

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIANA LÜDKE NARDI

**IMPACTO DOS ASPECTOS INSTITUCIONAIS NO ALEITAMENTO MATERNO E
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MULHERES TRABALHADORAS:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**Porto Alegre
2016**

ADRIANA LÜDKE NARDI

**IMPACTO DOS ASPECTOS INSTITUCIONAIS NO ALEITAMENTO MATERNO E
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MULHERES TRABALHADORAS:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em enfermagem e saúde

Linha de Pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família

Orientadora: Profa. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Nardi, Adriana Lüdke

Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática / Adriana Lüdke Nardi. -- 2016.
52 f.

Orientadora: Lilian Cordova do Espírito Santo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Aleitamento materno. 2. Local de trabalho. 3. Trabalho feminino. I. Espírito Santo, Lilian Cordova do, orient. II. Título.

ADRIANA LUDKE NARDI

**Impacto dos Aspectos Institucionais no Aleitamento Materno e Aleitamento Materno
Exclusivo em Mulheres Trabalhadoras: uma Revisão Sistemática**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de junho de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Camilla Alexandra Schneck

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciana Dias de Oliveira

Membro da banca

FAMED/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Olga e Vilson, que sempre me incentivaram a estudar e buscar novos conhecimentos e que estiveram do meu lado em todas as minhas escolhas. À minha irmã, Fernanda, que desde a infância foi um exemplo e que me inspirou para o envolvimento com a vida acadêmica. Ao meu esposo e pai da nossa filha Alice, Gabriel, pelo amor e cuidado nos últimos oito anos e pela parceria e incentivo na realização desta dissertação.

À minha orientadora, professora Lilian, pelas oportunidades de aprendizado e envolvimento na área do aleitamento materno nesses dois anos de caminhada. Às minhas colegas de profissão e amigas, Anize e Oellen, por tornarem este trabalho possível com seu incentivo, paciência e conhecimento.

RESUMO

NARDI, Adriana Lüdke. **Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em mulheres trabalhadoras**: uma revisão sistemática. 2016. 52 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Introdução: A amamentação é considerada o método ideal de alimentação no início da vida, sendo recomendada de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida, e complementada por outros alimentos até dois anos ou mais. Apesar das evidências científicas, o aleitamento materno tem baixa prevalência mundial, sendo o trabalho materno um dos obstáculos para a continuidade dessa prática. **Objetivo:** Revisar sistematicamente estudos que avaliaram a associação entre aspectos institucionais e aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em mulheres trabalhadoras. **Métodos:** As bases de dados pesquisadas foram *PubMed*, *LILACS* e *SciELO*, até junho de 2016 (termos de indexação: *breastfeeding*, *workplace* e *observational study*). Foram incluídos dezoito estudos observacionais que apresentaram medida de risco de pelo menos um dos seguintes aspectos institucionais associados ao desfecho: regime de trabalho, tempo de retorno ao trabalho e/ou sala de apoio à amamentação. **Resultados:** O regime de trabalho foi analisado em 11 estudos, sendo que seis demonstraram associação negativa entre trabalho em tempo integral e aleitamento materno, quando comparado ao trabalho em tempo parcial ou não retorno ao trabalho. Um desses seis estudos também demonstrou associação negativa entre trabalho em tempo parcial e aleitamento materno quando comparado ao não retorno ao trabalho. Os cinco demais estudos não encontraram associação significativa. O tempo de retorno ao trabalho após o parto foi analisado em 12 estudos, sendo que cinco demonstraram que as mulheres que retornaram ao trabalho amamentaram menos quando comparadas às mulheres que não retornaram, cinco constataram que as mulheres que retornam mais precocemente ao trabalho amamentaram menos do que as que retornaram tardiamente e um estudo demonstrou que o maior tempo para retornar ao trabalho relacionou-se com a interrupção do aleitamento materno. Apenas um estudo não mostrou associação significativa. A sala de apoio à amamentação foi analisada em cinco artigos, sendo que todos demonstraram que a disponibilidade desse recurso tem associação positiva com a amamentação. Outros aspectos institucionais também foram analisados, apresentando associação positiva com a amamentação os seguintes: disponibilidade de tempo para a expressão do leite materno, consulta com enfermeiro após o retorno ao trabalho a respeito da continuidade do aleitamento materno e participação em programa de apoio à amamentação. **Considerações finais:** Intervenções simples no local de trabalho e algumas mudanças na política da empresa direcionadas ao incentivo da amamentação podem influenciar positivamente a continuidade dessa prática após as mães retornarem ao trabalho.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Local de trabalho. Trabalho feminino.

ABSTRACT

NARDI, Adriana Lüdke. **Impact of the institutional aspects on breastfeeding and exclusive breastfeeding for working women:** a systematic review. 2016. 52 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Introduction: Breastfeeding is considered the ideal feeding method early in life. Exclusively breastfeeding is recommended for the first six months of life, and other *foods* should *complement* it for up to two years or more. Despite the scientific evidence, the worldwide prevalence of breastfeeding is low. Maternal work is pointed out as one of the obstacles to maintain this practice. **Objective:** Systematically review studies that evaluated the association between institutional aspects and breastfeeding and exclusive breastfeeding among working women. **Methods:** A literature search until June 2016 was conducted using PubMed, LILACS and SciELO (MeSH terms: breastfeeding, workplace and observational study). Eighteen observational studies that reported measures of risk for at least one of the institutional aspects (work status, time to return to work and/or lactation room) associated with the outcome were included). **Results:** Work status was analyzed in 11 studies, six of which shown that negative association between full-time work and any breastfeeding, when compared to part-time work or not return to work. One of these six studies also showed a negative association between part-time work and any breastfeeding when compared to not return to work. The five other studies found no significant associations. The time to return to work after childbirth has been studied in 12 studies. Five have shown that women who returned to work breastfeed less when compared to women who did not return; five have found that women who return earlier breastfeed less than women that returned later; and one study has shown that cessation of any breastfeeding is related to longer time to return to work. No significant association was found in only one study. The availability or the use of lactation room were analyzed in five articles and have been positively associated with breastfeeding. Some other institutional aspects were also analyzed, showing positive associations with breastfeeding, as following: breast pumping breaks, professional advices on maintaining breastfeeding after returning work, and attendance at breastfeeding support program. **Conclusion:** Simple interventions in workplace and some changes in company policy to encourage breastfeeding can positively influence its maintenance after women return to work.

Keywords: Breast feeding. Workplace. Women, working.

RESUMEN

NARDI, Adriana Lüdke. **Impacto de los aspectos institucionales sobre la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva para las mujeres que trabajan**: una revisión sistemática. 2016. 52 f. Tesina (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Introducción: La lactancia materna es la forma ideal de aportar alimentación temprano en la vida y se recomienda exclusiva durante los primeros seis meses de vida y complementada con otros alimentos hasta los dos años o más. A pesar de la evidencia científica, la lactancia materna tiene una baja prevalencia mundial, y el trabajo materna es uno de los obstáculos para la continuación de esta práctica. **Objetivo:** Realizar una revisión sistemática de estudios que evaluaron la asociación entre los aspectos institucionales de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva entre las mujeres que trabajan. **Métodos:** Las bases de datos consultadas fueron *PubMed*, *LILACS* y *SciELO* hasta abril de 2016 (términos de índice: *breastfeeding*, *workplace* y *observational study*). Se incluyeron dieciocho estudios observacionales que informaron medida de riesgo de al menos uno de los aspectos institucionales relacionados con el desenlace: régimen de trabajo, tiempo de volver al trabajo y/o sala de apoyo a la lactancia materna. **Resultados:** El régimen de trabajo se examinó en 11 estudios, seis de los cuales existió una asociación negativa entre el trabajo a tiempo completo y la lactancia materna, en comparación con el trabajo a tiempo parcial o no volver al trabajo. Uno de estos seis estudios también mostraron una asociación negativa entre el trabajo a tiempo parcial y la lactancia materna en comparación con no volver al trabajo. Los otros cinco estudios que evaluaron este aspecto no encontraron ninguna asociación significativa. El tiempo para volver al trabajo después del parto se ha estudiado en doce estudios. Cinco han demostrado que las mujeres que volvieron al trabajo amamantaban a sus bebés de menos que las mujeres que no volvieron a trabajar; cinco estudios encontraron que las mujeres que volvieron a trabajar más temprano amamantaban a sus bebés de menos que las mujeres que volvieron más tarde al trabajo; y un estudio mostró que el tiempo más largo para volver al trabajo estaba relacionado con la interrupción de la lactancia materna. Solo un estudio no encontró ninguna asociación significativa. La sala de apoyo a la lactancia se analizó en cinco estudios, todos los cuales han demostrado que la disponibilidad o el uso de esta característica tiene una asociación positiva con la lactancia materna. Otros aspectos institucionales mostraron una asociación positiva con la lactancia materna: tiempo para realizar el ordeño de la leche, consulta con la enfermeira después de volver al trabajo sobre la continuación de la lactancia materna y participación en programas de lactancia materna. **Consideraciones finales:** Intervenciones simples en el lugar de trabajo y cambios en la política de la empresa destinada a fomentar la lactancia materna puede influir positivamente en el mantenimiento de esta práctica después de que las madres vuelven al trabajo.

Palabras clave: Lactancia materna. Lugar de trabajo. Trabajo de mujeres.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégia de busca nas bases de dados <i>PubMed</i> , <i>LILACS</i> e <i>SciELO</i>	18
Tabela 2 – Avaliação de risco de viés por domínios	22
Tabela 3 – Associação entre aspectos institucionais e continuidade do aleitamento materno	23
Tabela 4 – Associação entre aspectos institucionais e continuidade do aleitamento materno exclusivo.....	28
Tabela 5 – Associação entre aspectos institucionais e interrupção do aleitamento materno ou aleitamento materno exclusivo	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	ALEITAMENTO MATERNO.....	10
1.2	A MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA: DIREITOS E DESAFIOS	11
1.3	APOIO INSTITUCIONAL À AMAMENTAÇÃO	12
2	OBJETIVO	15
3	METODOLOGIA	16
3.1	ETAPAS DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	16
3.2	ESTRATÉGIA DE BUSCA	17
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
3.4	SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS	19
3.5	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS.....	20
4	RESULTADOS	21
4.1	ASSOCIAÇÃO ENTRE ASPECTOS INSTITUCIONAIS E CONTINUIDADE DO ALEITAMENTO MATERNO.....	25
4.2	ASSOCIAÇÃO ENTRE ASPECTOS INSTITUCIONAIS E CONTINUIDADE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	28
4.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE ASPECTOS INSTITUCIONAIS E INTERRUÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO OU ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	31
5	DISCUSSÃO	35
5.1	REGIME DE TRABALHO	35
5.2	TEMPO DE RETORNO AO TRABALHO	36
5.3	SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	38
5.4	OUTROS ASPECTOS INSTITUCIONAIS.....	39
5.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42

REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE – Checklist PRISMA	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é considerada o método ideal de alimentação no início da vida. Inúmeros benefícios dessa prática justificam sua importância para a saúde e bem-estar da criança, da mãe e sua família (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012). É bem conhecido que a amamentação, mesmo em países desenvolvidos, protege as crianças contra infecções gastrointestinais e respiratórias, síndrome da morte súbita do lactente, diabetes, alergias gastrointestinais, respiratórias e cutâneas, incluindo asma e rinite. E, em prematuros, enterocolite necrosante. Essa proteção é maximizada com a maior duração e exclusividade do aleitamento materno nos primeiros meses (KULL et al., 2002; VAN ODIJK et al., 2003; IP et al., 2009). Dessa forma, as crianças amamentadas adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, além de ocorrerem menos faltas dos pais ao trabalho (GIUGLIANI, 2000). Em recente estudo, Victora e colaboradores (2015), demonstraram benefícios da amamentação em longo prazo. O estudo sugere que crianças que foram amamentadas por pelo menos um ano, aos trinta anos de idade apresentaram quatro pontos a mais de quociente de inteligência e acréscimo de R\$349,00 em sua renda. Além dos benefícios que a amamentação proporciona às crianças, também é de grande importância a sua contribuição para a saúde da mulher. Rea (2004) realizou ampla revisão na literatura, confirmando menor risco de câncer de mama, maior espaçamento entre gestações e perda mais rápida de peso. Sendo assim, o aleitamento materno (AM) pode beneficiar não somente as crianças e suas famílias, mas toda a sociedade, sendo difícil quantificar o seu real impacto social (GIUGLIANI, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida, e complementado por outros alimentos por dois anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). O aleitamento materno exclusivo (AME) ocorre quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Já o AM é assim definido quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Um relatório sobre a situação mundial da amamentação publicado em 2012 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com dados de mais de 120

países, revelou que a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 37% e a prevalência de AM em crianças com idade entre 20 e 23 meses foi de 55% (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2012). A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, divulgada em 2009 pelo Ministério da Saúde (MS), revelou que a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras (BRASIL, 2009), sendo considerada situação “ruim” pela OMS. Quanto à duração do aleitamento materno, a estimativa de duração mediana foi de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras, sendo considerada situação “muito ruim” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Para que os índices de AM aumentem, é preciso que as mulheres sejam incentivadas e apoiadas na decisão de iniciar e de manter a amamentação por sua rede social, por profissionais da saúde e, para aquelas que trabalham fora de casa, pelos seus empregadores/instituições.

