

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
LUANA RODRIGUES FERREIRA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE AMAMENTAÇÃO ENTRE MULHERES
TRABALHADORAS FORMAIS ASSEGURADAS POR UM PLANO DE SAÚDE
PRIVADO**

UBERLÂNDIA

2013

LUANA RODRIGUES FERREIRA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE AMAMENTAÇÃO ENTRE MULHERES
TRABALHADORAS ASSEGURADAS POR UM PLANO DE SAÚDE PRIVADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde
Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Olivetti
Steffen Abdallah

UBERLÂNDIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S586a

2013

Silva, Luana Rodrigues Ferreira, 1983-

Avaliação do perfil de amamentação entre mulheres trabalhadoras formais asseguradas por um plano de saúde privado / Luana Rodrigues Ferreira Silva. -- 2013.

68 f. : il.

Orientadora: Vânia Olivetti Steffen Abdallah.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Amamentação - Teses. I. Abdallah, Vânia Olivetti Steffen. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

LUANA RODRIGUES FERREIRA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE AMAMENTAÇÃO ENTRE MULHERES
TRABALHADORAS ASSEGURADAS POR UM PLANO DE SAÚDE PRIVADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde
Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Olivetti Steffen Abdallah

Uberlândia, 28 de Março de 2013

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Ângela Regina Maciel Weinmann - UFSM

Prof Dr Luciano Borges Santiago - UFTM

A minha querida mãe, Neusa, mulher forte, batalhadora que sempre me incentivou. Ao meu marido Gil e filho Thiago por entenderam meus momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter permitido enfrentar e vencer mais esta etapa em minha vida.

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a Vânia Olivetti Steffen Abdallah, pela confiança em meu trabalho, por me orientar de forma aberta e segura, pela paciência e pelos momentos de reflexão que muito contribuíram na realização deste estudo, mas também no meu desenvolvimento pessoal e profissional. A você meu eterno respeito, admiração e amizade.

Ao Prof Dr. Rogério de Melo Pinto, que contribuiu com a análise estatística dos dados coletados, sempre tão receptivo e educado.

Ao Prof^a Dr. Morun Bernardino Neto pela colaboração imprescindível na elaboração deste trabalho.

Ao Programa de Pós – Graduação em Ciência da Saúde e a todos os professores do curso que contribuíram para o meu crescimento na área de pesquisa e ensino.

Às professoras Dr^a Nívea de Macedo Oliveira Morales e Dr^a Cibele Aparecida Crispim por participarem da banca de qualificação, com críticas construtivas que possibilitaram uma melhor elaboração do trabalho.

Ao órgão FAPEMIG pela concessão da bolsa de estudos, possibilitando o desenvolvimento da pesquisa.

Aos alunos Luiz Fernando Campos Bruno e Gabriela Gonçalves Machado, pela importante colaboração dada na elaboração do trabalho.

As amigas de mestrado Cristina e Alderi por dividirem comigo ensinamentos, medos, incertezas, alegrias e momentos de descontração. Muito obrigada por tudo.

A operadora de saúde Unimed Uberlândia, por permitir o desenvolvimento deste trabalho, pelo apoio e pelo amadurecimento profissional que ainda me permite.

A todas as mulheres que participaram deste estudo, sem vocês este sonho não poderia ser realizado.

A minha amiga e colega de trabalho Kátia pela compressão, que tantas vezes me ouviu e me apoiou nesta jornada.

Aos meus pais Adonel (*in memorian*) e em especial a minha querida mãe Neusa que sempre, sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, me apoiando das mais diversas formas. Muito Obrigada.

Ao meu esposo Gil que sempre entendeu meus momentos de ausência, ansiedade e esteve ao meu lado, escutando, apoiando, dividindo, obrigada por me ajudar a vencer esta etapa.

Ao meu pequeno filhote Thiago que sem muito entender ouvia a mamãe dizer que não podia brincar porque tinha que fazer trabalhinho da escola, é por você que a mamãe se esforça tanto.

A todos meus familiares que entenderam meus momentos de ausência em vários encontros familiares.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

"A maior vitória na competição é derivada da satisfação interna de saber que você fez o seu melhor e que você obteve o máximo daquilo que você deu." (HOWARD COSELL)

RESUMO

SILVA, Luana R. F. Avaliação do perfil de amamentação entre mulheres trabalhadoras formais asseguradas por um plano de saúde privado. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, 2013.

O aleitamento materno figura entre as principais práticas para o estabelecimento da nutrição adequada nos dois primeiros anos de vida. No entanto, realizar esta prática conciliando o trabalho remunerado fora do lar constitui-se em grande dificuldade vivenciada por milhões de mulheres. Este estudo visa conhecer o padrão de aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais asseguradas por um plano de saúde privado, objetivando conhecer fatores de risco para o desmame precoce, trazendo estes para foco de discussão. Tratou-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa realizado entre Junho de 2010 e Junho de 2011. A população do estudo foi composta por 249 mulheres trabalhadoras formais asseguradas por um plano de saúde privado com filhos em idade entre 5 e 6 meses de vida. Foi realizada entrevista telefônica gravada para a coleta de dados e o questionário utilizado neste estudo teve como base o Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) do Instituto de Saúde de São Paulo. Foram avaliadas as variáveis que podem interferir no aleitamento materno. Foi realizada a análise estatística utilizando-se as análises univariada e regressão linear múltipla, considerando-se o $p < 0,05$. As prevalências de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AME) encontradas entre menores de seis meses foi de 71,7% e 7,4%, respectivamente. Neste grupo específico de mulheres a introdução de leite artificial na maternidade, o uso de chupeta e de mamadeira ou chucha, e as características do recém – nascido, os quais peso ao nascimento, sexo da criança, internação e tempo de alta, influenciaram negativamente nos índices de aleitamento materno. Foi fator protetor o aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa. Os índices de AME encontrados foram considerados baixos, indicando a necessidade de se estabelecerem políticas adequadas para mulheres trabalhadoras que amamentam, tornando assim a conciliação da amamentação e o retorno ao trabalho práticas bem sucedidas.

ABSTRACT

SILVA, Luana R. F. Evaluation of profile of breastfeeding among working women assured by a formal private health plan. Dissertation (master) – Faculty of Medicine, Federal University of Uberlândia, 2013.

Breastfeeding is among the main practices for the establishment of proper nutrition in the first two years of life. However, performing this practice balancing paid work outside the home is in great difficulty experienced by millions of women. This study aims to understand the pattern of breastfeeding among working women assured by a formal private health insurance, in order to know risk factors for early weaning, bringing these to focus discussion. This was a descriptive, cross-sectional study with quantitative approach conducted between June 2010 and June 2011. The study population was composed of formal working women 249 held by a private health plan with children in age between 5 and 6 months of life. Recorded telephone interview was conducted for data collection and the questionnaire used in this study was based on the Nursing and municipalities Project (AMAMUNIC) of the Institute of health of São Paulo. Were evaluated variables that interfered in breastfeeding. Statistical analysis was performed using the univariate analysis and multiple linear regression, considering the $p < 0.05$. The prevalence of breastfeeding (AM) and exclusive breastfeeding (AME) found among children under six months was 71.7 and 7.4, respectively. In this particular group of women the introduction of artificial milk in maternity, the use of a pacifier and bottle or chupa and characteristics of the newly-born, including birth weight, sex of child, hospitalization and high time, negatively influenced in breastfeeding rates. Protective factor was the exclusive breastfeeding in the first day at home. The AME found were considered low, indicating the need to establish appropriate policies for working women who breastfeed, thus making reconciliation of breastfeeding and returning to work successful practices.

Keywords: Breastfeeding, Women's Work; Health Supplements.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das características maternas.....	35
TABELA 2: Distribuição porcentual das mulheres e suas características de pré – natal e condições de retorno ao trabalho.....	36
TABELA 3: Características dos recém – nascido.....	37
TABELA 4: Distribuição porcentual das crianças de acordo com as práticas alimentares nos primeiros dias de vida.....	37
TABELA 5: Distribuição das crianças menores de 6 meses conforme tipo de amamentação.....	38
TABELA 6: Regime alimentar infantil através de recordatório de 24 horas.....	39
TABELA 7: Distribuição das variáveis relacionadas à mãe, a criança e a associação com a presença do aleitamento materno.....	40
TABELA 8: Correlação das características maternas e infantis no aleitamento materno.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS

AM – Aleitamento Materno

AMAMUNIC – Projeto Amamentação e Municípios

AMC – Aleitamento Materno Complementado

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMP – Aleitamento Materno Predominante

AMPDEC- Aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa

AMS – Assembleia Mundial de Saúde

CAH - Características da Atenção Hospitalar

CCA - Características do comportamento alimentar

CDG - Curso durante gestação

CEP - Comissão de Ética em Pesquisa

CMS - Características Maternas e Sociodemográficas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPN - Características pré- natal

CRN - Características do recém-nascido

EAPN - Esclarecimento sobre amamentação no pré– natal

EM - Escolaridade Materna

FMLA - The Family and Medical Leave Act

IC - Internação da criança

ILAM - Introdução de leite artificial na maternidade

IM - Idade materna

LM - Licença maternidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PN - Peso ao nascimento

SC - Sexo da criança

SIDS – Sudden Infant Death Syndrome

SUS – Sistema Único de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

TA - Tempo de alta em horas

TP - Tipo de parto

UC - Uso de chupeta.

