

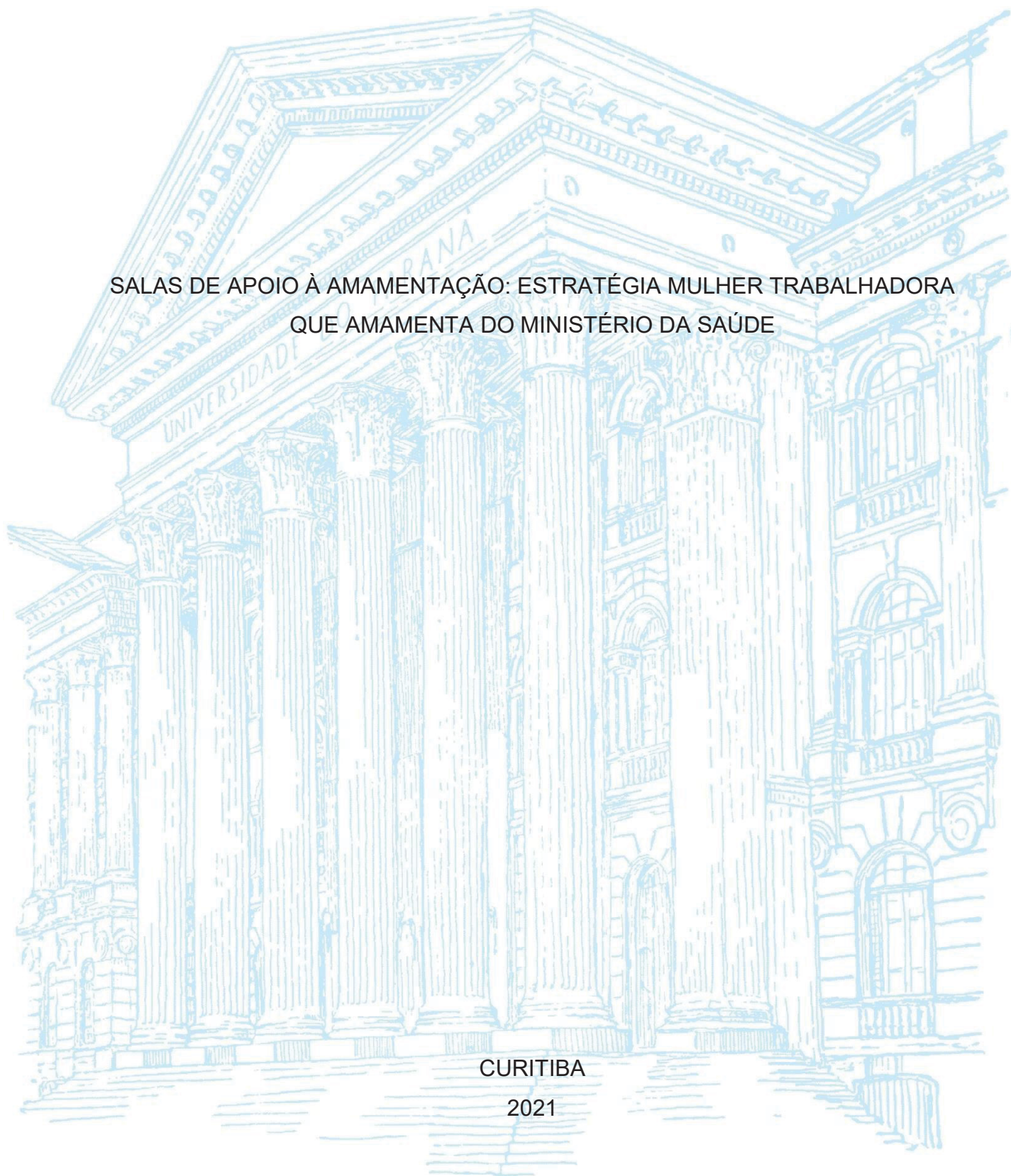
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA BELOMO DE SOUZA

SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO: ESTRATÉGIA MULHER TRABALHADORA
QUE AMAMENTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

CURITIBA

2021



CAROLINA BELOMO DE SOUZA

SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO: ESTRATÉGIA MULHER TRABALHADORA
QUE AMAMENTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Paraná para à obtenção de grau de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração: Promoção da Saúde na Infância, área específica: Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Paula Guimarães
Vieira Cavalcante da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Sônia Isoyama Venâncio

CURITIBA

2021

Souza, Carolina Belomo de

Salas de apoio à amamentação [recurso eletrônico]: estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta do Ministério da Saúde / Carolina Belomo de Souza – Curitiba, 2021.

