

Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo

Karina Abibi Rimes^I , Maria Inês Couto de Oliveira^{II} , Cristiano Siqueira Boccolini^{III} 

^I Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Niterói, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. Departamento de Epidemiologia e Bioestatística. Niterói, RJ, Brasil

^{III} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Laboratório de Informação em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre a licença-maternidade e o aleitamento materno exclusivo e estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida.

MÉTODOS: Estudo transversal, com mães de crianças menores de seis meses, assistidas por unidades básicas de saúde com Posto de Recolhimento de Leite Humano Ordenhado no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2013 (n = 429). Foram analisadas características sociodemográficas maternas, domiciliares, da assistência pré-natal, do parto, do estilo de vida materno, da criança, da assistência à saúde e da alimentação infantil. Razões de prevalências ajustadas foram obtidas por regressão de Poisson com variância robusta, segundo abordagem hierarquizada, sendo mantidas no modelo final as variáveis que se associaram ($p \leq 0,05$) ao aleitamento materno exclusivo (desfecho).

RESULTADOS: Entre as mães entrevistadas, 23,1% estavam em licença-maternidade e 17,2% estavam trabalhando. A prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 50,1%. O trabalho materno com licença-maternidade esteve associado a uma maior prevalência do desfecho (RPa = 1,91; IC95% 1,32–2,78), comparado às mães que trabalhavam sem licença-maternidade.

CONCLUSÕES: A licença-maternidade contribuiu para a prática do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida, o que indica a importância desse benefício na proteção do aleitamento materno exclusivo para as mulheres inseridas no mercado de trabalho formal.

DESCRITORES: Aleitamento Materno. Licença Parental. Estudos Transversais. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Materno-Infantil.

Correspondência:

Maria Inês Couto de Oliveira
Rua Marquês de Paraná 303,
3º andar, sala 6, Anexo do HUAP,
Centro
24033-900 Niterói, RJ, Brasil
E-mail: marinesco@superig.com.br

Recebido: 18 mai 2017

Aprovado: 12 mar 2018

Como citar: Rimes KA, Oliveira MIC, Boccolini CS. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. Rev Saude Publica. 2019;53:10.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

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

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

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

MÉTODOS

Desenho e Amostra do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico baseado em inquérito conduzido em 2013, intitulado “Avaliação dos fatores associados à doação de leite materno por usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro”. A população da pesquisa foi composta por uma amostra representativa de mães de crianças menores de um ano de vida assistidas pelas nove unidades básicas de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que dispunham de Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado em 2013⁵. As unidades estavam distribuídas em cinco das dez áreas de planejamento da cidade^e, sendo seis Clínicas da Família e três Centros Municipais de Saúde. Unidades básicas de saúde com Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado foram selecionadas, pois a pesquisa visou analisar a doação de leite materno e o aleitamento cruzado. Essa pesquisa tomou como base para o cálculo do tamanho da amostra a prevalência de aleitamento cruzado (estimado em 50% a partir de estudo piloto), o que resultou em um tamanho amostral de 697 mães, a partir de uma demanda média mensal de 1.321 crianças menores de um ano de vida assistidas pelas unidades básicas de saúde selecionadas⁵. A pesquisa foi conduzida dentro das normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução CNS 466/12 e foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer 228A/2013, CAAE 49306615.0.0000.5243).

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

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 20 out 2017]. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, 36). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

^b World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 -definitions: conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Geneva: WHO; 2008 [citado 20 out 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;jsessionid=BD45938FF52B5781AD2079CFE1FF9CAC?sequence=1

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

^d Addari L, Cassirer N, Gilchrist K. Maternity and paternity at work: law and practice across the world. Geneva: ILO; 2014 [citado 20 out 2017]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--dcomm/--publ/documents/publication/wcms_242615.pdf

^e Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Lei complementar N° 111, de 1° de fevereiro de 2011. Dispõe sobre a Política Urbana e Ambiental do Município, institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial da Câmara. 29 mar 2011. [citado 20 out 2017]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4600307/4117400/lei_compl_111.pdf

não exposto (mães que trabalham sem licença-maternidade) e de 70% no grupo exposto (mães em licença-maternidade). Esses parâmetros foram calculados *a posteriori* com os dados obtidos da pesquisa⁶.