UMC – Uso de mamadeira ou chupa

Sumário

1 Introdução	15
1.1 A importância do aleitamento materno	16
1.2. O trabalho materno e a amamentação	18
1.3 O trabalho remunerado feminino e Sistema de Saúde Suplementar no Brasil	24
2 Objetivo	26
3 Materiais e Métodos	28
3.1 Tipo de pesquisa	29
3.2 Local	29
3.3 Casuística	29
3.4 Instrumentos para a coleta de dados	30
3.5 Procedimentos para coleta de dados	31
3.6 Análise estatística	32
4 Resultados.....	34
5 Discussão	45
6 Conclusão e Considerações Finais	54
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	64
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
APÊNDICE B – Questionário Perfil da amamentação de mulheres trabalhadoras asseguradas por um plano privado de saúde.	66
ANEXO	69

1 Introdução

1.1 A importância do aleitamento materno

Em 1959, foi aprovada em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração dos Direitos das Crianças, que estabelece no 4º princípio, que *“todas as crianças tem direito a crescer com saúde e que toda criança tem direito a alimentação, habitação, recreação e assistência médica”* (UNICEF, 1959).

O Estatuto da criança e do Adolescente reitera este princípio no primeiro capítulo, o qual dispõe sobre o Direito à Vida e à Saúde: *“Art. 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”* (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o aleitamento materno figura entre um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo (KUMMER et.al., 2000). Com base nas evidências científicas a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda a amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança e sua manutenção, junto de alimentos complementares, por dois anos ou mais (OMS, 2001).

Atualmente a comunidade científica ressalta que os benefícios do aleitamento materno para a saúde de mães e bebês, não se limitam apenas ao período em que se amamenta, o ato de amamentar confere potenciais benefícios a longo prazo para a saúde do binômio mãe – bebê (HODDINOTT, TAPPIN, WRIGHT, 2008; KIRK et al., 2012).

Em recente meta análise realizada pela Agência de Pesquisa em Qualidade e Saúde nos Estados Unidos por Stuebe (2009) foi demonstrado que crianças amamentadas possuem menores chances de adquirir infecções, incluindo otite média, gastroenterites e pneumonia, além de menores riscos de desenvolvimento da obesidade,

diabetes tipo 1 e 2, leucemia e síndrome da morte súbita (SIDS) (STUEBE, 2009; PARIKH et al., 2009).

Eidelman e colaboradores (2012) apontam ainda que o aleitamento materno exclusivo reduz a incidência de asma, dermatites e eczemas, protege contra o aparecimento de Doença Celíaca, colabora no neurodesenvolvimento demonstrando que crianças amamentadas possuem maiores escores de inteligência em detrimento à crianças alimentadas com fórmulas infantis.

No estudo realizado por Parikh e colaboradores (2009), foi demonstrada associação positiva entre a amamentação na infância e níveis elevados de colesterol HDL na fase adulta, podendo ser considerado fator protetor para o não desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Entre prematuros, o não recebimento do leite materno está associado com o aumento do risco de enterocolite necrozante (NEC) (HOLMAN et al., 2006).

Para as mães, o aleitamento materno é fator protetor contra o desenvolvimento do câncer de mama, câncer de ovário, diabetes tipo 2, osteoporose, infarto, síndrome metabólica, colaborando ainda com a redução do peso adquirido na gestação (STUEBE, 2009; REA, 2004; STUEBE et al, 2009).

Com relação aos benefícios econômicos os autores concluem ainda que se 90% das mulheres americanas cumprissem com a recomendação de amamentar seus filhos exclusivamente por seis meses haveria uma economia anual de 13 bilhões, não estando mensurados ainda nesta quantia a diminuição de absenteísmo dos pais no trabalho e redução de mortes por doenças adquiridas na infância como asma, diabetes mellitus tipo 1 ou ainda relacionadas as condições de obesidade (STUEBE, 2009; STUEBE et al, 2009).

Apesar dos incontáveis benefícios do aleitamento materno, segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo menos de 35% das crianças alimentam-se exclusivamente de leite materno durante os quatro primeiros meses de vida, e frequentemente os alimentos substitutos ou complementares oferecidos a elas são inapropriados (OMS, 2001).

1.2. O trabalho materno e a amamentação

Relatos históricos sobre aleitamento materno têm demonstrado a variabilidade do comportamento social de amamentar nas diferentes épocas, o que guarda em si a relação da figura social da mulher em relação ao homem e a criança em cada momento histórico e contextual, estando os papéis de pai, mãe e filho determinados em função das necessidades e dos valores sociais dominantes de cada época (NAKANO, 1996).

O período após a 2ª guerra mundial se caracterizou por profundas transformações sociais com alteração de valores, ideias e comportamentos. A eclosão da era industrial determinou transformações na estrutura da sociedade emergindo novas necessidades, criando novos sistemas de vida, modificando conceitos e alterando prioridades (SANTORO, 1977).

As mulheres passam a integrar uma pequena parcela da força de trabalho industrial e do setor de serviços como professoras, enfermeiras, datilógrafas, telefonistas, o que as desvia em tempo e atenção do lar (SILVA, 1990).

De outro lado, ocorre intenso avanço tecnológico e científico que possibilitou uma adequada conservação do leite de vaca, proporcionando à mulher uma opção alternativa para alimentação da criança (NAKANO, 1996).

Cumpra salientarmos, entretanto que ao longo do século passado, a mulher vem de forma gradativa, afastando-se da função de amamentar seus filhos. O novo papel da mulher na sociedade, o cuidado com o corpo e a crença de que a amamentação torna as mamas flácidas, a família nuclear constituída de mãe, pai e filho, a invenção da mamadeira, a refrigeração, e a pasteurização, contribuíram para o decréscimo do aleitamento materno e o ápice do aleitamento artificial (ICHISATO, SHIMO, 2002).

A adoção do leite industrializado na alimentação dos lactentes mostrava-se crescente até meados da década de 70 do século passado, apesar do meio científico propagar o leite materno como sendo o melhor alimento para a criança. Nessa década, apenas uma pequena parcela das crianças eram amamentadas ao seio e, por períodos muito curtos que duravam em média de 1 a 3 meses (SILVA, 1996).

Nakano (1996) corrobora que as dificuldades iniciais de conciliação do papel nutriz-trabalhadora se dão principalmente por ocasião do retorno ao trabalho, quando ocorre o fim da licença maternidade e a mulher busca ajustar-se ao cumprimento dos horários da amamentação, procurando não causar prejuízos ao bebê e ao trabalho. Ressalta ainda que nossa sociedade trata com certo descompromisso as mulheres trabalhadoras no que se refere ao cumprimento da legislação sobre a exigência de creches no ambiente de trabalho, o que poderia favorecer a conciliação de tais papeis.

O conflito entre o êxito profissional ou na vida familiar e ainda a maneira como a mulher encara o trabalho, ou seja, como necessidade econômica, como desejo de realização profissional, como carreira ou como realização pessoal pode ter repercussões sobre seu comportamento materno (WEBER, 1985).

Ao longo da era capitalista, o Brasil passou por diversas transformações de cunho social, econômico e cultural, em decorrência do desenvolvimento da própria sociedade e da aceleração da globalização. Assim, o ingresso da mulher no mercado de

trabalho é cada vez maior, representando atualmente 46,1% da população economicamente ativa no país (IBGE, 2012). No entanto, amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e seu filho, principalmente quando esta possui trabalho remunerado. Políticas sociais que visam à normatização e a proteção da mulher trabalhadora e mãe, devem ser implementadas, pois são aspectos fundamentais na manutenção da amamentação (VIANNA et al., 2007).

Neste contexto, vários avanços importantes ocorreram na promoção do aleitamento materno, em 1974 durante a 27ª Assembleia da OMS um grande movimento pró-amamentação iniciou-se, quando foi relatado aos países membros a situação do declínio da prática do aleitamento materno e suas consequências nas várias regiões do mundo, sendo apontado entre as causas os fatores socioculturais e a divulgação dos alimentos infantis industrializados (OMS, 1974).

Nessa época a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a adoção de ações que combatessem o declínio da amamentação e o Brasil então implanta a Norma Brasileira para Comercialização de alimentos para Lactentes em 1988, abrangendo praticamente todas as disposições do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno desenvolvido e aprovado em 1981 pela Assembleia Mundial de Saúde (AMS). O Código Internacional tem como objetivo garantir o fornecimento de nutrição segura e adequada aos lactentes, por meio da proteção e promoção da amamentação e da regulação da promoção comercial dos substitutos do leite materno. O Código aplica-se aos substitutos do leite materno, sejam fórmulas, leites ou alimentos complementares, a mamadeiras e bicos (OMS, 1981). Em 2006 a Norma Brasileira para Comercialização de alimentos para Lactentes é transformada em lei e inclui a regulamentação de produtos de puericultura e correlatos (BRASIL, 2006).

Concernente às mulheres trabalhadoras formais, em todo o mundo várias políticas e leis foram desenvolvidas para tentar assegurar o aleitamento materno.

No Brasil, a legislação prevê uma licença maternidade de 120 dias a partir do parto ou por definição médica, 28 dias antes e 91 dias após o parto, podendo assim ser divididos entre antes e depois do nascimento da criança, de acordo com as necessidades de cada gestante. A 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, esta nova legislação é vigente para empresas públicas, no entanto para empresas privadas ainda é facultativa. Apesar de promulgada em 2008 a regulamentação da lei só ocorreu em Dezembro de 2009 por meio do Decreto 7.052, produzindo efeitos a partir de 1º de Janeiro de 2010 (BRASIL, 2008).

