

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM TRABALHO MATERNO EM PAÍSES DA AMÉRICA
LATINA

MARÍLIA NEVES SANTOS

UBERLÂNDIA-MG

2020

MARÍLIA NEVES SANTOS

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM TRABALHO MATERNO EM PAÍSES DA AMÉRICA
LATINA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof^ª. Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi

Coorientadora: Prof^ª Dra. Catarina Machado Azeredo

UBERLÂNDIA-MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S237p
2020 Santos, Marília Neves, 1989-
Prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua associação com
trabalho materno em países da América Latina [recurso eletrônico] /
Marília Neves Santos. - 2020.

Orientadora: Ana Elisa Madalena Rinaldi.
Coorientadora: Catarina Machado Azeredo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.3615>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Ciêncis médicas. I. Rinaldi, Ana Elisa Madalena, 1982-, (Orient.).
II. Azeredo, Catarina Machado, 1983-, (Coorient.). III. Universidade
Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. IV. Título.

CDU: 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 09 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34 3225-8628 - www.ppcs.famed.ufu.br - copme@ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico Nº 003/PSCSA				
Data:	14.02.2020	Hora de início:	09:00h	Hora de encerramento:	12:00h
Matrícula do Discente:	11812CSD030				
Nome do Discente:	Marília Neves Santos				
Título do Trabalho:	Prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua associação com o trabalho materno em países da América Latina				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	1: Epidemiologia da ocorrência de doenças e agravos à saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Efetividade e equidade das ações pró-aleitamento realizadas em países em desenvolvimento no período de 1980 a 2015				

Reuniu-se na sala da biblioteca do Campus Santa Mônica, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Ana Elisa Madalena Rinaldi (UFU) (orientadora), Luciana Saraiva da Silva (UFU) presentes no recinto e Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes (UNESP) via *skype*.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Ana Elisa Madalena Rinaldi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 14/02/2020, às 11:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Saraiva da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 14/02/2020, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, Usuário Externo**, em 14/02/2020, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1870758** e o código CRC **B76A3432**.

MARÍLIA NEVES SANTOS

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM TRABALHO MATERNO EM PAÍSES DA AMÉRICA
LATINA

Presidente da banca (orientador): Prof^ª. Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Banca Examinadora

Titular interno: Prof^ª. Dra. Luciana Saraiva da Silva

Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Titular externo: Prof^ª. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP

DEDICATÓRIA

Às mães trabalhadoras, exemplos de força, dedicação e amor, que conciliam suas carreiras profissionais com a maternidade e inspiram minha busca pelo conhecimento para auxiliar na melhor maneira de pensar (e fazer) políticas públicas e legislações direcionadas a este público.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades que tenho em minha vida. Por sentir a presença Dele em tudo que faço e por Ele me guiar sempre pelo melhor caminho.

A minha orientadora, Prof^a Dra. Ana Elisa, que sempre com muita generosidade compartilhou seus conhecimentos comigo. Obrigada pela paciência, por todos os ensinamentos e por acreditar no meu trabalho. Grata pela nossa parceria!

A minha coorientadora, Prof^a Dra. Catarina, pelas valiosas contribuições.

À discente Isabella Cordeiro pela colaboração mediante suas pesquisas para o desenvolvimento de seu trabalho de Iniciação Científica, cujo tema estava relacionado à minha dissertação.

Às minhas colegas de pesquisa, Camila e Danielle, pelas conversas, conselhos e momentos felizes compartilhados.

Às funcionárias do Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas de Uberlândia, meu local de trabalho, pela paciência, compreensão e pelas palavras diárias de apoio e carinho.

A minha família, meu maior exemplo de amor, trabalho e perseverança. Obrigada por sempre me incentivarem a realizar os meus sonhos e nunca desistirem de sonhá-los junto comigo.

Ao meu namorado, Léo, por partilhar a vida comigo, pela paciência, companheirismo e pela relação de amor que estamos construindo juntos. Agradeço também a família do Léo, por me acolher com tanto carinho.

Obrigada a todos que de alguma forma participaram deste caminho junto comigo.

“Um trabalho, afinal, é mais do que uma satisfação pessoal. É também um jeito de fazer seus talentos percorrerem você até tocarem o outro e transformarem um pouco mais o mundo.”

Como ser feliz no trabalho

Ana Holanda

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, sob orientação da Prof^a. Dra Ana Elisa Madalena Rinaldi e coorientação da Prof^a. Dra Catarina Machado Azeredo. Esta dissertação é composta por introdução e fundamentação teórica com a finalidade de contextualizar o tema referente a esta pesquisa; objetivos geral e específico da dissertação e o artigo científico, que será submetido à apreciação da revista *Maternal and Child Nutrition* (ISSN 1740-8695; Fator de Impacto: 3.305; Qualis CAPES em Medicina I: A1), produto da análise e interpretação dos dados realizados durante a execução do Mestrado.

RESUMO

Introdução: As políticas que garantem às mulheres uma pausa no trabalho por pelo menos seis meses após o parto aumentam a probabilidade de aleitamento materno exclusivo (AME) pelo mesmo período. Para mulheres que trabalham fora do lar, o retorno ao trabalho representa um momento determinante que pode interferir diretamente na exclusividade e na continuidade ou não da amamentação. A maioria dos países da América Latina desenvolveu suas legislações de proteção à maternidade entre 1940 e 1970, porém ainda necessitam de aprimoramento. **Objetivo:** Analisar a prevalência do AME e sua associação com trabalho materno na América Latina. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com dados das Pesquisas de Demografia e Saúde realizadas na Bolívia(2008), Brasil(2006), Colômbia(2010), Guatemala(2015), Haiti(2017), Honduras(2011), Peru(2011) e República Dominicana(2007). A amostra foi composta por crianças vivas menores de seis meses e suas respectivas mães. O desfecho foi a situação do AME(sim/não) e as principais variáveis preditoras foram trabalho materno atual (sim/não), tipo de ocupação (gerencial; administrativo; vendas; agricultura; doméstica; trabalho manual) e modalidade do trabalho (formal/informal). Informações sobre licença maternidade foram coletadas a partir de documentos e legislações trabalhistas específicas de cada país. A associação entre AME e trabalho foi realizada por regressão de Poisson, ajustada por escolaridade materna, presença do companheiro, local de residência, idade materna, tipo de parto, primiparidade, índice de riqueza e aleitamento materno na primeira hora. **Resultados:** A prevalência de AME foi de 58,0% na Bolívia, 41,1% no Brasil, 39,2% na Colômbia, 50,8% na Guatemala, 39,7% no Haiti, 31,1% em Honduras, 68,1% no Peru e 7,6% na República Dominicana. O percentual de mulheres que declarou trabalhar no momento da entrevista foi de 46,1% na Bolívia, 24,1% no Brasil, 28% na Colômbia, 19,5% na Guatemala, 21,3% no Haiti, 23,3% em Honduras, 35,4% no Peru e 19,1% na República Dominicana. Dentre as mulheres que declararam trabalhar, o percentual de mulheres em trabalho formal foi de 43,9% na Bolívia, 87,4% na Colômbia, 60,5% na Guatemala, 83,3% no Haiti, 72,2% em Honduras, 56,8% no Peru e 64,7% na República Dominicana. O tipo de ocupação mais prevalente foi na área de vendas, exceto na Bolívia, onde a maioria trabalha na agricultura. A licença maternidade variou de 12 a 18 semanas nesses países. O trabalho materno se associou negativamente com AME na Guatemala (RP=0,80; IC95%=0,64;0,98), Haiti (RP=0,68;IC95%=0,51;0,90) e Honduras (RP=0,65;IC95%=0,46;0,91). Esses três países possuíam o menor tempo de licença maternidade, sendo que na Guatemala e em Honduras, 2/3 do subsídio era de responsabilidade da seguridade social e 1/3 do empregador. No Haiti, 100% do subsídio era de responsabilidade do empregador. O trabalho informal se associou negativamente com AME em Honduras (RP=0,74;IC95%=0,55;0,99). Quanto à modalidade de emprego, o trabalho doméstico se associou negativamente ao AME na República Dominicana (RP=0,28;IC95%=0,08;0,93). **Conclusão:** A prevalência de AME foi inferior para mulheres que estavam trabalhando em três países da América Latina, que também apresentaram menores durações da licença maternidade. O trabalho materno na

economia informal precisa ser melhor investigado haja vista que esta modalidade de emprego esteve associada negativamente ao AME em um dos países analisados.

Palavras-chave:

Aleitamento materno exclusivo; amamentação; trabalho materno; licença maternidade; América Latina; pesquisas de demografia e saúde; proteção à maternidade.

ABSTRACT

Introduction: Policies that guarantee women a break from work for at least six months after delivery increase the probability of exclusive breastfeeding for the same period. For women who work outside home, the return to work represents a determining moment that can directly interfere with the exclusivity and continuity or not breastfeeding. Most countries in Latin America developed their maternity protection laws between 1940 and 1970, but they still need improvement. **Objective:** To analyze the prevalence of EBF and the association with maternal work in Latin America. **Methods:** Cross-sectional study, conducted with data from the Demography and Health Surveys carried out in Bolivia(2008), Brazil(2006), Colombia(2010), Guatemala(2015), Haiti(2017), Honduras(2011), Peru(2011) and Dominican Republic(2007). The sample consisted of live children under six months of age and their mothers. The outcome was the EBF situation(yes/no) and the main predictor variables were maternal work(yes/no), type of occupation (managerial; administrative; sales; agriculture; domestic; manual labor) and employment modality (formal/informal). Information on maternity leave was collected from country-specific documents and labor laws. The association between EBF and predictor variables was performed using Poisson regression, adjusted for maternal education, presence of partner, place of residence, maternal age, type of delivery, primiparity, wealth index and breastfeeding in the first hour. **Results:** The prevalence of EBF was 58.0% in Bolivia, 41.1% in Brazil, 39.2% in Colombia, 50.8% in Guatemala, 39.7% in Haiti, 31.1% in Honduras, 68.1% in Peru and 7.6% in the Dominican Republic. The percentage of women who declared to work was 46.1% in Bolivia, 24.1% in Brazil, 28% in Colombia, 19.5% in Guatemala, 21.3% in Haiti, 23.3% in Honduras, 35.4% in Peru and 19.1% in the Dominican Republic. Among the women who declared to work, the percentage of women in formal work was 43.9% in Bolivia, 87.4% in Colombia, 60.5% in Guatemala, 83.3% in Haiti, 72.2% in Honduras, 56.8% in Peru and 64.7% in the Dominican Republic. The most prevalent type of occupation was in the sales area, except in Bolivia, where the majority work in agriculture. Maternity leave ranged from 12 to 18 weeks in these countries. Maternal work was negatively associated with EBF in Guatemala (PR:0.80; CI95%:0.65;0.98), Haiti (PR:0.68; CI95%:0.51;0.90) and Honduras (PR:0.65; CI95%: 0.46;0.91). These three countries had the shortest maternity leave, while in Guatemala and Honduras, 2/3 of the subsidy was the responsibility of social security and 1/3, of the employer. In Haiti, 100% of the subsidy was the responsibility of the employer. Informal work was negatively associated with EBF in Honduras (0.74; CI: 0.55; 0.99). As for the type of employment, domestic work was negatively associated with EBF in the Dominican

Republic (0.28; CI: 0.08; 0.93). **Conclusion:** The prevalence of EBF was lower in women who were working in three countries in Latin America, which also had shorter duration of maternity leave. Maternal work in the informal economy needs to be further investigated since this type of employment was negatively associated with EBF in one of the countries analyzed.

Key words

Exclusive breastfeeding; Breastfeeding; Maternal work; Maternity leave; Latin America; Demography Health and Survey; Maternity protection.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Prevalência do aleitamento materno exclusivo e das variáveis sociodemográficas e de saúde por país. DHS, 2006-2017.

Tabela 2 – Associação entre aleitamento materno exclusivo e variáveis sociodemográficas e de saúde por país. DHS, 2006-2017.

Tabela 3 – Associação entre aleitamento materno exclusivo e tipo de ocupação. DHS, 2006-2017.

Tabela 4 – Associação entre aleitamento materno exclusivo e modalidade de emprego. DHS, 2006-2017.

