994).

No entanto, pode-se dizer que esta lei é pobre e ambígua, visto que, a criança teria direito de usar a creche até os seis meses de vida, dos quais, os quatros primeiros meses seriam durante o período de licença maternidade, quando a mãe está em casa com o seu filho. Assim, a creche seria usada apenas durante dois meses (quinto e sexto mês de vida). Entretanto, Rea et al (1997) afirmam que, a maioria das empresas que oferece esta comodidade e direito às mães, tenta otimizar ao máximo a utilização deste benefício, permitindo que as crianças permaneçam na creche ao longo do primeiro ano de vida.

Vale ressaltar a importância do papel da sociedade e do Estado na fiscalização do cumprimento destas leis, uma vez que elas não determinam que, necessariamente, as empresas devam dispor de creche no próprio local de trabalho. A lei permite que se façam convênios com creches situadas em outros locais que não na empresa, o que possibilita que os empregadores cumpram a “letra”, mas não “o espírito” da lei. Além disso, por meio de acordos coletivos, os sindicatos, por sua vez, têm reivindicado o pagamento de vale-creche, visto como um benefício por eles e pelas próprias trabalhadoras. Entretanto, este recurso nem sempre permite que as mulheres tenham acesso ao seu filho, durante o expediente, para amamentá-lo, principalmente em grandes centros urbanos, onde o transporte é ineficiente e a distância entre a casa, o local de trabalho e o local de permanência do filho é, geralmente, muito grande (Osis et al, 2004).

Deste modo, o objetivo deste estudo foi identificar o cumprimento das leis trabalhistas, além de avaliar a importância das mesmas na manutenção da amamentação.

METODOLOGIA

A amostra foi composta por 100 díades mãe-criança que compareceram a uma campanha de vacinação infantil, realizada na cidade de Piracicaba-SP, no dia 10 de junho de 2006. Adotou-se o procedimento de amostragem por conglomerado em dois estágios. No primeiro momento, foram sorteadas as unidades de vacinação e, no segundo, as crianças em cada unidade, que foram escolhidas de forma sistemática. O sorteio das 3 unidades e o número de crianças cujas mães seriam abordadas por unidade foram definidos considerando

o total de 40 unidades de vacinação do ano anterior e a estimativa de vacinar 24.000 crianças de 0 a 5 anos. Nas 3 unidades sorteadas, a expectativa era vacinar 1.200 crianças com idade inferior a 1 ano.

Os profissionais envolvidos na coleta dos dados foram treinados pela pesquisadora responsável, a fim de garantir fidedignidade das informações. Em um primeiro momento houve uma familiarização com o roteiro de entrevista e com critérios de inclusão e exclusão. Para atingir a concordância intra e interexaminadores proposta de 95% e garantir o controle de qualidade do trabalho, durante a execução do levantamento de dados, 10% das mães responderam o roteiro de entrevista sob supervisão da pesquisadora.

Na amostra foram incluídas somente as mães trabalhadoras formais, ou seja, que possuíam vínculo empregatício (“carteira assinada”) e que retornaram ao trabalho antes do filho completar seis meses de vida. Foram excluídas as mães que atuavam como autônomas, estudantes ou empresárias, por não serem contempladas com os benefícios concedidos pelas leis de incentivo ao aleitamento materno previstos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (Brasil, 1999), aos quais as trabalhadoras formais têm direito. Além disso, também foram excluídas as mães que apresentaram algum problema de saúde nos períodos pré e pós-parto imediato, bem como as mães que tiveram filhos gêmeos, prematuro (< 37 semanas) ou com baixo peso ao nascer (< 2.500g).

Para coleta dos dados, utilizou-se um roteiro estruturado de entrevista que permitiu coletar informações tais como nível socioeconômico, idade da mãe e do pai, estado civil antes e após o parto, número de filhos, tipo de parto, variáveis relacionadas aos períodos peri e pós-natal, época de retorno da mãe ao trabalho, distância entre o local de trabalho e o local de permanência da criança, acompanhante da criança no momento de ausência da mãe, jornada de trabalho e as condições do trabalho materno.

O desenho metodológico aplicado a este estudo foi o retrospectivo de coorte. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-Unicamp e todas as mães participantes assinaram uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.

Os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher, considerando o nível de significância estatística de 5%, por meio do software SAS 20 (versão 9.1).

Para a realização deste estudo, foram utilizados os seguintes conceitos, segundo a definição da OMS (WHO, 2001).

Aleitamento materno exclusivo (AME): A criança recebe leite materno diretamente de sua mãe ou leite materno ordenhado. Nenhum outro líquido ou sólido é oferecido à criança, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno (AM): A criança recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independente da presença de outro alimento na dieta.

Aleitamento materno predominante (AMP): a fonte predominante de alimentação da criança é o leite materno. Porém, também são administrados, água e bebidas a base de água, sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, vitaminas, minerais e medicamentos em forma de gotas xaropes. Nesta definição não se permite incluir nenhum outro líquido baseado em alimentos, com exceção do suco de frutas e da água açucarada.