O estudo de Greene e colaboradores (2008) mostra que baixas taxas de aleitamento materno são encontradas entre mulheres que trabalham e sugere que o ambiente de trabalho é crucial para manter - se o aleitamento materno, desde que este ofereça clima organizacional como suporte à amamentação. Acrescenta ainda que horários flexíveis, lugar apropriado para retirada e armazenamento do leite, privacidade suficiente e conhecimento de que outros funcionários e gerentes tenham amamentado no local de trabalho, desempenham papel importante de apoio às mulheres que desejam continuar a amamentar após o retorno ao trabalho.

Neste contexto, as salas de apoio à amamentação em empresas representa grande incentivo para a manutenção da amamentação após o retorno ao trabalho. Para normatização destas salas, foi criada a nota técnica conjunta nº 01/2010 elaborada pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde.

O artigo 396 da Consolidação das Leis de Trabalho brasileira estabelece que, durante a jornada de trabalho, a trabalhadora mãe tem direito a dois descansos especiais,

de meia hora cada um, para amamentar o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade. Esse período de seis meses poderá ser ampliado, a critério do médico, dependendo das condições de saúde da criança (BRASIL, 1943).

Ogbuanu e colaboradores (2011), em estudo realizado nos Estados Unidos destacaram que o trabalho materno tem sido repetidamente relatado como um dos principais motivos para o não estabelecimento do aleitamento materno ou a interrupção precoce do mesmo. Vale salientar que nos Estados Unidos não há obrigatoriedade da licença maternidade remunerada. A FMLA (The Family and Medical Leave Act) de 1993, que prevê a Licença Maternidade não remunerada para assistência perinatal, parto, cuidados com o recém – nascido, ou o cuidado de um filho adotado é limitada a 12 semanas e é aplicado apenas para empresas com mais de 50 empregados. Apenas 5 estados (Rhode Island, California, New Jersey, New York e Hawaii) foram além da exigência do FMLA, oferecendo compensação salarial parcial para as mulheres trabalhadoras que necessitam da licença- maternidade. Angeletti (2009) corrobora com estas afirmações e ainda relaciona o emprego materno das mulheres americanas com uma diminuição no tempo médio de aleitamento materno, havendo declínio dramático nas taxas de amamentação quando a criança possui entre 3 e 5 meses de vida, período este onde muitas mulheres retornam ao trabalho. O autor refere ainda que as mulheres desmamam seus filhos antes mesmo do retorno ao trabalho, pois concluem que não serão capazes de gerenciar o aleitamento materno e o trabalho.

Na Alemanha, desde 1968 as mães tem direito a licença maternidade remunerada por 6 semanas antes e 8 semanas após o parto. Neste período as mulheres não podem ser demitidas. O pagamento efetuado no período de licença maternidade é equivalente a média do lucro gerado na empresa 3 meses antes do parto. Os custos com

o pagamento são divididos entre o empregador, o sistema de saúde público e o governo federal da Alemanha (SCHONBERG; LUDSTECK 2007).

O estudo de Ruhm, (1996) onde é investigada a consequência econômica das licenças familiares em 16 cidades europeias no período entre 1969 e 1988, conclui que a licença maternidade coloca as mulheres em pé de igualdade com os homens no mercado de trabalho, uma vez que, na ausência deste direito as mulheres experimentariam altas taxas de desemprego e as empresas perda de capital humano específico, pois elas precisariam mudar frequentemente de emprego para passar um tempo em casa com seus filhos recém-nascidos. No entanto, o autor afirma que a concessão da licença maternidade é um dos fatores da diferença salarial entre homens e mulheres, pois em um mercado de trabalho competitivo, grupos mais propensos a usar licenças pagam por isso, recebendo salários inferiores e sofrendo discriminação ocupacional.

Os dados do Global Gender Gap, produzido e divulgado pelo World Economic Forum (2007), mostram que a licença maternidade obrigatória é uma realidade na maior parte dos países. Dos 128 países pesquisados, somente 6 deles não tem regulamentação prevista. A Suécia é o país que mais proporciona dias de licença maternidade, são 480 dias, com pagamento de 80% do salário durante o período, financiado pelo Estado. No Brasil, apesar da licença maternidade ser menor em números de dias, o salário é 100% pago pelo Estado (HAUSMANN, TYSON, ZAHIDI, 2007).

Segundo Rea e colaboradores (1997) repensar a questão do desmame total precoce entre mulheres trabalhadoras formais é questionar se pressupostos existentes principalmente os benefícios trabalhistas concedidos às mulheres, como licença-maternidade, auxílio creche e pausas para amamentar são suficientes para manter a prática da amamentação neste grupo de mulheres.

Aos administradores de saúde cabe à organização de programas educativos para o aumento do conhecimento promovendo melhoria das práticas quanto à amamentação otimizando as atitudes dos profissionais de saúde e empregadores que podem promover, proteger e incentivar o aleitamento materno (GIUGLIANE, 1994).

1.3 O trabalho remunerado feminino e Sistema de Saúde Suplementar no Brasil

O mercado dos planos de saúde privados está relacionado com a industrialização, urbanização, a renda e ao emprego formal no país (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A industrialização crescente no Brasil levou ao surgimento de empresas e esquemas próprios de assistência médico- hospitalar. Profissionais de saúde e prestadores de serviços identificaram a possibilidade de oferecer acesso a serviços de saúde a uma importante parcela da população das regiões urbanas e industrializadas, que possuíam vínculo formal de trabalho (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Atualmente o mercado de planos privados de saúde no Brasil é bastante expressivo, em 2006 envolvia 44,7 milhões de vínculos com beneficiários, dos quais 82,7 estavam ligados os planos de assistência médica e 17,3% a planos odontológicos (ANS, 2007).

A cobertura por planos de saúde, públicos ou privados, está associada à renda da população. Outra característica do perfil dos beneficiários é uma cobertura maior entre os que têm emprego formal, situação na qual os planos de saúde são adquiridos por meio de seus empregadores, sendo que 70% dos beneficiários de assistência médica são de planos coletivos (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Em consonância com este contexto a participação da mulher no mercado de trabalho é um fenômeno crescente em nosso país, tomando a ordem de 46,1% da população economicamente ativa brasileira (IBGE, 2012).

A significativa expansão dos planos coletivos em detrimento dos planos individuais suscita a necessidade de estudos que avaliem em que medida este fenômeno mantém relação com o emprego formal, em que pese o aumento da mulher no mercado de trabalho e a conciliação com suas responsabilidades maternas principalmente ao processo de amamentar.

O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil de amamentação entre mulheres com trabalho formal remunerado, bem como descrever os fatores que interferem no estabelecimento do aleitamento materno nesse grupo de mulheres.

2 Objetivo

Conhecer o perfil de amamentação entre mulheres com trabalho formal remunerado, asseguradas por um plano de saúde privado, bem como descrever os fatores que podem interferir no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.

3 Materiais e Métodos

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa realizado entre Junho de 2010 e Junho de 2011. Foram incluídas neste estudo mulheres trabalhadoras formais asseguradas por um único plano de saúde privado na cidade de Uberlândia – MG, Brasil com filhos com idade entre cinco e seis meses de vida.

O protocolo do presente estudo seguiu as diretrizes e normas de pesquisas em seres humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob parecer 365/10 (APÊNDICE A).

3.2 Local

A pesquisa foi realizada na Unimed Uberlândia, que assiste a população de Uberlândia desde 1971, oferecendo seguro saúde privado no segmento de assistência médico hospitalar. Atualmente a Unimed Uberlândia possui uma carteira de 135 mil vidas, moradores não só de Uberlândia, mas também de mais 8 municípios das regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Nos últimos anos tem sido responsável por grande parte do atendimento hospitalar do Sistema de Saúde Complementar do Município de Uberlândia, realizando cerca de 140 mil procedimentos/mês.

3.3 Casuística

O universo potencial de entrevistadas era de 414 mulheres, sendo que destas 249 mulheres foram entrevistadas totalizando 255 crianças, uma vez que, 6 pares de gêmeares foram incluídos. Foram excluídas 2 mulheres que se recusaram a responder a pesquisa, 27 por não estarem mais em contrato formal de trabalho, 135 mulheres por não terem sido encontradas, e uma que referiu óbito fetal. Ressalta-se que destas

mulheres que não puderam ser encontradas, não foi possível verificar se as mesmas possuíam ou não os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo.

Foi considerado critério de inclusão para este estudo: mulheres asseguradas pelo plano de saúde privado, residir em Uberlândia, ser titular do plano de saúde, estar em contrato de trabalho formal e ter sua criança entre 5 e 6 meses de vida no momento da pesquisa.

3.4 Instrumentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionário composto por questões que buscavam conhecer as práticas alimentares das crianças por meio de método recordatório de 24 horas, refletindo as práticas atuais de alimentação. O questionário utilizado neste estudo teve como base o Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) do Instituto de Saúde de São Paulo (VENANCIO et al., 2002; VENANCIO, MONTEIRO, 1998).