Coleta de Dados

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

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

A “licença-maternidade”, exposição principal do presente estudo, foi questionada somente às mães que referiram vínculo empregatício formal, para conhecimento se estavam de licença ou se haviam retornado ao trabalho. Os possíveis fatores de confundimento selecionados para compor a análise da associação entre licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo foram organizados com base em revisão sistemática de Boccolini et al.² Foi, assim, elaborado um modelo teórico hierarquizado, conforme o nível de proximidade com o desfecho, em grupos de variáveis, a saber: distais (características maternas e domiciliares – modelo 1), intermediárias distais (relativas à atenção ao pré-natal – modelo 2), intermediárias proximais (características do parto e do recém nascido – modelo 3) e proximais (características das nutrizes, das crianças, da assistência à saúde – modelo 4), conforme Figura. No modelo proposto, o sexo do bebê pode ser um fator que interfere no aleitamento materno exclusivo, mas não é determinado por nenhuma das variáveis dos modelos anteriores. Portanto, foi selecionado para ajuste na modelagem estatística, mas foi considerado à parte no modelo teórico. Essa abordagem hierarquizada permite a obtenção de um modelo estatístico mais parcimonioso⁷.

A variável “cor de pele/raça materna” foi autodeclarada, obtida inicialmente conforme a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística^f (parda, preta, amarela e indígena) e posteriormente categorizada em “branca” e “não branca”. A “escolaridade materna” foi mensurada segundo a última série estudada relatada pela mãe, e depois dicotomizada em “inferior ao ensino médio completo” e “ensino médio completo ou mais”. A “renda materna mensal” foi obtida em reais e categorizada em “sem renda”, “maior ou igual a um salário mínimo” e “menos de um salário mínimo”. A mãe foi questionada sobre dificuldades durante a amamentação desse filho como: “bico do peito rachado”, “peito empedrado” e “mastite”; e para resposta afirmativa para pelo menos um dos itens, considerou-se “sim”. A “autopercepção materna da saúde” foi obtida quando a mãe foi questionada quanto à avaliação da sua saúde como “boa”, “mais ou menos” ou “ruim”, e

^f Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa das características étnico-raciais da população – PCERP. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

a variável foi categorizada em positiva (“boa”) e negativa (“mais ou menos” ou “ruim”). Em relação à orientação da unidade básica sobre aleitamento materno, foi considerado “recebeu pelo menos uma orientação” quando houve resposta positiva de pelo menos uma das cinco perguntas seguintes. Alguém desta unidade: “explicou que o bebê quando nasce deve mamar só no peito?”, “mostrou como colocar o bebê no peito para mamar?”, “explicou que o bebê deve mamar quando quiser?”, “explicou como tirar o leite de peito com as mãos (ou com a bomba), se precisar?” e “orientou que não se deve dar mamadeira ao bebê?”. Para obter a variável “satisfação materna com apoio para amamentar prestado pela unidade básica” questionou-se a mãe se a unidade a estava ajudando ou a tinha ajudado a amamentar; respostas “sim” ou “mais ou menos” foram categorizadas como “satisfeita”, e resposta “não”, como “não satisfeita”.

Análise dos Dados

Para a entrada de dados foi utilizado o programa EpiInfo 2000, e a análise dos dados foi realizada com o programa SPSS17. A distribuição das variáveis de exposição e desfecho foi conhecida por meio de análise univariada. Posteriormente, foi conduzida uma análise bivariada entre cada variável de exposição e o desfecho, o aleitamento materno exclusivo. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para obtenção de razões de prevalências brutas (RPb) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). As variáveis que obtiveram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise múltipla. Na análise múltipla, as razões de prevalências ajustadas (RPa) foram obtidas por modelo de regressão de Poisson com variância robusta⁸. As variáveis de exposição foram ajustadas segundo a proximidade temporal com o desfecho⁷ (Figura).