1.2 A MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA: DIREITOS E DESAFIOS

Amamentar é um direito das mulheres e, atualmente, existem políticas sociais que protegem esse direito, aumentando as chances de uma amamentação mais prolongada e prazerosa. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) garante à mulher trabalhadora direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário, e durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um, até que seu filho complete 6 meses de idade. Além disso, os estabelecimentos com mais de 30 mulheres acima de 16 anos de idade devem ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar, sob vigilância e assistência, os seus filhos, no período da amamentação (BRASIL, 1943, 1967, 2002). A Portaria nº 3296/1986 complementa a CLT ao estabelecer que as empresas que não puderem implementar suas próprias creches devem firmar convênios com creches próximas ao local de trabalho da mulher ou pagar à trabalhadora o auxílio-creche (BRASIL, 1986). Em 2008, a Lei 11.770 criou o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade por 60 dias, mediante concessão de incentivo fiscal (BRASIL, 2008).

Entretanto, apesar dos investimentos em políticas públicas de incentivo ao AM, pesquisa realizada no Brasil em 2008 revelou que 34% das mães brasileiras que trabalhavam fora de casa e que tinham um bebê menor de um ano não amamentavam mais a criança, enquanto que para as mães que não trabalhavam fora, esse índice era de 19%. A dificuldade das mães em manter a amamentação após a licença maternidade é um dos motivos para essa diferença (BRASIL, 2009).

Pesquisas internacionais afirmam que o trabalho materno é um obstáculo para a continuidade da amamentação (AL-SAHAB et al., 2010; KHANAL et al., 2014; KHOURY et al., 2005; ONG et al., 2005; SEID, YESUF, KOYE, 2013). Estudos brasileiros também mostram o trabalho feminino como um dos fatores associados ao desmame precoce (BAPTISTA, ANDRADE, GIOLO, 2009; CARRASCOZA, 2011; DAMIÃO, 2008; LEONE et al., 2012; MASCARENHAS, 2006; SILVA, DAVIM, 2012; VIANNA, 2007).

1.3 APOIO INSTITUCIONAL À AMAMENTAÇÃO

Programas de apoio à amamentação no local de trabalho aumentam a chance das mães trabalhadoras de estender o período de amamentação (GREENE, WOLFE, OLSON, 2008; DABRITZ, HINTON, BABB, 2009; SATTARI et al., 2013), indicando que a presença ou ausência de intervenções no local de trabalho pode impactar nas práticas de AM das mulheres trabalhadoras (HIRANI, KARMALIANI, 2013), principalmente durante o período logo após o retorno ao trabalho, por ser um momento crítico para a continuidade dessa prática (WEBER et al., 2011). O empregador desempenha um papel fundamental na promoção e apoio à amamentação entre as mães trabalhadoras (ROJJANASRIRAT, 2004). Esse apoio pode ter efeitos positivos na saúde das trabalhadoras e na sua satisfação e compromisso com o trabalho (THOMPSON, 2004). As mães que continuam a amamentação após o retorno ao trabalho precisam também do apoio de seus colegas e supervisores no local de trabalho (SHEALY et al., 2005).

A Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA) sugere três conceitos essenciais para as mulheres em qualquer tipo de ambiente de trabalho. O primeiro refere-se ao tempo e aborda as seguintes questões: seis meses de licença-maternidade remunerada após o nascimento, um ou mais descansos remunerados para amamentar ou a redução da jornada diária de trabalho para amamentar a criança e horário de trabalho flexível para amamentar ou para retirar o leite materno. O segundo conceito refere-se a espaço/proximidade e aborda os seguintes aspectos: cuidado da criança no local ou perto do local de trabalho e transporte para as mães ficarem com seus bebês, locais onde possa retirar e estocar o leite materno e um ambiente de trabalho seguro e limpo de resíduos perigosos e produtos químicos. O último conceito refere-se ao apoio e aborda sobre leis nacionais de maternidade e benefícios, bem como dispositivos de proteção à maternidade no local de trabalho, apoio dos empregadores, gestores, superiores e colegas de trabalho, informações sobre a saúde da mulher na gestação e

amamentação, apoio dos trabalhadores ou sindicatos e segurança do emprego e a não discriminação em razão da maternidade (WABA, 2015).

A iniciativa *Healthy People*, programa dos Estados Unidos (EUA) que envolve governo, organizações privadas, públicas e sem fins lucrativos para prevenir doenças e promover a saúde, apresentou como um dos objetivos para a saúde das crianças no ano de 2020 o aumento da proporção de empregadas que se beneficiam com programas de apoio à amamentação no local de trabalho (STRATTON, HENRY, 2011). Nos EUA, o Gabinete de Saúde da Mulher, parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, que trabalha para melhorar a saúde e sensação de bem-estar de todas as mulheres e meninas norte-americanas, possui duas estratégias destinadas ao apoio à amamentação para as mulheres trabalhadoras. Uma delas é o *web-site Supporting Nursing Moms at Work: Employer Solutions*, que ajuda as empresas a apoiar as mães trabalhadoras que amamentam, com dicas de custo-benefício e soluções de área física. A outra estratégia é o programa *The Business Case for Breastfeeding*, que tem como objetivo educar os empregadores sobre os benefícios em apoiar a amamentação, destacando passos fáceis para fazer um ambiente de trabalho ideal e como isso contribui para o sucesso de todo o negócio (OFFICE ON WOMEN'S HEALTH, 2015).

Em 2010, no Brasil, o MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceram normas para a implementação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010). Nesse mesmo ano, a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, na época Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, setor do MS responsável por promover a atenção integral à saúde da criança, lançou a Campanha de Apoio à Amamentação nas Empresas. Atualmente o MS vem desenvolvendo estratégias em todo país para apoiar a mulher trabalhadora na manutenção do AM. Entre as diversas ações, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria, está a iniciativa Mulheres Trabalhadoras que Amamentam (MTA), que consiste na realização de oficinas de capacitação para profissionais de saúde e de outras áreas sensíveis ao tema do AM para sensibilizarem gratuitamente gestores e patrões sobre as variadas formas de apoio à amamentação no ambiente profissional. Esses profissionais são capacitados para apoiar, orientar e supervisionar a implementação de salas de apoio à amamentação nas empresas; a adesão ao programa Empresa Cidadã, com a implementação da licença maternidade de 6 meses; o cumprimento das leis que protegem a amamentação; e o acesso a creches, entre outras ações (BRASIL, 2016a). Em 2015, o tema da Semana Mundial da Amamentação, que ocorre anualmente na primeira semana de agosto, foi “Amamentação e Trabalho. Para dar certo, o compromisso é de todos”. O objetivo foi conscientizar os empregadores a apoiar esta causa e

apoiar as mulheres trabalhadoras a manter a amamentação após o término da licença maternidade (BRASIL, 2016b).

Devido à relevância do tema atualmente, a nível mundial e nacional, e das evidências da influência do trabalho materno na amamentação, este trabalho propõe uma revisão sistemática sobre a associação entre os aspectos institucionais e a amamentação. A pergunta proposta para a revisão sistemática é: os aspectos institucionais estão associados à continuidade ou à interrupção do AM ou AME? Espera-se que esta revisão sistemática possa apresentar evidências sobre os efeitos das ações de apoio à amamentação no local de trabalho na continuidade do AM e/ou AME, a fim de incentivar os empregadores a intervirem em prol dessa prática.

2 OBJETIVO

Revisar sistematicamente estudos que avaliaram a associação entre aspectos institucionais e AM e/ou AME em mulheres trabalhadoras.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre o efeito dos aspectos institucionais no aleitamento materno e/ou aleitamento materno exclusivo em mulheres trabalhadoras. A revisão sistemática da literatura é um estudo secundário, que tem como objetivo reunir dados de estudos semelhantes, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise estatística, a metanálise, quando possível. Por sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade, é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica (ATALLAH, CASTRO, 1998).

Essa revisão sistemática foi conduzida de acordo com protocolo desenvolvido previamente pela autora respeitando as recomendações da Colaboração Cochrane, uma rede global independente de pesquisadores, profissionais, pacientes, cuidadores e pessoas interessadas em saúde, provenientes de mais de 130 países ao redor do mundo e dedicados a realizarem revisões sistemáticas para apresentação da maior evidência científica disponível em todo o mundo, com o objetivo de ajudar a tomada de decisão nas diversas áreas da saúde (COCHRANE COLLABORATION, 2011). A Colaboração Cochrane é referência para a elaboração e publicação de revisões sistemáticas e metanálises, disponibilizando materiais *online* que auxiliam na elaboração de protocolos, com acesso livre (WELLS et al., 2011).

Os resultados estão apresentados conforme proposto pelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), diretriz desenvolvida para auxiliar os autores a melhorarem a qualidade do relato dos dados da revisão sistemática e metanálise. O PRISMA consiste em um checklist com 27 itens e um diagrama de fluxo de seleção de artigos de quatro fases: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão (MOHER et al., 2009).

3.1 ETAPAS DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

A Colaboração Cochrane recomenda que a revisão sistemática seja efetuada em sete etapas (COCHRANE COLLABORATION, 2011):

1. Formulação da pergunta
2. Localização e seleção dos estudos
3. Avaliação crítica dos estudos
4. Coleta de dados
5. Análise e apresentação dos resultados
6. Interpretação dos resultados

7. Aprimoramento e atualização da revisão

3.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Foram pesquisadas as bases de dados *PubMed*, *LILACS* e *SciELO* até junho de 2016 para identificar estudos observacionais que avaliaram a associação entre aspectos institucionais e continuidade ou interrupção do AM e/ou AME em mulheres trabalhadoras. Foram identificados estudos com delineamento observacional, pois não há na literatura publicações de ensaios clínicos randomizados a respeito do tema (ABDULWADUD, SNOW, 2012). Os termos de indexação relacionados ao aleitamento materno (*breastfeeding*) e ao ambiente de trabalho (*workplace*) foram combinados a uma estratégia de busca para estudos observacionais com alta sensibilidade disponível em:

<http://www.sign.ac.uk/methodology/filters.html#random>. Na Tabela 1 está descrita a estratégia de busca completa conduzida nas três bases de dados dessa revisão sistemática. Todos os estudos potencialmente elegíveis foram selecionados para essa revisão, independentemente do idioma e da data de publicação do manuscrito original.

Tabela 1 – Estratégia de busca nas bases de dados *PubMed*, *LILACS* e *SciELO*

Bases de dados	Estratégia de busca	Número de publicações
PubMed	<p>((((((((((((Epidemiologic studies) OR Exp case control studies) OR Exp cohort studies) OR Case control.tw.) OR ((cohort adj (study or studies)).tw.) OR Cohort analy\$.tw.) OR ((Follow up adj (study or studies)).tw.) OR ((observational adj (study or studies)).tw.) OR Longitudinal.tw.) OR Retrospective.tw.) OR Cross sectional.tw.) OR Cross-sectional studies/) OR Or/1-12) AND (((((Work) OR Efficiency) OR Employment)) OR (((Women, Working) OR Woman, Working) OR Working Woman) OR Working Women)) OR (((((((((((((((Workplace) OR Workplaces) OR Work Location) OR Location, Work) OR Locations, Work) OR Work Locations) OR Work-Site) OR Work Site) OR Work-Sites) OR Work Place) OR Place, Work) OR Places, Work) OR Work Places) OR Job Site) OR Job Sites) OR Site, Job) OR Sites, Job) OR Worksite) OR Worksites) (((((Lactation) OR Lactation, Prolonged) OR Lactations, Prolonged) OR Prolonged Lactation) OR Prolonged Lactations)) OR (((((Breast Feeding) OR Feeding, Breast) OR Breastfeeding) OR Breast Feeding, Exclusive) OR Exclusive Breast Feeding) OR Breastfeeding, Exclusive) OR Exclusive Breastfeeding)</p>	744
LILACS	<p>(tw:(Breast Feeding)) OR (tw:(Feeding, Breast)) OR (tw:(Breastfeeding)) OR (tw:(Breast Feeding, Exclusive)) OR (tw:(Exclusive Breast Feeding)) OR (tw:(Breastfeeding, Exclusive)) OR (tw:(Exclusive Breastfeeding)) OR (tw:(Lactation)) OR (tw:(Lactation, Prolonged)) OR (tw:(Lactations, Prolonged)) OR (tw:(Prolonged Lactation)) OR (tw:(Prolonged Lactations)) AND (tw:(Work)) OR (tw:(Efficiency)) OR (tw:(Employment)) OR (tw:(Women, Working)) OR (tw:(Woman, Working)) OR (tw:(Working Woman)) OR (tw:(Working Women)) OR (tw:(Workplace)) OR (tw:(Workplaces)) OR (tw:(Work Location)) OR (tw:(Location, Work)) OR (tw:(Locations, Work)) OR (tw:(Work Locations)) OR (tw:(Work-Site)) OR (tw:(Work Site)) OR (tw:(Work-Sites)) OR (tw:(Work Place)) OR (tw:(Place, Work)) OR (tw:(Places, Work)) OR (tw:(Work Places)) OR (tw:(Job Site)) OR (tw:(Job Sites)) OR (tw:(Site, Job)) OR (tw:(Sites, Job)) OR (tw:(Worksite)) OR (tw:(Worksites)) AND (tw:(Epidemiologic studies)) OR (tw:(Exp case control studies)) OR (tw:(Exp cohort studies)) OR (tw:(Case control)) OR (tw:(cohort adj (study or studies))) OR (tw:(Cohort analy\$)) OR (tw:(Follow up adj (study or studies))) OR (tw:(observational adj (study or studies))) OR (tw:(Longitudinal)) OR (tw:(Retrospective)) OR (tw:(Cross sectional)) OR (tw:(Cross-sectional studies))</p>	43
SciELO	<p>Breast Feeding or Feeding, Breast or Breastfeeding or Breast Feeding, Exclusive or Exclusive Breast Feeding or Breastfeeding, Exclusive or Exclusive Breastfeeding or Lactation or Lactation, Prolonged or Lactations, Prolonged or Prolonged Lactation or Prolonged Lactations AND Work OR Efficiency OR Employment OR Women, Working OR Woman, Working OR Working Woman OR Working Women OR Workplace OR Workplaces OR Work Location OR Location, Work OR Locations, Work OR Work Locations OR Work-Site OR Work Site OR Work-Sites OR Work Place OR Place, Work OR Places, Work OR Work Places OR Job Site OR Job Sites OR Site, Job OR Sites, Job OR Worksite OR Worksites or Or/1-12 AND Epidemiologic studies OR Exp case control studies OR Exp cohort studies OR Case control OR cohort adj (study or studies) OR Cohort analy\$ OR Follow up adj (study or studies) OR observational adj (study or studies) OR Longitudinal OR Retrospective OR Cross sectional OR Cross-sectional studies</p>	209