1 arquivo (166 p.): PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Sônia Isoyama Venâncio

1. Avaliação de programas e projetos de saúde. 2. Mulheres trabalhadoras. 3. Aleitamento materno. I. Silva, Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da. II. Venâncio, Sônia Isoyama. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 649.33

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de CAROLINA BELOMO DE SOUZA intitulada: **SALAS DE APOIO A AMAMENTAÇÃO: ESTRATÉGIA MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**, sob orientação da Profa. Dra. REGINA PAULA GUIMARÃES VIEIRA CAVALCANTE DA SILVA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 08 de Outubro de 2021.

Assinatura Eletrônica
14/10/2021 09:15:46.0

REGINA PAULA GUIMARÃES VIEIRA CAVALCANTE DA SILVA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
03/11/2021 16:04:45.0

CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
09/10/2021 05:23:27.0

HERMILA TAVARES VILAR GUEDES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA)

Assinatura Eletrônica
13/10/2021 12:41:42.0

EVANGELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Com gratidão, dedico este trabalho a Deus e a todas as mulheres que desejam manter a sua amamentação após o retorno ao trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter tido a oportunidade de realizar esta tese e pela vitória alcançada.

À minha orientadora, a Profa. Dra. Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcanteda Silva por ter aceitado o desafio de me orientar com um tema na área de promoção da saúde e que sempre demonstrou muito bom senso em suas análises e orientações. Agradeço por me aceitar como doutoranda.

À minha coorientadora, a Profa. Dra. Sônia Isoyama Venâncio, meu exemplo de pesquisadora e na gestão de políticas públicas, sempre esteve presente e me conduziu ao longo de todas as etapas do projeto de pesquisa e na redação dos artigos. Obrigada por toda paciência e dedicação.

Às queridas Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos e Dra. Lilian Messias Sampaio Brito que me auxiliaram nas análises dos dados qualitativos e dados estatísticos, respectivamente. O apoio de vocês foi muito importante para mim.

À Dra. Fernanda Ramos Monteiro, que sugeriu o tema desta pesquisa quando estava à frente da Coordenação e Aleitamento Materno e à Renara Guedes Araújo Consultora da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde brasileiro que forneceu as informações e apoio técnico para a pesquisa.

A todas as empresas que aceitaram fazer parte desta pesquisa e a todas as mulheres trabalhadoras que participaram do estudo e que me deixaram mensagens carinhosas de incentivo e apoio. Sem vocês este estudo não seria possível.

Meu especial agradecimento aos meus pais, Julinha e Waldomiro, e irmãos Paulo Roberto e Fernando, que sempre me incentivaram e auxiliaram de todas as maneiras possíveis para a finalização desta tese.

Ao Fabiano Fenelon, pai da minha filha, que teve importante influência nos meus estudos e me ajudou nas questões práticas do dia a dia cuidando da nossa filha, para que eu pudesse me dedicar à tese.

À minha querida filha Isadora, que compreendeu a necessidade de tempo e dedicação para que eu terminasse esta tese. Filha, a mamãe te ama muito!

A todos que contribuíram de alguma forma, minha eterna gratidão.