Tabela Suplementar 1 – Descrição da regulamentação da licença maternidade com ano de aprovação, fonte pagadora, intervalo entre o ano de início da licença e ano de inquérito e percentual de mulheres trabalhadoras em países da América Latina.

Lista de Abreviações

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

EBF – Exclusive Breastfeeding

IBFAN – International Baby Food Action Network

ILO – International Labour Organization

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

SMAM – Semana Mundial da Amamentação

UNICEF – United Nation Children’s Fund

WABA –World Alliance for Breastfeeding Action

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 A inserção da mulher no mercado de trabalho e as leis trabalhistas de proteção à maternidade.	16
2.2 Aleitamento materno exclusivo e trabalho materno	19
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4. ARTIGO	24
5. REFERÊNCIAS	49

1. INTRODUÇÃO

Em uma sociedade, as mulheres possuem, dentre várias funções, a de reprodução (maternidade) e a de produção (trabalho), sendo as duas fontes de empoderamento e emancipação (IBFAN, 2019). Destaca-se o relevante papel social da mulher em formar novos cidadãos. O papel reprodutivo das mulheres consiste em gravidez, parto, cuidados e nutrição do bebê através do aleitamento materno por período de vários meses ou anos. Já o papel produtivo consiste em trabalhar, geralmente fora do lar, visando aumentar a renda familiar, o que pode ocasionar o distanciamento entre mãe e filho (IBFAN, 2019). O trabalho para o grupo ao qual pertence, geralmente na preparação das refeições e nos cuidados da casa, pode ser considerado mais um papel exercido majoritariamente pelas mulheres (IBAFN, 2019). A articulação entre trabalho reprodutivo e produtivo para as mulheres é especialmente dificultosa, pois implica na combinação dessas jornadas, seja pelo entrosamento, seja pela superposição (PORTO, 2017), além de envolver os afazeres domésticos, caracterizando uma tripla jornada de trabalho.

As leis de proteção à maternidade têm como objetivo permitir que as mulheres combinem sua reprodução e papéis produtivos com sucesso, com igualdade de oportunidades de emprego e ocupação, sem prejuízo da saúde ou da segurança econômica (ILO, 2014). Proteger a maternidade sempre foi uma das principais preocupações da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Na primeira Conferência Internacional do Trabalho, em 1919, a OIT reconheceu o direito de licença maternidade de 12 semanas como ferramenta de proteção ao trabalho materno em função do nascimento de uma criança criando sua primeira Convenção (nº 03) (ILO, 2019). Esta Convenção foi seguida por outras duas: Convenção nº 103, em 1952, e Convenção nº 183, em 2000. A Convenção nº 103, em 1952, buscou revisar as determinações estabelecidas anteriormente, porém não incluía nem referia qualquer provisão a empregadas informais, permitindo aos países excluir categorias de trabalhadoras (IBFAN, 2000). Após 47 anos, a Convenção nº 183 foi estabelecida visando atender às mudanças decorrentes da participação crescente das mulheres no ambiente do trabalho, garantindo um mínimo de 14 semanas de período de licença maternidade (ILO, 2019). Como esta Convenção não foi revisada por quase 50 anos, a preocupação era assegurar a melhor proteção possível para mães e bebês por muitos

anos futuros (IBFAN, 2000). Nesta mesma Convenção, a ILO elaborou a Recomendação nº 191, na qual os países membros deveriam trabalhar para prolongar o período de licença maternidade por pelo menos 18 semanas (ILO, 2014).

As políticas que garantem às mulheres uma pausa no trabalho por pelo menos seis meses após o parto aumentam a probabilidade de aleitamento materno exclusivo pelo período recomendado (HEYMANN et al., 2013). Para mulheres que trabalham fora do lar, o retorno ao trabalho representa um momento determinante que pode interferir diretamente na exclusividade e na continuidade ou não da amamentação (LAWRENCE et al., 2016; XIANG et al., 2016; ABOU-ELWAFI, 2018). Apontado como um dos fatores que mais incide negativamente sobre a prática do aleitamento materno, é necessário que essas mães tenham tempo e espaço próprio para amamentar ou realizar extração do leite materno durante a jornada de trabalho (TSAI, 2013).

Mulheres que trabalham sem direito à licença maternidade, especialmente por trabalhos com vínculos informais, estão mais predispostas a interromper a amamentação (OGBUANU et al., 2011; ALMEIDA, 2017). A falta de apoio no ambiente de trabalho por parte dos colegas e gestores, a ausência de flexibilidade da jornada e a inexistência de local adequado para amamentar ou extrair o leite materno afetam a duração e prejudicam a continuidade do aleitamento materno (HIRANI, 2013).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A inserção da mulher no mercado de trabalho e as leis trabalhistas de proteção à maternidade.

Historicamente, o papel da mulher sempre esteve fortemente ligado às práticas diárias da maternidade, o que ocasionava a maior permanência da mesma no ambiente doméstico (ALMEIDA, 2017). Após a revolução industrial, esse cenário começou a ser modificado. A partir desse momento, a maioria das mulheres passou a ter dois empregos: o trabalho doméstico não remunerado, que geralmente não é reconhecido ou valorizado, e o trabalho remunerado “real”, geralmente fora de seu domicílio (IBFAN, 2019). As primeiras categorias profissionais exercidas pelas mulheres estavam ligadas ao ensino, saúde e direito (ALMEIDA, 2017). Mesmo avançando nas conquistas por mais espaço inclusive com relação aos tipos de ocupação, muitas mulheres ainda não possuíam carteira de trabalho assinada, carga horária de trabalho justa, além de experimentarem cenários de trabalho que não atendiam as suas necessidades maternas (BRUSCHINI et al., 2016).

Desde a adoção da primeira Convenção pela Proteção à Maternidade, em 1919, mais duas Convenções (C103, 1952; e C183, 2000) e duas Recomendações (R52, 1952; e R191, 2000) foram adotadas (IBFAN, 2019). Cada nova Convenção expandiu os direitos das trabalhadoras e forneceu aos governos a oportunidade de fortalecer suas medidas nacionais (IBFAN, 2019). Os países são incentivados a ratificar as convenções da OIT, que obrigam a implementação da legislação nacional como padrões mínimos de proteção à maternidade (IBFAN, 2019). Convenções, quando ratificadas pelos países, constituem tratados legais a serem implementados em legislações nacionais, enquanto que as Recomendações são instrumentos opcionais para servirem como guias (IBFAN, 2019).

Nos últimos 100 anos, a maioria dos países introduziu a legislação sobre maternidade e políticas relacionadas, de acordo com os padrões da OIT, mas o nível de implementação e a cobertura real variam consideravelmente entre os países (UNICEF, 2019). As medidas de proteção às gestantes e puérperas incluíam prevenção contra exposição à saúde e riscos de segurança durante e após a gravidez, direito à licença maternidade remunerada, intervalos para amamentação, cuidados de saúde materno-

infantil, proteção contra a discriminação no emprego e uma garantia do direito de retornar ao trabalho após a licença maternidade (ILO, 2019).

A licença remunerada promove a equidade de gênero, aumenta a participação econômica das mulheres e melhora a saúde física e mental das mães (UNICEF, 2019). A recomendação da OIT para o período mínimo de licença maternidade é de 14 semanas, sendo considerado ideal período igual ou superior a 18 semanas. Embora praticamente todos os países do mundo possuam licença maternidade, apenas 53% seguem a recomendação de 14 semanas e 23% possuem período igual ou maior do que 18 semanas (ROLLINS et al., 2016 VICTORA et al., 2016).

Alguns países da América Latina seguem essa recomendação como, por exemplo, a Colômbia, que possui um período de licença maternidade de 18 semanas (Lei nº1822, 2017). O Brasil e a República Dominicana seguem as recomendações mínimas de 17 e 14 semanas, respectivamente (Constituição Federal do Brasil, 1988; Convenção ILO nº 183, 2014). Entretanto, outros países como Bolívia e Peru possuem licença maternidade de 13 semanas (Lei Geral do Trabalho da Bolívia, 1942; Lei nº 26644, 1996) e, Guatemala, Haiti e Honduras, com período ainda menor, de apenas 12 semanas de licença (Código do Trabalho da Guatemala, 1947; Código do Trabalho do Haiti, 1961; Lei de Seguridad Social de Honduras, 2005).

A maioria desses países desenvolveu suas legislações de proteção à maternidade entre 1940 e 1970, com exceção do Peru e da República Dominicana, que publicaram suas legislações sobre esse tema logo após 1990. A Colômbia foi o país que mais modificou a sua legislação ao longo dos anos, começando com um período de licença maternidade de 8 semanas em 1938 e, em 2017, chegando a 18 semanas.

O Brasil publicou sua primeira legislação trabalhista de proteção à maternidade na Constituição Brasileira de 1934 e, em particular, com a promulgação da CLT (1943), na qual ficou estabelecido que a licença maternidade seria de 90 dias (13 semanas). Somente na Constituição de 1988 houve mudanças em relação ao direito da mulher trabalhadora, aumentando para 120 dias (17 semanas) o período da licença maternidade para mães biológicas e adotivas. Entre servidoras públicas, este período é de 180 dias (26 semanas) desde 2008, quando foi sancionada a lei nº 11.770, que prevê também a criação do Programa Empresa Cidadã, possibilitando aos empregadores estender a licença maternidade por mais 60 dias em troca de benefícios fiscais.

Para todos os países, com exceção do Haiti, a fonte pagadora da licença maternidade é a seguridade social, modificando o percentual de sua responsabilidade entre os países. No Peru, Colômbia e na Bolívia, 100% da licença maternidade é paga pela seguridade social. No Brasil, o subsídio de maternidade é pago pelo empregador, que é reembolsado pela seguridade social, deduzindo de seus impostos. Na Guatemala e em Honduras, 2/3 é pago pela seguridade social e 1/3 pago pelo empregador. Na República Dominicana, a responsabilidade é dividida por igual (50% pago pela seguridade social e 50% pago pelo empregador).

A legislação de proteção à maternidade difere de um país para outro, entretanto, ela ainda precisa ser aprimorada em todos eles. Para alguns, os critérios são muito restritos, excluindo grandes grupos de trabalhadoras. Em outros, a licença maternidade tem um período curto ou não é totalmente remunerada, assim como não existem intervalos para amamentar. Medidas adequadas de proteção à maternidade são necessárias em todos os países para todas as categorias de mulheres trabalhadoras, incluindo aquelas que trabalham na economia informal, no serviço doméstico e na agricultura (IBFAN, 2019).

O Banco Mundial relatou que a força de trabalho da parcela feminina aumentou significativamente nas últimas décadas atingindo quase 50% em muitos países. No hemisfério sul, a maioria das mulheres trabalha na economia informal. Estima-se que mais de 80% no sul da Ásia; 74% na África Subsaariana e 54% na América Latina e Caribe. Para essas situações que estão fora do âmbito regulatório de estruturas que governam o emprego, torna-se essencial considerar políticas públicas para toda a população (IBFAN, 2019).

Países onde os governos têm legislações em vigor de proteção à maternidade, as mulheres possuem o direito à licença maternidade, ao pagamento continuado em licença, à segurança no emprego, às pausas para amamentação e ao ambiente de trabalho saudável que não expõe a mãe ou a criança a riscos (IBFAN, 2019).

2.2 Aleitamento materno exclusivo e trabalho materno

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2001 recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida (WHO, 2001). A prática do aleitamento materno, além de um investimento para melhorar a saúde de mulheres e de crianças, é também um investimento no desenvolvimento do capital humano que pode beneficiar a economia de um país (UNICEF, 2017). A amamentação é um dos poucos comportamentos positivos à saúde mais prevalente em países de baixa e média renda do que em países de alta renda e, mesmo em países de média renda, mulheres pobres amamentam por mais tempo do que mulheres ricas (VICTORA et al., 2016).