O instrumento proposto para a coleta de dados (Apêndice B) contém predominantemente questões fechadas e incluem, para todas as crianças, questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre a amamentação (WHO, 2008).

Para diferenciação do padrão do Aleitamento Materno (AM) foram utilizadas as definições de Aleitamento Materno Exclusivo (AME): criança que está recebendo somente leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas ou minerais e/ou medicamentos; Aleitamento Materno Predominante (AMP): a criança recebe além do leite materno diretamente da mama ou extraído, água ou bebidas a base de água, como

sucos de frutas ou chás, podendo ocorrer a ingestão de gotas ou xaropes de vitaminas ou minerais e/ou medicamentos; Aleitamento Materno Complementado (AMC): a criança recebe leite materno diretamente da mama ou extraído e alimentos sólidos ou semi-sólidos além da ingestão de outros alimentos e leites não humanos e fórmulas infantis (WHO, 2008).

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Após a aprovação do estudo pelo CEP (Comissão de Ética em Pesquisa) e do consentimento dado pela instituição onde o estudo foi realizado, a pesquisadora solicitou à operadora listagem das mulheres titulares do plano de saúde adquiridos por meio de planos coletivos. Todas as mulheres que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, respeitando os critérios de exclusão descritos, foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participar. Todas as entrevistadas concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e responderam todas as perguntas do questionário (APÊNDICE B) que contempla as informações que interessam à investigação.

As informações da pesquisa foram obtidas através de ligações telefônicas realizadas por uma única pesquisadora. As ligações foram gravadas e realizadas do setor de Medicina Preventiva da Unimed Uberlândia. As ligações foram custeadas pela operadora e foram permitidas até 4 tentativas telefônicas por usuária. Ao iniciar a ligação a pesquisadora se apresentava e realizava a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário só foi realizado após a concordância em participar da pesquisa.

A escolha da pesquisadora em realizar o questionário via telefone, se deve ao fato de que no intervalo em que as mulheres foram abordadas para participação na

pesquisa, elas já haviam retornado para suas atividades profissionais, sendo a visita até o local de trabalho das usuárias inviável para a aplicação do questionário, uma vez que, atualmente a empresa Unimed Uberlândia possui convênio com cerca de 800 empresas. Vários estudos internacionais vêm utilizando entrevistas por meio de inquérito telefônico, validando este instrumento (ROIG et al., 2010; ARORA et al., 2011; ZOBBI et al., 2011).

3.6 Análise estatística

Para análise descritiva e estatística dos dados foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) for Windows 8.0 para o cálculo das frequências das variáveis e o aplicativo Bioestat 5.0 nas análises de Regressão Linear Múltipla Simultânea. Para realizar as associações estatísticas foi realizado o cálculo de razão de prevalência (OR), considerando o intervalo de confiança de 95% e valor de $p < 0.05$.

A regressão linear múltipla foi aplicada para verificar a correlação dos grupos de variáveis maternas e infantis com a natureza do aleitamento materno de crianças com idade entre 5 e 6 meses de vida, bem como o impacto de cada uma delas no aleitamento materno. Para esta análise foram criados cinco grupos: Grupo 1 - Características da Atenção Hospitalar (tipo de parto e introdução de leite artificial na maternidade), Grupo 2 – Características Sociodemográficas Maternas (idade, paridade, escolaridade e licença maternidade), Grupo 3 - Características do Pré – Natal (curso durante a gestação sobre aleitamento materno e esclarecimento sobre amamentação no pré – natal), Grupo 4 - Características do Recém – Nascido (peso ao nascer, sexo, internação do nascimento até o momento da entrevista e tempo de alta hospitalar pós- nascimento) e Grupo 5 -

Características do Comportamento Alimentar (Aleitamento Materno Exclusivo no primeiro dia em casa, uso de chupeta e uso de mamadeira ou chucha).

4 Resultados

No período avaliado foram realizados 414 partos de mulheres trabalhadoras formais asseguradas pelo plano de saúde privado. Destas 249 foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e 255 crianças, uma vez que, 06 pares de gêmeos foram incluídos.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sócio-demográficas das mães participantes. Observa-se maior frequência de mulheres com idade entre 20 e 34 anos 80,3%, nenhuma mulher entrevistada possuía idade inferior a 20 anos, Ensino Médio Completo 43,7%, primíparas 56,6%, com partos cesarianos na grande maioria 95,6%.

Tabela 1 - Distribuição das características maternas. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Variáveis	n	%
Idade materna		
20 - 34	200	80,3
≥35	49	19,7
Escolaridade materna		
Ensino médio completo	109	43,7
> Ensino médio completo	140	56,3
Primiparidade		
Sim	141	56,6
Não	108	43,4
Tipo de parto		
Cesariana	238	95,6

Na Tabela 2, verifica-se que o pré – natal foi realizado por 100% das entrevistadas, sendo que 99,6% das mulheres informaram ter realizado pelo menos seis consultas e destas apenas 39,4% declararam ter recebido orientações específicas sobre aleitamento materno, 94% não participaram de cursos específicos sobre aleitamento materno oferecidos pelos médicos ou pela operadora de saúde, 99,6% referiram cumprimento do direito de licença – maternidade, 86% informaram ter dificuldades para amamentar neste período, 91,2% apresentaram dificuldades em conciliar a

amamentação com retorno ao trabalho e 73,9% informaram não pensar em parar de amamentar devido ao retorno as atividades profissionais.

Tabela 2 – Distribuição porcentual das mulheres e suas características de pré – natal e condições de retorno ao trabalho. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Variáveis	n	%
Nº de consultas de pré-natal		
<6	1	0,4
6 - 10	169	67,8
>10	79	31,8
Recebeu esclarecimentos sobre aleitamento materno durante o pré-natal		
Sim	98	39,4
Não	151	60,6
A operadora de saúde ou o médico ofereceu curso sobre aleitamento materno		
Sim	15	6,0
Não	234	94,0
Cumpriu licença-maternidade		
Sim	248	99,6
Não	1	0,4
Dificuldades para amamentar		
Sim	214	86,0
Não	35	14,0
Dificuldades para amamentar quando do retorno ao trabalho		
Sim	227	91,2
Não	22	8,8
O retorno ao trabalho a fez pensar em parar de amamentar		
Sim	65	26,1
Não	184	73,9

Na Tabela 3 observam-se as características dos recém- nascidos, sendo que a maioria das crianças 87,9% apresentaram peso de nascimento maior que 2.500 Kg, eram do sexo masculino 52,6%, receberam alta em tempo previsto, ou seja, com até 72 horas de vida 79,1%.

Com relação a internações hospitalares 13% das crianças sofreram alguma internação até o momento da realização da entrevista.

Tabela 3 – Características dos recém – nascido. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Variáveis	n	%
Peso ao nascer ≥ 2.500 g	224	87,9
Sexo		
Feminino	121	47,4
Masculino	134	52,6
Tempo de alta (horas)		
>24	33	13,0
24 - 48	161	63,1
>72	41	16,0
≥ 96	20	7,9
Recém – nascido sofreu internação		
Sim	33	13,0
Não	222	87,0

Na Tabela 4 estão descritas a distribuição das crianças de acordo com as práticas alimentares nos primeiros dias de vida. O leite artificial foi oferecido na maternidade para 65% das crianças. Com relação à ingestão de leite materno no primeiro dia em casa 91% das crianças o receberam, no entanto, respectivamente 2% e 3,1% das crianças receberam água e chá no primeiro dia em casa após alta da maternidade.

Tabela 4 – Distribuição percentual das crianças de acordo com as práticas alimentares nos primeiros dias de vida. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Variáveis	n	%
Leite artificial na maternidade	166	65,0
Crianças amamentadas no 1º dia após alta	243	91,0

Ingestão de água no 1º dia após alta	5	2,0
Ingestão de glicose no 1º dia após alta	0	0,0
Ingestão de chá no 1º dia após alta	8	3,1

Na Tabela 5 são apresentados os resultados referentes à distribuição do tipo de amamentação no primeiro semestre de vida. Observam-se baixas taxas de aleitamento materno exclusivo, apenas 7,4% das crianças recebiam somente leite materno, aleitamento materno predominante 5,5% das crianças, complementado 58,9% e em uso de somente leites e/ou fórmulas infantis 28,2%.

Tabela 5 – Distribuição das crianças entre 5 e 6 meses conforme tipo de amamentação. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Variáveis	n	%
Exclusiva	19	7,4
Predominante	14	5,5
Complementada	150	58,9
Artificial	72	28,2

Observa - se na Tabela 6 o regime alimentar das crianças através do método de recordatório de 24 horas. O consumo de leite materno ocorreu em 71,7%, 54,5% haviam ingerido sopa ou papa de legumes sendo que aproximadamente metade delas 53,2% a ingeriram com carne. Água pura foi consumida por 82,7%, fruta amassada ou em pedaço ingerido por 61,1%, suco de fruta natural foi consumido por 42%, e a ingestão de sucos e alimentos artificiais foi realizada por 16,9%.

Quanto ao uso de mamadeira e chupeta foram utilizadas respectivamente por 84,7% e 62%.