Amamentação é essencial para a construção de um mundo melhor para as gerações futuras em todos os países, sejam ricos ou pobres.
(VICTORA *et al.*, 2016)

RESUMO

Introdução: As Salas de Apoio à Amamentação (SAA), fazem parte da ação “Mulher Trabalhadora que Amamenta” a qual está inserida na “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança”. **Objetivos:** Descrever o perfil das SAA certificadas pelo MS na região Sul do Brasil. **Metodologia:** A pesquisa foi dividida em três etapas: 1) estudo transversal descritivo sobre as SAA da região Sul, por meio de questionário com aplicação online; 2) estudo de análise de implantação do tipo 1 que buscou relacionar a análise do contexto organizacional e sua relação com o grau de implantação das SAA no Paraná, por meio de visita presencial às salas, preenchimento de um instrumento para coleta de dados e estabelecimento de critérios para obtenção de escores indicativos de implantação, a saber: incipiente (0 a 4,9 pontos), avançada (5 a 7,9 pontos) e consolidada (8 ou mais pontos); 3) estudo descritivo exploratório sobre o perfil e as práticas de amamentação das mulheres usuárias das SAA no Paraná, bem como suas percepções acerca das salas, por meio da aplicação de questionário semiestruturado, com preenchimento *online*. **Resultado:** Foram identificadas 21 SAA no total, na Região Sul do Brasil. Na etapa 1 participaram 16/21 salas (76,19%). A mediana de mulheres que usaram SAA (3; 1-28) foi cerca de cinco vezes menor que a mediana de funcionárias em licença-maternidade (17; 1-184). Da etapa 2 participaram 13 (81,25%) salas do Paraná. A média do escore de implantação das SAA foi de $8,53 \pm 1,26$, sendo o valor mínimo 7 e o máximo 10. O contexto federal e estadual contribuíram para a implementação da ação. Contudo, foram identificadas fragilidades, em especial, sobre a formação de tutores e o monitoramento da ação. Da etapa 3 participaram 53 (40,76%) mulheres, 87% amamentaram de forma exclusiva até os 6 meses e 41% utilizaram a SAA entre cinco e dez meses. As trabalhadoras com maior tempo de trabalho na empresa (78%), foram as que mais utilizaram as salas ($p=0,02$) quando comparadas às mulheres com menor tempo de trabalho na empresa. Mulheres que trabalham em empresas públicas (62%), amamentam por mais tempo ($p=0,01$). **Conclusão:** as SAA na Região Sul foram implantadas em empresas de médio e grande porte; grau de implantação consolidado dessas salas no estado do Paraná; as percepções das mulheres acerca desta ação são positivas, para elas as SAA contribuem para prolongar a amamentação, melhorar o bem-estar físico e emocional, permitem que as mulheres exerçam suas atividades profissionais com conforto, contribuem para a valorização profissional da mulher e para o bom relacionamento entre funcionários e empregadores. Os resultados permitem afirmar que as SAA representam uma ótima estratégia para promover a amamentação e contribuem para o alcance das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Palavras-chave: avaliação de programas e projetos de saúde; mulheres trabalhadoras; aleitamento materno.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding Support Rooms (SAA) are part of the “Working Woman who Breastfeeds” action, which is part of the “National Policy for Comprehensive Child Health Care”. **Objectives:** Describe the profile of SAA certified by MS in southern Brazil. **Methodology:** The study was divided into three stages: 1) a descriptive cross-sectional study on the SAA in the South region developed through an online questionnaire; 2) a type 1 implementation analysis study that sought to relate the analysis of the organizational context and its relationship with the degree of implementation of SAA in Paraná through in-person visits to the rooms and data collection through an instrument, through which we established criteria for obtaining scores to indicate the stage of implementation, namely: incipient (0 to 4.9 points), advanced (5 to 7.9 points) and consolidated (8 or more points); 3) a descriptive exploratory study on the profile and breastfeeding practices of women who use the SAA in Paraná, as well as their perceptions about the rooms through the application of a semi-structured online questionnaire. **Result:** A total of 21 SAA were identified in the southern region of Brazil. In stage 1, 16/21 rooms (76.19%) participated in the study. The median of women who used SAA (3; 1-28) was about five times lower than the median of female employees on maternity leave (17; 1-184). 13 (81.25%) SAA in Paraná participated in stage 2. The SAA implementation mean score was 8.53 ± 1.26 , with a minimum value of 7 and a maximum of 10. The federal and state context contributed to the implementation of the action. However, weaknesses were identified, especially regarding tutor training and action monitoring. In stage 3, 53 (40.76%) women participated, 87% exclusively breastfed up to 6 months and 41% used SAA between five and ten months. Workers who worked for the company for longer (78%) were the ones who used the rooms the most ($p=0.02$) when compared to women with less time working in the company. Women who work in public companies (62%) breastfeed for longer ($p=0.01$). **Conclusion:** We identified that: SAA in southern Brazil are implemented in medium and large companies; the degree of consolidated implementation of these rooms in the state of Paraná; and that the perceptions of women about SAA are positive. SAA contribute to prolong breastfeeding, improve the physical and emotional well-being of women, allow them to comfortably exercise their professional activities, and contribute to the professional appreciation of women and to a good relationship between employees and employers. The results evidence that SAA are a great strategy to promote breastfeeding and contribute to achieving the Sustainable Development Goals.