A 27ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1974, observou o declínio geral da amamentação em muitas partes do mundo, relacionada principalmente a fatores socioculturais, principalmente envolvendo a expansão do uso de fórmulas infantis (WHO, 1981). Mais recentemente, fatores individuais como idade materna, etnia, estado civil e socioeconômicos como escolaridade materna, local de residência e renda familiar também estão associados à decisão de amamentar (THOMAS-JACKSON et al., 2014; ROLLINS et al., 2016; HMONNE et al., 2017). O trabalho materno é um desses fatores, apontado por vários autores como uma das principais barreiras para o aleitamento materno exclusivo, especialmente em função do aumento da participação da mulher no mercado de trabalho (LAWRENCE et al., 2016; ROLLINS et al. 2016; CHAI et al., 2018). Atitudes sociais e culturais moldam o contexto estrutural da amamentação no ambiente de trabalho (ROLLINS et al, 2016). Muitas mulheres relatam experiências negativas ao amamentar em público, assim como muitos empregadores e colegas sentem-se desconfortáveis com as mulheres que amamentam no local de trabalho (ROLLINS et al, 2016).

Buscando compreender os fatores socioculturais associados à decisão de amamentar, agências internacionais e representantes de governos de 40 países elaboraram a chamada “Declaração de Innocenti”, em 1º de agosto de 1990, na qual foram estabelecidas metas em prol da amamentação para os anos seguintes (REA, 1995; SERVA, 2011). Desde então, essas metas tem sido revistas e reiteradas pela OMS e UNICEF anualmente na Semana Mundial da Amamentação (SMAM), que se inicia em 1º de agosto. Em 1993 e 2015 os temas da SMAM, coordenados pela World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), foram: “Mother-friendly Workplace Initiative” e

“Breastfeeding and work - Let’s make it work!” respectivamente, sendo os dois temas traduzidos no Brasil como “Amamentação: direito da mulher trabalhadora” e “Amamentação e trabalho: para dar certo, o compromisso é de todos” (Yasmeen, 2015).

A empresa que apoia a mãe trabalhadora possui menores taxas de absenteísmo, haja vista que crianças amamentadas adoecem menos; ao valorizar e reconhecer as necessidades das mulheres terá maior adesão ao emprego, o que evita novas contratações e treinamentos de funcionários; e a formação de uma imagem mais positiva perante os funcionários (ROLLINS et al., 2016). As salas de apoio à amamentação e os intervalos para amamentar ou extrair o leite materno são intervenções de baixo custo que as empresas podem aderir para proteger a amamentação (ROLLINS et al., 2016).

Atabay e colaboradores (2015) coletaram e analisaram dados de 193 países e verificaram que 26,7% não garantiam intervalos para amamentação e 25,1% não proviam nem intervalos e nem licença maternidade às suas mulheres trabalhadoras. Até junho de 2017, de acordo com Steurer e colaboradores, 51 países do leste da Ásia, Pacífico e Américas não tinham nenhum tipo de legislação que prevê intervalos para amamentação. Em um estudo realizado no Paquistão, os autores verificaram que as mulheres relataram flexibilidade no emprego e colegas de trabalho como fatores que apoiam a amamentação e ausência de creches e de locais para extração e armazenamento do leite materno como fatores que limitavam a amamentação (HIRANI et al., 2013).

A garantia de intervalos para amamentar, assim como a atitude de apoio dos colegas de trabalho e do supervisor da mulher trabalhadora, gera impacto positivo dentro das empresas (STEURER et al., 2017). Wallenborn e colaboradores (2018) identificaram que mulheres que se sentem apoiadas em seus locais de trabalho, estão mais propensas e se sentem capazes de atingir suas metas de amamentação. No Brasil, em um estudo realizado na zona sul de São Paulo, com amostra de conveniência de 77 mulheres, constatou-se que aquelas que possuíam o benefício de creches ou salas de coleta de leite humano (42%) amamentaram de forma exclusiva por mais tempo (31 dias vs 12 dias) em comparação àquelas que não tinham este benefício (Rea et al., 1997).

Desde a primeira Convenção sobre proteção à maternidade (nº3 de 1919), os intervalos para amamentação faziam parte das normas internacionais, garantindo o

direito de duas pausas de 30 minutos cada para amamentar (ILO, 2010). As Convenções nº 103 (1952) e nº 183 (2000) passaram a permitir que cada país decidisse o número e a duração das pausas, desde que fornecida ao menos uma. A Convenção nº 183 introduziu a possibilidade de transformar intervalos diários em redução de horas de trabalho (ILO, 2010).

Existem várias áreas em que a proteção à maternidade deve ser fortalecida (ILO, 2012). Muitos países excluem certas categorias de trabalho de provisões de proteção à maternidade, como trabalhadoras autônomas, rurais e domésticas (ILO, 2010). Tal fato ocorre porque o país não segue as recomendações da OIT ou devido à alta incidência do trabalho informal, no qual as mulheres não são elegíveis (VICTORA et al., 2016).

O acesso à proteção para todas as mulheres trabalhadoras, sem qualquer tipo de discriminação, incluindo aquelas com trabalho informal, deve ser uma prioridade para todos os países, principalmente para os Estados membros da OIT (ILO, 2010). O trabalho materno isoladamente parece não diminuir as taxas de amamentação. A quantidade ou qualidade nutricional do leite materno não é prejudicada pela atividade de trabalho materno, incluindo exercícios vigorosos, e não há indicação de que mulheres trabalhadoras têm menos interesse em amamentar do que aquelas que não trabalham (LOVELADY et al., 1990; HEYMANN et al., 2013). As razões mais frequentemente citadas entre as mães para o desmame precoce é o retorno ao trabalho e as condições que elas experimentam neste ambiente durante essa fase (OGBUANU et al., 2011; SKAFIDA, 2012). A maior extensão do período de licença maternidade esteve associada a maior prevalência de aleitamento materno em estudo de revisão (Steurer, 2017). Xiang e colaboradores (2016) avaliaram o efeito do tempo de retorno ao trabalho e das horas trabalhadas nas taxas de AME aos 4 e 6 meses. Como resultado, os autores observaram que o retorno antes dos 6 meses era uma barreira para o AME, porém após o ajuste para a carga horária de trabalho, concluiu-se que uma carga horária com menos de 19 horas semanais o AME foi mantido. Estudos sugerem que um período maior de licença maternidade aumenta a prevalência de AME em países de alta renda. Entretanto, as descobertas destes estudos não esclarecem como essa relação ocorre em países de baixa e média renda (CHAI et al., 2018).

A proporção de mulheres envolvidas na força de trabalho e no ganho salarial continua aumentando na América Latina e em demais países de baixa e média renda,

desta forma, políticas públicas que apoiam a capacidade da mulher trabalhar e cuidar da família como a licença maternidade favorecem a adoção de comportamentos de promoção à saúde (CHAI et al., 2018).

Um estudo realizado em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), com quase treze mil mulheres com filhos menores de 4 meses, identificou que 63,4% das entrevistadas não trabalhavam fora do lar. Dentre as que trabalhavam, 69,8% usufruíam de licença maternidade e apresentaram menor chance de interrupção do AME nos primeiros 4 meses de vida do lactente (Monterio et al., 2016). Em 77 municípios do estado de São Paulo, 53,2% das mães entrevistadas não trabalhavam fora de casa, 17,2% trabalhavam fora e 17,8% estavam sob licença maternidade, sendo o AME mais prevalente em mães que usufruíam de licença maternidade (54,6%) e menos prevalente entre as que trabalhavam fora (25,9%) (Venâncio et al., 2010). No estado da Paraíba, um estudo regional realizado com amostra de conveniência, a taxa de AME foi de 29,6% entre mães que tiveram licença maternidade em comparação com 8,9% entre as que não tiveram (Vianna et al, 2007).

Os aspectos envolvidos na relação entre trabalho materno e AME precisam ser explorados e estudados com o objetivo de romper as barreiras que impedem a mãe trabalhadora de amamentar exclusivamente pelo tempo mínimo de 6 meses. Os estudos reunidos nesta revisão de literatura, de maneira geral, foram realizados em países de alta renda (Skafida, 2012; Xiang et al., 2016; Steurer, 2017), com amostras de conveniência ou com um determinado grupo socioeconômico ou de base regional (Vianna et al., 2007; Venâncio et al., 2010), além de poucos serem realizados com países da América Latina. Desta forma, é necessário conhecermos a situação atual do status do trabalho maternidade, sua formalidade, e a situação da licença maternidade nestes países e a prevalência de AME.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses e sua associação com trabalho materno em países da América Latina no período de 2006 a 2017.

3.2 Objetivos específicos:

Descrever as prevalências de aleitamento materno exclusivo em países da América Latina, bem como das variáveis sociodemográficas e de saúde por país e, posteriormente, para o conjunto desses países.

Descrever sobre a existência de legislação específica e o tempo de duração da licença maternidade em países da América Latina.

Verificar a associação entre o aleitamento materno exclusivo e o status do trabalho materno, bem como o tipo de ocupação e a modalidade do emprego.

4. ARTIGO

Resumo

O trabalho materno nos primeiros seis meses da criança é considerado barreira para o aleitamento materno exclusivo (AME). Nosso objetivo foi analisar a prevalência do AME e sua associação com trabalho materno na América Latina. Estudo transversal, realizado com dados das Pesquisas de Demografia e Saúde realizadas na Bolívia (2008), Brasil (2006), Colômbia (2010), Guatemala (2015), Haiti (2017), Honduras (2011), Peru (2011) e República Dominicana (2007). A amostra foi composta por crianças vivas menores de seis meses e suas mães. O desfecho foi a situação do AME(sim/não) e as principais variáveis preditoras foram trabalho materno(sim/não) e modalidade de emprego (formal/informal). A associação entre AME e variáveis preditoras foi realizada pela regressão de Poisson, com ajuste para escolaridade materna, presença do companheiro, local de residência, idade materna, tipo de parto, primiparidade, índice de riqueza e aleitamento materno na primeira hora. A prevalência de AME foi de 58,0% na Bolívia, 41,1% no Brasil, 39,2% na Colômbia, 50,8% na Guatemala, 39,7% no Haiti, 31,1% em Honduras, 68,1% no Peru, 7,6% na República Dominicana. O percentual de mulheres que declarou trabalhar foi 46,1% na Bolívia, 24,1% no Brasil, 28% na Colômbia, 19,5% na Guatemala, 21,3% no Haiti, 23,3% em Honduras, 35,4% no Peru e 19,1% na República Dominicana. O trabalho materno se associou negativamente com AME na Guatemala (RP=0,80;IC95%=0,64;0,98), Haiti (RP=0,68;IC95%=0,51;0,90) e Honduras (RP=0,65;IC95%=0,46;0,91). O trabalho informal se associou negativamente com AME em Honduras (RP=0,74;IC95%=0,55; 0,99). A prevalência de AME foi inferior nas mulheres que estavam trabalhando em três países da América Latina.

Palavras-chave

Aleitamento materno exclusivo; amamentação; trabalho materno; licença maternidade; América Latina; pesquisas de demografia e saúde; proteção à maternidade.

Abstract

Maternal work in the first six months of infant's life is a barrier to exclusive breastfeeding(EBF). Our objective was to analyse the prevalence of EBF and the association with maternal work in Latin America. Cross-sectional study, conducted with data from the Demography and Health Surveys carried out in Bolivia (2008), Brazil (2006), Colombia (2010), Guatemala (2015), Haiti (2017), Honduras (2011), Peru (2011) and Dominican Republic (2007). The sample was composed by live infants under six months of age and their mothers. The outcome was the EBF (yes/no) and the main predictor variables were maternal work(yes/no) and employment modality (formal/informal). The association between EBF and predictor variables about maternal work was performed using Poisson regression, adjusted by maternal education, presence of partner, place of residence, maternal age, type of delivery, primiparity, wealth index and breastfeeding in the first hour. The prevalence of EBF was 58.0% in Bolivia, 41.1% in Brazil, 39.2% in Colombia, 50.8% in Guatemala, 39.7% in Haiti, 31.1% in Honduras, 68.1% in Peru and 7.6% in the Dominican Republic. The percentage of women who declared to work was 46.1% in Bolivia, 24.1% in Brazil, 28% in Colombia, 19.5% in Guatemala, 21.3% in Haiti, 23.3% in Honduras, 35.4% in Peru and 19.1% in the Dominican Republic. Maternal work was associated with EBF in Guatemala (PR:0.80; CI95%:0.65;0.98), Haiti (PR:0.68; CI95%:0.51;0.90) and Honduras (PR:0.65; CI95%: 0.46;0.91). Informal work was negatively associated with EBF in Honduras(0.74; CI: 0.55; 0.99). The prevalence of EBF was lower among women who were working in three countries in Latin America.