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos estudos observacionais que apresentaram estimativas de risco do regime de trabalho e/ou do tempo de retorno ao trabalho após o parto e/ou da disponibilidade de sala de apoio à amamentação na continuidade ou na interrupção do AM e/ou do AME em mulheres trabalhadoras. Esses foram os aspectos institucionais mais frequentemente abordados nos trabalhos e, por isso, foram selecionados para descrição quantitativa a fim de permitir melhor compreensão dos resultados. Ainda, como esta revisão sistemática tem como foco buscar evidências para a realização de ações de apoio à amamentação no local de trabalho, foram analisados nos artigos incluídos somente os aspectos institucionais passíveis de modificação por parte dos empregadores.

Por se tratarem de medidas distintas, os desfechos “continuidade” e “interrupção” do AM e AME foram apresentados separadamente. O impacto dos fatores em estudo (regime de trabalho e/ou tempo de retorno ao trabalho após o parto e/ou sala de apoio à amamentação) nos desfechos foi descrito pelo artigo original pelas seguintes estimativas de risco: razão de chances (odds ratio, OR ou adjusted OR, AOR), risco relativo (relative risk, RR ou adjusted relative risk, ARR) ou taxa de risco (hazard ratio, HR ou adjusted hazard ratio, AHR). Foram excluídos estudos que não apresentaram as estimativas de risco de pelo menos um dos fatores em estudo na continuidade ou interrupção do AM e/ou AME.

3.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Inicialmente, duas revisoras (ALN e ADVF) analisaram independentemente os títulos e resumos de todos os estudos identificados nas bases de dados revisadas com o auxílio do programa *Endnote* a fim de identificar os estudos potencialmente elegíveis. Posteriormente, os textos completos dos estudos elegíveis foram obtidos para uma análise mais aprofundada. Discordâncias em relação à inclusão dos estudos foram analisadas e definidas por um terceiro revisor (OSF).

Independentemente, as duas revisoras (ALN e ADVF) extraíram os dados dos estudos que preencheram os critérios de inclusão através de uma ficha padronizada, a qual incluiu: nome do primeiro autor, revista e ano de publicação, características do estudo (país, delineamento do estudo, tamanho amostral, descrição do desfecho e medida de risco dos fatores em estudo (OR, RR, HR não ajustados e ajustados). Cabe ressaltar que foram apresentadas as estimativas de risco sem ajustes bem como as ajustadas, de acordo com a apresentação das mesmas no estudo

original. Alguns OR ou RR foram calculados com auxílio do *software Revman®* a partir dos dados apresentados nos estudos originais a fim de uniformizar os dados para posterior comparação entre os estudos. Na presente revisão sistemática, a variável “regime de trabalho” foi apresentada como regime parcial (<30-35 horas semanais) e regime integral (\geq 30-35 horas semanais). A variável “tempo de retorno ao trabalho após o parto” foi apresentada em semanas e considerada como o período de licença maternidade ou período total de afastamento do trabalho. Por fim, a variável “sala de apoio à amamentação” foi apresentada como disponibilidade (sim ou não) dessa facilidade no ambiente de trabalho. O termo “disponibilidade” de uma sala de apoio à amamentação refere-se à presença, ao uso ou ao conhecimento dessa facilidade no ambiente de trabalho. E o termo “sala de apoio à amamentação” foi considerado para o termo *lactation room* ou outro termo qualquer desde que definido pelo autor como sendo um espaço destinado à expressão do leite materno no local de trabalho.

3.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS

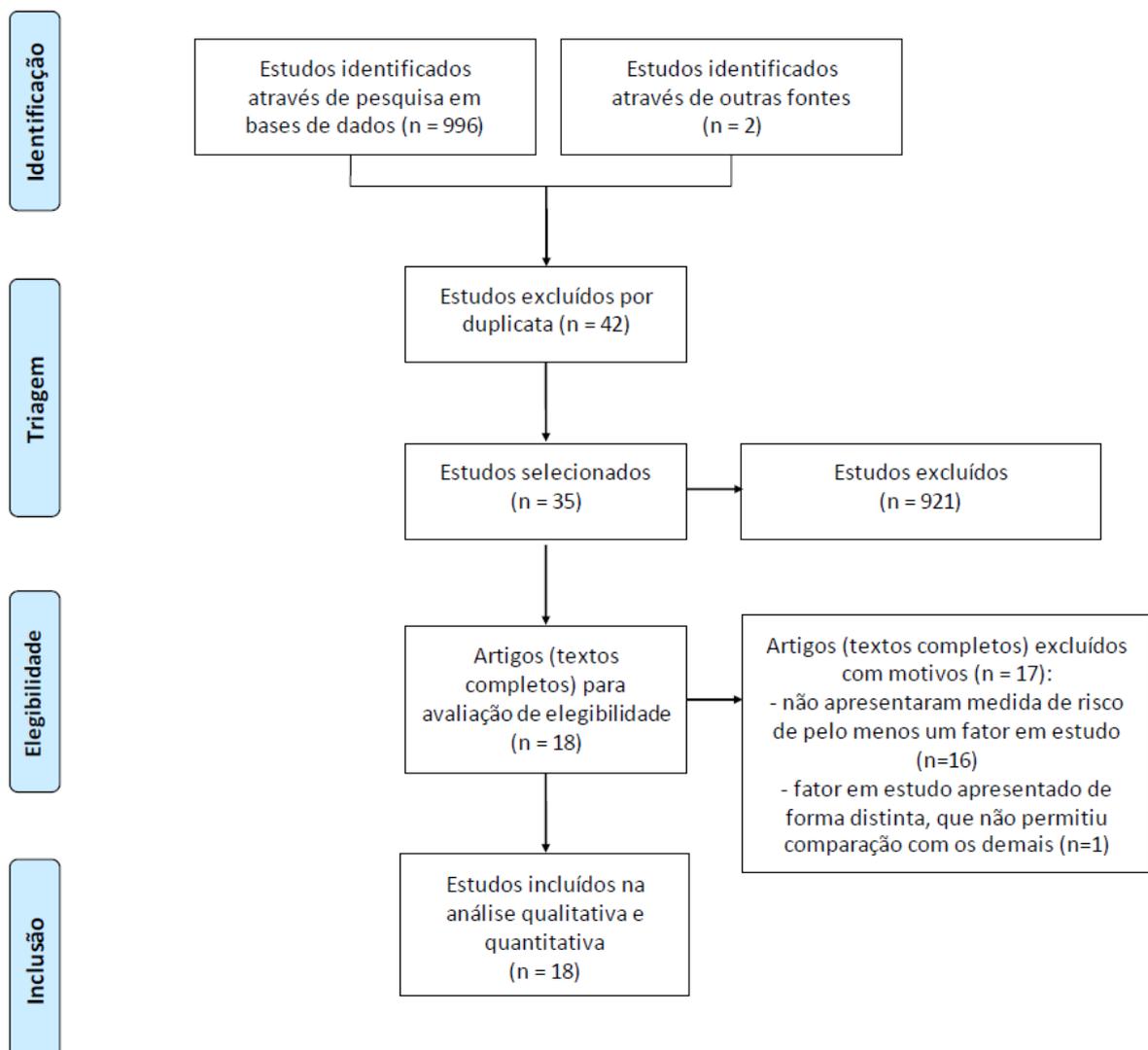
As revisões sistemáticas não estão isentas de vieses que possam comprometer a qualidade da evidência gerada, sendo esses introduzidos de várias maneiras no processo de localização e seleção dos estudos. É importante que os vieses sejam identificados a fim de analisar criticamente o processo de condução da revisão, uma vez que podem comprometer os resultados (BRASIL, 2012).

Dois revisores (ALN e ADVF) independentemente avaliaram a qualidade metodológica dos estudos e as discordâncias foram analisadas e definidas pelo terceiro revisor (OSF). Os vieses foram classificados em sete domínios, conforme preconizado pela ferramenta desenvolvida pela Colaboração Cochrane para estudos não randomizados, chamada ACROBAT-NRSI (*A Cochrane Risk Of Bias Assessment Tool: for Non-Randomized Studies of Interventions*): viés de confundimento, viés de seleção, viés de aferição, viés de seguimento, viés de dados faltantes, viés de medida do desfecho e viés de relato seletivo do desfecho (COCHRANE COLLABORATION, 2016). O risco de viés foi classificado como baixo, moderado, sério ou crítico em cada domínio. Ao final, com base nos riscos conferidos para cada um dos domínios, os revisores classificaram o risco de viés total dos estudos.

4 RESULTADOS

Dezoito estudos foram incluídos na presente revisão sistemática por avaliarem a associação entre aspectos institucionais e AM e AME em mulheres trabalhadoras (Figura 1). A qualidade dos estudos foi determinada conforme a ACROBAT-NRSI (Tabela 2). Devido à miscelânea de aspectos institucionais avaliados, foram apresentadas nas tabelas as medidas de risco das seguintes variáveis: regime de trabalho, tempo de retorno ao trabalho após o parto e sala de apoio à amamentação. Os estudos foram agrupados de acordo com o desfecho avaliado: continuidade do AM (Tabela 3), continuidade do AME (Tabela 4) e interrupção do AM ou AME (Tabela 5). A seguir, serão apresentadas as principais características e resultados dos estudos.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos



Fonte: Adaptado de Moher et al. (2009)

Tabela 2 - Avaliação de risco de viés por domínios

Estudo	Viés de confundimento	Viés de seleção	Viés de aferição	Viés de seguimento
Amin et al.	sério	baixo	baixo	baixo
Bai, Fong, Tarrant	moderado	baixo	baixo	baixo
Balkam, Cadwell, Fein	moderado	moderado	baixo	sério
Basrowi et al.	sério	baixo	baixo	baixo
Bonet et al.	moderado	moderado	moderado	baixo
Chen, Wu, Chie	moderado	moderado	baixo	moderado
Chuang et al.	moderado	baixo	baixo	baixo
Cooklin, Donath, Amir	moderado	baixo	baixo	baixo
Guendelman et al.	moderado	baixo	baixo	moderado
Hawkins et al.	moderado	moderado	baixo	moderado
Kozhimannil et al.	moderado	baixo	baixo	moderado
Kuriniy et al.	moderado	baixo	moderado	baixo
Lee et al.	moderado	baixo	baixo	moderado
Mirkovic et al.	moderado	baixo	baixo	baixo
Ogbuanu et al.	moderado	baixo	baixo	moderado
Ogbuanu et al.	moderado	baixo	baixo	moderado
Ryan, Zhou, Arensberg	baixo	moderado	moderado	moderado
Skafida	moderado	baixo	baixo	baixo

Estudo	Viés de dados faltantes	Viés de medida do desfecho	Viés de relato seletivo dos desfechos	Risco de viés total
Amin et al.	moderado	sério	baixo	moderado
Bai, Fong, Tarrant	baixo	baixo	baixo	baixo
Balkam, Cadwell, Fein	baixo	crítico	baixo	sério
Basrowi et al.	baixo	baixo	baixo	moderado
Bonet et al.	baixo	baixo	baixo	moderado
Chen, Wu, Chie	baixo	moderado	baixo	moderado
Chuang et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Cooklin, Donath, Amir	baixo	baixo	baixo	baixo
Guendelman et al.	baixo	sério	baixo	moderado
Hawkins et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Kozhimannil et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Kuriniy et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Lee et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Mirkovic et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Ogbuanu et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Ogbuanu et al.	baixo	baixo	baixo	baixo
Ryan, Zhou, Arensberg	baixo	baixo	baixo	moderado
Skafida	baixo	baixo	baixo	baixo