Keywords: evaluation of health programs and projects; working women; breastfeeding.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO CONCEITUAL DOS COMPONENTES DE UM AMBIENTE FAVORÁVEL À AMAMENTAÇÃO	21
FIGURA 2 – EIXO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL	29
FIGURA 3 – PROTÓTIPO DA SALA DE APOIO APRESENTADA NA CERIMÔNIA DE LANÇAMENTO DA CAMPANHA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS EMPRESAS, EM 26 DE ABRIL DE 2010	40
FIGURA 4 – ETAPAS DO ESTUDO QUE AVALIOU AS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NA REGIÃO SUL DO BRASIL	42
FIGURA 5 – MODELO TEÓRICO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS SALAS DE APOIO A AMAMENTAÇÃO INSERIDAS NA AÇÃO MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA, PARANÁ, BRASIL, 2017-201950	53

LISTA DE SIGLAS

BLH	Banco de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COCAM	Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MTA	Mulher Trabalhadora que Amamenta
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
SAA	Sala de Apoio à Amamentação
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO	17
2.2	OS DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO	19
2.3	AMAMENTAÇÃO E RETORNO AO TRABALHO	23
2.4	PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	26
3	MATERIAL E MÉTODO	42
3.1	TIPO DE ESTUDO	42
3.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	43
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	43
3.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	43
3.6	POPULAÇÃO DO ESTUDO	44
3.7	AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	44
3.8	INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO	44
3.9	PROCEDIMENTOS DE ESTUDO	49
3.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA	54
3.11	ANÁLISE QUALITATIVA	54
3.12	ÉTICA EM PESQUISA	54
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1	ARTIGO 1: BREASTFEEDING SUPPORT ROOMS: BENEFITS AND CHALLENGES FOR IMPLANTATION	56
4.2	ARTIGO 2: AÇÃO MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	72
4.3	ARTIGO 3: BREASTFEEDING PRACTICES AMONG WOMEN EMPLOYEES WHO USE BREASTFEEDING SUPPORT ROOMS: A CROSS-SECTIONAL STUDY	92
4.4	ARTIGO 4: BREASTFEEDING SUPPORT ROOMS AND THEIR CONTRIBUTION TO SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS: A CROSS-SECTIONAL STUDY	111
5	CONCLUSÃO	132

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
--------------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	134
--------------------------	------------

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO 1: SOBRE A SITUAÇÃO DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS EMPRESAS REGIÃO SUL	142
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 2: SOBRE A SITUAÇÃO DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS EMPRESAS	145
APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS SALAS DE APOIO A AMAMENTAÇÃO NO PARANÁ – PESQUISA AVALIATIVA	148
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 3: PERFIL E PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE UTILIZARAM A SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	151
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EMPRESAS ETAPA 1	153
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MULHERES ETAPA 3.....	155

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	157
ANEXO B - PRODUÇÃO ACADÊMICA 1 – APRESENTAÇÃO ORAL REALIZADA NO XIV ENAM E IV ENACS.....	162
ANEXO C - PRODUÇÃO ACADÊMICA 2 – POSTER APRESENTADO NO 38º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA	163
ANEXO D - PRODUÇÃO ACADÊMICA 3 – POSTER APRESENTADO NO 24º CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA	164
ANEXO E - PRODUÇÃO ACADÊMICA 4 – POSTER APRESENTADO NO 24º CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA.....	165
ANEXO F - PRODUÇÃO ACADÊMICA 5 – COMUNICAÇÃO ORAL APRESENTADO NO XV ENAM E V ENACS	166