Key words

Exclusive breastfeeding; Breastfeeding; Maternal work; Maternity leave; Latin America; Demography Health and Survey; Maternity protection.

Introdução

As taxas de AME aumentaram de 24,9% em 1993 para 35,7% em 2013 nos países de média e baixa renda (Victora et al., 2016). Especificamente na região das Américas, em 2018, 38% dos bebês menores de seis meses estavam recebendo aleitamento materno de forma exclusiva (OPAS, 2018). Uma das principais razões pelas quais as mulheres não amamentam ou interrompem precocemente é a necessidade de voltar ao trabalho e ficar longe dos bebês (Heymann et al., 2013; UNICEF, 2017; Wallenborn et al., 2018).

O trabalho materno, particularmente nos primeiros seis meses após o nascimento de uma criança, foi identificado como uma barreira para a continuação do AME (Xiang et al., 2016). Mães que não trabalham ou trabalham meio período estão mais propensas a amamentar se comparadas às mães que trabalham em período integral (Ogbuanu et al., 2010). Em um estudo ecológico realizado com dados de quase um milhão de nascimentos entre 1996 e 2014 ocorridos em 38 países de baixa e média, o aumento de um mês na duração da licença maternidade foi associado ao aumento de 5,9 pontos percentuais na prevalência de AME (Chai et al., 2018). Especialmente no século XXI, ocorre inserção expressiva das mulheres no local de trabalho, dando maior foco ao fenômeno mundial da jornada dupla ou até tripla de trabalho praticado por elas (IBFAN, 2019). No Brasil, em um estudo realizado no estado de São Paulo, maior percentual de AME foi observado entre mulheres que estavam sob licença maternidade (54,6%) e menor percentual entre aquelas que trabalhavam fora, sem licença maternidade (25,6%) (Venâncio et. al, 2010). A Organização Internacional do Trabalho recomenda um período mínimo de licença maternidade de 14 semanas e ideal de 18 semanas, de acordo com a Recomendação N° 191 (ILO, 2014). Em junho de 2019, após 100 anos da realização da primeira convenção, a OIT adotou a Declaração Centenária, que propõe um compartilhamento mais equilibrado das responsabilidades familiares buscando um equilíbrio entre vida profissional e pessoal (ILO, 2019). Aproximadamente 830 milhões de trabalhadoras em todo o mundo ainda estão desprotegidas das legislações trabalhistas (ILO, 2014). Em países de média e baixa renda, poucas mulheres tem acesso à proteção legal da maternidade no trabalho e aos direitos que protegem a amamentação, seja porque não são fornecidos ou porque trabalham na economia informal e, portanto, não são cobertas pela lei (Victora, 2016).

Na América Latina, o aumento da participação laboral feminina de forma sustentada foi notável nas últimas décadas, com um ritmo superior ao da masculina. Paralelamente, houve também avanços na legislação de proteção à maternidade na maioria dos países latino-americanos, porém de forma desigual conforme a escolaridade e renda maternas (Espino, 2012). Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e sua relação com trabalho materno em países da América Latina no período de 2006 a 2017.

Métodos

Desenho do estudo, fonte dos dados e amostragem

Trata-se de um estudo transversal, no qual todos os dados foram provenientes de pesquisas de demografia e saúde (*Demographic Health Survey – DHS*), que compõem o Programa DHS (*Demographic Healthy Survey Program*). A DHS é uma pesquisa domiciliar com representatividade nacional elaborada por amostragem probabilística complexa, a qual inclui estratificação, conglomeração e ponderação. A seleção da amostra ocorre em dois estágios: primeiramente selecionam-se os conglomerados (unidade primária de seleção) e, posteriormente, selecionam-se os domicílios (unidade secundária de seleção). Nos domicílios todas as mulheres em idade fértil (15-49 anos) e seus filhos menores de 3 ou 5 anos são elegíveis para a entrevista.

O Programa DHS teve início em 1984 e as pesquisas são realizadas por fases, normalmente a cada cinco anos, para permitir comparações ao longo do tempo. A partir dos dados da DHS é possível obter informações para avaliação do impacto e monitoramento da situação de saúde, reprodução e demografia da população em países de baixa e média renda (<https://dhsprogram.com/>).

Para este estudo, foram selecionados os países da América Latina que continham informações sobre aleitamento materno, com as respectivas fases e anos de pesquisa: Bolívia (Fase V-2008), Brasil (Fase V-2006), Colômbia (Fase VI-2010), Guatemala (Fase VII-2015), Haiti (Fase VII-2017), Honduras (Fase VI-2011), Peru (Fase VI-2011), República Dominicana (Fase V-2007). Para todos os países (exceto Colômbia e República Dominicana) foram selecionados os últimos anos de pesquisas para que fossem obtidos os dados mais recentes sobre a situação do AME, de trabalho e de saúde

dessas populações. Na Colômbia e República Dominicana, selecionamos os penúltimos anos de pesquisa, pois nos últimos anos (Fase VII-2015 na Colômbia e Fase VI-2013 na República Dominicana) não havia dados sobre aleitamento materno.

Amostra, desfecho do estudo e variáveis preditoras

A amostra foi composta por crianças menores de seis meses, vivas no momento da entrevista e suas mães. O desfecho foi a frequência de AME avaliado a partir do levantamento das bebidas e alimentos consumidos por essas crianças nas últimas 24 horas, dentre eles água, suco, leite em pó, formulas infantis, pão, massas, cereais, ovos, carnes, legumes, frutas e verduras, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2008). Foram consideradas em AME as crianças que não receberam nenhum desses alimentos.

As principais variáveis preditoras foram trabalho materno atual (sim/não) e tipo de ocupação. De acordo com os documentos da DHS, o tipo de ocupação exercido pela mãe corresponde ao trabalho exercido por ela naquele período, não sendo necessariamente a sua profissão. A codificação das categorias de trabalho é feita pelo Serviço Nacional de Estatística que inclui ocupações específicas de cada país, baseando-se em um esquema de codificação padrão, a *International Standard Classification of Occupations* - ISCO 08 (ILO, 2012). As categorias de ocupação incluídas na DHS e disponíveis nos bancos de dados utilizados são: gerencial, administrativo, vendas, agricultura, doméstica e trabalho manual. A partir do tipo de ocupação foi criada a variável formalidade do trabalho (formal/informal). Foram considerados empregos do tipo formal as categorias gerencial, administrativo e vendas, e do tipo informal, agricultura, doméstica e trabalho manual (Ahmed et. al., 2019). Para o Brasil não foi possível analisar os tipos de ocupação e emprego devido à ausência desses dados na pesquisa.

As demais variáveis preditoras incluídas nas análises como possíveis fatores associados ao desfecho foram: idade materna, escolaridade, estado civil, local de residência (rural/urbano), índice de riqueza, primiparidade, número de consultas pré-natal, tipo de parto e aleitamento materno na primeira hora de vida. Essas variáveis foram escolhidas a partir de estudos populacionais que analisaram índices de

aleitamento materno e a situação de trabalho materno (Wallenborn et al., 2018; Xiang et al., 2016; Chai et al., 2018)

O índice de riqueza é uma medida composta do padrão de vida acumulado do agregado familiar. Este índice foi proposto como *proxy* da renda, em função da ausência desta informação nos bancos da DHS e encontra-se disponível nos bancos de dados utilizados (Filmer e Pritchett, 2001). O índice foi criado por meio da Análise de Componentes Principais (PCA) utilizando variáveis de bens de consumo, tais como rádio, televisor, geladeira, freezer, bicicleta, motocicleta, carro, telefone, computador, materiais utilizados para a construção de casas (pisos, telhados e paredes), fornecimento de água, instalações sanitárias e eletricidade (Barros e Victora, 2013). O primeiro componente principal obtido na análise foi utilizado para definir o índice de riqueza (WHO, 2013). Os escores deste primeiro componente principal foram divididos em quintos, sendo o primeiro quinto referente às famílias que possuíam menor escore (menor renda) e o último, famílias que possuíam maior escore (maior renda) (Barros e Victora, 2013).

Licença Maternidade

Informações sobre licença maternidade foram coletadas a partir de documentos e legislações trabalhistas específicas de cada país (Tabela 1 Suplementar). Foi feito um levantamento sobre o ano de início da licença, período concedido, responsabilidade pelo benefício (empregador e/ou seguridade social), intervalo entre o ano de início da licença e o ano de inquérito da DHS, mostrando o tempo de exposição entre a criação da legislação trabalhista e os dados do aleitamento materno exclusivo e, por último, a fonte das informações (ILO, 2014).

Análise estatística

Todas as variáveis foram descritas em frequências relativas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para cada país. Posteriormente, foram estimadas as Razões de Prevalência (RP) e IC95% para a associação entre o status de aleitamento materno exclusivo (sim/não) e as variáveis de exposição por modelos de regressão de Poisson. As análises foram ajustadas por: escolaridade, estado civil, local

de residência, idade materna, índice de riqueza, primiparidade e aleitamento materno na primeira hora de vida. Devido à amostragem complexa, utilizou-se o comando “svy” para incorporar a estratificação, conglomeração e o peso ponderal nas análises. Todas as análises foram realizadas no programa Stata SE versão 12[®].

As análises de prevalência de mulheres trabalhadoras e que possuíam vínculo de trabalho formal foram descritas juntamente com as informações sobre licença maternidade de cada país (Tabela 1 Suplementar). Optou-se por adicionar estas informações neste estudo para embasar a discussão dos resultados, uma vez que não havia nos bancos de dados a disponibilidade de variáveis que indicassem diretamente quais mulheres estavam ou não em licença maternidade.

Todas as pesquisas foram aprovadas pelos comitês de ética em pesquisa com seres humanos nos seus respectivos países (<https://www.dhsprogram.com/What-We-Do/Protecting-the-Privacy-of-DHS-Survey-Respondents.cfm>). Os bancos de dados estão disponíveis publicamente, preservando-se o anonimato dos participantes.

Resultados

Neste estudo, incluímos 18.618 crianças vivas menores de 6 meses que residiam com seus responsáveis. A descrição das variáveis sociodemográficas e de saúde para cada país separadamente está na Tabela 1.

A maior prevalência do AME foi de 68,1% no Peru e a menor foi de 7,6% na República Dominicana (Tabela 1). A maioria das mulheres respondeu que não trabalhava no momento da entrevista em todos os países analisados. Dentre as que trabalhavam, o tipo de ocupação mais prevalente foi na área de vendas, exceto na Bolívia, onde prevaleceram atividades relacionadas à agricultura. Analisando a modalidade de emprego, nosso estudo encontrou que o maior percentual de vínculo formal entre trabalhadoras foi de 87,4% na Colômbia e o menor foi de 43,9% na Bolívia (Tabela 1).

A faixa etária mais prevalente das mães foi de 20 a 24,9 anos, exceto na Bolívia e no Peru (25 e 29,9 anos). Com relação ao nível de escolaridade na Bolívia, Guatemala, Brasil e Honduras prevaleceram o nível fundamental e na Colômbia, Haiti, República

Dominicana e Peru, o nível médio foi o mais prevalente. Em relação ao estado civil, a situação conjugal mais prevalente foi “vive junto com o companheiro”. Quanto ao local de residência, houve maior prevalência de mulheres que moravam na área urbana na Colômbia, Bolívia, Brasil, Peru e República Dominicana e na Guatemala, Haiti e Honduras, na área rural. A maioria das mulheres tinha mais de um filho e, com relação ao tipo de parto, o normal foi o mais prevalente em todos os países. Na Bolívia e no Haiti, um maior número de mulheres realizou de 4 a 6 consultas de pré-natal e, nos outros países, a maioria realizou de 7 a 9 consultas pré-natais. A prevalência da amamentação na primeira hora de vida variou entre 42,7% a 63,4%, com menores prevalências no Brasil (42,7%) e no Haiti (45,4%) (Tabela 1).