Dessa forma, inicialmente foram incluídas no modelo as características maternas e domiciliares (primeiro nível) e as que se associaram ao aleitamento materno exclusivo a um nível de significância menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$) foram mantidas na modelagem. Em seguida, foram incluídas as características da atenção pré-natal (segundo nível), que foram ajustadas

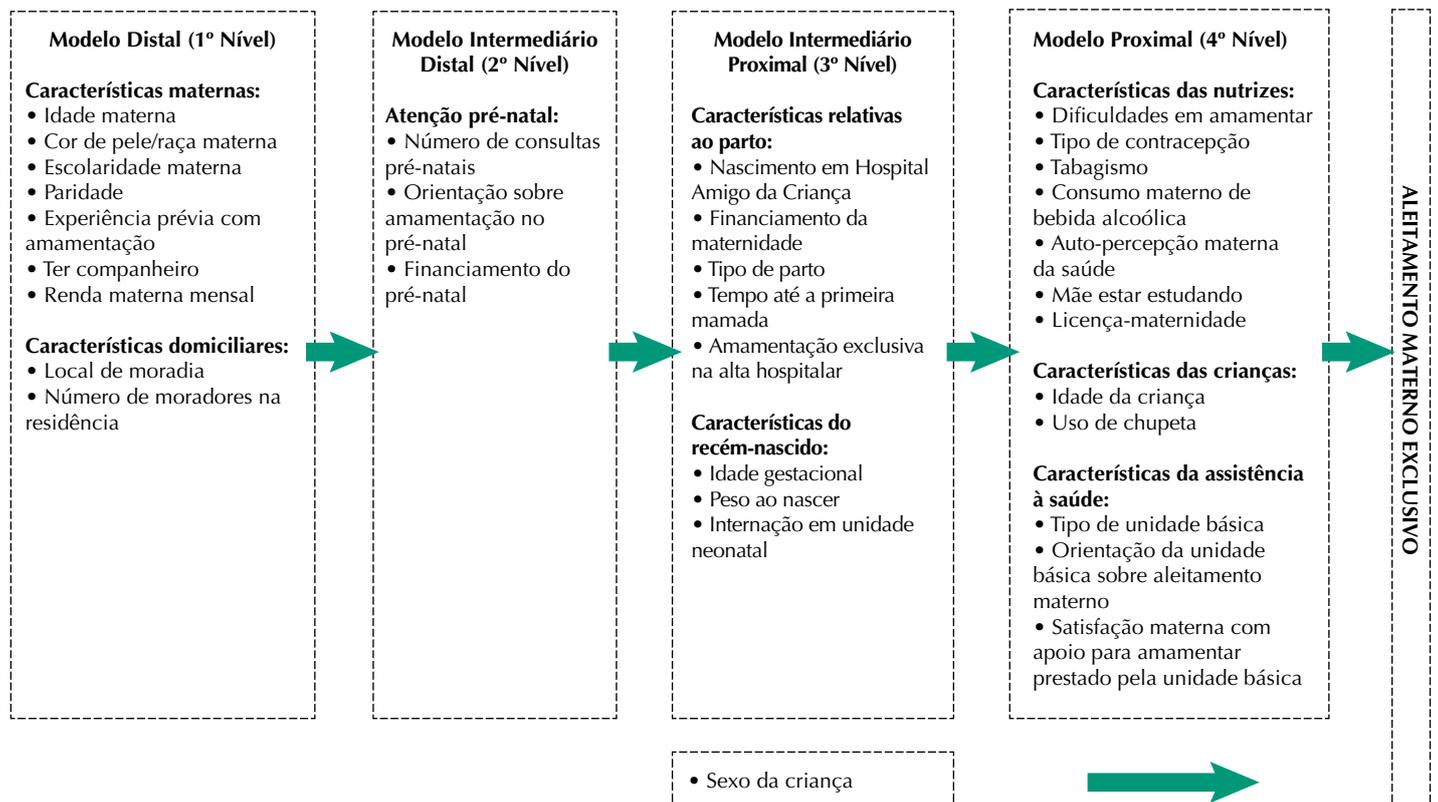


Figura. Modelo teórico hierarquizado de fatores associados ao aleitamento materno exclusivo.

pelas variáveis de exposição do primeiro nível que permaneceram no modelo. O mesmo ocorreu com as características do terceiro nível (relativas ao parto e ao recém-nascido), sendo ajustadas pelas variáveis do primeiro e do segundo níveis que ficaram na modelagem. Por fim, foram adicionadas as características do quarto nível (características das nutrizes, das crianças e da assistência à saúde), que foram ajustadas pelas variáveis dos três níveis anteriores mantidas no modelo.

RESULTADOS

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

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

Variável	n	%	AME (%)	RPb	p
Características maternas					
Idade materna (anos)					
20 a 45	331	77,2	53,2	1	
13 a 19	98	22,8	39,8	0,748	0,031
Cor de pele/Raça materna					
Branca	101	23,5	59,4	1	
Não branca	328	76,5	47,3	0,795	0,023
Escolaridade materna					
Ensino médio completo ou mais	162	37,8	56,2	1	
Inferior ao ensino médio completo	267	62,2	46,4	0,827	0,047
Paridade					
Múltipara	210	49,0	52,4	1	
Primípara	219	51,0	47,9	0,915	0,359
Experiência prévia com amamentação					
Amamentou por ≥ 6 meses	152	35,4	55,9	1	
Amamentou por < 6 meses	277	64,6	46,9	0,839	0,069
Ter companheiro					
Sim	375	87,4	52,8	1	
Não	54	12,6	31,5	0,596	0,012