Aleitamento materno complementar (AMC): o leite humano é ainda fonte de alimentação da criança, que também recebe outros alimentos líquidos, semi-sólidos e sólidos, inclusive leite não-humano.

Desmame (D): Este termo se refere à interrupção da oferta de leite materno à criança.

RESULTADOS

A Tabela 1 revela as principais características da população estudada, mostrando os aspectos pessoais e demográficos, as variáveis referentes aos períodos peri e pós-natal. É importante ressaltar que a amostra foi constituída, na sua maioria, por pais com primeiro grau completo, casadas, de alto nível socioeconômico, primíparas, que passaram por parto tipo cesárea e que permaneceram em alojamento conjunto.

Tabela 1- Características da população estudada.

	Mães trabalhadoras	
	N (100)	%
Pessoais e demográficas		
Nível socioeconômico alto	53	53
Pai com mais do que o 1º grau completo	76	76
Mãe com mais do que o 1º grau completo	77	77
Pai com idade inferior a 25 anos	25	25
Mãe com idade inferior a 25 anos	34	34
Primíparas	63	63
Estado civil antes do parto		
Casada	65	65
União Estável	27	27
Solteira	6	6
Separada/Divorciada	2	2
Estado civil após o parto		
Casada	67	67
União Estável	24	24
Solteira	7	7
Separada/Divorciada	2	2
Período perinatal e pós-natal		
Parto normal	34	34
Início da amamentação até 4 h após o parto	55	55
Permanência em alojamento conjunto	74	74

Em relação ao cumprimento das leis trabalhistas pelos empregadores, observou-se que 50% ofereciam os 30 minutos de descanso por turno trabalhado, sendo que 38% das mulheres utilizavam esse benefício; 16% das empresas apresentavam creche interna e 13% ofereciam creche externa ao local de trabalho. Porém, apenas 9% das empregadas usavam a creche interna e 5%, a creche externa. O posto de coleta de leite materno foi oferecido por 12% das empresas, no entanto, somente 4% das mães trabalhadoras utilizavam este benefício.

A Tabela 2 relaciona algumas características do retorno ao trabalho e a manutenção do AME até o sexto mês de vida da criança, tais como, a época de retorno da mãe ao trabalho, as horas diárias de trabalho, o cuidador da criança no momento de ausência da mãe, a distância entre o local de trabalho e o local de permanência da criança, o nível do cargo ocupado pela mãe e a utilização dos benefícios garantidos por lei. Os dados mostraram que a creche ou a escola foram as responsáveis pelos cuidados de 73% das crianças durante a jornada de trabalho materno. Dentre estas crianças, apenas 4% eram amamentadas exclusivamente ao sexto mês de vida.

Os resultados mostram que a manutenção do aleitamento materno exclusivo independe da época de retorno da mãe ao trabalho, do número de horas trabalhadas por dia, do nível do cargo ocupado, da distância entre o local de trabalho e o local de permanência da criança, da presença de creche interna ou externa e do posto de coleta de leite materno e do cuidador da criança nos períodos de ausência da mãe. Como fator de proteção à prática do aleitamento materno exclusivo, pode-se ressaltar a utilização do descanso de 30 minutos por turno trabalhado.

Tabela 2- Variáveis relacionadas ao retorno ao trabalho e a influencia no AME aos seis meses.

Variáveis	AME aos seis meses				P
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Época de retorno ao trabalho					
Até 4 meses após o parto	69	69	4	4	0,7185
Mais que 4 meses após o parto	25	25	2	2	
Cuidador da criança					
Mãe	1	1	6	6	0,6304
Creche/Escola	4	4	69	69	
Outra pessoa	1	1	19	19	
Jornada diária de trabalho					
Até 8 horas/dia	6	6	72	72	0,1796
Mais que 8 horas/dia	0	0	22	22	
Nível do cargo ocupado					
Superior	1	1	32	32	0,3801
Médio	5	5	62	62	
Distância entre local de trabalho e criança					
Até 30 minutos	5	5	64	64	0,4336
Mais que 30 minutos	1	1	30	30	
Utiliza os 30 minutos de descanso por turno					
Sim	6	6	32	32	0,0012
Não	0	0	62	62	
Utiliza a creche dentro do local de trabalho					
Sim	1	1	8	8	0,4985
Não	5	5	86	86	
Utiliza a creche fora do local de trabalho					
Sim	0	0	5	5	0,5621
Não	6	6	89	89	
Utiliza o posto de coleta de leite no local de trabalho					
Sim	1	1	3	3	0,1024
Não	5	5	91	91	

Ao investigar a época de retorno ao trabalho, foi possível observar que 4% das mães voltaram logo no primeiro mês após o parto, 3% no segundo mês, 21% no terceiro, 35% no quarto mês e 37% no quinto mês de vida da criança.

A Figura 1 revela os índices de aleitamento materno exclusivo e de desmame nos seis primeiros meses de vida da criança. Os índices de AME no primeiro, no quarto e no sexto mês de vida da criança foram, respectivamente, 65%, 13% e 6%.