Na tabela suplementar 1 foram descritas informações relacionadas à licença maternidade nos oito países analisados. Todos possuem regulamentação de licença maternidade. A maioria possui períodos de licença entre 12 e 14 semanas, sendo os menores na Guatemala, Haiti e Honduras e os maiores no Brasil (17 semanas) e na Colômbia (18 semanas). No Peru, Colômbia e Bolívia, 100% da licença maternidade é paga pela seguridade social. No Brasil, o subsídio de maternidade é pago pelo empregador, que é reembolsado pela seguridade social, deduzindo de seus impostos. Na Guatemala e em Honduras, 2/3 é pago pela seguridade social e 1/3 pago pelo empregador. Na República Dominicana, a responsabilidade é dividida por igual (50% pago pela seguridade social e 50%, empregador). A maioria dos países iniciou a proteção à maternidade entre as décadas de 40 e 70, exceto Peru e República Dominicana, que publicaram suas legislações trabalhistas na década de 90. Apenas no Brasil, Colômbia, Honduras e República Dominicana houve mudanças quanto ao período de licença maternidade nos últimos 30 anos.

A prevalência de AME foi inferior entre as mulheres que trabalhavam na Guatemala (RP=0,80, IC95%=0,64;0,98), no Haiti (RP=0,68, IC95%=0,51;0,90) e em Honduras (RP=0,65, IC95%=0,46;0,91)(Tabela 2). Com relação ao nível de escolaridade, podemos observar que no Peru e na Guatemala a prevalência de AME foi inferior entre as mulheres com maior escolaridade. Na maioria dos países, a prevalência de AME foi inferior nos quintos mais elevados de renda. Na Guatemala, Haiti e Peru, a prevalência de AME foi maior entre as mulheres que amamentaram na primeira hora de vida do bebê (Tabela 2).

Com relação aos tipos de trabalho (Tabela 3), foi possível verificar que houve associação negativa na República Dominicana para trabalho doméstico (RP=0,28; IC95%=0,08; 0,93). Quanto à modalidade de emprego, se formal ou informal (Tabela 4), apenas em Honduras houve associação negativa entre trabalho informal e AME (RP=0,74; IC95%=0,55; 0,99).

Discussão

Os principais resultados deste estudo apontaram que na Guatemala, Haiti e Honduras, o trabalho materno foi associado negativamente ao AME e, com relação à formalidade do emprego, o trabalho informal também se associou negativamente à prevalência de AME em Honduras. A maior prevalência do AME foi verificada no Peru e a menor na República Dominicana. O percentual de mulheres que declarou trabalhar foi baixo na maioria dos países, variando entre 19,1% na República Dominicana e 46,1% na Bolívia. Quanto à modalidade de emprego, o maior percentual de vínculo formal foi na Colômbia e o menor foi na Bolívia.

A principal característica comum entre Guatemala, Haiti e Honduras é o tempo de licença maternidade de apenas 12 semanas, abaixo do período mínimo recomendado pela OIT e inferior ao que a Recomendação N° 191 considera como ideal (ILO, 2014). A menor prevalência de AME foi vista na República Dominicana (7,6%), na qual o período de licença maternidade no ano da pesquisa (2007) também era de 12 semanas. Outra característica importante que podemos destacar destes três países, é a responsabilização total do empregador pelos custos da licença maternidade no Haiti e parcial na Guatemala e em Honduras. Na Bolívia, o percentual de mulheres no mercado informal foi um dos mais elevados. Os estudos que tinham dados sobre licença maternidade e analisaram sua associação evidenciaram que um período de licença maternidade superior a 12 semanas esteve associado a uma chance duas vezes maior de estabelecer a amamentação nos primeiros 6 meses, após ajuste para covariáveis, como escolaridade, raça, paridade e situação conjugal (Guendelman et. al., 2009); efeitos negativos de uma licença maternidade de 12 semanas podem ser mais prevalentes em mulheres que trabalham em empregos inflexíveis (Skafida, 2012) e, maior extensão do período de licença maternidade esteve associada a maior prevalência de aleitamento materno em estudo de revisão (Steurer, 2017).

A maior prevalência de AME foi verificada no Peru (68,1%) apesar de um período de licença maternidade de 13 semanas e um percentual de trabalho formal igual a 56,8%. Em contrapartida, a lei nº 27403, aprovada no Peru em 1999, dá o direito às mães de um intervalo de 1 hora para amamentar seus filhos até um ano de idade. Também neste documento, faz-se referência à lei nº 28731, que aprova para as mulheres trabalhadoras o direito de receber um subsídio para a amamentação que visa contribuir para o cuidado ao recém-nascido (World Breastfeeding Trends Initiative–WBTi, 2009).

A extensão da licença maternidade é superior na Colômbia, sendo o país que mais ampliou o período de licença desde a sua criação. A primeira lei sobre licença maternidade foi criada em 1938 e garantia oito semanas. Em 1990, foi aprovada a lei nº 50 que aumentou a licença para 12 semanas. Em seguida, no ano de 2011, a duração da licença aumentou para 14 semanas, e em 2017, para 18 semanas. Ressaltamos que os dados da Colômbia analisados neste estudo foram referentes a 2010, no qual o período de licença era de apenas 12 semanas e a prevalência de AME foi de 39,2%. Em um estudo realizado em 37 municípios no interior da Colômbia no ano de 2015, a prevalência de AME foi 58,5%, quando já era vigente no país a licença de 14 semanas (Pérez et al, 2018). O aumento da duração da licença maternidade no período poderia ser um fator a contribuir para o aumento na prevalência de AME.

Nos demais países da América Latina que não foram analisados neste estudo, como é o caso do Chile, observa-se que após aumento da duração da licença maternidade de 12 para 21 semanas em 2011, resultados positivos foram obtidos na continuidade do aleitamento materno exclusivo no país (Muñoz, 2018). O aumento de um mês na duração da licença maternidade foi associado ao aumento de 5,9 pontos percentuais na prevalência de AME, segundo dados de um estudo ecológico realizado com dados de quase um milhão de nascimentos entre 1996 e 2014 ocorridos em 38 países de baixa e média (Chai et. al, 2018)

No Brasil, a ausência de associação negativa entre AME e trabalho materno poderia ser explicada pelos avanços na legislação de licença maternidade. A primeira legislação trabalhista de proteção às mães trabalhadoras foi publicada na Constituição Brasileira em 1934 e, posteriormente, promulgada pela CLT (1943), na qual ficou estabelecido que a licença maternidade seria de 90 dias (13 semanas). Somente na Constituição de 1988 houve mudanças em relação ao direito da mulher trabalhadora,

aumentando para 120 dias (17 semanas) o período da licença maternidade para mães biológicas e adotivas. Entre servidoras públicas, este período passou para 180 dias (26 semanas) desde 2008, quando foi sancionada a lei nº 11.770, que prevê também a criação do Programa Empresa Cidadã, possibilitando aos empregadores estender a licença maternidade por mais 60 dias em troca de benefícios fiscais. Em um estudo realizado no estado de São Paulo com 77 municípios, os pesquisadores encontraram que a prevalência de AME entre mulheres que trabalham fora e estão sob o período de licença maternidade é de 55,6%, contra 25,6% de prevalência entre aquelas que trabalham fora, porém não possuem licença (Venâncio et al. 2010). Em outro estudo realizado na Paraíba, a prevalência de AME entre mães em período de licença maternidade foi de 29,6% e, entre mães sem licença, a prevalência foi de 8,9% (Vianna et al, 2007). Entretanto, ressalta-se que estes estudos possuem como principal limitação à regionalidade dos dados, o que dificulta a aplicabilidade para todo o cenário existente nas diferentes regiões do Brasil.

Neste estudo, o percentual de mulheres que declararam estar trabalhando no momento da pesquisa é pequeno, sendo maior na Bolívia. Para as mulheres que declararam trabalhar, a maioria está no mercado formal. Na maioria dos países, o trabalho materno não mostrou associação com as taxas de AME. Sugerimos que o trabalho materno não reduz necessariamente as taxas de amamentação, mas a ausência de políticas de apoio ao AM como intervalos disponíveis para a amamentação, creches em locais próximos e instalações disponíveis para extração e armazenamento do leite materno, conhecidas como salas de apoio à amamentação, podem reduzir a capacidade de uma mulher amamentar (Heymann e colaboradores, 2013). Adicionalmente, a cobertura da licença maternidade pela seguridade social também é muito importante para evitar a precarização dos vínculos de trabalho e conseqüentemente da sua associação com o AME. Em Honduras observamos associação negativa entre trabalho informal e AME. Outro fator que se mostrou importante para o AME em outros estudos foi a carga horária de trabalho. Xiang e colaboradores (2016) avaliaram o efeito do tempo de retorno ao trabalho e das horas trabalhadas nas taxas de AME aos 4 e 6 meses. Como resultado, os autores observaram que o retorno antes dos 6 meses era uma barreira para o AME, porém após o ajuste para a carga horária de trabalho, concluiu-se que uma carga horária com menos de 19 horas por semana não tinha efeito negativo

sobre o AME, ou seja, quando a mãe trabalhava menos de 19 horas por semana, o AME era mantido.

O presente estudo tem como principal aspecto positivo a avaliação da relação entre trabalho e a prevalência do AME em oito países da América Latina utilizando dados da DHS, que é uma pesquisa representativa da população de cada país avaliado, com perguntas padronizadas que permitem a comparabilidade dos dados. Outros estudos sobre o tema concentram suas análises em países de alta renda. Este estudo preenche essa lacuna e possibilita pensar sobre como países de baixa e média renda estão apoiando as mulheres em suas jornadas duplas de trabalho verificando se há reprodutibilidade da relação nos diferentes países. Adicionalmente, incorporamos neste estudo informações mais detalhadas das características da licença maternidade, o que nos permitiu discutir de forma mais ampla nossos resultados.

As principais limitações do estudo se devem à ausência de informações na DHS sobre o acesso à licença maternidade, profissão da mulher e carga horária de trabalho, sendo possível apenas analisar as variáveis relacionadas à existência de um trabalho, tipo de ocupação e formalidade do emprego. O tipo de ocupação utilizado pela DHS segue uma codificação padrão internacional (ISCO 08) limitando a interpretação sobre qual tipo de função é exercida pela mãe dentre as ocupações citadas. A ausência de dados sobre a carga horária limita a interpretação dos resultados sobre uma possível associação positiva entre trabalho materno e AME caso o período de trabalho semanal seja reduzido. A variável de trabalho disponível (sim/não) não nos permite diferenciar aquela mulher que não tem um emprego prévio daquela que tem, mas no momento não está trabalhando em função da licença maternidade. Outra limitação que pode ser destacada é data da realização das últimas pesquisas disponíveis nos países. Com exceção de Guatemala e Haiti, todas as pesquisas se referem aos últimos 10 ou 14 anos. Na Colômbia, embora exista pesquisa mais recente (2015) não há disponibilidade no banco de dados informação sobre aleitamento materno. Imaginamos que neste período entre a realização dessas pesquisas e a análise dos dados possa ter ocorrido aumento do percentual de mulheres que estão no mercado de trabalho e também um aumento das taxas de AME. No Brasil, as variáveis “tipo de ocupação” e “formalidade do emprego” não apresentaram compatibilidade com a mesma variável disponível nos demais países, o que nos impossibilitou a análise destas variáveis com o desfecho.

Sugerimos que em pesquisas posteriores, sejam incluídas mais variáveis sobre o ambiente de trabalho para que possamos entender melhor os fatores que possam auxiliar e prejudicar a manutenção do AME, além da existência ou não da legislação trabalhista e suas implicações. Apesar da ausência de uma análise direta do efeito da licença maternidade no AME, sugerimos a necessidade de investir em melhorias nas legislações de proteção à maternidade nos países da América Latina, principalmente visando à existência de cobertura completa da licença maternidade pela seguridade social, o que pode reduzir o trabalho informal; ampliação do período de licença maternidade e/ou flexibilidade na jornada de trabalho; condições mínimas de apoio para ordenha do leite no ambiente de trabalho. Adicionalmente, a regularização dos processos de trabalho provenientes da economia informal, uma vez que este tipo de categoria também se associou negativamente à prevalência do AME em Honduras. Acreditamos que a permanência da mulher no mercado de trabalho é relevante para a sociedade e que é papel desta se responsabilizar pela viabilização do AME durante os seis primeiros meses de vida, pois os benefícios desta prática se refletem em maiores índices de desenvolvimento de uma nação.