Renda materna mensal					
Sem renda	164	38,3	53,7	1	
≥ 1 salário mínimo	144	33,6	52,8	0,984	0,877
< 1 salário mínimo	120	28,0	42,5	0,792	0,070
Características domiciliares					
Local de moradia					
Bairro	162	37,8	51,2	1	
Comunidade de baixa renda	267	62,2	49,4	0,965	0,717
Número de moradores na residência					
Até 4	270	62,9	49,3	1	
5 ou mais	159	37,1	51,6	1,047	0,642

AME: aleitamento materno exclusivo; RPb: razão de prevalência bruta

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

Variável	n	%	AME (%)	RPb	p
Características intermediárias distais					
Número de consultas pré-natais					
≥ 6	379	88,3	52,5	1	
< 6	50	11,7	32,0	0,609	0,019
Orientação sobre amamentação no pré-natal					
Sim	338	78,8	50,3	1	
Não	91	21,2	50,1	0,983	0,887
Financiamento do pré-natal					
Sistema Único de Saúde	393	91,6	50,4	1	
Outro	32	7,5	50,0	0,992	0,967
Não fez pré-natal	4	0,9	25,0	0,496	0,419
Características intermediárias proximais					
Nascimento em Hospital Amigo da Criança					
Sim	118	27,6	55,1	1	
Não	309	72,4	48,2	0,875	0,192
Financiamento da maternidade					
Sistema Único de Saúde	386	86,2	49,5	1	
Outro	59	13,8	54,2	1,097	0,480
Tipo de parto					
Normal	247	57,6	48,2	1	
Cesárea	182	42,4	52,8	1,095	0,347
Tempo até a primeira mamada					
Na primeira hora de vida	247	57,6	52,2	1	
Depois da primeira hora de vida	182	42,4	47,2	0,905	0,313
Amamentação exclusiva na alta hospitalar					
Sim	336	78,3	53,0	1	
Não	93	21,7	39,8	0,751	0,037
Idade gestacional					
A termo	388	90,4	51,0	1	
Pré-termo	41	9,6	41,5	0,813	0,280
Peso ao nascer					
≥ 2.500 g	403	93,9	50,4	1	
< 2.500 g	26	6,1	46,2	0,916	0,688
Internação em unidade neonatal					
Não	355	82,8	50,1	1	
Sim	74	17,2	50,0	0,997	0,982
Sexo da criança					
Feminino	197	45,9	50,8	1	
Masculino	232	54,1	49,6	0,977	0,805