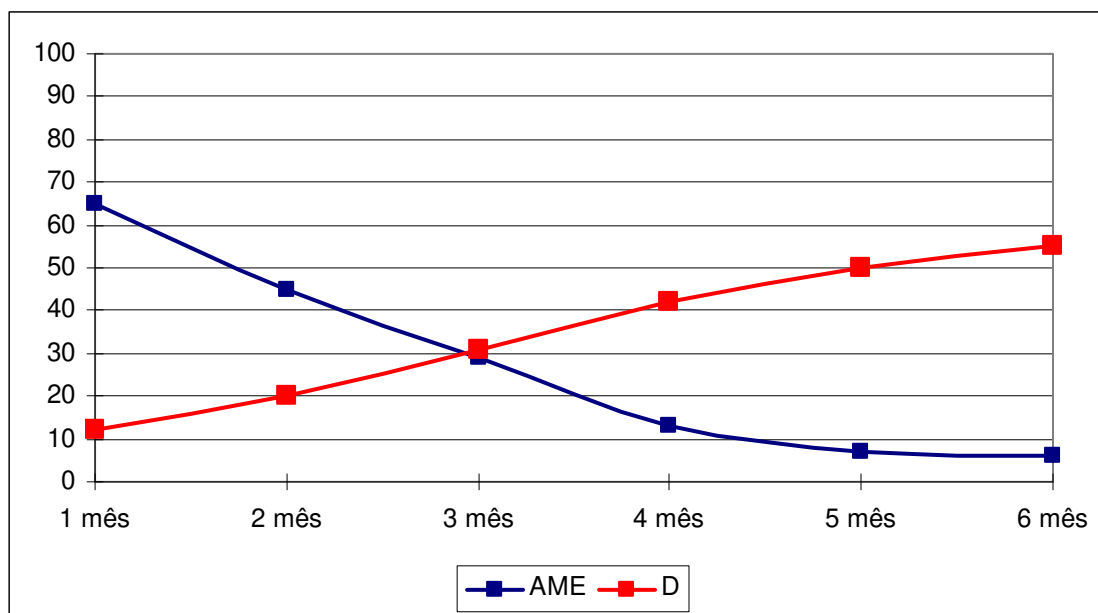


Figura 1- Frequência do índice de amamentação nos seis primeiros meses de vida da criança.

DISCUSSÃO

Dentre as variáveis estudadas, observou-se maior ocorrência de altos níveis socioeconômico e de escolaridade dos pais, início da amamentação antes de quatro horas após o parto e a permanência em alojamento conjunto. Diversas pesquisas revelam que estas variáveis são fatores de proteção para a manutenção da amamentação (Ciaccia et al., 2003; Kummer et al., 2000; Faleiros et al., 2005; Escobar et al., 2002; Santiago et al., 2003; Narchi et al., 2005; Beretta et al., 2000; Ichisato e Shimo, 2002)

Neste estudo, encontrou-se maior prevalência de primiparidade e de parto tipo cesárea. A literatura relata que as primíparas têm maior probabilidade de iniciar a amamentação, porém tendem a mantê-la por menos tempo (Faleiros et al., 2006; Venâncio et al., 2002). Além disso, o parto tipo cesárea tem sido considerado um importante fator de risco para o estabelecimento precoce do aleitamento materno. Isso pode ser justificado pela presença de dor incisional ou pelo efeito pós-anestésico, fatores relacionados diretamente com este tipo de parto e que podem se estender por várias horas após o ato cirúrgico, retardando o contato mãe-criança e dificultando, assim, as primeiras mamadas (Faleiros et al., 2006; Ransjö-Arvidson et al., 2001).

Uma grande parcela da população estudada recebeu e utilizou o benefício garantido por lei de um descanso de 30 minutos por turno trabalhado. Um menor número de mães pôde contar com os benefícios de creche interna, externa ou de posto de coleta de leite materno.

Segundo Oliveira et al. (2003), várias pesquisas revelam que os empregadores que respeitam as leis trabalhistas e facilitam a amamentação no local de trabalho, contam com funcionárias mais interessadas e mais produtivas e com menores índices de falta ao trabalho. O Estado de Santa Catarina obteve um índice em torno de 85% no cumprimento destas leis, por meio de algumas estratégias, tais como, a exigência do registro de creches próprias e conveniadas na Delegacia Regional do Trabalho, a obrigatoriedade da empresa em proporcionar às mulheres o conhecimento de seus direitos e o modo de utilizá-los, a modificação do tipo de inspeção e controle das creches e empresas e a divulgação dos direitos da mãe trabalhadora pelos meios de comunicação.

Alguns estudos mostram que o tempo médio de aleitamento materno é maior entre mulheres que permanecem com seus filhos no local de trabalho (Hight-Laukaran et al. 1999). Porém, Rea et al. (1997), relatam que não há diferença significativa entre o tempo médio de aleitamento materno quando comparadas mulheres cujos filhos permanecem em creche fora do local de trabalho e mulheres que não dispõem deste benefício. Isto parece ser devido ao fato de que as empresas, geralmente, não fornecem transporte para o deslocamento das funcionárias até o local de permanência da criança. Assim, a dificuldade de acesso a creches localizadas fora do local de trabalho da mãe pode resultar em redução do tempo destinado ao aleitamento, constituindo-se em um fator predisponente para a ocorrência do desmame precoce (Oliveira et al. 2003).