Conclusão

A prevalência de AME esteve associada negativamente ao trabalho materno em três países da América Latina. Mesmo havendo licença maternidade em todos os países analisados, é possível observar que a maioria não atende a recomendação mínima da OTI de 14 semanas. O trabalho materno na economia informal precisa ser melhor investigado haja vista que esta modalidade de emprego esteve associada negativamente ao AME em um dos países analisados e que na maioria dos países não houve associação entre AME e trabalho materno. Sugerimos que o trabalho materno por si só não pode ser considerado como uma das principais causas para a interrupção do AME, mas sim as condições de trabalho em que essas mulheres se encontram.

Referências

- Abou-ElWafa, H. S., El-Gilany, A. H. (2018). Maternal work and exclusive breastfeeding in Mansoura, Egypt. *Primary Care Epidemiology*, XX, 1-5.
- Ahmed, K.Y., Page, A., Arora, A., Ogbo, F.A. (2019) Trends and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in Ethiopia from 2000 to 2016. *International Breastfeeding Journal*, 40, 1-14.
- Almeida, S.S.C. Aleitamento materno e trabalho: entre as funções maternas e a responsabilidade profissional. Ribeirão Preto, 2017.
- Atabay, E., Moreno, G., Nandi, A., Kranz, G., Vincent, I., Assi, T., Winfrey, E.M.V., Earle, A., Raub, A., Heymann, J. Facilitating working mother's ability to breastfeed: global trends in guaranteeing breastfeeding breaks at work, 1995-2014. *Journal of Human Lactation*, 31, 81-88.
- Barros, A. J. D., Victora, C. G. (2013). Measuring coverage in MNCH: Determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLOS Medicine*, 10, e1001390.
- Bartick, M.C., Stuebe, A.M., Schwarz, E.B., Luongo, C., Reinhold, A.G., Foster, E.M. (2013). Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*, 122, 111-119.
- Bruschini, C., Lombardi, M.R. Banco de dados sobre o trabalho das mulheres. Fundação Carlos Chagas. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/bdmulheres/index.php?area=home>". Acesso em 15 de janeiro de 2020.
- CEPAL (2017). Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Mercado de Trabalho, a chave para a igualdade das mulheres na América Latina e no Caribe. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/articulos/2017-mercado-laboral-la-llave-igualdad-mujeres-america-latina> (acessado em 30 de novembro de 2019).
- Chai, Y., Nandi, A., Heymann, J. (2018) Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3, e001032.
- Ekman, B., Pathmanathan, I., Liljestrand, J. (2018) Integrating health interventions for women, newborn babies, and children: a framework for action. *The Lancet*, 372, 990-1000.
- Espino, A. (2012). Trabalho e gênero: um velho tema, novos olhares? *Revista Nueva Sociedad*, 139-154.
- Filmer, D., & Pritchett, L. (2001). Estimating wealth effects without expenditure data-Or tears: An application to education enrollment in states of India. *Demography*, 38, 115-132.

Guendelman, S., Kosa, J.L., Pearl, M., Graham, S., Goodman, J., Kharrazi, M. (2009) Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*, 123, e38-e48.

Heymann, J., Raub, A., & Early, A. (2013). Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. *Bull World Health Organ*, 91, 398-406.

Hirani, S.A.A., Karmaliani, R. (2013) The experience of urban, professional women when combining breastfeeding with paid employment in Karachi, Pakistan: A qualitative study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26, 147-151.

Hmone, M.P., Li, M., Agho, K., Alam, A., Dibley, M.J. (2017) Factors associated with intention to exclusive breastfeed in central women's hospital, Yangon, Myanmar. *International Breastfeeding Journal*, 29, 1-12.

IBFAN (2000) Proteção à maternidade para as mulheres que trabalham. *Atualidades em Amamentação*, 25.

IBFAN (2019). Proteção à maternidade no trabalho. *Atualidades em Amamentação*, 1-12.

ILO (2010) Maternity at work. A review of national legislation. Finding from the ILO database of conditions of work and employment laws. Second edition.

ILO (2012). International standard classification of occupations. ISCO-08. Structure, group definitions and correspondence tables, 1, 1-433.

ILO (2014). Maternity and paternity at work: law and practice across the world.

ILO (2019). A century of maternity protection: transforming leave and care policies for a better future of work for all, 1-5.

Lawrence, R.A., Lawrence, R.M. (2016) Breastfeeding, a guide for the medical profession. 8th edition. Elsevier, p. 650.

Lovelady, C.A., Lonnerdal, B., Dewey, K.G. (1990) Lactation performance of exercising women. *AM J Clin Nutr*, 52, 103-109

Mirkovic, K.R., Perrine, C.G., Scanlon, K.S., Grummer-Strawn, L.M. (2014). Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US mothers' ability to meet breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*, 30, 416-419.

Monteban, M.F. (2018) Factores asociados com la lactancia materna em madres concurrentes a servicios de atención primaria em salud en el NOA. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 54, 191-212.

Monteiro, F.R., Buccini, G.S., Venâncio, S.I., Costa, T.H.M. (2017). Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 93, 475-481.

Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N., Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1-83.

Muñoz, R.M., Carmen, C.C., Rojas, R.C. (2018) Impacto de la extensión del postnatal en La adherencia a la lactancia materna. Estudio de Cohorte. *Revista Chilena de Pediatría*, 89, 484-490.

NafeeElsayed, H.M., Al-Dossaary, L.A. (2016) Exclusive breastfeeding, prevalence and maternal concerns: Saudi and Egyptian Mothers. *Journal of Education and Practice*, 7, 5-11.

Ogbuanu, C., Glover, S., Probst, J., Hussey, J., Liu, J. (2010). Balancing work and family: effect of employment characteristics on breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 27, 225-238.

OPAS (2018). Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5729:aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-mais-de-820-mil-criancas-menores-de-cinco-anos-em-todo-o-mundo (acessado em 16 de novembro de 2019).

Pérez, L.J., Rugeles, J.D.J., Cuellar, L.V., Gallardo, A.M.R., Gaspar, P.L.R., Calderón, E.S., Bahamon, C.L.J., Alarcón, J.D. (2018). Prevalencia de lactancia materna en menores de 6 meses en el departamento del Huila, Colombia. *Revista de Pediatría*, 51, 1-8.

Porto, A.K.B. Trabalho produtivo e trabalho reprodutivo: conciliações e conflitos das trabalhadoras autônomas. Porto Alegre, 2017.

Rollins, N.C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C.K., Martines, J.C., Piwoz, E.G., Richter, L.M., Victora, C.G.(2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387, 491-504.

Ruan, Y., Zhang, Q., Li, J., Wan, R., Bai, J., Wang, W., Zhou, Y., Wan, Q., Zhao, J., Yu, S., Peng, M., Liu, Z. (2019) Factors associated with exclusive breast-feeding: a cross sectional survey in Kaiyuan, Yunnan, Southwest China. *Plos One*, 10, 1-11.

Skafida, V. (2012) Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on growing up in Scotland data. *Maternal and Child Nutrition*, 16, 519-527.

Steurer, L. M. (2017) Maternity leave length and workplace policies impact on the sustainment of breastfeeding: global perspectives. *Public Health Nursing*, 34, 286-294.

Thomas-Jackson, S.C., Bentley, G.E., Keyton, K., Reifmen, A., Boylan, M., Hart, S.L. (2016) In-hospital breastfeeding and intention to return to work influence mother's breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*, 32,76-83.

Tsai, S.Y. (2013) Impact of breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeeding Medicine*, 8, 201-216.

UNICEF (2017). Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding. Global Breastfeeding Collective, 1-12.

UNICEF (2019). Maternity leave legislation in support of breastfeeding – case studies around the world. Global Breastfeeding Collective, 1-8.

Victora, C.G., Barros, A.J.D., França, G.V.A. Bahl, R., Rollins, N.C., Horton, S., Krusevec, J., Murch, S., Sankar, M.J., Walker, N. (2016). Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 1-24.

Wallenborn, J.T., Perera, R.A., Wheeler, D.C., Lu, J., Masho, S.W. (2018). Workplace support and breastfeeding duration: the mediating effect of breastfeeding intention and self-efficacy. *Birth*, 46, 121-128.

WBTi. (2009) World Breastfeeding Trends Initiative. Informe Nacional Peru. CESIP/IBFAN Peru.

WHO (1981) International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2001) Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2013). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low and middle-income countries, 1-126.

Xiang, N., Zadoroznyj, M., Tomaszewski, W., et al. (2016). Timing of return to work and breastfeeding in Australia. *Pediatrics*, 137(6), e20153883.

Tabela 1. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e das variáveis sociodemográficas e de saúde por país. DHS, 2006-2017.

	Bolívia (2008)	Brasil (2006)	Colômbia (2010)	Guatemala (2015)	Haiti (2011)	Honduras (2011)	Peru (2011)	Rep. Dominicana (2007)
			%		%	%		
AME								
Não	41,9 (38,0; 45,8)	58,8 (51,2; 66,4)	60,7 (57,6; 63,8)	49,1 (45,7; 52,5)	60,2 (55,2; 65,2)	68,8 (65,7; 71,9)	31,8 (27,2; 36,5)	92,3 (90,2; 94,5)
Sim	58,0 (54,1; 61,9)	41,1 (33,5; 48,7)	39,2 (36,1; 42,3)	50,8 (47,4; 54,2)	39,7 (34,7; 44,7)	31,1 (28,0; 34,2)	68,1 (63,4; 72,7)	7,6 (5,4; 9,7)
Idade materna (anos)								
<20	17,1 (14,2; 20,0)	25,3 (16,6; 33,9)	22,8 (20,0; 25,6)	18,0 (15,5; 20,4)	13,0 (10,2; 15,9)	23,0 (20,1; 25,9)	17,2 (14,0; 20,5)	22,7 (19,2; 26,2)
20 a 24,9	23,7 (20,3; 27,0)	28,6 (21,5; 35,7)	29,4 (26,6; 32,3)	31,0 (28,1; 33,9)	28,1 (24,2; 32,1)	28,4 (25,1; 31,6)	22,8 (19,3; 26,4)	32,1 (27,8; 36,3)
25 a 29,9	24,5 (21,1; 28,0)	23,9 (16,2; 31,6)	22,3 (19,6; 25,0)	24,9 (22,2; 27,5)	23,1 (19,3; 26,9)	21,3 (18,3; 24,2)	24,8 (21,1; 28,5)	26,0 (21,8; 30,1)
30 a 34,9	17,8 (14,6; 20,9)	9,7 (4,6; 14,7)	14,4 (12,2; 16,6)	16,4 (13,7; 19,1)	17,5 (14,2; 20,7)	16,7 (13,9; 19,5)	17,8 (14,5; 21,1)	12,7 (9,7; 15,7)
≥35	16,7 (13,7; 19,7)	12,3 (7,3; 17,3)	10,8 (8,8; 12,9)	9,5 (7,7; 11,3)	18 (14,6; 21,4)	10,4 (8,0; 12,8)	17,1 (13,8; 20,4)	6,3 (4,4; 8,2)
Escolaridade								
Analfabetismo	5,4 (3,5; 7,4)	1,8 (0,2; 3,4)	1,8 (1,0; 2,5)	17,0 (14,4; 19,7)	13,2 (10,0; 16,5)	3,9 (2,5; 5,3)	2,0 (1,0; 3,0)	4,3 (2,7; 5,9)
Nível fundamental	49,1 (44,6; 53,5)	52,0 (43,3; 60,6)	20,8 (18,3; 23,3)	47,1 (43,9; 50,3)	38,7 (34,7; 42,8)	58,1 (54,4; 61,7)	24,3 (20,8; 27,8)	38,7 (34,4; 43,0)
Nível médio	35,0 (30,9; 39,0)	42,3 (34,7; 49,9)	58,7 (55,5; 61,8)	31,7 (28,5; 34,9)	42,4 (38,0; 46,7)	32,7 (29,4; 36,0)	51,5 (47,2; 55,8)	40,0 (35,8; 44,2)
Nível universitário	10,3 (7,8; 12,9)	3,8 (0,8; 6,7)	18,6 (15,9; 21,2)	4,0 (2,7; 5,2)	5,4 (2,5; 8,4)	5,1 (3,4; 6,7)	22,0 (18,4; 25,6)	16,8 (13,2; 20,5)
Trabalha atualmente								
Não	53,8 (49,6; 58,0)	75,8 (69,8; 81,8)	71,9 (68,9; 74,8)	80,4 (77,8; 83,1)	78,6 (74,8; 82,5)	76,6 (73,3; 79,9)	64,5 (60,5; 68,5)	80,8 (77,5; 84,1)
Sim	46,1 (41,9; 50,3)	24,1 (18,1; 30,1)	28,0 (25,1; 30,9)	19,5 (16,8; 22,2)	21,3 (17,4; 25,2)	23,3 (20,0; 26,6)	35,4 (31,4; 39,5)	19,1 (15,8; 22,4)