Fonte: Adaptado de Cochrane Collaboration (2016)

Tabela 3 – Associação entre aspectos institucionais e continuidade do AM

(contnua)

Primeiro autor Ano	País	Desenho do estudo	Amostra	Estimativa de risco (IC 95%)			
				Medida de risco	Regime de trabalho	Tempo de retorno ao trabalho após o parto (semanas)	Sala de apoio à amamentação
Bai, 2015	China	Coorte	1738	OR AOR (2)	Part-time: 1.00 (1) Full-time: 0.86 (0.60–1.23) Part-time: 1.00 (1) Full-time: 0.76 (0.45–1.28)	>0-6: 1.00 (1) >6-8: 1.55 (1.09-2.19) >8-10: 1.93 (1.35-2.76) >10: 1.54 (1.02-2.31) >0-6: 1.00 (1) >6-8: 1.42 (0.98-2.08) >8-10: 1.64 (1.11-2.42) >10: 1.28 (0.83-1.97)	— —
Balkam, 2011	EUA	Transversal	128	OR AOR (3)	Part-time: 6.37 (0.81-50.0) Full-time: 0.16 (0.02-1.23) Part-time: 6.05 Full-time: 1.00 (1)	— —	— —
Bonet, 2013	França	Coorte	979	AOR (4)	Não retornaram: 4.7 (3.0-7.6) ≤16, full-time: 1.00 (1) ≤16, part-time: 1.5 (0.9-2.5) 20-32, full-time: 3.5 (2.1-5.8) 20-32, part-time: 3.4 (2.0-5.8)		—
Chen, 2006	Taiwan	Transversal	998	OR AOR (5)	— —	— —	Sim: 3.52 (1.66-7.48) Não: 0.28 (0.13-0.60) Sim: 2.71 (1.19-6.15) Não: 1.00 (1)
Cooklin, 2008	Australia	Coorte	3697	AOR (6)	Não trabalhadoras: 1.00 (1) 0-12, full-time: 0.42 (0.25–0.73) 0-12, part-time: 0.87 (0.64–1.21) 12-24, full-time: 0.35 (0.22–0.55) 12-24, part-time: 0.49 (0.37–0.64)		—
Hawkins, 2007	Reino Unido	Coorte	6917	RR ARR (7)	Part-time: 1.03 (0.91–1.16) Full-time: 1.001 Part-time: 1.30 (1.17–1.44) Full-time: 1.00 (1)	≤12: 0.82 (0.69–0.99) 16: 0.71 (0.60–0.84) 20: 1.00 (1) 24: 1.43 (1.21–1.69) 28: 1.76 (1.54–2.02) ≥32: 1.74 (1.49–2.03) ≤12: 0.81 (0.68–0.96) 16: 0.74 (0.63–0.87) 20: 1.00 (1) 24: 1.25 (1.07–1.47) 28: 1.53 (1.34–1.74) ≥32: 1.54 (1.36–1.73)	— —
Kozhimannil, 2016	EUA	Coorte	550	AHR (8)	—	—	Sim: 0.90 (0.45–1.81) Não: 1.00 (1)

Tabela 3 – Associação entre aspectos institucionais e continuidade do AM

(continuação)

Primeiro autor	País	Desenho do estudo	Amostra	Estimativa de risco (IC 95%)			
				Medida de risco	Regime de trabalho	Tempo de retorno ao trabalho após o parto (semanas)	Sala de apoio à amamentação
Ano							
Lee, 2015	Taiwan	Transversal	7559	AOR (9)	—	4: 0.88 (0.63–1.22) 8: 0.77 (0.62–0.95) 12: 1.08 (0.69–1.70) 16: 1.27 (0.77–2.08) 20: 1.04 (0.54–2.04) 24: 1.47 (1.26–1.73) ≥28: 2.33 (1.90–2.84)	Sim: 0.90 (0.45–1.81) Não: 1.00 (1)
Ogbuanu, 2011	EUA	Coorte	5750	RR ARR (10)	Não trabalhadoras: 1.00 (1) Part-time: 0.99 (0.86-1.12) Full-time: 0.65 (0.55-0.75) Não trabalhadoras: 1.00 (1) Part-time: 1.07 (0.89-1.25) Full-time: 0.81 (0.65-0.99)	— —	— —
Ogbuanu, 2011	EUA	Coorte	4050	AOR (10)	—	1-6: 1.00 (1) ≥13: 1.55 (1.09–2.19)	—
Ryan, 2006	EUA	Coorte	5365	AOR (11)	Part-time: 1.50 (1.45-1.54) Full-time: 1.00 (1)	—	—

Notas: OR - Odds ratio. AOR - Adjusted Odds ratio. RR - Relative risk. ARR - Adjusted Relative Risk. HR - Hazard ratio. AHR - Adjusted Hazard ratio. IC - Intervalo de Confiança.

(1) Referência. (2) Ajustado para variáveis relacionadas ao trabalho e controle: estudo de coorte, idade materna, experiência prévia com amamentação, preferência do companheiro pelo aleitamento da criança, tipo de parto. (3) Ajustado para características demográficas. (4) Ajustado para escolaridade materna, renda familiar durante a gravidez, idade materna, paridade, estado civil, origem familiar, tabagismo materno aos 4 meses pós-parto, o sexo da criança e centro de realização do estudo (5) Ajustado para idade materna, escolaridade, idade da criança, local e anos de trabalho, conhecimento sobre intervalo para expressão de leite materno. (6) Ajustado para escolaridade materna, idade materna, tabagismo materno durante a gravidez e condição socioeconômica da área de residência da criança. (7) Ajustado para idade materna na primeira gestação e na gestação do lactente em estudo, escolaridade, estado sócio-econômico, país do Reino Unido, estado civil, número de crianças que residem no mesmo local e variáveis relacionadas ao trabalho. (8) Ajustado para idade, raça, estado civil, educação, região de moradia, renda, baixo peso ao nascer (<2.49kg), paridade, prematuridade (<37 semanas), participação no Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres e Crianças (WIC) durante a gestação, intenções de amamentação os filhos anteriores e o bebê ter passado pela unidade de terapia intensiva neonatal. (9) Ajustado para idade materna, escolaridade, regime de trabalho, paridade, tipo de parto, gestações múltiplas, nascimento prematuro e ano de nascimento. (10) Ajustado para idade materna, raça, estado civil, educação, renda, país de nascimento, tabagismo, peso ao nascer, paridade, orientação de profissional de saúde sobre aleitamento materno, separação da mãe e do bebê por 1 semana ou mais, organização do cuidado com a criança, participação no WIC por ≥ 12 meses, região de residência e setor urbano ou rural. (11) Ajustado para idade materna, escolaridade materna, participação no WIC, paridade, raça, origem, peso ao nascer.

4.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE ASPECTOS INSTITUCIONAIS E CONTINUIDADE DO AM

Dentre os 11 estudos cujo desfecho foi a continuidade do AM, descritos na Tabela 3, três foram conduzidos em população oriental (China e Taiwan) e oito em população ocidental (EUA, Reino Unido, Austrália e França). A mediana do número de participantes dos estudos foi de 3.697, sendo o mínimo de 128 e o máximo de 7.559 mulheres. Oito estudos foram de coorte e três transversais.

Bai, Fong e Tarrant (2015) investigaram os fatores que influenciam a continuidade do AM entre as mães que retornaram ao trabalho formal após o parto em uma coorte chinesa. As participantes foram selecionadas em quatro hospitais públicos após o nascimento dos seus filhos e entrevistadas durante a hospitalização pós-parto e no primeiro, segundo, terceiro, sexto, nono e décimo segundo mês após a alta hospitalar. O regime de trabalho não se relacionou significativamente com a continuidade do AM. Entretanto, fica claro em ambos modelos que as participantes que retornaram ao trabalho após 8 e até 10 semanas pós-parto foram significativamente mais propensas a continuar o AM do que as participantes que retornaram nas primeiras 6 semanas (AOR = 1,64 [IC95% 1,11;2,42]).

A pesquisa de Balkam, Cadwell e Fein (2011) teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de apoio à amamentação oferecido por uma empresa pública norte-americana de grande porte na duração do AM. Além de verificar o efeito do programa, os autores avaliaram o impacto de regime de trabalho no AM, entretanto essa associação não foi significativa. Quanto ao programa de apoio à amamentação, os serviços disponíveis foram: (1) aulas no período pré-natal sobre como amamentar e como manter a amamentação após o retorno ao trabalho; (2) suporte de enfermagem por telefone durante a licença maternidade; (3) consulta com enfermeiro após o retorno ao trabalho, pessoalmente ou por telefone, a respeito da continuidade do AM; (4) acesso à sala de apoio à amamentação. Dentre os quatro serviços citados acima, somente a consulta com enfermeiro foi analisada por regressão logística, mostrando associação positiva e significativa com o AM aos seis meses de vida do bebê (AOR = 3,15 [p = 0,04]; dado não apresentado na Tabela 3).

Bonet e colaboradores (2013) analisaram as associações entre AM aos quatro meses de idade das crianças e características sociodemográficas e ocupacionais das mães em uma coorte francesa. As participantes foram selecionadas em dois hospitais universitários, sendo os dados da pesquisa coletados ainda na maternidade, como também por questionários postais aos quatro, oito e doze meses após o nascimento. Os autores demonstraram que tanto o retorno ao trabalho entre 20 e 32 semanas pós-parto como o não retorno ao trabalho aumentaram as chances de

continuidade do aleitamento materno em comparação ao retorno às 16 semanas pós-parto ou anterior, independentemente de o regime de trabalho ser integral ou parcial, conforme apresentado na Tabela 3.

Chen, Wu e Chie (2006) avaliaram os efeitos de fatores relacionados ao local de trabalho sobre a amamentação. A pesquisa foi realizada com mulheres trabalhadoras de uma grande empresa de semicondutores em Taiwan. Um dos fatores avaliados foi a disponibilidade de sala de apoio à amamentação, sendo positiva e significativamente associada com a continuidade do AM após o retorno ao trabalho (AOR = 2,71 [IC95% 1,19;6,15]). Cabe ressaltar que foi determinado pelos autores que o termo “continuidade do AM após o retorno ao trabalho” refere-se à permanência do AM por pelo menos duas semanas após o regresso ao trabalho. Além disso, os autores também demonstraram que a disponibilidade de intervalo para a expressão do leite materno teve associação significativa com a continuidade do AM após o retorno ao trabalho (AOR = 2,68 [IC95% 1,57;4,58]; dado não apresentado na Tabela 3).

Cooklin, Donath e Amir (2008) analisaram os dados de uma coorte representativa de crianças australianas (*Longitudinal Study of Australian Children*), com o objetivo de investigar o efeito do trabalho materno após o parto no aleitamento materno aos seis meses de vida das crianças. Os autores demonstraram que o retorno ao trabalho após o parto, tanto em regime integral como parcial, diminuiu a chance de continuidade do aleitamento materno em comparação ao não retorno ao trabalho, conforme apresentado na Tabela 3.

Hawkins e colaboradores (2007) analisaram os dados de uma coorte nacionalmente representativa de famílias do Reino Unido (*Millennium Cohort Study*), com o objetivo de investigar a relação entre características do trabalho materno e a duração da amamentação. Em relação ao regime de trabalho, as mulheres que trabalhavam em tempo parcial foram mais propensas a amamentar por pelo menos quatro meses do que as mulheres trabalhadoras em tempo integral (ARR = 1,30 [IC95% 1,17;1,44]). Quanto ao retorno ao trabalho, as mães que o fizeram até 20 semanas após o parto eram menos propensas a amamentar quando comparadas às mães que retornaram ao trabalho após 24 semanas ou mais (ARR para ≤ 12 semanas = 0,81 [IC95% 0,68;0,96] e ARR para 16 semanas = 0,74 [IC95% 0,63;0,87]). Outras variáveis que não foram apresentadas na Tabela 3 tiveram impacto significativo na continuidade do AM, tais como trabalho em horários atípicos, como período noturno e aos finais de semana, e em horários flexíveis. As mães que trabalhavam em horários atípicos eram menos propensas a continuar a amamentação comparadas àquelas que não o fizeram (RR = 0,89 [IC95% 0,81;0,98]), entretanto, essa associação não manteve-se significativa após ajuste (ARR = 1,05 [IC95% 0,97;1,14]). As mães que trabalhavam em horários flexíveis eram mais propensas a amamentar

por pelo menos quatro meses (RR = 1,43 [IC95% 1,07;1,91]), entretanto, essa associação também não se manteve significativa após ajuste (ARR = 1,24 [IC95% 1,00;1,55]).