Tabela 6 – Regime alimentar infantil através de recordatório de 24 horas. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Variáveis	n	%
Ingestão de leite materno	183	71,7
Ingestão de leite artificial	72	28,3
Ingestão de mingau engrossado com farinha	30	11,7
Ingestão de sopa ou papa de legumes	139	54,5
Ingestão de sopa ou papa de legumes com carne	74	53,2
Ingestão de comida de panela	7	2,7
Ingestão de água pura	211	82,7
Ingestão de água com açúcar	0	0,0
Ingestão de chá	9	3,5
Ingestão de suco de fruta natural	107	42,0
Ingestão de fruta amassada ou em pedaço	156	61,1
Ingestão de alimentos ou sucos artificiais	43	16,9
Uso de mamadeira ou chuquinha	216	84,7
Uso de chupeta	158	62,0

A Tabela 7 mostra a distribuição das variáveis da mãe, da criança e a associação com a presença do AM no momento da entrevista. Foi demonstrada relação estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis: escolaridade materna ($p=0,0131$), peso da criança ao nascimento ($p=0,0033$), internação da criança ($p=0,0007$), introdução de leite artificial na maternidade ($p=0,0001$), aleitamento materno no primeiro dia em casa após a alta ($p=0,0409$), introdução de leite artificial após a alta ($p=0,0001$), retorno ao trabalho ($p=0,0012$), uso de mamadeira ou chucha ($p=0,0010$) e uso de chupeta ($p=0,0001$).

Tabela 7 – Distribuição das variáveis relacionadas à mãe, a criança e a associação com a presença do aleitamento materno. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Variáveis	Aleitamento Materno**				OR (IC 95%)	Valor p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Tipo de parto						
Normal	8	4,4	3	4,2	1,05 (0,27- 4,08)	0,7873
Cesárea	174	95,6	64	95,8		
Escolaridade						
Ensino médio Completo	88	48,3	21	31,3	2,15 (1,21 – 3,84)	0,0131*
>Ensino médio completo	94	51,7	46	68,7	-	-
Consultas de pré - natal						
<6	0	0	1	1,4	-	-
6 ou mais	182	100	66	98,6	-	-
Idade Materna						
20-34	147	80,8	53	79,1	1,31 (0,68-2,52)	0,5303
≥35	35	19,2	14	20,9	-	-
Primiparidade						
Sim	103	56,6	38	56,7	0,99 (0,57 – 1,73)	0,9014
Não	79	43,4	29	43,3	-	-
Peso da						

durante a gestação						
Sim	11	6,0	4	5,9	1,09 (0,33 – 3,53)	0,8756
Não	171	94,0	63	94,1	-	-
Recebeu orientação sobre AM no pré - natal						
Sim	72	39,6	26	38,8	0,96 (0,55 – 1,67)	0,9960
Não	110	60,4	41	61,2	-	-
Dificuldade para amamentar ao retornar ao trabalho						
Sim	166	91,2	66	98,5	0,88 (0,33 – 2,35)	0,9977
Não	16	8,8	1	1,5	-	-
O retorno ao trabalho a fez pensar em parar de amamentar						
Sim	38	20,8	27	40,3	-	-
Não	144	79,2	40	59,7	2,72 (1,51 – 4,91)	0,0012*
Uso de mamadeira ou chupa						
Sim	146	79,8	70	97,2	-	-
Não	37	20,8	2	2,8	8,87 (2,08 – 37,85)	0,0010*
Uso de chupeta						
Sim	94	51,3	64	88,9	-	-
Não	89	48,7	8	11,1	7,57 (3,446 – 16,69)	0,0001*
Total	255					100%

**Leite materno, independente do consumo de outros líquidos ou alimentos sólidos/semi-sólidos, inclusive o leite não humano;

*p>0,05

Na Tabela 8 mostra os resultados da análise de regressão linear múltipla. As variáveis foram agrupadas em 5 grupos demonstrando correlação existente entre os grupos de características, bem como o impacto de cada variável dentro do seu grupo. Os resultados indicaram que o Grupo 1 ($p=0,004$), 4 ($p=0,003$) e 5 ($p=<0,001$) foram estatisticamente significantes em relação ao comportamento do AM. O Grupo 5 é o que melhor explica o padrão alimentar ($R^2= 0,2797$) e neste grupo, as variáveis que mais foram determinantes por ordem de impacto foi primeiramente o uso de mamadeira ou chucha ($t = 7,5757$), em seguida o aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa ($t = -4,487$), e por último o uso de chupeta ($t = 2,3491$).

Tabela 8 – Correlação das características maternas e infantis no aleitamento materno. Uberlândia, MG, 2010 – 2011.

Grupos	Variáveis Independentes	r	R ² Ajustado	(p)	Coefficiente parcial de regressão	t	p
Grupo1		0,2087	0,036	0,004			
CAH	TP				-0,2731	-1,1261	0,2623
	ILAM				0,3127	3,0252	0,0030
Grupo2		0,1459	0,0056	0,248			
CMS	IM				0,0028	0,2491	0,8037
	Paridade				0,0886	0,8573	0,3929
	EM				-0,0203	-0,4119	0,6811
	LM				-0,6847	-2,2192	0,0283
Grupo3		0,0889	0	0,370			
CPN	CDG				-0,2975	-1,405	0,1623
	EAPN				0,0228	0,2244	0,8229
Grupo4		0,2509	0,0479	0,003			
CRN	PN				-0,0018	-1,4903	0,1387
	SC				0,0346	0,3538	0,7241
	IC				0,4097	2,3781	0,0189
	TA Hs				0,0006	1,5610	0,1211
Grupo5		0,5369	0,2797	<0,001			
CCA	AMPDEC				-0,4095	-4,487	<0,001
	UMC				0,9002	7,5757	<0,001
	UC				0,2071	2,3491	0,0204

CAH: Características da Atenção Hospitalar; CMS: Características Maternas e Sociodemográficas; CPN: Características pré- natal; CRN: Características do recém-nascido; TP: tipo de parto; ILAM: introdução de leite artificial na maternidade; IM: idade materna; EM: escolaridade materna; LM: licença maternidade; CDG: curso durante gestação; EAPN: esclarecimento sobre amamentação no pré- natal; PN: peso ao nascimento; SC: sexo da criança; IC: internação da criança; TA: tempo de alta em horas; CCA: características do comportamento alimentar; AMPDEC: aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa; UMC: uso de mamadeira ou chucha; UC: uso de chupeta.

5 Discussão

Com o objetivo de conhecer o perfil de aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais e asseguradas por um plano de saúde privado, aplicou-se questionário semi – estruturado entre estas mulheres. A importância de informações populacionais seguras sobre a situação do aleitamento materno, aliada ao conhecimento das dificuldades associados a esta prática, reside em possibilitar o direcionamento e avaliação das ações de incentivo, visando a melhoria da situação de saúde com maior equidade, por meio de ações que levem em conta as diferenças e riscos individuais e populacionais (PEDROSO et al., 2004).

O aleitamento materno é uma ação estratégica no cenário de políticas públicas que visam reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil (UNICEF, 1998; ALMEIDA, 2004; BRASIL, 2002). Com processo de municipalização da saúde, é fundamental que os gestores a nível local obtenham indicadores fidedignos com relação à prática de alimentação infantil com vistas à avaliação de intervenções apropriadas.

É cada vez mais frequente a inserção da mulher no mercado de trabalho e as empresas contratantes por sua vez adicionam o plano de saúde privado como benefício a seus funcionários, este benefício tem sido usado até mesmo em empresas públicas. Com este advento se faz importante que tenhamos cada vez mais informações sobre a prática da amamentação neste grupo de mulheres que trabalham formalmente e possuem assistência à saúde privada.

A idade materna sempre figura em estudos que buscam os determinantes das taxas de aleitamento materno. No presente estudo a idade materna mais prevalente foi de 20 a 34 anos (Tabela 1) e quando correlacionada com as respostas sobre o padrão alimentar das crianças não foram encontradas correlações estatisticamente significativas. No Brasil, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2008), 72,2% das mulheres

entrevistadas também compreendiam esta faixa etária. Com relação a paridade 56,6% das mulheres entrevistadas no presente estudo eram primíparas (Tabela1). Vários estudos apontam sobre a relação controversa entre a frequência e duração do aleitamento materno com faixa etária materna e paridade, mas a maior parte deles indica maiores taxas e duração do aleitamento materno exclusivo e total em mães mais velhas (KITOKO et al., 2002; LIMA, OSORIO, 2003; RYAN et al., 2002) e não primíparas (VIEIRA et al., 2004; VENÂNCIO et al., 2002).

O grau de escolaridade tem sido referido como tendo relação positiva com a manutenção da amamentação (WOJCICKI et al., 2010; BRAND, KOTHARI, STARK, 2011). No entanto, no presente estudo a escolaridade acima do ensino médio completo 56,3% revelou-se como fator de interrupção do aleitamento materno (Tabela 1). Este dado pode estar relacionado ao fato de que mulheres trabalhadoras com elevado nível de escolaridade podem assumir cargos de maior grau hierárquico nas empresas, resultando em maior número de horas trabalhadas, muitas vezes fora da cidade do seu domicílio, colaborando para a diminuição do tempo de aleitamento materno. Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde afirmam que o alto nível de escolaridade não é um fator protetor ao aleitamento, uma vez que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o índice de aleitamento materno e os diversos graus de escolaridade apresentados pela população estudada (BRASIL, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), (1996) recomenda que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural. Chama atenção no

presente estudo o elevado índice de cesarianas 95,6% encontrado entre as mulheres entrevistadas, e apesar desta variável não ter apresentado relação estatisticamente significativa com o padrão alimentar das crianças estudadas provavelmente pela alta prevalência de cesarianas. Diversos estudos apontam o parto cesariana como fator de adiamento da amamentação na primeira hora de vida o que frequentemente está associado a necessidade de anestesia e de procedimentos cirúrgicos que podem ser necessários no pós-parto (ALMEIDA et al., 2008; BOCCOLINI et al., 2011).