			30,1)	31,0)	22,1)	25,1)	26,6)	39,4)	22,4)
Modalidade do emprego									
Formal	43,9 (38,3; 49,6)	*		87,4 (85,2; 89,5)	60,5 (54,2; 66,9)	83,3 (78,5; 88,1)	72,2 (67,0; 77,4)	56,8 (51,7; 61,9)	64,7 (57,4; 72,0)
Informal	56,0 (50,3; 61,7)	*		12,5 (10,4; 14,7)	39,4 (33,0; 45,7)	16,6 (11,8; 21,4)	27,7 (22,5; 32,9)	43,1 (38,0; 48,2)	35,2 (27,9; 42,5)
Tipo de ocupação									
Gerencial	8,6 (5,5; 11,7)	*		7,9 (5,8; 10,0)	13,1 (9,3; 17,0)	6,3 (2,9; 9,7)	17,1 (12,3; 21,9)	13,2 (8,6; 17,8)	17,2 (11,5; 23,0)
Administrativo	5,3 (2,5; 8,0)	*		8,3 (6,1; 10,4)	4,5 (2,0; 7,0)	-	3,8 (1,5; 6,1)	5,0 (2,2; 7,8)	23,0 (15,7; 30,4)
Vendas	30,0 (24,9; 35,1)	*		71,1 (67,9; 74,3)	42,8 (36,4; 49,1)	76,9 (71,2; 82,7)	51,2 (45,0; 57,5)	38,6 (32,9; 44,2)	24,3 (17,5; 31,1)
Agricultura	33,3 (27,6; 39,1)	*		6,0 (4,6; 7,5)	10,9 (7,1; 14,7)	9,6 (6,0; 13,3)	10,2 (7,3; 13,1)	31,5 (27,2; 35,8)	1,2 (0,1; 2,3)
Doméstica	10,7 (7,4; 14,0)	*		-	-	4,6 (1,3; 7,9)	6,6 (3,6; 9,6)	5,1 (3,0; 7,2)	15,2 (9,6; 20,7)
Trabalho manual	11,8 (8,1; 15,5)	*		6,5 (4,7; 8,2)	28,4 (22,0; 34,8)	2,3 (0,05; 4,1)	10,8 (7,0; 14,6)	6,4 (3,2; 9,6)	18,8 (13,1; 24,4)
Estado civil									
Vive com companheiro	88,4 (86,1; 90,8)		89,6 (82,3; 97,0)	74,4 (71,6; 77,3)	88,3 (86,2; 90,4)	85,7 (82,6; 88,8)	80,6 (77,7; 83,4)	85,2 (81,5; 88,8)	79,8 (76,6; 83,0)
Não vive com companheiro	11,5 (9,1; 13,8)		10,3 (2,9; 17,6)	25,5 (22,6; 28,3)	11,6 (9,5; 13,7)	14,2 (11,1; 17,3)	19,3 (16,5; 22,2)	14,7 (11,1; 18,4)	20,1 (16,9; 23,3)
Local de residência									
Urbano	55,3 (49,7; 60,9)		81,1 (72,3; 90,0)	73,2 (70,3; 76,1)	35,4 (32,5; 38,3)	31,1 (27,2; 35,0)	44,1 (39,9; 48,3)	64,3 (59,8; 68,8)	64,3 (59,3; 69,4)
Rural	44,6 (39,0; 50,2)		18,8 (9,9; 27,6)	26,7 (23,8; 29,6)	64,5 (61,6; 67,4)	68,8 (64,9; 72,7)	55,8 (51,6; 60,0)	35,6 (31,1; 40,1)	35,6 (30,5; 40,6)
Primíparas									
Não	69,4 (65,6; 73,1)		50,8 (41,8; 59,9)	58,5 (55,3; 61,8)	67,3 (64,4; 70,3)	65,8 (61,4; 70,2)	64,2 (60,7; 67,6)	63,8 (59,5; 68,1)	63,6 (59,4; 67,9)
Sim	30,5 (26,8; 34,3)		49,1 (40,0; 58,1)	41,4 (38,1; 44,6)	32,6 (29,6; 35,5)	34,1 (29,7; 38,5)	35,7 (32,3; 39,2)	36,1 (31,8; 40,4)	36,3 (32,0; 40,5)
Consulta pré-natal									
Nenhuma	9,1 (6,6; 11,6)		0,0	2,6 (1,6; 3,5)	3,6 (2,2; 5,0)	9,4 (6,6; 12,2)	3,3 (2,2; 4,3)	1,1 (0,05; 1,8)	0,6 (0,1; 1,1)

1 a 3 consultas	20,3 (17,2; 23,3)	7,0 (3,5; 10,4)	10 (8,2; 11,8)	14 (11,8; 16,3)	31 (26,9; 35,2)	8,9 (7,1; 10,6)	4,4 (2,9; 6,0)	4,2 (2,6; 5,7)
4 a 6 consultas	41,1 (36,9; 45,3)	32,9 (25,0; 40,9)	36,8 (33,8; 39,8)	31,3 (28,1; 34,5)	38,6 (34,3; 42,9)	35,0 (31,8; 38,2)	22,7 (19,4; 26,1)	23,5 (19,8; 27,2)
7 a 9 consultas	24,6 (21,1; 28,1)	42,7 (34,7; 50,7)	40,8 (37,7; 43,9)	34 (30,9; 37,0)	17,3 (13,8; 20,9)	45,2 (41,8; 48,7)	39,3 (35,1; 43,6)	38,9 (34,4; 43,4)
Acima de 9 consultas	4,6 (2,8; 6,5)	17,2 (11,5; 22,9)	9,6 (7,6; 11,5)	16,8 (14,3; 19,4)	3,3 (1,3; 5,4)	7,3 (4,9; 9,8)	32,1 (28,0; 36,2)	32,6 (28,4; 36,9)
Parto cirúrgico								
Não	74,7 (70,7; 78,6)	56,4 (47,6; 65,2)	61,2 (58,2-64,2)	69,6 (66,3-72,9)	94,9 (93,1; 96,8)	80,1 (77,1; 83,1)	76,5 (72,5; 80,6)	52,1 (47,5; 56,8)
Sim	25,2 (21,3; 29,2)	43,5 (34,7; 52,3)	38,7 (35,7-41,7)	30,3 (27,0-33,6)	5,0 (3,1; 6,8)	19,8 (16,7; 22,8)	23,4 (19,3; 27,4)	47,8 (43,1; 52,4)
AM1ª hora								
Não	40,1 (36,1; 44,1)	57,2 (48,3; 66,0)	40,8 (37,7; 43,9)	38,7 (35,5; 41,9)	54,4 (49,9; 59,1)	36,5 (33,0-40,0)	44,6 (39,9; 49,2)	41,3 (36,8; 45,8)
Sim	59,8 (55,8; 63,8)	42,7 (33,9; 51,6)	59,1 (56,0; 62,2)	61,2 (58,0; 64,4)	45,4 (40,8; 50,0)	63,4 (59,9-66,9)	55,3 (50,7; 60,0)	58,6 (54,1; 63,1)

*Não existem informações sobre esta variável para o Brasil.

Tabela 2. Associação entre aleitamento materno exclusivo e variáveis sociodemográficas e de saúde. DHS, 2006-2017.

	Bolívia	Brasil	Colômbia	Guatemala	Haiti	Honduras	Peru	República Dominicana
Razão de prevalência e IC95%								
Trabalho atual								
Não	1,00 (Ref.)							
Sim	0,87 (0,76; 1,00)	1,18 (0,83; 1,66)	0,83 (0,68; 1,01)	0,80 (0,64; 0,98)	0,68 (0,51; 0,90)	0,65 (0,46; 0,91)	0,94 (0,83; 1,06)	0,56 (0,25; 1,25)
Escolaridade								
Analfabetismo	1,00 (Ref.)							
Nível fundamental	1,14(0,86;1,50)	0,64 (0,35; 1,17)	0,88 (0,54; 1,44)	0,96 (0,84; 1,10)	0,66 (0,47; 0,91)	0,85 (0,63; 1,17)	0,81 (0,73; 0,90)	0,65 (0,28; 1,50)
Nível médio	0,96(0,70;1,31)	0,81 (0,42; 1,56)	0,94 (0,58; 1,54)	0,77 (0,60; 0,97)	0,78 (0,53; 1,14)	0,81 (0,53; 1,22)	0,76 (0,66; 0,87)	0,63 (0,28; 1,41)
Nível superior	0,96(0,64;1,44)	0,35(0,12;1,01)	0,96(0,56;1,66)	0,69(0,34;1,38)	0,72 (0,38; 1,37)	0,92 (0,35; 2,40)	0,69 (0,56; 0,85)	1,16 (0,35; 3,77)
p-tendência	0,408	0,925	0,587	0,015	0,642	0,793	0,019	0,591
Estado civil								
Não vive com companheiro	1,00 (Ref.)							
Vive com companheiro	0,87 (0,71; 1,05)	0,97 (0,48; 1,93)	1,07 (0,87; 1,30)	1,26 (1,00; 1,59)	1,17 (0,82; 1,66)	0,97 (0,72; 1,30)	1,21 (0,96; 1,52)	1,18 (0,57; 2,45)
Local de residência								

Urbano	1,00 (Ref.)							
Rural	0,85 (0,69; 1,06)	0,89 (0,58; 1,38)	1,02 (0,80; 1,28)	1,11 (0,94; 1,32)	0,96 (0,69; 1,33)	1,29 (0,97; 1,71)	1,00 (0,87; 1,16)	1,01 (0,54; 1,90)
Primiparidade								
Sim	1,00 (Ref.)							
Não	0,86 (0,71; 1,05)	0,85 (0,56; 1,30)	1,00 (0,81; 1,23)	1,04 (0,88; 1,22)	0,87 (0,60; 1,26)	1,14 (0,86; 1,51)	1,18 (0,97; 1,44)	1,02 (0,41; 2,53)
Idade materna (anos)								
<20	1,00 (Ref.)							
20 a 24,9	1,27 (0,99; 1,63)	1,16 (0,69; 1,97)	1,18 (0,92; 1,51)	0,93 (0,78; 1,11)	0,92 (0,63; 1,33)	0,97 (0,73; 1,28)	0,91 (0,73; 1,15)	1,01 (0,43; 2,39)
25 a 29,9	1,37 (1,05; 1,78)	0,71 (0,36; 1,39)	1,03 (0,77; 1,39)	0,99 (0,81; 1,21)	0,98 (0,61; 1,57)	1,02 (0,74; 1,42)	0,89 (0,69; 1,16)	1,76 (0,65; 4,77)
30 a 34,9	1,21 (0,91; 1,60)	0,94 (0,45; 1,97)	1,33 (0,97; 1,83)	0,91 (0,73; 1,14)	1,11 (0,70; 1,76)	0,95 (0,66; 1,38)	0,85 (0,66; 1,10)	1,34 (0,28; 6,35)
≥35	1,32 (1,00; 1,74)	2,05 (1,05; 4,00)	1,22 (0,87; 1,71)	0,91 (0,73; 1,15)	0,88 (0,51; 1,50)	0,81 (0,54; 1,23)	0,78 (0,58; 1,05)	1,00 (0,29; 3,43)
p-tendência	0,302	0,195	0,208	0,344	0,587	0,605	0,067	0,601
Índice de riqueza								
1º quintil	1,00 (Ref.)							
2º quintil	0,89 (0,75; 1,05)	1,41 (0,75; 2,66)	1,07 (0,84; 1,37)	0,91 (0,80; 1,04)	1,20 (0,88; 1,62)	0,75 (0,60; 0,95)	0,95 (0,84; 1,05)	0,62 (0,31; 1,20)