Kozhimannil e colaboradores (2016) analisaram os dados de uma pesquisa americana (*Listening to Mothers III*), com o objetivo de investigar o acesso às acomodações no local de trabalho e suas associações com a duração do aleitamento materno. As participantes foram mulheres trabalhadoras entre 18 e 45 anos de idade. Quanto à sala de apoio à amamentação, não foi encontrada associação significativa entre a disponibilidade desse recurso e a duração do AM. Entretanto, a disponibilidade de tempo para expressão do leite materno aumentou a chance de continuidade do AM aos seis meses de vida da criança (AOR = 3,00 [IC95% 1,23;7,32; p<0,05]; dado não apresentado na Tabela 3).

Lee e colaboradores (2015) realizaram uma análise secundária dos dados de inquéritos nacionais de Taiwan sobre AM a fim de investigar a associação entre fatores ambientais, incluindo aspectos relacionados ao trabalho, e a duração do AM. A licença maternidade igual ou superior a 24 semanas, quando comparada a períodos inferiores de licença maternidade, e o uso da sala de apoio à amamentação aumentaram a chance de continuidade do AM (AOR = 1,47 [IC95% 1,26;1,73]) e AOR = 3,25 [IC95% 2,99;3,53] respectivamente).

Um dos objetivos do estudo de Ogbuanu e colaboradores (2011a) foi analisar a associação entre regime de trabalho materno e duração do AM em uma amostra nacionalmente representativa de crianças dos EUA chamada *Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort*. As entrevistas foram realizadas com as mães aos 9 meses de vida das crianças. As mulheres que trabalhavam em tempo integral apresentaram 19% menos chance de continuar o AM após os seis meses quando comparadas às que não estavam trabalhando (ARR = 0,81 [IC95% 0,65;0,99]). Não foi encontrada associação significativa com a continuidade do AM após os seis meses entre as mulheres que trabalhavam em tempo parcial quando comparadas às que não estavam trabalhando.

Ogbuanu e colaboradores (2011b) investigaram a associação entre o tempo de retorno ao trabalho e a duração do AM em uma segunda publicação dos dados da coorte norte-americana chamada *Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort*. Os resultados mostraram que as mulheres que retornaram ao trabalho após 13 semanas do parto apresentaram maior probabilidade de continuar a amamentação além dos 3 meses de vida do bebê quando comparadas às mulheres que retornaram entre uma e seis semanas pós-parto (AOR = 1,55 [IC95% 1,09;2,19]).

Ryan, Zhou e Arensberg (2006) analisaram os dados de uma pesquisa americana (*Ross Laboratories Mothers Survey*), com o objetivo de investigar a associação entre regime de

trabalho materno e prevalência da duração do AM. Os autores demonstraram que o regime de trabalho em tempo parcial aumentou a chance de continuidade do AM aos seis meses de vida das crianças quando comparado ao regime de trabalho em tempo integral (AOR = 1,50 [IC95% 1,45;1,54]).

Tabela 4 – Associação entre aspectos institucionais e continuidade do AME

Primeiro autor Ano	País	Desenho do estudo	Amostra	Estimativa de risco (IC 95%)			
				Medida de risco	Regime de trabalho	Tempo de retorno ao trabalho após o parto (semanas)	Sala de apoio à amamentação
Balkam, 2011	EUA	Transversal	128	AOR (2)	Part-time: 1.42 Full-time: 1.00 (1)	—	—
Basrowi, 2015	Indonésia	Transversal	186 (3)	OR	—	—	Sim: 2.62 (1.27-5.38) Não: 1.00 (1)
Kozhimannil, 2016	EUA	Coorte	550	AHR (4)	—	—	Sim: 3.81 (1.41-10.34) Não: 1.00 (1)
Lee, 2015	Taiwan	Transversal	7559	AOR (5)	—	4: 0.95 (0.63-1.43) 8: 0.87 (0.66-1.14) 12: 0.88 (0.49-1.55) 16: 0.54 (0.27-1.06) 20: 1.44 (0.70-2.98) 24: 1.48 (1.24-1.77) ≥28: 1.52 (1.24-1.86)	Sim: 2.68 (2.44-2.94) Não: 1.00 (1)

Notas: OR - Odds ratio. AOR - Adjusted Odds ratio. AHR - Adjusted Hazard ratio. IC - Intervalo de Confiança.

(1) Referência. (2) Ajustado para características demográficas. (3) Valor referente à amostra total do estudo, para análise da variável sala de apoio foram utilizados dados de 182 indivíduos. (4) Ajustado para idade, raça, estado civil, educação, região de moradia, renda, baixo peso ao nascer (<2.49kg), paridade, prematuridade (<37 semanas), participação no Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres e Crianças (WIC) durante a gestação, intenções de amamentação os filhos anteriores e o bebê ter passado pela unidade de terapia intensiva neonatal. (5) Ajustado para idade materna, escolaridade, regime de trabalho, paridade, tipo de parto, gestações múltiplas, nascimento prematuro e ano de nascimento.

4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE ASPECTOS INSTITUCIONAIS E CONTINUIDADE DO AME

Dentre os quatro estudos que avaliaram o desfecho da continuidade do AME, descritos na Tabela 4, dois foram conduzidos em população oriental (Indonésia e Taiwan) e dois em população ocidental (EUA). A mediana do número de participantes dos estudos foi de 368, sendo o mínimo de 128 e o máximo de 7.559 mulheres. Três estudos apresentaram delineamento transversal e um estudo de coorte.

A pesquisa de Balkam, Cadwell e Fein (2011), já citada anteriormente, avaliou o impacto de um programa de apoio à amamentação oferecido por uma empresa pública norte-americana de grande porte na duração do AME. A porcentagem de mães que estavam amamentando seus filhos exclusivamente aos 6 meses aumentou significativamente de acordo com cada serviço adicional recebido (AOR = 1,73 [p = 0,003]; dado não apresentado na Tabela 4). Além de verificar o efeito do programa, os autores avaliaram o impacto de regime de trabalho no AME, entretanto, essa associação não foi significativa.

Basrowi e colaboradores (2015) analisaram a influência de um programa de apoio à amamentação e de uma sala de apoio à amamentação no local de trabalho sobre a prática do AME. As mulheres entrevistadas tinham filhos entre seis e 36 meses de idade e a pesquisa foi realizada em cinco locais de trabalho na Indonésia: três escritórios governamentais e duas fábricas. O programa de apoio à amamentação foi definido como aquele que foi criado para as mães com filho até a idade de 12 meses, e incluiu educação e apoio prestado por profissional especializado, como um conselheiro de lactação, médico, parteira, enfermeira ou outra pessoa capacitada. A sala de apoio à amamentação foi definida como um local ventilado/climatizado, com luz apropriada, equipada com refrigerador, com pia para lavagem das mãos e cadeira ou cama apropriada para a coleta do leite materno. A existência de um programa de apoio à amamentação aumentou a prática de AME quase seis vezes (OR 5,93 [IC95% 1,78;19,79]; dado não apresentado na Tabela 4) e a disponibilidade de uma sala de apoio à amamentação aumentou a prática de AME quase três vezes (OR 2,62 [IC95% 1,27;5,38]).

Kozhimannil e colaboradores (2016), autores já citados anteriormente, analisaram os dados de uma pesquisa americana (*Listening to Mothers III*), com o objetivo de investigar o acesso às acomodações no local de trabalho e suas associações com a duração do AME. O estudo demonstrou maior duração do AME entre as mulheres com acesso à sala de apoio à amamentação (AHR = 3,81 [IC95% 1,41;10,34]) e também demonstrou que a disponibilidade de tempo para expressão do leite materno aumentou a chance de continuidade do AME aos seis meses de vida da criança (AOR = 2,59 [IC95% 1,00;6,71; p<0,05]; dado não apresentado na Tabela 3).

Lee e colaboradores (2015), autores já citados anteriormente, realizaram uma análise secundária dos dados de inquéritos nacionais de Taiwan para verificar a associação de aspectos institucionais sobre o AME. A licença maternidade igual ou superior a 24 semanas, quando comparada a períodos inferiores de licença maternidade, e o uso da sala de apoio à amamentação aumentaram a chance de continuidade do AME (AOR = 1,48 [IC95% 1,24;1,77]) e AOR = 2,68 [IC95% 2,44;2,94] respectivamente).

Tabela 5 – Associação entre aspectos institucionais e interrupção do AM ou AME

(continua)

Autor Ano	País	Desenho do estudo	Amostra	Desfecho	Estimativa de risco (IC 95%)			
					Medida de risco	Regime de trabalho	Tempo de retorno ao trabalho após o parto (semanas)	Sala de apoio à amamentação
Amin, 2011	Malásia	Transversal	290	Interrupção do Aleitamento Materno	OR AOR	Part-time: 0.46 (0.11-1.88) Full time: 2.16 (0.53-8.81) —	<8: 0.27 (0.10-0.76) ≥8: 3.69 (1.31-10.35) <8: 1.0 (1) ≥8: 5.2 (1.7-15.9)	Sim: 0.68 (0.43-1.09) Não: 1.46 (0.92-2.33) Sim: 1.0 (1) Não: 1.8 (1.1-3.1)
Bai, 2015	China	Coorte	1738	Interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo	HR AHR (2)	Part-time: 1.00 (1) Full-time: 1.50 (1.25–1.80) Part-time: 1.00 (1) Full-time: 1.29 (1.00–1.65)	>0-6: 1.00 (1) >6-8: 1.02 (0.87–1.19) >8-10: 0.97 (0.82–1.14) >10: 0.73 (0.61–0.88) >0-6: 1.00 (1) >6-8: 0.98 (0.84–1.15) >8-10: 0.92 (0.78–1.09) >10: 0.78 (0.65–0.95)	—
Chuang, 2010	Taiwan	Coorte	20172	Interrupção do Aleitamento Materno	HR AHR (3)	— —	Não retornaram: 1.00 (1) ≤4: 1.53 (1.45-1.62) ≤8: 1.39 (1.34-1.44) ≤12: 1.22 (1.11-1.34) ≤24: 1.37 (1.27-1.49) ≤48: 1.15 (1.06-1.25) >48: 1.06 (0.96-1.17) Não retornaram: 1.00 (1) ≤4: 1.49 (1.41-1.57) ≤8: 1.41 (1.35-1.50) ≤12: 1.18 (1.08-1.29) ≤24: 1.26 (1.17-1.36) ≤48: 1.10 (1.02-1.19) >48: 1.03 (0.94-1.13)	— —
Guendelman, 2009	EUA	Caso-control	770	Interrupção do Aleitamento Materno	HR AHR (4)	— —	Não retornaram: 1.00 (1) ≤ 6: 3.4 (1.57-7.34) 6-12: 2.38 (1.39 - 4.08) >12: 2.70 (1.54-4.74) Não retornaram: 1.00 (1) ≤ 6: 3.47(1.63-7.38) 6-12: 2.11 (1.20 - 3.73) >12: 2.65 (1.51-4.66)	— —

Tabela 5 – Associação entre aspectos institucionais e interrupção do AM ou AME

(continuação)

Autor Ano	País	Desenho do estudo	Amostra	Desfecho	Estimativa de risco (IC 95%)			
					Medida de risco	Regime de trabalho	Tempo de retorno ao trabalho após o parto (semanas)	Sala de apoio à amamentação
Kurini, 1989	EUA	Coorte	489	Interrupção do Aleitamento Materno	HR	Mulheres negras: Part-time: 1.0 (1) Full-time: 1.6 (0.9-2.7) Mulheres brancas: Part-time: 1.0 (1) Full-time: 1.4 (1.0-1.9)	Mulheres negras: ≤2: 1.2 (0.7-2.1) 3-4: 1.3 (0.7-2.2) 5-7: 1.0 (1) Mulheres brancas: ≤2: 1.5 (0.97-2.3) 3-4: 1.4 (0.9-2.1) 5-7: 1.0 (1)	—
Mirkovic, 2014	EUA	Coorte	1172	Interrupção do Aleitamento Materno	AOR (5)	Não retornaram: 1.00 (1) 6-12, part-time: 0.94 (0.63–1.42) 6-12, full-time: 1.82 (1.30–2.56) <6, part-time: 1.14 (0.67–1.93) <6, full-time: 2.25 (1.23–4.12)		—
Skafida, 2012	Escócia	Coorte	1652	Interrupção do Aleitamento Materno	AHR (6)	Part-time: 0.88 (0.77-0.99) Full-time: 1.00 (1)	Não retornaram: 1.00 (1) ≤4: 1.41 (0.95-2.10) >4 a ≤8: 1.64 (1.06-2.52) >8 a ≤12: 1.51 (1.05-2.16) >12 a ≤16: 1.69 (1.12-2.53) >16 a ≤20: 1.50 (1.15-1.96) >20 a ≤24: 1.31 (0.99-1.71) >24 a ≤40: 1.00 (0.76-1.32)	—

Notas: OR - Odds ratio. AOR - Adjusted Odds ratio. HR - Hazard ratio. AHR - Adjusted Hazard ratio. IC - Intervalo de Confiança.