AME: aleitamento materno exclusivo; RPb: razão de prevalência bruta

Na análise bivariada mostraram-se associadas à menor prevalência de aleitamento materno exclusivo ($p \leq 0,20$) as características distais: adolescência, cor de pele/raça materna não branca, escolaridade materna inferior ao ensino médio completo, experiência prévia com amamentação inferior a seis meses, ausência de companheiro e renda materna mensal inferior a um salário mínimo (Tabela 1); a característica intermediária distal: menos de seis consultas pré-natais; as características intermediárias proximais: parto em hospital não credenciado como Amigo da Criança e criança não estar em

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

Variável	n	%	AME (%)	RPb	p
Características das nutrizes					
Dificuldades em amamentar					
Não	187	43,8	50,3	1	
Sim	240	56,2	50,0	0,995	0,956
Tipo de contracepção					
Métodos sem estrogênio	387	90,4	52,4	1	
Pílula combinada	41	9,6	26,8	0,511	0,011
Tabagismo					
Não	376	87,6	52,4	1	
Sim	53	12,4	34,0	0,648	0,028
Consumo materno de bebida alcoólica					
Não	379	88,3	53,0	1	
Sim	50	11,7	28,0	0,528	0,006
Auto-percepção materna da saúde					
Positiva	363	84,6	52,6	1	
Negativa	66	15,4	36,4	0,691	0,030
Características das crianças					
Idade da criança (meses)					
0 a 1	110	25,6	75,4	1	
2 a 3	176	41,0	48,9	0,426	< 0,001
4 a 5	143	33,3	32,2	0,648	< 0,001
Uso de chupeta					
Não	236	55,1	58,5	1	
Sim	192	44,9	40,1	0,686	< 0,001
Características da assistência à saúde					
Tipo de unidade básica					
Clínica da Família	241	56,2	52,3	1	
Centro Municipal de Saúde	188	43,8	47,3	0,905	0,313
Orientação da unidade básica sobre aleitamento materno					
Não orientada	26	6,1	30,8	1	
Recebeu pelo menos uma orientação	403	93,9	51,4	1,669	0,086
Satisfação materna com apoio para amamentar prestado pela unidade básica					
Satisfeita	336	78,3	52,1	1	
Não satisfeita	93	21,7	43,0	0,826	0,142
Mãe estar estudando					
Sim	15	3,5	26,7	1	
Não estuda	384	89,9	50,0	1,875	0,145
Em licença estudante	28	6,6	67,9	2,545	0,037
Licença-maternidade					
Não	74	17,2	27,0	1	
Sem trabalho remunerado ou autônoma	256	59,7	49,2	1,821	0,003
Sim	99	23,1	69,7	2,579	< 0,001

AME: aleitamento materno exclusivo; RPb: razão de prevalência bruta

amamentação exclusiva na alta hospitalar (Tabela 2); e as características proximais: uso de pílula contraceptiva combinada, tabagismo, consumo materno de bebida alcoólica, autopercepção materna negativa da saúde, criança no segundo ou terceiro bimestre de vida, uso de chupeta, mãe não orientada pela unidade básica sobre aleitamento materno,