Rea et al. (1997), num estudo realizado em empresas na cidade de São Paulo, sugere que a instalação de postos de coleta de leite humano no local de trabalho consiste em uma opção que facilita a manutenção do aleitamento materno quando o número de funcionários do sexo feminino não viabiliza a instalação de uma creche. No entanto, para que este benefício atue de modo a promover a manutenção do aleitamento, a mãe precisa receber informação e treinamento para ordenhar, armazenar (congelar e descongelar o leite, caso haja necessidade) e oferecer seu leite de forma adequada.

O cumprimento das leis de proteção à amamentação são fundamentais em uma sociedade como a brasileira, em que aproximadamente 25% da População Economicamente Ativa (PEA) constitui-se por mulheres com filhos menores de 6 meses de idade. Dentre estas mulheres, 92% daquelas que não recebem o benefício de creche no local de trabalho, introduzem substitutos para o leite materno (Hight-Laukaran et al. 1999).

A maior prevalência da época de retorno ao trabalho foi entre o 3º e o 5º mês após o parto. Este resultado já era esperado, tendo em vista que a legislação trabalhista vigente, até o momento, no Brasil, preconiza que as mulheres trabalhadoras formais tenham direito à quatro meses de licença maternidade remunerada.

Em 2005, foi apresentada uma proposta de reforma da legislação vigente, por meio da qual a licença maternidade passaria de 120 para 180 dias, aumentando, assim, o período de permanência da mãe com a criança e, conseqüentemente, a possibilidade de

manutenção do aleitamento materno (em ficar com seu filho nos seis primeiros meses). Esta proposta está em tramitação no Congresso Nacional.

Segundo Ramos e Almeida (2003), o trabalho materno é um fator que dificulta a prática da amamentação. Um dos problemas enfrentados pela mãe é a conciliação entre as múltiplas atribuições, podendo ser até um fator de angústia e de preocupação, o que pode causar um impacto negativo na amamentação.

Entre as mulheres de um grupo de trabalhadoras da cidade de Campinas, SP, que utilizaram o benefício de creche no local de trabalho, foi encontrado um índice de aleitamento materno exclusivo, no quinto mês de vida da criança, de 66%. Além disso, foi possível observar que o desmame iniciou por volta do quinto mês de vida da criança por orientação da creche, visando uma melhor adaptação da criança às rotinas do estabelecimento (Osis et al, 2004).

Entretanto, entre funcionárias de uma Universidade, também da cidade de Campinas, SP, 21,9% já haviam desmamado seus filhos ao retornarem para o trabalho. Dentre estas mães, 25% mantiveram a prática do aleitamento materno exclusivo entre o segundo e o quarto mês (Silva e Utiyama, 2003).

Sendo assim, fica evidente a importância de oferecimento às mães trabalhadoras de informações sobre os direitos garantidos por lei que facilitam a manutenção da prática do aleitamento materno durante o período de retorno da mãe ao trabalho ao final da licença maternidade. Munida deste conhecimento, a mulher-mãe-nutriz pode lutar pelos seus direitos, fiscalizando e exigindo o cumprimento dos benefícios trabalhistas pelas empresas.

BIBLIOGRAFIA

1. Beretta MIR, Frasson DA, Pacífico LHR, Denari FE. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos-SP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8(3): 59-66.
2. Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho 25ª ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 1999.
3. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília (DF); 2001.
4. Ciaccia MCC, Ramos JLD, Issler H. Amamentação e trabalho da mulher: Como conciliar? *Rev Paul Pediatr* 2003; 21(2): 83-8.
5. Costa COM, Figueiredo EM, Silva SB. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. *J. Pediatr* 1993; 69(3): 176-8.
6. Dearden K, Altaye IM, Oliva MSJ, Morrow AL, Burkhalter BR. Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(3): 185-92.
7. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomaikawa SO. Aleitamento Materno e condições socioeconômico-cultural: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2002; 2(3): 253-61.
8. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr* 2006; 19(5): 623-30.
9. Hight-Laukaran V, Rutstein SO, Peterson AE, Labbok MH. Uso de substitutos do leite materno nos países em desenvolvimento: o impacto do trabalho feminino. *American Journal of Public Health*, 1999; 86(9): 1235 - 40.
10. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2001; 9(5): 70-76.

11. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(4): 578-85.
12. Issler RMS, Enk I, Azeredo PR, Moraes JA. Estudo comparativo do período de aleitamento materno de crianças em creches internas e externas. *J. Pediatr* 1994; 70(5): 287-90.
13. Martins Filho, J. Como e porque amamentar. São Paulo: Ed. Sarvier, 1987.
14. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(1): 87-92.
15. Oliveira RL, Silva NA. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. *Rev bras saúde matern infant* 2003; 3(1): 43-8.
16. Osis MJD, Duarte GA, Pádua KS, Hardy E, Sandoval LM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saude Publica* 2004; 38(2): 172-9.
17. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr* 2003;79(5):385-90.
18. Ransjö-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widström AM, Uvnäs-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth* 2001; 28(1): 5-12.
19. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica* 1997; 31(2): 149-56.
20. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Guttierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J. Pediatr* 2003; 79(6): 504-12.

21. Schwartz K, D'arcy HJS, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract* 2002; 51(5): 439-44.
22. Silva IA, Utiyama SK. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2003; 25(2):215-225.
23. Taddei JAAC, Westphal MF, Venâncio S, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Med J.* 2000; 118(6): 185-91.
24. Venâncio SI, Escuder MML, Kitiko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2002; 36(3): 313-8.
25. WHO (World Health Organization). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the press [serial on line] 2001 April; (2): 1-6. Available from: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>.
26. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva; 1991.

CONCLUSÃO GERAL

Os dados deste estudo apontam para uma relação mais favorável entre trabalho materno e amamentação entre as mães que recebem apoio institucional para a manutenção do aleitamento do que entre aquelas que não recebem este tipo de apoio, mostrando a importância da ação de profissionais de saúde treinados para esta prática.

Parece importante oferecer às mães trabalhadoras informações sobre as leis que beneficiam a manutenção do aleitamento ao término da licença maternidade. Munida deste conhecimento, a mulher-mãe-nutriz pode lutar pelos seus direitos, fiscalizando e exigindo o cumprimento dos benefícios trabalhistas pelas empresas.

A manutenção do aleitamento materno exclusivo independe da época de retorno ao trabalho, da jornada diária, do nível do cargo ocupado pela mãe, da distância entre mãe e criança, do uso de creche interna ou externa e do posto de coleta de leite materno. Porém, a utilização do descanso de 30 minutos por turno trabalhado, pode ser considerada fatores de proteção à prática do aleitamento materno exclusivo.

Para a mãe trabalhadora, a manutenção da amamentação, de forma exclusiva ou não, depende do apoio que ela recebe, tanto do empregador como de grupos de apoio formais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics. Committee on drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 1994; 93: 137-150.

Anderson PO. Drugs use during breast feeding. *Clin. Pharm* 1991; 10(8): 594-624.

Barros FC, Temer TC, Toniolo Filho S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr*. 1995; 84:1221-6.

Carvalhoes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saude Publica*. 1998; 32(5): 430-6.

Chatterton RTJ et al.. Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants: influence of stress. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2000; 85(10):3661-8.

Código de Defesa do Consumidor – lei Nº 8.078, 11 setembro, 1990.

Costa COM, Figueiredo EM, Silva SB. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. *J Pediatr*. 1993; 69(3): 176-8.

Costa-Macedo LM, REY L. Aleitamento e parasitismo intestinal materno-infantil. *Rev Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000; 33(4): 371-5.

Dearden K, Altaye IM, Oliva MSJ, Morrow AL, Burkhalter BR. Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 12(3): 185-92.

Del Ciampo LA et al.. Influências dos diferentes tipos de alojamento conjunto sobre recém-nascidos na prática do aleitamento materno. *J Pediatr* 1994; 70(1):10-5.

Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J. Nutr*. 2001; 131(11):3012S-3015S.

Dowling DA, Meier PP, Difiori JM, Blatz MA, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact*. 2002; 18(1): 13-8.

Enger SM, Ross RK, Paganini-Hill A, Bernstein L. Breastfeeding experience and breast cancer risk among postmenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1998; 5: 365-9.

Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Júnior PA, Santos IS. Avaliação so impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(2): 482-489.

Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *American Journal of Public Health.* 1988; 88(7): 1042-6.

Giugliani ERJ. O aleitamento na prática clínica. *J Pediatr* 2000; 76(Supl. 3): 238-252.

Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr* 2000; 76(supl.3): 253-262.

Hanson LAH. Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology* 1998; 81.

Heinrichs M et al.. Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2001; 86(10): 4798-4804.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2001; 9(5): 70-6.

Javorski M, Scochi CGS, Lima RAG. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. *Pediatr Mod.* 1999; 35(1/2): 30-8.

Kummer SC, Giugliane ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica.* 2000; 34(2): 143-8.

Martins Filho, J. Como e porque amamentar. São Paulo, Sarvier Editora, 1987.

Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, Silva APJ. Prolonged breast feeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *BMJ.* 1994; 308(28): 1403-6.

Monteiro CA, Rea M. O aleitamento materno. In: Monteiro C. A. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: Hucitec; 1988.

Montrone VC, Arantes CIS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. *J Pediatr* 2000; 76(2): 138-142.

Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2005; 5(1): 87-92.

Novak FR, Almeida AG, Silva GO, Borba LM. Colostro humano: fonte natural de probióticos? *J Pediatr.* 2001; 77(4): 265-70.

Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SSN, Baudson MFR. Práticas da amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2000; 34(6): 617-22.