							1,07)	
3° quintil	0,73 (0,56; 0,96)	1,39 (0,75; 2,59)	1,02 (0,76; 1,37)	0,78 (0,65; 0,95)	1,26 (0,83; 1,94)	0,60 (0,45; 0,80)	0,86 (0,69; 1,06)	0,36 (0,13; 0,96)
4° quintil	0,62 (0,45; 0,85)	1,69 (0,86; 3,32)	1,20 (0,87; 1,66)	0,56 (0,42; 0,74)	1,00 (0,60; 1,67)	0,49 (0,33; 0,74)	0,84 (0,65; 1,08)	0,59 (0,21; 1,64)
5° quintil	0,50(0,34;0,75)	1,90(1,00;3,59)	1,05(0,70;1,59)	0,50 (0,33; 0,74)	0,96 (0,53; 1,73)	0,65 (0,40; 1,07)	0,50 (0,30; 0,83)	0,07 (0,01; 0,47)
p-tendência	0,001	0,123	0,523	0,001	0,972	0,002	0,005	0,028
AMI^ahora								
Não	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Sim	1,06 (0,92; 1,23)	1,01 (0,73; 1,40)	1,07 (0,91; 1,26)	1,28 (1,10; 1,48)	1,40 (1,15; 1,70)	1,28 (1,00; 1,64)	1,29 (1,12; 1,48)	1,34 (0,75; 2,38)

Tabela 3. Associação entre aleitamento materno exclusivo e tipo de ocupação. DHS, 2006-2017.*

	Bolívia	Colômbia	Guatemala	Haiti	Honduras	Peru	República Dominicana
Não trabalham	1,00 (Ref.)						
Gerencial	0,76 (0,47;1,24)	0,92 (0,59;1,45)	0,94 (0,54;1,65)	0,46 (0,16;1,28)	0,37 (0,13;1,04)	0,81 (0,53;1,25)	1,72 (0,55;5,39)
Administrativo	1,00 (0,57;1,76)	1,09 (0,75;1,57)	0,69 (0,23;2,09)	-	0,24 (0,03;1,67)	1,28 (0,85;1,95)	0,21 (0,03;1,28)
Vendas	0,85 (0,68;1,05)	0,89 (0,72;1,11)	0,82 (0,64;1,06)	0,89 (0,71;1,13)	0,90 (0,65;1,24)	1,04 (0,88;1,24)	0,66 (0,25;1,73)
Agricultura	0,89 (0,74;1,05)	1,26 (0,92;1,72)	0,83 (0,59;1,17)	0,97 (0,62;1,50)	0,93 (0,67;1,29)	1,03 (0,91;1,17)	1,40 (0,25;7,75)
Doméstica	0,70 (0,47;1,05)	-	-	0,35 (0,07;1,61)	0,69 (0,34;1,40)	1,04 (0,80;1,34)	0,28 (0,08;0,93)
Trabalho manual	0,91 (0,71;1,17)	1,10 (0,77;1,57)	1,04 (0,81;1,34)	0,58 (0,16;2,03)	0,54 (0,28;1,04)	1,09 (0,77;1,56)	0,58 (0,15;2,22)

*Análise ajustada para escolaridade, estado civil, idade materna, local de residência, índice de riqueza, primiparidade e aleitamento materno na primeira hora de vida.

Tabela 4. Associação entre aleitamento materno exclusivo e modalidade do trabalho atual. DHS, 2006-2017.*

	Bolívia	Colômbia	Guatemala	Haiti	Honduras	Peru	República Dominicana
Sem trabalho	1,00 (Ref.)						
Trabalho formal	0,85 (0,70;1,04)	0,91 (0,73;1,13)	0,83 (0,65;1,05)	0,86 (0,68;1,08)	0,79 (0,57;1,10)	1,03 (0,88;1,22)	0,74 (0,34;1,60)
Trabalho informal	0,85 (0,73;1,00)	1,17 (0,90;1,53)	0,97 (0,79;1,20)	0,73 (0,47;1,13)	0,74 (0,55;0,99)	1,04 (0,92;1,19)	0,49 (0,20;1,24)

*Análise ajustada para escolaridade, estado civil, idade materna, local de residência, índice de riqueza, primiparidade e aleitamento materno na primeira hora de vida.

Tabela Suplementar 1. Descrição da regulamentação da licença maternidade com ano de aprovação, fonte pagadora, intervalo entre o ano de início da licença e ano de inquérito e percentual de mulheres trabalhadoras em países da América Latina.

	Países							
	Bolívia	Brasil	Colômbia	Guatemala	Haiti	Honduras	Peru	República Dominicana
Dispositivo legal	Lei geral do Trabalho (1942)	Constituição Brasileira, 1934. Constituição Federal, 1988.	Lei nº53 (1938): 8 semanas Lei nº 50(1990): 12 semanas Lei nº 1468 (2011): 14 semanas Lei nº 1822 (2017): 18 semanas	Código do Trabalho (1947)	Código do Trabalho (1961)	Código do Trabalho (1959): 10 semanas Regulamento Geral da lei de Seguridade Social (2005): 12 semanas	Lei nº 26644 (1996)	Código do Trabalho, 1992: 12 semanas. Resolução nº 211-14/ Convênio 183, 2014: 14 semanas.
Ano de aprovação da licença maternidade	1942	1934	1938	1947	1961	1959	1996	1992
Duração da licença maternidade (semanas)	13	17	18	12	12	12	13	14
Fonte pagadora do benefício	Seguridade social	Seguridade social	Seguridade social	2/3 Seguridade social e 1/3 Responsabilidade do empregador	Responsabilidade do empregador	2/3 Seguridade social e 1/3 Responsabilidade do empregador	Seguridade social	50% Seguridade social e 50% Responsabilidade do empregador
Intervalo entre o ano de implantação da licença maternidade e ano de inquérito	66	63	72	68	56	53	15	15
Percentual de mulheres que declarou trabalhar (DHS) (IC 95%)	46,1 (41,9; 50,3)	24,1 (18,1; 30,1)	28,0 (25,1; 31,0)	19,5 (16,8; 22,1)	21,3 (17,4; 25,1)	23,3 (20,0; 26,6)	35,4 (31,4; 39,4)	19,1 (15,8; 22,4)
Percentual de mulheres com modalidade de emprego formal (DHS) (IC 95%)	43,9 (38,3; 49,6)	*	87,4 (85,2; 89,5)	60,5 (54,2; 66,9)	83,3 (78,5; 88,1)	72,2 (67,0; 77,4)	56,8 (51,7; 61,9)	64,7 (57,4; 72,0)

*Não existe informação sobre esta variável para o Brasil.

4. Referências

Abou-ElWafa, H. S., El-Gilany, A. H. (2018). Maternal work and exclusive breastfeeding in Mansoura, Egypt. *Primary Care Epidemiology*, XX, 1-5. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy120>

Almeida, S.S.C. Aleitamento materno e trabalho: entre as funções maternas e a responsabilidade profissional. Ribeirão Preto, 2017.

Bruschini, C., Lombardi, M.R. Banco de dados sobre o trabalho das mulheres. Fundação Carlos Chagas. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/bdmulheres/index.php?area=home>"<http://www.fcc.org.br/bdmulheres/index.php?area=home>. Acesso em 15 de janeiro de 2020.

Chai, Y., Nandi, A., Heymann, J. (2018) Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3, e001032. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001032>

Heymann, J., Raub, A., & Early, A. (2013). Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. *Bull World Health Organ*, 91, 398-406. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.109363>

Hirani, S.A.A., Karmaliani, R. (2013) The experience of urban, professional women when combining breastfeeding with paid employment in Karachi, Pakistan: A qualitative study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26, 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.10.007>

Hmone, M.P., Li, M., Agho, K., Alam, A., Dibley, M.J. (2017) Factors associated with intention to exclusive breastfeed in central women's hospital, Yangon, Myanmar. *International Breastfeeding Journal*, 29, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0120-2>

IBFAN (2019). Proteção à maternidade no trabalho. *Atualidades em Amamentação*, 1-12.

ILO (2010) Maternity at work. A review of national legislation. Finding from the ILO database of conditions of work and employment laws. Second edition.

ILO (2014). Maternity and paternity at work: law and practice across the world.

ILO (2019). A century of maternity protection: transforming leave and care policies for

a better future of work for all, 1-5.

Lawrence, R.A., Lawrence, R.M.(2016) Breastfeeding, a guide for the medical profession. 8ªedition. Elsevier, p. 650.

Lovelady, C.A., Lonnerdal, B., Dewey, K.G. (1990) Lactation performance of exercising women. *AM J Clin Nutr*, 52, 103-109.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/52.1.103>

Monteiro, F.R., Buccini, G.S., Venâncio, S.I., Costa, T.H.M. (2017) Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 93, 457-481.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.11.016>

Ogbuanu, C., Glover, S., Probst, J., Hussey, J., Liu, J. (2010). Balancing work and family: effect of employment characteristics on breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 27, 225-238. Porto, A.K.B. Trabalho produtivo e trabalho reprodutivo: conciliações e conflitos das trabalhadoras autônomas. Porto Alegre, 2017.
<https://doi.org/10.1177/0890334410394860>

Rea, M.F. (1995) Amamentação: a visão das mulheres e a semana mundial. *Jornal de Pediatria*, 71, 179.
<https://doi.org/10.2223/JPED.773>

Rea, M.F., Venancio, S.I., Batista, L.E., Santos, R.G., Greiner, T. (1997) Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Revista de Saúde Pública*, 149-156.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200008>

Rea, M.F. (2003) Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Caderno de Saúde Pública*, 537-545.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>

Rollins, N.C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C.K., Martines, J.C., Piwoz, E.G., Richter, L.M., Victora, C.G.(2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387, 491-504.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

Serva, V.M.S.B.D. (2011) Semana Mundial da Amamentação: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11, 213-216.
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300001>

Skafida, V. (2012) Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on growing up in

Scotland data. *Maternal and Child Nutrition*, 16, 519-527.
<https://doi.org/10.1007/s10995-011-0743-7>

Steurer, L. M. (2017) Maternity leave length and workplace policies impact on the sustainment of breastfeeding: global perspectives. *Public Health Nursing*, 34, 286-294.
<https://doi.org/10.1111/phn.12321>

Thomas-Jackson, S.C., Bentley, G.E., Keyton, K., Reifmen, A., Boylan, M., Hart, S.L. (2016) In-hospital breastfeeding and intention to return to work influence mother's breastfeeding intentions. *Journal of Human Lactation*, 32,76-83.
<https://doi.org/10.1177/0890334415597636>

Tsai, S.Y. (2013) Impact of breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeeding Medicine*, 8, 201-216.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0119>

UNICEF (2017). Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding. Global Breastfeeding Collective, 1-12.

UNICEF (2019). Maternity leave legislation in support of breastfeeding - case studies around the world. Global Breastfeeding Collective, 1-8.

Venancio, S.I., Rea, M.F., Saldiva, S.R.D.M. (2010) A licença maternidade e sua influência sobre a amamentação exclusiva. *Direito à Saúde*, 12, 287-292.

Vianna, R.P.T., Rea, M.F., Venancio, S.I., Escuder, M.M. (2007) A prática de amamentar entre mulheres que exercem Trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Caderno de Saúde Pública*, 2403-2409.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000015>

Victoria, C.G., Barros, A.J.D., França, G.V.A. Bahl, R., Rollins, N.C., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M.J., Walker, N. (2016). Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 1-24.

Wallenborn, J.T., Perera, R.A., Wheeler, D.C., Lu, J., Masho, S.W. (2018). Workplace support and breastfeeding duration: the mediating effect of breastfeeding intention and self-efficacy. *Birth*, 46, 121-128.
<https://doi.org/10.1111/birt.12377>

WHO (1981) International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2001) Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yasmeen, B.H.N. (2015) WBW 2015: Breastfeeding and work let's make it work! Northern International Medical College Journal, 85-86.
<https://doi.org/10.3329/nimcj.v7i1.25698>