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

Variável	RPa	IC95%	p
Características distais			
Cor de pele/Raça materna			
Branca	1		
Não branca	0,807	0,663–0,982	0,032
Ter companheiro			
Sim	1		
Não	0,604	0,603–0,905	0,014
Característica intermediária			
Número de consultas pré-natais			
≥ 6	1		
< 6	0,624	0,413–0,941	0,025
Características proximais			
Consumo materno de bebida alcoólica			
Não	1		
Sim	0,601	0,398–0,908	0,016
Idade da criança			
Idade crescente em meses	0,692	0,615–0,779	< 0,001
Uso de chupeta			
Não	1		
Sim	0,672	0,560–0,807	< 0,001
Licença-maternidade			
Não	1		
Sem trabalho remunerado ou autônoma	1,550	1,079–2,226	0,018
Sim	1,913	1,323–2,766	0,001

RPa: razão de prevalência ajustada

mãe não satisfeita com o apoio para amamentar prestado pela unidade básica, mãe estar estudando e mãe trabalhadora formal sem licença-maternidade no momento da entrevista (Tabela 3).

No modelo múltiplo hierarquizado se associaram à menor prevalência do desfecho ($p \leq 0,05$) as variáveis distais: cor de pele/raça materna não branca e ausência de companheiro; a intermediária: menos de seis consultas pré-natais; e as proximais: consumo materno de bebida alcoólica, idade crescente da criança em meses e uso de chupeta. A categoria de variável proximal: mãe estar em licença-maternidade se associou a uma maior prevalência do desfecho (Tabela 4).

DISCUSSÃO

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

^aWorld Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003 [citado 20 out 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42794>

Neste estudo, menos de um quarto das mães estava em licença-maternidade no momento da entrevista, as quais apresentaram uma prevalência de aleitamento materno exclusivo 91% superior às que estavam trabalhando sem licença-maternidade, o que mostra a importância dessa proteção para a prática do aleitamento exclusivo. A licença-maternidade permite que a mãe lactante mantenha uma fonte de renda segura em um período que necessita estar próxima de seu filho, o que possibilita maior dedicação a ele e configura-se, assim, em um facilitador da prática da amamentação exclusiva¹⁰. Mães em licença-maternidade apresentaram maior prevalência de aleitamento exclusivo mesmo quando comparadas às mães sem trabalho remunerado, o que indica que o trabalho materno não parece se constituir em dificultador do aleitamento materno exclusivo, mas sim a ausência de licença-maternidade.

O quadro histórico de exclusão social e opressão das mulheres no mercado de trabalho tem colocado o sexo feminino em desvantagem salarial em relação aos homens, o que, somado à dupla-jornada de trabalho (domiciliar e extradomiciliar), tem sobrecarregado a mulher, gerando inclusive uma maior prevalência de doenças ocupacionais nesse público¹¹.

No entanto, a participação feminina no mercado de trabalho cresce a cada ano desde a década de 1970. A dupla jornada de trabalho é cada vez mais frequente e a mulher tem que conciliar o cuidado oferecido às crianças com sua carga de trabalho extradomiciliar. Quando não há uma rede de apoio, tal fato poderá interferir de maneira negativa na qualidade dos cuidados oferecidos à criança, especialmente cuidados com alimentação¹². As Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio de 2001 a 2009 mostraram que o mercado informal absorveu mais mulheres nesse período, reforçando a desigualdade de gênero¹³. Em 2016, 42,2% das mulheres ocupadas no Brasil encontravam-se no mercado informal de trabalho⁴.

Esse cenário desfavorável à mulher trabalhadora inserida no mercado informal pode explicar as maiores prevalências de aleitamento materno exclusivo encontradas entre aquelas protegidas pela licença-maternidade, hipótese que se sustenta com os achados do presente estudo. Supõe-se que as mães que conseguem usufruir a licença-maternidade, por um período predefinido e temporário, buscam aproveitar ao máximo esse tempo para estarem próximas de seus filhos, amamentando-os exclusivamente.