Penna FJ, Nicoli JR. Influência do colostro na colonização bacteriana normal do trato digestivo do recém-nascido. *J Pediatr.* 2001; 77(4): 251-2.

Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. *J Pediatr.* 1998; 74(3): 171-3.

Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica.* 1997; 31(2): 149-56.

Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth.* 1997; 24(2): 116-120

Schwartz K, D'arcy HJS, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract.* 2002; 51(5): 439-44.

Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moreira MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr.* 1994; 70(1): 16-20.

Susin LRO, Giugliane ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr.* 1998; 74(5): 368-75.

Taddei JAAC, Westphal MF, Venâncio S, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. Sao Paulo Med J. 2000; 118(6): 185-91.

Toma TS. Violando a Norma 1996: Relatório Nacional das Violações a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. São Paulo: IBFAN/UNICEF, 1996.

Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. Rev Saude Publica. 2001; 35(5): 409-14.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev Saude Publica. 2002; 36(3): 313-8.

World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. Bull World Health Org. 73: 165-174, 1995.

ANEXOS



UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CERTIFICADO



Certificamos que o Projeto de pesquisa "Relação entre amamentação natural e retorno das mães ao trabalho", protocolo CEP nº **073/2004**, dos Pesquisadores **Aline Alves Brasileiro, Karina Camillo Carrascoza** e **Antônio Bento Alves de Moraes**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia - UNICAMP.

We certify that the research project "Breastfeeding and work returning relationship", Register Number **073/2004** of **Aline Alves Brasileiro, Karina Camillo Carrascoza** and **Antônio Bento Alves de Moraes** is in agreement with the recommendations of 196/96 Resolution of the National Health Committee - Brazilian Health Department and was approved by the Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas - UNICAMP.

Cynthia Pereira Machado Tabehoury
Prof. Dra. **Cynthia Pereira Machado Tabehoury**

Secretaria
CEP/FOP/UNICAMP

Piracicaba - SP, Brazil, August 06 2004

Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior

Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

APÊNDICES

1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa

Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes Especiais (Cepae/FOP/UNICAMP)

As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pelos Professores Dr. Antônio Bento Alves de Moraes e Dra. Rosana de Fátima Possobon, da área de Psicologia Aplicada e coordenadores do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), objetivando firmar, por escrito, o acordo mediante o qual a mãe autoriza sua participação e de seu filho no projeto intitulado “Relação entre amamentação natural e o retorno da mãe ao trabalho”, realizado no Cepae – FOP – UNICAMP, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

I – Título do Trabalho

“Relação entre amamentação natural e o retorno da mãe ao trabalho”.

II – Justificativa

Iniciou-se na década de 70 um resgate da amamentação natural no Brasil, porém os índices de aleitamento materno até o sexto mês de vida do lactente ainda encontram-se abaixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Alguns fatores são predisponentes para a ocorrência do desmame precoce, tais como o retorno ao trabalho por volta do segundo ou terceiro mês de vida do lactente. Neste momento, muitas mães aderem à mamadeira devido a sua facilidade e comodidade, rejeitando muitas vezes o uso de copo ou xícaras. Apesar da influência destas variáveis, o aleitamento materno não é impossível, exige apenas treino e um pouco de dedicação, lembrando que é muito mais saudável para o lactente. As leis que garantem a manutenção da amamentação existem, mas

na maioria dos casos, as mulheres desconhecem seu conteúdo ou não sabem como usufruir os benefícios disponíveis. Somente a legislação não tem sido suficiente para a manutenção da amamentação no país. É de extrema importância a criação de uma estrutura, dentro e fora do seu local de trabalho, de apoio à gestante/nutriz trabalhadora, para que a volta ao trabalho após a licença maternidade não signifique a interrupção precoce da amamentação e suas drásticas conseqüências para a saúde infantil.

III – Objetivos

O objetivo deste estudo é verificar a influência do retorno ao trabalho e do apoio institucional na amamentação natural, comparando mães participantes do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo – GIAME, oferecido pelo Cepae – FOP – Unicamp, com mães não participantes do referido grupo. Além disso pretende-se: (1) Investigar os motivos referidos pelas mães trabalhadoras, participantes e não participantes do GIAME para a introdução precoce de alimentação complementar do lactente; (2) Investigar as condições disponibilizadas pelo empregador para a manutenção do aleitamento (ambiente destinado à coleta do leite materno, presença de creche, permissão de intervalos periódicos para amamentar, etc.); (3) Investigar as condições de trabalho das mães, identificando a influência de fatores tais como profissão, jornada diária de trabalho, distância local de trabalho – local de permanência da criança, etc. sobre a manutenção do aleitamento; (4) Investigar a prevalência de aleitamento materno exclusivo e de desmame entre as mães trabalhadoras, comparando participantes e não participantes do GIAME; (5) Identificar possíveis variáveis relacionadas com a manutenção ou não do aleitamento materno, tais como, idade e estado civil dos pais, grau de parentesco do cuidador da criança nos períodos de ausência da mãe, tipo de alimento oferecido à criança e época de início do seu oferecimento, uso de copo ou mamadeira, etc.