(1) Referência. (2) Ajustado para variáveis relacionadas ao trabalho e controle: estudo de coorte, idade materna, experiência prévia com amamentação, preferência do companheiro pelo aleitamento da criança, tipo de parto. (3) Ajustado para idade materna, educação, IMC antes do parto, tipo de parto, sexo, ordem de nascimento da criança, icterícia neonatal, dermatite alérgica e alimentação suplementada antes dos seis meses e mãe vivendo com o bebê entre 6-18 meses. (4) Ajustado para educação e renda. (5) Ajustado para idade, raça, estado civil, escolaridade materna, renda familiar, participação no Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres e Crianças (WIC), paridade e IMC pré-gestacional. (6) Ajustado para situação de trabalho materno, escolaridade, classe social, idade materna no momento do nascimento, ordem de nascimento da criança, composição familiar e raça.

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE ASPECTOS INSTITUCIONAIS E INTERRUPÇÃO DO AM OU AME

Sete estudos avaliaram como desfecho a interrupção do AM e/ou do AME (Tabela 5). Destes, três foram conduzidos em população oriental (China, Malásia e Taiwan) e quatro em população ocidental (EUA e Escócia). A mediana do número de participantes dos estudos foi de 1.172, sendo o mínimo de 290 e o máximo de 20.172 mulheres. Cinco estudos foram de coorte, um transversal e um de caso-controle.

A pesquisa de Amin e colaboradores (2011) teve como objetivo investigar a associação de variáveis sociodemográficas e fatores relacionados ao local de trabalho com a interrupção do AM entre mães trabalhadoras. A situação do AM foi avaliada após o retorno da mulher ao trabalho, independentemente se o AM era exclusivo ou não. Mães trabalhadoras atendidas em quatro clínicas de saúde governamentais na Malásia com filhos entre três e 12 meses de idade foram incluídas no estudo. O regime de trabalho não se relacionou significativamente com o aumento da chance de desmame. Ao contrário do esperado, a licença maternidade superior a 8 semanas relacionou-se com maiores taxas de interrupção do AM quando comparada com a licença maternidade inferior a 8 semanas (AOR = 5,2 [IC95% 1,7;15,9]). A falta de acesso a uma sala de apoio à amamentação, definida pelos autores como espaço dedicado à expressão do leite materno equipado com refrigerador, foi fator de risco para a interrupção do AM (AOR = 1,8 [IC95% 1,1;3,1]). Outra variável analisada no estudo foi o tempo flexível para expressar o leite materno, que demonstrou ser um fator de proteção para a interrupção do AM (OR 0,49 [IC95% 0,30;0,78; dado não apresentado na Tabela 5). Além das variáveis descritas acima, os autores também analisaram: tipo de trabalho, acesso à bomba extratora de leite materno, licença para amamentação, trabalho mais leve e horário flexível de trabalho, entretanto as associações com o AM não foram significativas.

Bai, Fong e Tarrant (2015), já citados anteriormente, investigaram os fatores que influenciam a interrupção do AME entre as mães que retornaram ao trabalho formal após o parto em uma coorte chinesa. O retorno ao trabalho em tempo integral aumentou a chance de interrupção do AME (HR = 1,50 [IC95% 1,25;1,80]), porém essa associação não se manteve significativa após ajustes (AHR = 1,29 [IC95% 1,00;1,65]). Entretanto, fica claro que as participantes que retornaram ao trabalho após 10 semanas pós-parto foram significativamente menos propensas a interromper o AME do que as participantes que retornaram nas primeiras 6 semanas (AHR = 0,78 [IC95% 0,65;0,95]).

A pesquisa de Chuang e colaboradores (2010) fez parte do estudo *Birth Cohort Study*, que foi a primeira coorte de nascimento nacional de Taiwan e teve como objetivo explorar a relação entre o retorno da mãe ao trabalho e a amamentação. As participantes responderam duas entrevistas, sendo a primeira realizada seis meses após o parto e a segunda 18 meses após o parto. As mulheres que retornaram ao trabalho em até 48 semanas (12 meses) foram mais propensas a desmamar do que aquelas que ainda não haviam retornado ao trabalho no momento da segunda entrevista, conforme apresentado na Tabela 3. Cabe ressaltar que o autor não realizou comparações entre os grupos que retornaram ao trabalho com diferentes períodos de afastamento.

A pesquisa de Guendelman e colaboradores (2009) avaliou a associação entre características relacionadas ao trabalho e a interrupção do AM em mulheres trabalhadoras em tempo integral que haviam estabelecido a amamentação nos primeiros 30 dias pós-parto. As participantes foram selecionadas a partir de um estudo realizado nos EUA chamado *Juggling Work and Life During Pregnancy*. Os autores analisaram o tempo de retorno ao trabalho após o parto, encontrando que retornar ao trabalho independentemente do tempo aumentou o risco de interromper o AM em comparação a quem não havia retornado ao trabalho no momento da entrevista, que ocorreu por volta dos 4,5 meses após o parto. O retorno até seis semanas pós-parto foi o preditor mais forte de interrupção da amamentação (AHR = 3.47 [IC95% 1,63;7,38]). Não houve diferença significativa entre regressar ao trabalho dentro de seis a 12 semanas ou além de 12 semanas após o parto. Além disso, o estudo avaliou a flexibilidade de horário no trabalho, porém a associação dessa variável com a interrupção do AM não foi significativa.

A pesquisa de Mirkovic e colaboradores (2014) teve como objetivo avaliar a associação entre regime de trabalho e licença maternidade e a interrupção da amamentação antes de três meses pós-parto. As participantes foram mulheres que, durante o período pré-natal, estavam trabalhando e tinham a intenção de amamentar por pelo menos três meses. Essa pesquisa utilizou dados do estudo americano *Infant Feeding Practices Study II* (IFPSII). Entre as mulheres que trabalhavam em turno integral, as que retornaram ao trabalho antes de seis semanas tiveram 2,25 vezes mais chance de desmamar antes de três meses quando comparadas às que não estavam trabalhando até 12 semanas pós-parto (AOR = 2,25 [IC95% 1,23;4,12]). Já entre as que retornaram ao trabalho entre seis e doze semanas após o parto a chance de interromper a amamentação foi 1,82 vezes maior quando comparadas às que não estavam trabalhando até 12 semanas pós-parto (AOR = 1,82 [IC95% 1,30;2,56]). O regime de trabalho parcial não apresentou valores significativos.

A pesquisa de Kurinij e colaboradores (1989) investigou a relação entre características do trabalho materno e a duração da amamentação entre mulheres negras e brancas separadamente. As participantes foram selecionadas em três hospitais americanos logo após o parto, sendo que aquelas que amamentaram no hospital foram entrevistadas novamente após um, três e sete meses do nascimento dos seus filhos. Os autores associaram as variáveis regime de trabalho e tempo de retorno ao trabalho após o parto à interrupção do AM, mas as associações não foram significativas. Apenas este estudo considerou regime integral com um número de horas discrepante dos demais (>24 horas semanais), não se enquadrando na padronização apresentada na metodologia desta revisão sistemática (≥ 30 a 35 horas semanais).

Skafida (2012) investigou o impacto do trabalho materno na duração da amamentação. As participantes eram provenientes de duas pesquisas nacionais (*Growing Up in Scotland* e *Infant Feeding Survey*) e foram entrevistadas quando os bebês completaram 10 meses. As mulheres em regime de trabalho parcial apresentaram menor chance de interromper a amamentação quando comparadas às mulheres em regime de trabalho integral (AHR = 0,88 [IC95% 0,77;0,99]). O retorno ao trabalho entre 4 e 20 semanas após o parto demonstrou aumento de chance de interromper o AM quando utilizado como referência as mães que se mantiveram afastadas do trabalho até o momento da entrevista, ou seja, 40 semanas (10 meses) após o parto, conforme apresentado na Tabela 3.

5 DISCUSSÃO

Foram incluídos 18 artigos nessa revisão sistemática, os quais avaliaram a associação entre aspectos institucionais e continuidade ou interrupção do AM e/ou do AME entre mulheres trabalhadoras. A seguir, serão discutidos os principais aspectos institucionais que foram associados ao desfecho e descritos na presente revisão sistemática: regime de trabalho, tempo de retorno ao trabalho e sala de apoio à amamentação. Ao final desta sessão, também serão abordados outros aspectos institucionais associados ao AM.

5.1 REGIME DE TRABALHO

O regime de trabalho foi analisado em 11 estudos, sendo que seis demonstraram associação significativa com o desfecho. Dois estudos encontraram que o trabalho materno em tempo parcial aumentou a chance da continuidade do AM quando comparado ao trabalho em tempo integral (HAWKINS et al., 2007; RYAN, ZHOU, ARENSBERG, 2006). Dois demonstraram que o trabalho em tempo integral diminuiu a chance da continuidade do AM quando comparado ao não retorno ao trabalho (COOKLIN, DONATH, AMIR, 2008; OGBUANU et al., 2011a), sendo que Ogbuanu e colaboradores (2011a) não encontraram diferenças significativas entre o trabalho em tempo parcial e o não retorno ao trabalho, mas Cooklin, Donath e Amir (2008) encontraram que o trabalho em tempo parcial também teve um efeito negativo na continuidade do AM quando comparado ao não retorno ao trabalho. Um estudo demonstrou que o trabalho em tempo parcial diminuiu a chance de interrupção do AM quando comparado ao trabalho em tempo integral (SKAFIDA, 2012). E um estudo demonstrou que o trabalho em tempo integral aumentou a chance de interrupção do AM quando comparado ao não retorno ao trabalho, sem diferenças significativas entre o trabalho em tempo parcial e o não retorno ao trabalho (MIRKOVIC et al., 2014). Os cinco demais estudos não encontraram associação significativa entre o regime de trabalho e a continuidade e/ou interrupção do AM e/ou AME (AMIN et al., 2011; BAI, FONG, TARRANT, 2015; BONET et al., 2013; BALKAM, CADWELL, FEIN, 2011; KURINIJ et al., 1989).

Os resultados encontrados por Hawkins e colaboradores (2007), Ryan, Zhou e Arensberg (2006) e Skafida (2012) vão ao encontro dos resultados de Mandal, Roe e Fein (2010), que demonstraram em uma amostra de 1470 mulheres americanas que o trabalho em tempo parcial aumentou a duração do AM em comparação ao trabalho em tempo integral, tanto para as mulheres que retornaram ao trabalho antes ou após 12 semanas. Adicionalmente,

Johnston e Esposito (2007) referem o trabalho em tempo parcial como um facilitador da amamentação em uma revisão da literatura.

Os achados de Cooklin, Donath e Amir (2008), Ogbuanu e colaboradores (2011a) e Mirkovic e colaboradores (2014) vão ao encontro de estudos anteriores como o de Fein e Roe (1997) que demonstraram em uma amostra de 1488 mulheres americanas que o trabalho em tempo integral aos três meses pós-parto teve um forte efeito negativo na duração do AM, em comparação às mulheres que não estavam trabalhando. Neste mesmo estudo, não houve diferença significativa entre as mulheres trabalhadoras em tempo parcial e as não trabalhadoras.

De uma forma geral, acredita-se que as mulheres que retornam ao trabalho em tempo integral amamentam menos quando comparadas às que retornam em tempo parcial ou às que não retornam ao trabalho. A possibilidade de retorno ao trabalho em tempo parcial não é viável para a maioria das mulheres brasileiras trabalhadoras formais. Entretanto, há um projeto de lei do Senado Federal (BRASIL, 2016) que está em tramitação e prevê redução de 25% na jornada de trabalho da mulher lactante até que o seu filho complete dois anos, sem prejuízo de sua remuneração. Cabe ressaltar que não foram encontrados estudos brasileiros que abordem sobre o tema regime de trabalho e amamentação.

5.2 TEMPO DE RETORNO AO TRABALHO

O tempo de retorno ao trabalho após o parto foi analisado em 12 estudos, sendo que quatro avaliaram somente a continuidade do AM (BONET et al., 2013; COOKLIN, DONATH, AMIR, 2008; HAWKINS et al., 2007; OGBUANU et al., 2011b), um avaliou a continuidade do AM e do AME (LEE et al., 2015), seis avaliaram somente a interrupção do AM (AMIN et al., 2011; CHUANG et al., 2010; GUENDELMAN et al., 2009; KURINIJ et al., 1989; MIRKOVIC et al., 2014; SKAFIDA, 2012) e um avaliou a continuidade do AM e a interrupção do AME como desfecho (BAI, FONG, TARRANT, 2015).

Cinco estudos utilizaram como referência na associação as mulheres que ainda não haviam retornado ao trabalho (COOKLIN, DONATH, AMIR, 2008; SKAFIDA, 2012; CHUANG et al., 2010; GUENDELMAN et al., 2009; MIRKOVIC et al., 2014). Nesses estudos foi demonstrado que as mulheres que retornaram ao trabalho amamentaram menos quando comparadas às mulheres que não retornaram. Entretanto os estudos não realizaram comparações entre os diferentes períodos de tempo de retorno ao trabalho, não sendo possível identificar se permanecer mais ou menos tempo afastada do trabalho teve influência na amamentação. A menor duração do AM ou AME entre mulheres que regressaram ao trabalho

quando comparadas às que não retornaram está de acordo com o que tem sido descrito na literatura (AL-SAHAB et al., 2010, KHANAL et al., 2014, SEID, YESUF, KOYE, 2013, CHATTERJI, FRICK, 2003, ONG et al., 2005, KHOURY et al., 2005).