Os resultados deste estudo também realçam a relação entre a qualidade das informações prestadas às gestantes durante o pré-natal em relação à amamentação. Apesar de 100% das mulheres entrevistadas terem realizado pré-natal com elevado número de consultas (Tabela 2) parece, segundo as entrevistadas não ter sido prioridade entre os profissionais a orientação sobre aleitamento materno. Bittencourt et. al., (2005) mostraram em sua pesquisa realizada em Pernambuco, que o tipo de serviço utilizado: público versus plano de saúde ou particular evidenciou diferença estatisticamente significativa, aparecendo a alternativa “plano de saúde/particular” como uma condição que favorece a prática do aleitamento materno exclusivo, apontando que as mulheres que dispõem de seguro saúde ou que são assistidas em clínicas privadas, pagando, por conta própria, os honorários médicos, tendem a aderir à recomendação de amamentar seus filhos por períodos mais prolongados. No entanto, o baixo índice de aleitamento materno exclusivo entre as mulheres entrevistadas do presente estudo pode remeter à discussão do papel do setor de saúde suplementar na promoção ao aleitamento materno e sugerem que políticas de implementação e apoio ao aleitamento materno ainda não estão bem definidas. Estudo realizado na região noroeste de Campinas identificou efeito protetor do SUS quanto à presença da amamentação e que, apesar das políticas e ações

realizadas no SUS sejam ainda incipientes, parecem melhor estabelecidas em relação à rede de saúde privada (CECCHETTI, MOURA, 2005).

As evidências científicas ressaltam que o peso ao nascimento menor que 2.500g é frequentemente associado com o desmame precoce; bebês com baixo peso necessitam de maiores cuidados, sendo muitas vezes encaminhados para o berçário ou UTI Neonatal, interferindo no estabelecimento da amamentação, aumentando as chances da interrupção do mesmo (EL – GILANY, SHADY, HELAL, 2011; BOCCOLINI et al., 2011). Neste estudo 13 crianças apresentaram peso inferior a 2.500g e foi encontrado que este resultado está associado a três vezes menos chances de serem amamentados em relação aos com peso superior (Tabela 3).

O aumento da participação da mulher no mercado de trabalho é um fenômeno mundial. Nos Estados Unidos 60% das mulheres trabalham fora de casa, em Taiwan 59%, na Malasya 47,7% e, no Brasil, 46,1% (DABRITZ, HINTON, BABB, 2009; CHUANG et al., 2010; AMIN et al., 2011; IBGE, 2012).

Destaca-se que o trabalho materno tem sido repetidamente apontado como um dos principais fatores para o não estabelecimento do aleitamento materno ou a interrupção total precoce do mesmo (AGUNBIADE, OGUNLEYE, 2012; DABRITZ, HINTON, 2009; VENÂNCIO et al., 1998; CHUANG et al., 2010; SISK, PARSON, TUCKER, 2010). Entretanto, a busca pela identificação de outros fatores, além do trabalho materno, que possam estar relacionados à introdução das práticas de desmame precoce tem sido relatada na literatura científica mundial (MANDAL, ROEC, FEIN, 2010). No presente estudo as taxas de prevalência encontrada foram de 71,7% de AM e 7,4% de AME. Em estudo realizado por Salustiano et al. (2012) onde foram avaliadas as taxas de prevalência de AM na cidade de Uberlândia - MG, foi encontrado prevalência de 85% de AM e 39,7% de AME. A diferença dos resultados encontrados entre os dois

estudos provavelmente deve-se ao fato deste estudo ter sido realizado em população homogênea com relação ao trabalho formal remunerado e pode já sugerir a interferência deste na manutenção do AM.

A introdução de alimentos complementares em idades inadequadas compromete a amamentação. Na população estudada 64,3% das crianças que eram amamentadas recebiam algum alimento complementar e 28,3% recebiam leite artificial (Tabela 5 e 6). Quando avaliadas as prevalências de cada alimento introduzido na alimentação das crianças foi observado que, apenas em relação ao consumo de chá e da introdução de outros leites os índices encontrados no presente estudo são menores que a média brasileira, considerando crianças até o sexto mês de vida. A atuação dos profissionais de saúde é fundamental para reverter o consumo inadequado de alimentos nesta faixa etária (BRASIL, 2009).

Fatores como a não introdução de leite artificial na alimentação das crianças ainda na maternidade e a não internação das mesmas mostraram-se protetores quanto ao aleitamento materno, como demonstrados através da análise uni e multivariada (Tabela 7 e 8), estes achados são consonantes com outros estudos (BRAND, KOTHARI, STARK, 2011; SALUSTIANO et al., 2012; EL – GILANY, SHADY, HELAL, 2011; BOCCOLINI et al., 2011).

A utilização de leite artificial para alimentação do recém-nascido pode acarretar transtornos à saúde do bebê e tem sido demonstrado ser um dos fatores responsáveis pela redução dos índices de AM (DAMIÃO, 2008). A Iniciativa Hospital Amigo da Criança enfatiza a necessidade da promoção e apoio ao AM, e define critérios para a utilização de outros leites ou fórmulas para alimentação do recém-nascido (ABRAHAMS, LABBOK, 2009; HODDONOTT, TAPPIN, WHIGHT, 2008).

Há relato na literatura que existe associação entre AME no primeiro dia em casa após a alta da maternidade e a manutenção do AM (JAAFAR et al., 2012). No atual estudo este dado também foi comprovado, conforme demonstrado pela Regressão Linear Múltipla (Tabela 8). Amamentar é uma opção que envolve complexa interação de diversos fatores, entretanto, mulheres dispostas a amamentar já no primeiro dia em casa após a alta podem denotar maior potencial de manutenção do aleitamento materno.

O uso de mamadeira ou de chucha e chupeta apresentaram associação negativa com a manutenção do AM; crianças para as quais foram oferecidos estes produtos tiveram respectivamente sete e oito vezes menos chances de serem amamentados (Tabela 7). Isso pode ser explicado pelo fato de que estes artefatos podem provocar interferência na sucção do lactente e influenciar na frequência das mamadas ao seio materno, comprometendo a amamentação (JAFFAR et al., 2012; VANNUCHI et al., 2005). No entanto, no estudo de Hauck, Omojokun, Osiadaty (2005), o uso de chupeta é recomendado para lactentes menores de 1 ano como método potencial para reduzir a Síndrome de Morte Súbita.

No presente estudo, os filhos de mulheres que pensaram em interromper a amamentação devido ao retorno ao trabalho tiveram menores chances de serem amamentados (Tabela 7). Assim, estes resultados remetem a necessidade de reflexão sobre as políticas voltadas para a orientação e promoção do aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida das crianças (MANDAL, ROEC, FEEN, 2010). Guardadas as características pessoais de cada mulher e as condições de inserção de cada atividade remunerada que elas exercem, as mulheres trabalhadoras requerem orientação, apoio e especialmente no processo de manutenção do AM no momento de retorno ao trabalho.

Atualmente no Brasil, a Licença maternidade é garantida por 180 dias para mulheres servidoras públicas, além da remuneração integral do salário. Para as

trabalhadoras de empresas privadas este benefício é garantido por 120 dias e estendido a 180 dias desde que a empresa do setor privado adote o Programa Empresa Cidadã (BRASIL, 2008). Embora a política de direitos trabalhistas à mulher trabalhadora no Brasil seja satisfatória em relação a vários outros países, na Suécia a Licença Maternidade é estendida por 480 dias, com pagamento de 80% do salário, sendo valorizada a manutenção do vínculo entre a mãe e o bebê (HAUSMANN, TYSON, ZAHIDI, 2007).

Estudos apontam que baixas taxas de aleitamento materno são encontradas em mulheres que trabalham fora do lar, situação esta que foi identificada no presente estudo (Tabela 5). Tem-se sugerido que o ambiente de trabalho é crucial para manter o aleitamento materno. Entretanto para que isto ocorra é necessário que se ofereça estrutura e suporte à amamentação, como por exemplo, horários flexíveis, lugar apropriado para retirada e armazenamento do leite, privacidade suficiente e conhecimento de que outros funcionários e gerentes tenham amamentado no local de trabalho, o que desempenham papel importante de apoio às mulheres que desejam continuar a amamentar após o retorno ao trabalho (OGBUANU et al., 2011; ANGELETTI, 2009; AGUNBIADE, OGUNLEYE, 2012).

Este estudo avaliou o AM e fatores associados a essa prática em um grupo de mulheres trabalhadoras formais. Neste grupo específico de mulheres a introdução de leite artificial na maternidade, o uso de chupeta e de mamadeira ou chupa, e as características do recém – nascido, os quais peso ao nascimento, sexo da criança, internação e tempo de alta, influenciaram negativamente nos índices de aleitamento materno.