Em países onde a licença-maternidade é bem mais curta do que no Brasil, como nos Estados Unidos, a chance de as mulheres não iniciarem a amamentação e interromperem-na precocemente é grande¹⁴, enquanto em países nórdicos e do leste europeu, em que a licença-maternidade é mais extensa, as mulheres amamentam por longos períodos¹⁵.

A legislação brasileira, com a promulgação da Constituição de 1988, ampliou a licença-maternidade de 84 para 120 dias^c. Apesar desse avanço, ainda não atinge os 180 dias preconizados pelo setor saúde e contempla apenas as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho formal. Em 2010, o Congresso Nacional aprovou o Programa Empresa Cidadã, que prorroga a licença-maternidade até os 180 dias^h. Entretanto, por ser uma concessão facultativa por parte das empresas, sua adesão é relativamente baixa. Em 2016, apenas 19.641 empresas haviam aderido ao Programa, o que correspondia a menos de 10% das empresasⁱ.

Por meio do mesmo programa, a licença-paternidade também pode ser estendida por mais 15 dias. Vale ressaltar que essa adesão também ocorre de forma opcional por parte das empresas. A presença do companheiro é importante para a prática do aleitamento materno exclusivo, tornando-se um apoio à mulher que amamenta^{16,17}.

Pode-se notar, assim, que iniciativas de abrangência universal que contemplem a licença-maternidade para todas as trabalhadoras brasileiras, e pelo período dos seis meses recomendados, ainda são inexistentes no país. Como alternativas para a mãe que retorna ao trabalho formal no primeiro semestre de vida da criança, o direito a dois intervalos extras para amamentar, de meia hora cada um^j, e a disponibilidade de salas de apoio à amamentação em algumas empresas^k, onde as mães dispõem de um espaço para a ordenha e estocagem

^b Brasil. Lei Nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei n.º 8.212, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial Uniao. 10 set 2008; Seção 1:1.

ⁱ Ministério da Fazenda (BR), Receita Federal. Empresa Cidadã. Brasília (DF); 2016 [citado 20 out 2017]. Disponível em: http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/programa-empresa-cidada/empresa_cidada_relacao_adeso01-07-2016.xls/view

^j Brasil. Decreto-Lei Nº 452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial Uniao. 9 ago 1943 [citado 20 out 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm

^k Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria Nº 193, de 23 de fevereiro de 2010. Discorre sobre a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas, e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. Diário Oficial Uniao. 24 fev 2010; Seção 1:98.

do leite materno, podem contribuir para a manutenção do aleitamento materno exclusivo nesse período e para uma maior duração da amamentação¹⁸.

Possuir uma rede de apoio familiar e se organizar para continuar a amamentar seus bebês durante a jornada de trabalho são questões apontadas para o sucesso do aleitamento materno. Em estudo qualitativo no estado da Paraíba, as mães trabalhadoras informais criam alternativas para continuar amamentando, como levar o bebê para o local de trabalho, e ordenhar e armazenar o seu leite, com vistas a manter a sua saúde¹⁹. As redes de apoio à mulher gestante e nutriz na atenção primária à saúde também cumprem um importante papel na manutenção da amamentação exclusiva. Tanto a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, que propõe um fluxograma de atendimento a mãe ou ao bebê e a pactuação de ação promotora dessa prática²⁰, quanto a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, que preconiza Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, como os grupos de mães para trocas de experiências e ajuda mútua, têm se mostrado efetivas em estender a duração do aleitamento materno exclusivo²¹.

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

Além da licença-maternidade, foram encontradas no presente estudo outras variáveis que se associaram ao aleitamento materno exclusivo com significância estatística. A cor de pele/raça materna não branca, a ausência de companheiro, a realização de menos de seis consultas pré-natais e o uso de chupeta pela criança foram fatores negativamente associados ao aleitamento materno exclusivo, de forma similar a resultados de outros estudos epidemiológicos^{16,17,22–25}.