Sete estudos associaram a duração do AM e/ou AME com o tempo de retorno ao trabalho entre as mulheres que já haviam retornado ao trabalho (AMIN et al., 2011; HAWKINS et al., 2007; OGBUANU et al., 2011b; KURINIJ et al., 1989; BONET et al., 2013; BAI, FONG, TARRANT, 2015; LEE et al., 2015). Dentre esses, apenas um não mostrou associação significativa (KURINIJ et al., 1989). Cinco estudos encontraram que as mulheres que retornaram mais precocemente ao trabalho amamentaram menos que as que retornam depois (MIRKOVIC et al., 2014; BAI, FONG, TARRANT, 2015; BONET et al., 2013; LEE et al., 2015; HAWKINS et al., 2007; OGBUANU et al., 2011b). Em concordância com esses achados, Roe e colaboradores (1999) demonstraram em uma amostra nacional de 712 mulheres americanas trabalhadoras que cada semana de licença maternidade aumentou o AM por quase meia semana, e Visness e Kennedy (1997) demonstraram em uma amostra de 9.087 mulheres americanas trabalhadoras que a duração da amamentação foi maior para aquelas que gozaram de um período maior de licença maternidade.

Ao contrário do esperado, um dos estudos dessa revisão sistemática demonstrou que o tempo maior de retorno ao trabalho aumentou a chance de interrupção do AM (AMIN et al., 2011). O autor ressalta que apenas 7% das participantes haviam gozado do período menor de licença maternidade, o que limitaria a força desse resultado. Ainda, o autor refere que muitas mulheres interrompem o AM antes de findado o período de licença devido às dificuldades que encontraram em combinar trabalho e amamentação.

A maioria dos estudos desta revisão sistemática mostrou que as mulheres que retornam ao trabalho precocemente amamentam menos quando comparadas às que retornam mais tardiamente ou às que não retornam. No Brasil, as mulheres trabalhadoras formais têm direito a somente 120 dias de licença maternidade (quatro meses), sendo a recomendação da OMS o AME por 6 meses e complementado por dois anos ou mais. Os órgãos governamentais e as empresas participantes do Programa Empresa-Cidadã promovem a licença maternidade por um período de 180 dias (seis meses), não sendo ainda o ideal para o seguimento das recomendações citadas anteriormente, devido ao tempo necessário para transição na alimentação da criança após completos os seis meses de vida. Muitas mulheres optam por gozar as férias logo que findado o período de licença maternidade, com o intuito de realizar a transição da alimentação dos filhos. Essa possibilidade pode ser incentivada pelos empregadores, retardando o retorno da mulher ao trabalho e, como consequência, apoiando a amamentação. Cabe ressaltar que foi

encontrado apenas um estudo brasileiro (Brasileiro 2010) na literatura que aborda sobre o tema tempo de retorno ao trabalho e amamentação, entretanto, nesse estudo a associação não foi significativa.

5.3 SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

A sala de apoio à amamentação foi analisada em cinco artigos, sendo que quatro demonstraram que a disponibilidade desse recurso aumentou a chance de continuidade do AM e/ou AME (CHEN, WU, CHIE, 2006; LEE et al., 2015; BASROWI et al., 2015; KOZHIMANNIL et al., 2016) e um estudo demonstrou que a disponibilidade da sala diminuiu a chance de interrupção do AM (AMIN et al., 2011).

Os resultados encontrados nos cinco estudos são consistentes com a literatura. Stewart-Glenn (2008) demonstrou por meio de uma revisão bibliográfica de estudos realizados 10 anos antes de sua publicação que um espaço privado para a expressão do leite materno foi identificado como elemento favorável à amamentação. Mills (2009) demonstrou em uma revisão bibliográfica de estudos americanos publicados entre 1997 e 2008 que a falta de um espaço privado para a expressão do leite materno é uma barreira para a amamentação. Weber e colaboradores (2011) encontraram em uma amostra de 998 mulheres australianas e americanas que o acesso a uma sala privada para expressão do leite materno foi identificado como um dos principais fatores que facilitam a amamentação. Em uma pesquisa com 29 advogadas, Alvarez e colaboradores (2015) encontraram que as participantes com acesso a um espaço apropriado para a expressão de leite materno no trabalho amamentaram por mais tempo.

Foram encontrados dois estudos brasileiros que abordam o posto de coleta de leite materno no local de trabalho, sem realizar a descrição desse espaço. Brasileiro e colaboradores (2012) não encontraram associação significativa entre a presença de posto de coleta de leite materno e a época do desmame, porém Rea e colaboradores (1997) observaram que houve uma maior duração da amamentação entre as mulheres que sabiam ter essa facilidade na empresa.

De acordo com o MS (BRASIL, 2015), as mulheres trabalhadoras que amamentam, por estarem afastadas de seus filhos, têm a necessidade de esvaziar as mamas durante a sua jornada diária, para o alívio do desconforto e para manter a produção de leite. Na maioria das vezes não há nos ambientes de trabalho um lugar apropriado para isso, impedindo que a mulher possa aproveitar o leite retirado para oferecer ao seu filho posteriormente. A disponibilidade desses espaços por parte dos empregadores nas empresas é um excelente incentivo à amamentação, sendo a sua implantação e manutenção de baixo custo.

5.4 OUTROS ASPECTOS INSTITUCIONAIS

Conforme mencionado anteriormente, outros aspectos institucionais, não apresentados nas tabelas, foram analisados nos estudos incluídos nessa revisão sistemática. O horário flexível de trabalho foi analisado em três dos 18 estudos avaliados (HAWKINS et al., 2007; AMIN et al., 2011; GUENDELMAN et al., 2009), sendo que nenhum deles encontrou associação significativa com a continuidade e/ou interrupção do AM. Estes achados mais atuais contrastam com os dados de uma revisão da literatura publicada na década de 1990, em que a flexibilização de horário havia sido apontada como uma das estratégias mais utilizadas pelas mulheres para manter a amamentação (REA et al., 1997). Mesmo sendo uma forma de apoio à amamentação, a oportunização da flexibilidade do horário de trabalho pelo empregador pode não ser suficiente para a continuidade da amamentação após o retorno ao trabalho caso a mulher não tenha acesso a outros aspectos institucionais de proteção e apoio ao AM.

A disponibilidade de tempo para a expressão do leite materno foi avaliada em três estudos desta revisão sistemática e todos associaram positivamente o tempo para expressão do leite materno com o AM e/ou AME (CHEN, WU, CHIE, 2006; AMIN et al., 2011; KOZHIMANNIL et al., 2016). Esses achados também foram descritos em outros estudos, como o de Tsai (2013), que demonstrou em uma amostra de 715 mulheres trabalhadoras em Taiwan que uma política de intervalos para a expressão do leite materno no local de trabalho aumentou significativamente a continuidade da amamentação após o retorno ao trabalho. O autor também mostra que o incentivo dos colegas e supervisores ao uso desses intervalos podem afetar significativamente a intenção das mães em continuar a amamentação após o retorno ao trabalho. Em uma pesquisa com 587 mulheres australianas, Win e colaboradores (2006) demonstraram que as mães que realizam expressão do leite materno são mais propensas a amamentar até os seis meses. Atualmente, no Brasil, as trabalhadoras formais podem realizar dois descansos especiais para amamentar, de meia hora cada um, entretanto elas têm esse direito somente até seu filho completar 6 meses de idade.

Além dos aspectos institucionais já citados, também foram avaliados outros sete fatores nos estudos: (1) acesso a bomba extratora de leite materno, (2) tipo de trabalho exercido, (3) licença para amamentação, (4) trabalho mais leve (AMIN et al., 2011), (5) consulta com enfermeiro após o retorno ao trabalho a respeito da continuidade do AM (BALKAM, CADWELL, FEIN, 2011), (6) participação em programa de apoio à amamentação (BASROWI et al., 2015) e (7) horários atípicos de trabalho (HAWKINS et al., 2007). Dentre esses, dois

tiveram impacto positivo e significativo na continuidade do AM e/ou AME: consulta com enfermeiro após o retorno ao trabalho a respeito da continuidade do AM e participação em programa de apoio à amamentação. Os demais aspectos institucionais não demonstraram associação significativa com a continuidade ou interrupção do AM e/ou AME.

Achados semelhantes foram observados em outra revisão da literatura (HIRANI, KARMALIANI, 2013), demonstrando que a orientação às mães sobre a combinação amamentação e trabalho e políticas favoráveis à amamentação no local de trabalho foram intervenções eficazes na promoção da prática do AM. Além disso, os autores mostram que a presença de programas de apoio à amamentação no local de trabalho aumenta a capacidade das mães trabalhadoras em continuar a amamentação.

Yimyam e Hanpa (2014) demonstraram em uma pesquisa com mulheres trabalhadoras na Tailândia que as taxas de AM e AME aos seis meses aumentaram após a implementação de um programa de apoio à amamentação no local de trabalho. O programa consistiu em educação sobre amamentação e apoio por enfermeiras obstétricas e/ou consultores de lactação com a cooperação dos enfermeiros no local de trabalho, assim como em campanhas sobre amamentação no local de trabalho.

Cohen, Mrtek e Mrtek (1995) encontraram em uma amostra de 101 mulheres americanas trabalhadoras que o apoio à amamentação no local de trabalho gera consequências como diminuição do absenteísmo, aumento da produtividade, redução dos custos relativos à saúde e maior motivação e satisfação com o trabalho por parte das mães. Mills (2009) confirma esses achados através de uma revisão bibliográfica de estudos americanos publicados entre 1997 e 2008. Além disso, uma pesquisa americana mostra que os empregadores podem ter um retorno de US\$ 3 a cada US\$ 1 investido em apoio à amamentação (UNITED STATES BREASTFEEDING COMMITTEE, 2002).

5.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta é a primeira revisão sistemática de estudos observacionais de nosso conhecimento, que buscou sumarizar as associações de aspectos institucionais com o AM e o AME. Foram encontradas três revisões sistemáticas na literatura a respeito da temática, entretanto, uma das revisões buscou apenas ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados e acabou não encontrando publicações (ABDULWADUD, SNOW, 2012). As outras duas revisões sistemáticas incluíram estudos com delineamentos variados, cartas e informações de *web-sites* para tratar de outros aspectos que não enfocaram apenas os institucionais (HIRANI,

KARMALIANI, 2013; HIRANI, PREMJI, 2009). Dessa forma, a presente revisão sistemática contribuiu com informações quantitativas (de medida de risco) para associações entre aspectos institucionais e AM e/ou AME.

Apesar dessa revisão sistemática ter sido conduzida em múltiplas bases de dados, sem limitações de data de publicação e idioma, o estudo apresenta limitações. Primeiramente, por ter como critério de inclusão estudos observacionais, existe a possibilidade de viés de confundimento entre o fator em estudo e o desfecho, que é inerente da natureza do estudo observacional. Como já dito anteriormente, não existem publicações de ensaios clínicos randomizados a respeito da temática, portanto, os estudos observacionais são os que trazem informações sobre o tema passíveis de sumarizar. Em segundo lugar, alguns estudos observacionais não foram incluídos na presente revisão sistemática, pois não apresentavam medida de risco. Entretanto, a adoção desse critério de inclusão visou selecionar os estudos com maior qualidade metodológica. De fato, foi constatado que apenas um dos estudos incluídos (BALKAM, CADWELL, FEIN, 2011) apresentou sério risco de viés de acordo com a ferramenta disponível para avaliar vieses de estudos observacionais. Por fim, apesar do interesse em incluir na presente revisão sistemática outros aspectos institucionais interessantes para a amamentação, foi necessário eleger os aspectos mais abordados e aqueles nos quais a maior parte dos autores descreveu a medida de risco. Dessa forma, não foi possível enfatizar outros aspectos institucionais de forma aprofundada além do regime de trabalho, do tempo de retorno ao trabalho e da sala de apoio à amamentação. Cabe ressaltar, que essa escolha foi feita com o intuito de sumarizar de maneira clara e informativa os achados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão sistemática nos permitiu compreender que intervenções simples no local de trabalho e algumas mudanças na política da empresa direcionadas ao incentivo da amamentação podem influenciar positivamente a continuidade dessa prática após as mães retornarem ao trabalho. A implementação da sala de apoio à amamentação é uma dessas medidas simples e de baixo custo que demonstrou impacto positivo na amamentação. Conforme demonstrado neste estudo, o retorno ao trabalho em tempo parcial teve impacto positivo no aleitamento materno e, portanto, poderia ser uma possibilidade às mães trabalhadoras que amamentam, como forma de incentivo e apoio dos empregadores ao aleitamento materno. Sabe-se que a redução do tempo de afastamento entre mãe e filho, favorece o vínculo e a produção do leite materno. A licença maternidade impacta diretamente no tempo de retorno ao trabalho da mulher após o parto, sendo esse, para muitas mães, o fator determinante para o desmame, devido à necessidade de oferta de outros alimentos como forma de substituição.