Foi fator protetor o aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa. Os índices de AME encontrados foram considerados baixos, indicando a necessidade de se

estabelecerem políticas adequadas para mulheres trabalhadoras que amamentam, tornando assim a conciliação da amamentação e o retorno ao trabalho práticas bem sucedidas. Sugere-se a necessidade da implementação de ações em prol do estabelecimento e manutenção do AM no sistema privado de atendimento à saúde. Ressalta-se como pontos positivos deste estudo o fato das entrevistas terem sido realizadas por uma única entrevistadora, ter utilizado o questionário AMAMUNIC que é amplamente utilizado bem como a proposta do tema estudado ser alvo de pequeno número de publicações.

Sua limitação se deve ao fato de ter sido realizado entre mulheres trabalhadoras formais de um único plano de saúde privado e de não ter sido realizado grupo controle.

6 Conclusão e Considerações Finais

A partir dos dados apresentados podemos concluir que as prevalências de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AME) encontradas em menores de seis meses entre mulheres trabalhadoras asseguradas por um plano de saúde privado foi de 71,7% e 7,4% respectivamente.

Estes dados oferecem fomentos para um importante exercício de reflexão sobre a sistemática do processo de amamentar, trabalho materno e a qualidade da assistência à saúde prestada a estas mulheres. É surpreendente que taxas de aleitamento materno tão aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) especialmente o de aleitamento materno exclusivo seja encontrado em uma população de mulheres com alto grau de escolaridade, em grande parte especializadas, possuindo renda, uma vez que todas estão inseridas no mercado de trabalho formal, com idade média de 30 anos, e que em grande parte cumpriram o direito a licença maternidade. Por estarem asseguradas por um plano de saúde privado durante toda a gestação e durante os primeiros seis meses de vida de seus filhos, todas tiveram acesso a consultas e exames de pré – natal em número adequado e puderam realizar acompanhamento de puericultura a suas crianças neste período. Observa-se que vários fatores protetores são identificados neste grupo específico de mulheres, mas ainda assim não garantiram o sucesso do aleitamento materno.

É necessário que estabelecimentos e profissionais de saúde que realizam assistência diretamente a estas mulheres sejam melhores preparados para atendê –las, para que possam efetivamente atuar como facilitadores, promotores e apoiadores do aleitamento materno. Sugere-se que empresas e empregadores implementem programas no local de trabalho que ajudem a mulher na manutenção do aleitamento materno. Ao promover e apoiar os programas, as empresas e empregadores podem ser capazes de

influenciar a duração do aleitamento materno (incluindo o aleitamento materno exclusivo), e assim melhorar a saúde da mãe e do bebê, mas também beneficiar sua própria empresa, diminuindo taxas de absenteísmo, aumentando sua produtividade e melhorando o clima organizacional dos funcionários com consequente aumento da retenção de seus colaboradores.

Este trabalho foi de grande relevância para a autora e merece maiores desdobramentos, uma vez que é crescente a inserção da mulher no mercado de trabalho e mais estudos precisam ser realizados para que o processo de amamentar em mulheres trabalhadoras seja melhor compreendido, podendo fomentar políticas específicas que possam melhorar os índices de aleitamento materno neste grupo de mulheres.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMS, S. W; LABBOK, M. H. Exploring the impact of the Baby- Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. **International Breastfeeding Journal**, North Carolina, v.4, n.11, p. 1 -11, 2009.
- AGUNBIADE, O. M.; OGUNLEYE, O. V. Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. **International Breastfeeding Journal**, Ile – Ife, v. 7, n.5, p. 2-10, 2012.
- ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1421-1430, 2008.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza - cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p.119-125, 2004.
- ALMEIDA, S. et al. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p.2909-18, 2008.
- AMIN, R. M. A. et al. Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia. **International Breastfeeding Journal**, Kuala Lumpur, v.6, n.4, p. 1 -6, 2011.
- ANGELETTI, M. A. Breastfeeding Mothers Returning to Work: Possibilities for Information, Anticipatory Guidance and Support from US Health Care Professionals. **J Hum Lact**, v. 25, n.2, p. 226 – 232, 2009.
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS; 2007.
- ARORA, A. et al. Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: a multicenter birth cohort study. **BMC Public Health**, Sydney, v.11, n.28, p. 2-7, 2011.

BITTENCOURT, L. J. et al. Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.4, p.439-448, 2005.

BOCCOLINI C S, et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.45, v.1, n. 69-78, 2011.

BRAND E, KOTHARI C, STARK M. A. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. **The Journal of Perinatal Education**, Winter, v. 20, n.1, p.36-44, 2011.

BRASIL. Lei 5.452, de 01 de Maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis Trabalhistas. **D.O.U.** de 9.8.1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm Acesso em 21 de Maio de 2013.

BRASIL. Lei 11.265, de 03 de Janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **D.O.U.** de 4.1.2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei%2011265%20.pdf> Acesso em 20 de Dezembro de 2012.

BRASIL. Lei nº 11.770 de 09 de Setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **D.O.U** de 10.9.2008. Disponível em: <http://www.jgn.com.br/publicidade/17022012083651.pdf>. Acesso em 18/10/2012 > Acesso em 20 de Dezembro de 2012.

BRASIL: Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL: Ministério da Saúde. OPS. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Serie A. Normas e manuais técnicos n. 107. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Banco de Leite Humano - Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos. Série Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília, 2008. 159p.

CECCHETTI, D. F. A.; MOURA, E. C. Prevalência do aleitamento materno na região noroeste de Campinas, São Paulo, Brasil, 2001, **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.2, p. 201-208, 2005.

CHUANG, C-H et al. Maternal return to work and breastfeeding: a population – based cohort study. **International Journal of nursing studies**, [S. l], v. 47, p.461 – 474, 2010.

DABRITZ, H. A.; HINTON, B. G.; BABB, J. Evaluation of lactation support in the workplace or school environment on 6- month breastfeeding outcomes in Yolo County California. **Journal Human Lactation**, Yolo County, v. 25, n.2, p. 182- 193, 2009.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho materno no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n.3, p. 442-852, 2008.

EIDELMAN, A. I.; SCHLANLER, R. J. Breastfeeding and the use of human Milk. **American Academy of Pediatrics**, v.129, n.3, p.827-841, 2012.

EL – GILANY, A. H.; SHADY, E.; HELAL, H. Exclusive Breastfeeding in Al Hassa, Saudi Arabia. **Breastfeeding Medicine**, Al Hassa, v.6, n.4, p. 209 – 213, 2011.

GIUGLIANE, E. R. J. Amamentação: como e porque promover. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.70, n.3, p.138-151, 1994.

GREENE, S.W.; WOLFE, E.W.; OLSON, B. H. Assessing the validity of measures of an instrument designed to measure employees Perceptions of work place breastfeeding support. **Breastfeeding Medicine**, Michigan, v.3, n.3, p. 159 – 163, 2008.

HAUCK, F. R.; OMOJOKUN, O. O.; SIADATY, M. S. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. **Pediatrics**, Virgínia, v.116, n.5, p. 716-723, 2005.

HAUSMANN, R.; TYSON, L.D.; ZAHIDI, S. The Global Gender Gap Report. World Economic Forum, p. 3-162, 2007.

HODDONOTT, P.; TAPPIN, D.; WRIGHT, C. Breast feeding. **BMJ**, [S.l.] v.336, p.881 -887, 2008.

HOLMAN, R.C. et al. Necrotising enterocolitis hospitalizations among neonates in the United States. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**, [S.l.] v.20, n.6, p.498-506, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**. Pesquisa mensal de emprego-PME, 2012.

ICHISATO, S. M.T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p.578-85, 2002.

JAAFAR, S. H. et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.] v. 11, n.7, 2012.

KIRK, S.F.L.; SIM, S.M.; HEMMENS E; PRICE S.L. Lessons Learned from the implementation of a provincial breastfeeding policy in Nova Scotia, Canada and the implications for childhood obesity prevention. **Int. J. Environ Res, Public Health**, Canadá, v. 9, n.4, p.1308-1318, 2012.

KITOKO, P.M. et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v.16, p.1111-9, 2002.

KUMMER, S.C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 34, n.2, p.143-8, 2000.

LIMA, T.M; OSÓRIO, M.M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.3, p.305-14, 2003.

MANDAL, B.; ROEC, B.R.; FEIN, S.B. The differential effects of full- time and part-time work status on breastfeeding. **Health Policy**, [S.l.] v. 97, p.79-86, 2010.

MORAIS, A.M.B. et al. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, n. 64, p. 1, p. 66-71, 2011.

NAKANO A. M. S. O aleitamento materno no cotidiano feminino, 1996, f.1 - 161. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, 1996.

OGBUANU, C. et al. Balancing work and family: Effect of employment characteristics on breastfeeding. **Journal Human Lactation**, Atlanta, v. 27, n.3, p. 225-238, 2011.

OLIVEIRA, J.A.; TEIXEIRA, S.M.F. (Im) Previdência Social no Brasil - 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: **Voices**; 1986.

OMS. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. Genebra: OMS. 1996.(OMS/SRF/MSM/96.24).

OMS. Organización Mundial de La Salud, 1981. Modalidades de la Lactancia Natural en la Actualidad. Geneva: OMS, 1981.

OMS. Organización Mundial de La Salud, 27ª Asamblea Mundial de La Salud. **Bol. of Sanit.** Panam, v.77, n.2, p.171 – 8, 1974.

PARIKH, N.I. et al. Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. **Am J. Med**, [S.l.] v.122, n.7, p.656 -663, e1, 2009.