IV – Procedimentos Utilizados

Dentre as mães que estão no nono encontro do GIAME, serão escolhidas aleatoriamente 100 mães que estão exercendo atividade profissional fora de casa, com vínculo empregatício. Estas mães serão questionadas quanto ao seu interesse em participar

deste estudo e, em caso afirmativo, serão orientadas a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE).

Para a composição da amostra dos grupos não participantes do GIAME, a pesquisadora fará contato com as mães durante a campanha de Multivacinação. Serão sorteadas 4 unidades na cidade de Piracicaba - SP onde as primeiras 25 mães que re(assumirão) alguma atividade profissional remunerada, serão convidadas a participar do estudo. Em caso afirmativo todas as mães serão orientadas a respeito TCLE.

V – Desconfortos e possíveis riscos

A pesquisa não traz riscos previsíveis aos participantes, já que será necessária apenas a resposta de questionários.

VI – Benefícios

Não há benefícios diretos da participação da mãe neste estudo. Entretanto, os resultados poderão auxiliar outras mães que estejam passando pela mesma fase da vida e ainda proporcionar melhorias ao programa, servindo de base para o surgimento de novos trabalhos de inventivo ao aleitamento materno.

VII – Forma de acompanhamento e assistência

Você e seu lactente receberão acompanhamento periódico durante todo o estudo, haverá ainda a possibilidade de entrar em contato com a equipe responsável em caso de qualquer dúvida ou dificuldade identificada.

VIII – Informações

Haverá a garantia de respostas a quaisquer perguntas e/ou esclarecimentos a respeito de procedimentos, riscos, benefícios e de outras dúvidas relacionados ao programa e à pesquisa. Toda a equipe assumirá o compromisso de fornecer informações atualizadas obtidas durante o tempo de permanência do paciente no programa. A equipe do GIAME assegurará o sigilo do nome e dados pessoais dos pacientes participantes de suas pesquisas.

IX – Retirada do consentimento

Existe a liberdade de desistência da pesquisa a qualquer momento e de retirada de seu consentimento quanto à utilização dos questionários. A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP - UNICAMP. Endereço: Av. Limeira, nº 901; CEP: 13414-900 - Piracicaba – SP.

X – Formas de ressarcimento e indenização

Não há forma de indenização prevista pois a pesquisa não traz riscos previsíveis aos participantes.

XI – Consentimento Livre Esclarecido

Eu, _____, declaro que tendo lido o documento acima exposto, e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens pela pesquisadora Aline Alves Brasileiro e pelos Professores Dra. Rosana de Fátima Possobon e Dr. Antônio Bento Alves de Moraes, estou plenamente de acordo com a realização do programa de pesquisa. Concordo que todos os registros permaneçam arquivados sob a guarda da pesquisadora, a qual dou pleno direito de uso para fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em revistas científicas. Assim, eu autorizo minha participação e de meu filho (a) na pesquisa intitulada “Relação entre amamentação natural e o retorno da mãe ao trabalho”.

Atesto a minha participação efetiva e consciente.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: ___ / ___ / ___

(Nome por extenso)

(Assinatura)

2 – Roteiro de Entrevista Estruturado

Codificação

- 1) Idade dos pais: 1.1) Mãe: _____ []
1.2) Pai: _____ []
- 2) Qual seu estado civil antes do parto:
(A) Casada (B) União estável (C) Solteira (D) Separada/Divorciada []
- 3) Qual seu estado civil após o parto:
(A) Casada (B) União estável (C) Solteira (D) Separada/Divorciada []
- 4) Número de filhos: _____ []
- 5) Tipo de Parto: (A) Normal (B) Cesárea []
- 6) Permanência em Alojamento Conjunto: (A) Sim (B) Não []
- 7) Quanto tempo, em horas, após o parto seu filho começou a mamar ? []
(A) 0 |--- 4 (B) 4 |--- 8 (C) 8 |--- 12 (D) 12 |--- 16 (E) ≥ 16
- 8) Quanto tempo após o nascimento de seu (a) filho (a) você voltou a trabalhar? []
(A) 1º mês; (B) 2º mês; (C) 3º mês; (D) 4º mês; (E) 5º mês; (F) 6º mês; (G) após 6º mês
- 9) Com quem ou onde a criança ficava? []
(A) Mãe; (B) Pai; (C) Creche/Escola; (D) Avó; (E) Babá; (F) Outros: _____
- 10) Quantas horas você trabalha por dia?: []
(A) Menos de 4 h; (B) De 4h a 6 h; (C) De 6h a 8h; (D) De 8h a 10h; (E) Mais de 10h
- 11) Qual a sua profissão: _____ []
- 12) Qual a distância entre o local de trabalho e local de permanência da criança (Minutos): []
(A) 10 min; (B) 20 min; (C) 30 min; (D) 40 min; (E) 50 min; (F) 60 minutos ou mais; (G) em casa.
- 13) Responda em relação ao seu local de trabalho:
- 13.1) A empresa oferece 30 minutos por turno para você amamentar seu filho? (A) Sim (B) Não []
- 13.2) Existe creche na empresa onde você trabalha? (A) Sim (B) Não []
- 13.3) A empresa oferece creche aos funcionários em outro local? (A) Sim (B) Não []
- 13.4) Existe posto de coleta de leite humano onde você trabalha? (A) Sim (B) Não []
- 14) Qual das opções, oferecidas pela empresa, você utiliza?
- 14.1) 30 minutos por turno para você amamentar seu filho: (A) Sim (B) Não []
- 14.2) Creche na empresa onde você trabalha: (A) Sim (B) Não []