A cultura popular muitas vezes indica o consumo de bebida alcoólica por lactantes por trazer uma sensação de relaxamento e supostamente aumentar a produção de leite. Contudo, estudos observaram que o consumo de álcool eleva o teor de hormônios antagonistas da produção láctea²⁶, diminuindo a produção de leite materno²⁷, o que pode explicar a associação negativa entre o consumo de álcool e o aleitamento materno exclusivo encontrada no presente estudo.

Apesar de a temporalidade entre as variáveis de exposição e o desfecho nem sempre poder ser estabelecida nos estudos transversais, supõe-se que a licença-maternidade favorece o aleitamento materno exclusivo, e não o inverso. Outra limitação a ser assinalada é que não foi possível diferenciar mães que receberam o período regular de 120 dias de licença-maternidade daquelas que foram beneficiadas com a licença-maternidade de 180 dias das empresas cidadãs e de períodos superiores a 120 dias oferecidos em serviços públicos¹.

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

¹ Brasil. Emenda Constitucional Nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Diário Oficial Uniao. 31 dez 2003 [citado 20 out 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm

melhor compreensão da temática, recomenda-se a realização de avaliações qualitativas e de estudos que analisem o impacto da extensão da licença-maternidade (dos atuais 120 dias no Brasil para 180 dias) no aleitamento materno exclusivo, pois ajudariam a criar um corpo de evidências para a tomada de decisões no cenário nacional no sentido de ampliar a licença-maternidade.

REFERÊNCIAS

1. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):149-56. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200008>
2. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2015;49:91. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
5. Seehausen MP, Oliveira MIC, Boccolini CS. Fatores associados ao aleitamento cruzado. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(5):1673-82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.16982015>
6. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. 4.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Appendix 6B; p.75.
7. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
8. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000600003>
9. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):1021-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000079>
10. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):537-43. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300002>
11. Salim CA. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. *Sao Paulo Perspec*. 2003;17(1):11-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000100003>
12. Bruschini MCA. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cad Pesq*. 2007;37(132):537-72. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300003>
13. Araújo AMC, Lombardi MR. Trabalho informal, gênero e raça no Brasil do início do século XXI. *Cad Pesquisa*. 2013;43(149):452-77. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742013000200005>
14. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*. 2009;123(1):e38-46. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2244>
15. Strang L, Broeks M. Maternity leave policies: trade-offs between labour market demands and health benefits for children. *Rand Health Q*. 2017;6(4):9.
16. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2343-54. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200013>
17. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:175. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-175>

18. Fein SB, Mandal B, Roe BE. Success of strategies for combining employment and breastfeeding. *Pediatrics*. 2008;122 Suppl 2:S56-62. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1315g>
19. Araújo VS, Medeiros APDS, Barros ADC, Braga LS, Trigueiro JVS, Dias MD. Desmame precoce: aspectos da realidade de trabalhadoras informais. *Rev Enf Ref*. 2013; Série III(10):35-43. <https://doi.org/10.12707/RIII1277>
20. Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, Stefanello J, Benicio MHA, Reis MCG, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00010315. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010315>
21. Rito RVVF, Oliveira MIC, Brito AS. Grau de cumprimento dos Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua associação com a prevalência de aleitamento materno exclusivo. *J Pediatr (Rio J)* 2013;89(5):477-84. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.018>
22. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu - SP. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):62-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100010>
23. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):711-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500004>
24. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):289-94. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572006000500011>
25. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(3):241-6. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000400009>
26. Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(4):1979-85. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1593>
27. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2014;114(2):168-73. <https://doi.org/10.1111/bcpt.12149>

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj – Processo E-26/111.508/2013).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: MICO, CSB. Coleta, análise e interpretação dos dados: KAR, MICO, CSB. Elaboração ou revisão do manuscrito: KAR, MICO, CSB. Aprovação da versão final: MICO, CSB, KAR. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: KAR, MICO, CSB.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.