PEDROSO, G. C. et al. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, p.45-58, 2004.

REA, M.F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, 1997.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p.142-146, 2004.

ROIG, et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Espanha. v. 18, n.3, p. 80 – 86, 2010.

RUHM, C.J. The economic consequences of parental leave mandates: lessons from Europe. **NBER Working Paper 5688**, 1996.

RYAN, A.S.; WENJUN, Z.; ACOSTA, A. Breastfeeding continues to increase into the new millenium. **Pediatrics**, Ohio, v. 110, p.1103-9, 2002.

SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Res. Bras Ginecol Obstet**, Uberlândia, v. 34, n.1, p. 28-33, 2012.

SANTORO, J.R. Aleitamento Materno. **Anais Nestlé**, v. 100, p.10 -27, 1977.

SCHÖNBERG, U.; LUDSTECK, J. Maternity Leave Legislation, Female Labor Supply, and the Family Wage Gap. **IZA Discussion Paper**, n. 2699, 2007.

SILVA A. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico- social dos saberes e práticas sobre aleitamento na Sociedade Brasileira. Ribeirão Preto, 1990 f. 302. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1990.

SILVA, I. A. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. **Rev. Esc. Enf. USP**, Ribeirão Preto, v.30, n.1, p. 170-1, 1996.

SISK, P. et al. Breast Milk expression and maintenance in mothers of very low birth weight infants: supports and barriers. **Journal Human Lactation**, North Carolina, v. 26, n.4, p.369 -375, 2010.

STUEBE, A. M. et al, Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood. **AM J. Obstet Gynecol.**, San Francisco, v. 200, n.2, p. 138.e1 – e8, 2009.

STUEBE, A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. **Reviews in Obstetrics and Gynecology**, Chapel Hill, v.2, n.4, p.222-231, 2009.

UNICEF- **Declaração Universal dos Direitos das Crianças**, 1959. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf> Acesso em: 15 de Janeiro de 2013.

UNICEF. Situação mundial da infância 1998. Brasília: UNICEF; 1998.

VANNUCHI, M.T.O. et al. Perfil de aleitamento materno em menores de um ano Londrina, Paraná. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Londrina, v. 5, n.2, p. 155 – 162, 2005.

VENANCIO, S.I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.3, p.313-318, 2002.

VENANCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A.A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v.1, n.1, p. 40-49, 1998.

VIANNA, R.P.T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2403-2409, 2007.

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

WEBERE, M.J.G. Sexualidade e população crescimento. **Ciênc. Cult.**, v.1, n.3, p.1805 – 14, 1985.

WHO. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. Geneva: WHO, 2008.

WHO. World Health Organization. Resolution 54.2. Infant and young child nutrition. Geneva; 2001. Disponível em: < [http:// www.babymilkaction/regs/res542.html](http://www.babymilkaction/regs/res542.html)>

WOJCICKI J.M et al. Early exclusive breastfeeding and maternal attitudes towards infant feeding in a population of new mothers in São Francisco, California. **Breastfeeding Medicine**, São Francisco, v. 5, n.1, p. 9-15, 2010.

ZOBBI, et al. Breastfeeding: validation of a reduced Breastfeeding Assessment Score in a group of Italian women. **Journal of Clinical Nursing**, [S.l.] v. 10, p.2509 -2518, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Bom dia/tarde. Meu nome é Luana sou enfermeira da Unimed Uberlândia, por favor, Sra xxxxxxxxxx está? Posso falar com xxxxxxxxxx agora?

Sim ☐

Não ☐ Qual o melhor dia e hora para conversamos com Sra? _____

Obrigado (a) retornaremos a ligação. Encerre.

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Avaliação do perfil de amamentação entre mulheres trabalhadoras asseguradas por um plano de saúde privado”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Luana Rodrigues Ferreira Silva e sob orientação da Prof^a Dr^a Vânia Olivetti Steffen Abdallah. Sou aluna de Pós Graduação da Universidade Federal de Uberlândia e juntamente com a Unimed estamos avaliando o perfil de amamentação das mulheres trabalhadoras e que possuem o plano de saúde Unimed. A pesquisa deverá durar alguns minutos, e suas respostas serão utilizadas junto com as respostas das demais entrevistadas para fornecer o perfil do aleitamento materno de nossas usuárias. Fica assegurado que essa pesquisa terá a finalidade exclusivamente científica, que você não será identificada por ocasião da divulgação dos resultados e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade. Este estudo não oferece risco a seu filho, e você não será exposta a qualquer tipo de teste ou substâncias, drogas ou dispositivos nocivos à sua saúde.

As informações serão coletadas por meio de questionário telefônico. Você não terá nem um gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa, tendo liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem nenhum constrangimento ou prejuízo. As gravações telefônicas serão gravadas.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com:

Pesquisadores:

Luana Rodrigues Ferreira Silva Prof^a Dr^a Vânia Olivetti Steffen Abdallah

Universidade Federal de Uberlândia Universidade Federal de Uberlândia

Av. Pará, n/ 1720 Bairro Umuarama

Fone: (34) 32182112

Podemos iniciar a nossa pesquisa?

Sim ☐

Não ☐

Uberlândia, _____ de _____ de 201__.

Comitê de Ética e Pesquisa – Universidade Federal de Uberlândia

Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG

CEP: 38408-100

Fone: 34 - 3239 4131

APÊNDICE B – Questionário Perfil da amamentação de mulheres trabalhadoras asseguradas por um plano privado de saúde.

Nº : _____ Data: ____/____/____

Data do parto: ____/____/____ Hospital: _____ Idade da Criança: _____

Código do cartão: _____ Empresa: _____

1. Qual a idade da senhora? _____ Não Sabe ☐
2. Esta criança é o primeiro filho(a)? Sim ☐ Não ☐
3. A Sra. estudou quantos anos? _____

Consta em nosso sistema que a Sra realizou um parto no mês _____.

8. Qual foi o tipo de parto? ☐ Normal ☐ Fórceps ☐ Cesárea
9. Qual foi o peso do seu bebê ao nascer? _____
10. Qual o sexo do bebê? ☐ Feminino ☐ Masculino
11. Seu bebê já ficou internado? ☐ Não ☐ Sim. Motivo: _____
12. Logo após o nascimento, com quantos dias seu filho recebeu alta? _____
13. Na maternidade seu filho(a) recebeu outro leite que não fosse o do peito? Sim ☐ Não ☐
14. A senhora está amamentando seu filho(a):
 Sim ☐
 Não ☐ Por
 quê? _____
 Não quis responder ☐

11. No primeiro dia em casa, após a alta da maternidade, o seu filho(a):

1. Mamou no peito? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe
2. Tomou outro leite que não o leite de peito? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe
3. Tomou água? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe
4. Tomou água com açúcar? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

5. Tomou chá? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

A senhora pode me dizer quais alimentos o seu filho(a) tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã? Eu vou falando o nome de cada alimento e a Sra me responde sim ou não, está bem?

12. Tomou leite de Peito? ☐ Não ☐ Sim. Quantas vezes? _____ ☐ Não Sabe

13. Tomou outro leite que não seja o do peito? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

14. Se tomou outro leite, foi leite em pó? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

15. Se não: Foi de: ☐ Caixinha ☐ Saquinho ☐ Garrafa ☐ Não Sabe

16. Tomou mingau ou leite engrossado com farinha? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

17. Tomou sopa ou papa de legumes? ☐ Não ☐ Sim (Carne: ☐ Não ☐ Sim) ☐ Não Sabe

18. Comeu comida de panela? ☐ Não ☐ Sim (Carne: ☐ Não ☐ Sim) ☐ Não Sabe

19. Tomou água pura? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

20. Tomou água com açúcar? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

21. Tomou chá? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

22. Tomou suco de fruta natural? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

23. Comeu fruta em pedaço ou amassada? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

24. Tomou ou comeu outros alimentos ou sucos artificiais? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

25. Algum desses alimentos foi dado por mamadeira ou chuquinha? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

26. A criança usou chupeta? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

Obrigada por estas informações, agora vamos falar um pouco sobre a sua gravidez:

27. Durante a gestação, a Unimed ou o médico(a) da senhora ofereceu algum curso sobre a amamentação? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não Sabe

28. Quantas consultas aproximadamente a senhora realizou durante a gestação? _____.

Em alguma delas o médico(a) esclareceu sobre a amamentação? ☐ Não ☐ Sim ☐
Não Sabe

Sobre o seu trabalho:

29. A senhora teve direito à Licença Maternidade? Sim ☐ Não ☐

30. A senhora cumpriu os 4 meses de Licença Maternidade ou teve que voltar antes por solicitação da empresa? _____.

31. A senhora está tendo alguma dificuldade para amamentar? Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

_____.

Observação: _____

_____.

32- Na sua opinião a volta ao trabalho ajudou ou dificultou a amamentação?

_____.

33- A senhora pensou em parar de amamentar devido a volta ao trabalho?

_____.

Muito obrigada por sua participação! Tenha um Bom Dia/Boa Tarde/Boa Noite!

ANEXO



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 365/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
 116/10

Projeto Pesquisa: Avaliação do perfil da amamentação entre mulheres trabalhadoras asseguradas por um plano de saúde privado.

Pesquisador Responsável: Vânia Olivetti Steffen Abdallah

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do relatório final: julho de 2011.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 22 de junho de 2010.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem perseguição alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1.i) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.