Como já bem descrito na literatura, a combinação trabalho e amamentação apresenta muitos obstáculos, causando o desmame precoce. Os empregadores têm um papel fundamental em apoiar as mulheres trabalhadoras no enfrentamento dessas dificuldades ao promover as mudanças necessárias no ambiente de trabalho, possibilitando, dessa forma, que os filhos de suas funcionárias continuem beneficiando-se do aleitamento materno, assim como elas mesmas e a sociedade como um todo.

No Brasil, os poucos estudos sobre a temática ainda são incipientes, sendo de extrema importância e urgência a pesquisa e publicidade das informações no país, com o intuito de aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até dois anos ou mais, de acordo com as recomendações da OMS. Conforme já mencionado nessa revisão sistemática, recentemente o Ministério da Saúde vem promovendo ações de incentivo à amamentação para mulheres trabalhadoras, entretanto podemos observar que a adesão das empresas a essas ações ainda é baixa.

O apoio no local de trabalho é de grande relevância para a continuidade da amamentação, entretanto a realidade nos mostra que muitas mulheres, mesmo recebendo alguma forma de apoio institucional, interrompem o aleitamento materno precocemente. Uma das explicações para esse fato é que a amamentação envolve aspectos biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais, podendo todos esses influenciar na duração dessa prática. Sendo assim, as mulheres precisam ser apoiadas também pela sua família, pelos profissionais de saúde e pela sociedade de forma geral para manter a amamentação após o retorno ao trabalho.

REFERÊNCIAS

ABDULWADUD, O. A.; SNOW, M. E. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, no. 10, p. 1-11, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 Anvisa e Ministério da Saúde**. Brasília: Anvisa, 2010.

AL-SAHAB, B. et al. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. **BioMed Central Pediatrics**, London, v. 10, no. 20, p. 1-9, 2010.

ALIANÇA MUNDIAL PARA AÇÃO EM ALEITAMENTO MATERNO. **Semana mundial da amamentação (SMAM 2015)**. Folder. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2015/07/FOLDER-DE-A%C3%87%C3%83O_SMAM2015_WABA.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2016.

ALVAREZ, R. et al. Lawyer mothers: infant-feeding intentions and behavior. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 108, no. 5, p. 262-267, 2015.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, Elk Grove Village II, v. 129, no. 3, p. e827-e841, 2012.

AMIN, R. M. et al. Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 6, no. 4, 2011.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Lemos-Editorial, 1998. Disponível em: <<http://www.epm.br/cochrane/bestevidence.htm>>. Acesso em: 10 maio 2016.

BAI, D. L.; FONG, D. Y.; TARRANT, M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 19, no. 5, p. 990-999, 2015.

BALKAM, J. A.; CADWELL, K.; FEIN, S. B. Effect of components of a workplace lactation program on breastfeeding duration among employees of a public-sector employer. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 15, no. 5, p. 677-683, 2011.

BAPTISTA, G. H., ANDRADE, A. H., GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2009.

BASROWI, R. W. et al. Benefits of a dedicated breastfeeding facility and support program for exclusive breastfeeding among workers in Indonesia. **Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition**, Seongnam, v. 18, no. 2, p. 94-99, 2015.

BONET, M. et al. Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN Mother-Child' Cohort. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 17, no. 4, p. 714-722, 2013.

BRASIL. **Decreto Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 9 ago. 1943.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 229, de 28 de fevereiro de 1967**. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 28 fev. 1967.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 3.296, de 03 de setembro de 1986**. Autoriza as empresas e empregadoras a adotar o sistema de Reembolso-Creche, em substituição à exigência contida no § 1º do art. 389 da CLT. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 05 set. 1986.

BRASIL. **Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002**. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 15 abr. 2002

BRASIL. **Lei nº 11.770 de 9 de setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 10 set. 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde da Criança**: mulher trabalhadora que amamenta. Brasília, 2016a. Disponível em: <saudedacrianca.net>. Acesso em: 07 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha aleitamento materno**: amamentação e trabalho. Para dar certo, o compromisso é de todos. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/aleitamentomaterno/index.html>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

BRASIL. **Projeto de lei do Senado Federal nº 162 de 2016**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre a redução da jornada de trabalho da trabalhadora lactante. Brasília, DF, 2016c. (Em tramitação)

BRASILEIRO, A. A. et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1705-1713, 2010.

BRASILEIRO, A. A. et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 642-648, 2012.

CARRASCOZA, K. C. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4139-4146, 2011.

CHATTERJI, P.; FRICK, K. D. Does returning to work after childbirth affect breastfeeding practices? **Review of Economics of the Household**, New York, v. 3, no. 3, p. 315-335, 2005.

CHEN, Y. C.; WU, Y. C.; CHIE, W. C. Effects of work-related factors on the breastfeeding behavior of working mothers in a Taiwanese semiconductor manufacturer: a cross-sectional survey. **BPM Public Health**, London, v. 6, no. 160, 2006.

CHUANG, C. H. et al. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 47, no. 4, p. 461-474, 2010.

COCHRANE COLLABORATION. **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions**. 2011. Version 5.1.0. Disponível em: <<http://handbook.cochrane.org/>>. Acesso em: 10 maio 2016.

COCHRANE COLLABORATION. **The ROBINS-I tool** (Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions). 2016. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/riskofbiastool/>>. Acesso em: 10 maio 2016.

COHEN, R.; MRTEK, M. B.; MRTEK, R. G. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. **American Journal of Health Promotion**, Royal Oak, v. 10, no. 2, p. 148-153, 1995.

COOKLIN, A. R.; DONATH, S. M.; AMIR, L. H. Maternal employment and breastfeeding: results from the longitudinal study of Australian children. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 97, no. 5, p. 620-623, 2008.

DABRITZ, H. A.; HINTON, B. G.; BABB, J. Evaluation of lactation support in the workplace or school environment on 6-month breastfeeding outcomes in Yolo County, California. **Journal of Human Lactation**, Thousand Oaks, v. 25, no. 2, p. 182-193, 2009.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

FEIN, S. B.; ROE, B. The Effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 88, no. 7, p. 1042-6, 1998.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 76, supl. 3, p. s238-s252, 2000.

GREENE, S.; WOLFE, E. W.; OLSON, B. H. Assessing the validity of measures of an instrument designed to measure employees' perceptions of workplace breastfeeding support. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 3, no. 3, p. 159-163, 2008.

GUENDELMAN, S. et al. Juggling Work and Breastfeeding: Effects of Maternity Leave and Occupational Characteristics. **Pediatrics**, Elk Grove Village II, v. 123, no. 1, p. e38-e46, 2009.

HAWKINS, S. S. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study. **Public Health Nutrition**, Oxford, v. 10, no. 9, p. 891-896, 2007.

HIRANI, S. A.; KARMALIANI, R. Evidence based workplace interventions to promote breastfeeding practices among Pakistani working mothers. **Women Birth**, v. 26, no. 1, p. 10-16, 2013.

HIRANI, S. A.; PREMJI, S. S. Mothers' employment and breastfeeding continuation: global and Pakistani perspectives from the literature. **Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing**, Subiaco, v. 12, no. 2, p. 18-24, 2009.

IP, S. et al. A summary of the agency for health care research and quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 4, supl 1, p. 17-30, 2009.

JOHNSTON, M. L.; ESPOSITO, N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 36, no. 1, p. 9-20, 2007.

KHANAL, V. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in Timor-Leste: findings from demographic and health survey 2009-2010. **Nutrients**, Basel, v. 6, no. 4, p.1691-1700, 2014.

KHOURY, A. J. et al. Breast-feeding initiation in low-income women: role of attitudes, support, and perceived control. **Womens Health Issues**, New York, v. 15, no. 2, p. 64-72, 2005.

KOZHIMANNIL, K. B. et al. Access to workplace accommodations to support breastfeeding after passage of the Affordable Care Act. **Womens Health Issues**, New York, v. 26, no. 1, p. 6-13, 2016.

KULL, J. et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants: a prospective birth cohort study. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 87, no. 6, p. 478-481, 2002.

KURINIJ, N. et al. Does maternal employment affect breast-feeding? **American Journal of Public Health**, Washington, v. 79, no. 9, p. 1247-1250, 1989.

- LEE, C. C. et al. Breastfeeding-friendly environmental factors and continuing breastfeeding until 6 months postpartum: 2008-2011: national surveys in Taiwan. **Birth**, Malden, v. 42, no. 3, p. 242-248, 2015.
- LEONE, et al., Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 21-26, 2012.
- MANDAL, B.; ROE, B. E., FEIN, S. B. The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. **Health Policy**, Limerick, v. 97, no. 1, p. 79-86, 2010.
- MASCARENHAS, M. L. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.
- MIRKOVIC, K. R. et al. Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US mothers' ability to meet breastfeeding intentions. **Journal of Human Lactation**, Thousand Oaks, v. 30, no. 4, p. 416-419, 2014.
- MOHER, D. et al. Reprint-preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Physical Therapy**, Alexandria, v. 89, no. 9, p. 873-880, 2009.
- OFFICE ON WOMEN'S HEALTH, U.S. Department of Health and Human Services. **Breastfeeding**. Disponível em: <womenshealth.gov/breastfeeding>. Acesso em: 07 mar. 2016.
- OGBUANU, C. et al. Balancing work and family: effect of employment characteristics on breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, Thousand Oaks, v. 27, no. 3, p. 225-238, 2011a.
- OGBUANU, C. et al. The Effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. **Pediatrics**, Elk Grove Village II, v. 127, no. 6, p. e1414-e1427, 2011b.
- ONG, G. et al. Impact of working status on breastfeeding in Singapore. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 15, no. 4, p. 424-430, 2005.
- REA, M. F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 149-156, 1997.
- REA, M. F. et al. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, supl. 5, p. 142-146, 2004.
- ROE, B. et al. Is there competition between breast-feeding and maternal employment? **Demography**, New York, v. 36, no. 2, p. 157-171, 1999.
- ROJJANASRIRAT, W. Working women's breastfeeding experiences. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, Hagerstown, v. 29, no. 4, p. 222-227, quiz 228-9, 2004.

RYAN, A. S.; ZHOU, W.; ARENSBERG, M. B. The effect of employment status on breastfeeding in the United States. **Womens Health Issues**, New York, v. 16, no. 5, p. 243-251, 2006.

SATTARI, M. et al. Work-place predictors of duration of breastfeeding among female physicians. **Journal of Pediatrics**, St Louis, v. 163, no. 6, p. 1612-1617, 2013.

SKAFIDA, V. 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 Health Journal**, New York, v. 16, no. 2, p. 519-527, 2012.

SEID, A. M.; YESUF, M. E.; KOYE, D. N. Prevalence of exclusive breastfeeding practices and associated factors among mothers in Bahir Dar city, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 8, no. 14, 2013.

SHEALY, K. R. et al. **The CDC guide to breastfeeding interventions**. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.

SILVA, C. A.; DAVIM, R. M. B. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1208-1217, 2012.

STEWART-GLENN, J. Knowledge, perceptions, and attitudes of managers, coworkers, and employed breastfeeding mothers. **AAOHN Journal**, Thorofare, v. 56, no. 10, p. 423-431, 2008.

STRATTON, J.; HENRY, B. W. What employers and health care providers can do to support breastfeeding in the workplace. **Infant, Child and Adolescent Nutrition**, Thousand Oaks, v. 3, no. 5, p. 300-307, 2011.

THOMPSON, C. A. et al Perceived organizational family support: a longitudinal and multilevel analysis. **Journal of Managerial Issues**, Pittsburg, v. 16, no. 4, p. 545-565, 2004.

TSAI, S. Y. Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 8, no. 2, p. 210-216, 2013.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **The State of the world's children 2012: children in an urban world**. New York: Unicef, 2012.

UNITED STATES BREASTFEEDING COMMITTEE. **Workplace breastfeeding support**. 2002. Disponível em: <<http://www.usbreastfeeding.org/Portals/0/Publications/Workplace-2002-USBC.pdf.%202002>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, Copenhagen, v. 58, no. 9, p. 833-843, 2003.

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

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, London, v. 3, no. 4, p. e199-e205, 2015.

VISNESS, C. M.; KENNEDY, K. I. Maternal employment and breast-feeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 87, no. 6, p. 945-950, 1997.

WEBER, D. et al. Female employees' perceptions of organizational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 6, no. 19, 2011.

WELLS, G. A. et al. **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses**. Disponível em: <http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp>. Acesso em: 10 maio 2016.

WIN, N. N. et al. Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 1, no. 28, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review**. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007**. Geneva, 2008.

YIMYAM, S.; HANPA, W. Developing a workplace breast feeding support model for employed lactating mothers. **Midwifery**, Edinburgh, v. 30, no. 6, p. 720-724, 2014.

APÊNDICE – Checklist PRISMA

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	3
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	14
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	14
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	14
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	15
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	15
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	16
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	17
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	17
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	17
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	18
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	17
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	Não se aplica

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	Não se aplica
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	Não se aplica
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	19
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	19
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	20
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	23,26,29
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	Não se aplica
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	Não se aplica
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	Não se aplica
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	32
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	38
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	39
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	Não se aplica

Fonte: Moher et al. (2009)