14.3) A creche que a empresa oferece aos funcionários em outro local: (A) Sim (B) Não []

14.4) Posto de coleta de leite humano onde você trabalha: (A) Sim (B) Não []

15) Qual a época de introdução dos seguintes alimentos?

15.1) Outro tipo de leite:

(A) 1º mês; (B) 2º mês; (C) 3º mês; (D) 4º mês; (E) 5º mês; (F) 6º mês; (G) após 6 meses. []

15.2) Água:

(A) 1º mês; (B) 2º mês; (C) 3º mês; (D) 4º mês; (E) 5º mês; (F) 6º mês; (G) após 6 meses. []

15.3) Chá:

(A) 1º mês; (B) 2º mês; (C) 3º mês; (D) 4º mês; (E) 5º mês; (F) 6º mês; (G) após 6 meses. []

15.4) Suco de fruta:

(A) 1º mês; (B) 2º mês; (C) 3º mês; (D) 4º mês; (E) 5º mês; (F) 6º mês; (G) após 6 meses. []

15.5) Papa de fruta:

(A) 1º mês; (B) 2º mês; (C) 3º mês; (D) 4º mês; (E) 5º mês; (F) 6º mês; (G) após 6 meses. []

15.6) Papa salgada:

(A) 1º mês; (B) 2º mês; (C) 3º mês; (D) 4º mês; (E) 5º mês; (F) 6º mês; (G) após 6 meses. []

16) Índices de aleitamento materno:

16.1) 0 |--- 1: (A) AM Exclusivo (B) AM Predominante; (C) AM Complementar; (D) Desmame []

16.2) 1 |--- 2: (A) AM Exclusivo (B) AM Predominante; (C) AM Complementar; (D) Desmame []

16.3) 2 |--- 3: (A) AM Exclusivo (B) AM Predominante; (C) AM Complementar; (D) Desmame []

16.4) 3 |--- 4: (A) AM Exclusivo (B) AM Predominante; (C) AM Complementar; (D) Desmame []

16.5) 4 |--- 5: (A) AM Exclusivo (B) AM Predominante; (C) AM Complementar; (D) Desmame []

16.6) 5 |--- 6: (A) AM Exclusivo (B) AM Predominante; (C) AM Complementar; (D) Desmame []

3 - Características Sócio-econômicas

Codificação

- 1) Situação socioeconômica da família (renda familiar mensal em R\$): []
(A) ≤ 300 ; (E) 501 a 2250;
(B) 301 a 600; (F) 2251 a 3000;
(C) 601 a 900; (G) ≥ 3001
(D) 901 a 1500;
- 2) Número de pessoas na família (residentes na mesma casa): []
(A) ≤ 2 ; (B) 3; (C) 4; (D) 5; (E) 6; (F) ≥ 6
- 3) Grau de instrução dos pais: Pai [] Mãe []
(A) Não alfabetizado (F) 5ª a 8ª Série completa
(B) Alfabetizado (G) 2º Grau incompleto
(C) 1ª a 4ª Série incompleta (H) 2º Grau completo
(D) 1ª a 4ª Série completa (I) Superior incompleto
(E) 5ª a 8ª Série incompleta (J) Superior completo
- 4) Habitação (Moradia): []
(A) Residência própria quitada
(B) Residência própria com financiamento a pagar
(C) Residência cedida pelos pais ou parentes
(D) Residência cedida em troca de trabalho
(F) Residência alugada
(G) Residência cedida por não ter onde morar
- 5) Profissão do chefe da família (Mencionar mesmo que desempregado): []
(A) Empresário de grande porte
(B) Profissional liberal e empresário de médio porte
(C) Funcionário em ocupação de nível superior
(D) Empresário de pequeno porte
(E) Funcionário em ocupação de nível médio
(F) Profissional autônomo (vendedor, corretor e outros)
(G) Funcionário em ocupação de nível intermediário
(H) Profissional autônomo operacional (marceneiro, pedreiro e outros)
(I) Funcionário em ocupação auxiliar (ajudante, trabalhador rural)
(J) Ambulante, safrista, trabalho eventual (bicos)
- 6) Nível socioeconômico: []
(A) Classe alta (85,1 a 100,0) (D) Classe média inferior (40,1 a 55,0)
(B) Classe média superior (70,1 a 85,0) (E) Classe baixa (25,1 a 40,0)
(C) Classe média (55,1 a 70,0) (F) Classe baixa inferior (10,0 a 25,0)