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno possui inúmeros benefícios relacionados à saúde física e emocional de mulheres e crianças, está associado ao pleno desenvolvimento cognitivo infantil, além de contribuir com fatores ambientais e econômicos (KROL; GROSSMANN, 2018; HANSEN, 2016; VICTORA *et al.*, 2016; ROLLINS *et al.*, 2016; WHO 2019). Os benefícios da amamentação a longo prazo são cada vez mais evidentes (VICTORA *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de vida, devendo ser mantido, até os dois anos ou mais (WHO, 2009; 2019). No entanto, a amamentação envolve determinantes multifatoriais.

No mundo, 41% das crianças são amamentadas exclusivamente até os 6 meses, 70% são amamentadas até 12 meses e 45% até os 2 anos. No Brasil, estudos recentes reportam que 45,7% dos bebês menores de 6 meses eram amamentados exclusivamente, 53,1% recebem amamentação continuada aos 12 meses e 60,9%, amamentação aos dois anos de idade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2020). Dada a importância da amamentação para o desenvolvimento humano, a Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância estabeleceram as metas globais para o ano de 2030 que pretendem elevar o aleitamento materno exclusivo para 70% em crianças menores de seis meses, 80% em crianças menores de 12 meses e 60% em crianças menores de dois anos (WHO & UNICEF, 2019).

A relação entre a promoção, proteção e apoio à amamentação e sua contribuição para o alcance de vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) já está estabelecida (VICTORA *et al.*, 2016; ROLLINS *et al.*, 2016). O ODS corresponde a 17 metas globais definidas em 2015 na Assembleia Geral das Nações Unidas (UNITED NATIONS , 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA & SECRETARIA ESPECIAL DE ARTICULAÇÃO SOCIAL , 2021).

As mulheres vêm se inserindo cada vez mais no mercado de trabalho, e o retorno ao trabalho apresenta uma barreira significativa para a continuidade da amamentação (GAVIN, 2013; TSAI, 2014a; DAGHER *et al.*, 2016). Desta forma, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria, lançou em 2010, a Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) que visa à garantia do direito da criança à amamentação e a manutenção da amamentação após retorno ao trabalho de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde,

criando, assim, nas instituições públicas e privadas uma cultura de respeito e apoio à amamentação.

A ação MTA, que foi inserida em 2015 nos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015), propõe três eixos de atuação: a) ampliação da licença maternidade para 180 dias; b) creche no local de trabalho e, c) implantação de Salas de Apoio à Amamentação (SAA). O pilar da ação está na formação de tutores que realizam visitas às instituições para acompanhamento da implantação dos três eixos da estratégia.

Os dados do Sistema de Informação do MS apontam que até 2019 foram realizadas 32 oficinas com a formação de 747 tutores e 226 SAA foram certificadas pelo MS (ARAUJO, 2019, não publicado).

De acordo com uma meta-análise realizada por Rollins *et al.* (2016), as SAA e as pausas para retirada do leite materno podem aumentar as chances de amamentação aos 6 meses em 25%. Desta forma, ambientes de trabalho favoráveis para a amamentação são considerados um meio eficaz para melhorar as práticas de aleitamento materno e saúde infantil (CHEN; WU; CHIE, 2006; CLIK, 2006; TSAI, 2014b; AIKAWA *et al.*, 2015).

No entanto, o monitoramento desta estratégia, que é direcionada tanto ao setor público quanto ao privado, representa um desafio. Não existem ainda no Brasil estudos sobre o impacto das SAA implantadas, que avaliem os diferentes aspectos, como: o perfil e grau de implantação das empresas; o perfil de amamentação e das mulheres que utilizam as salas disponíveis em seu ambiente de trabalho; o número de mulheres que já foram beneficiadas; a duração da amamentação; o tempo médio de utilização das sala se a percepção das mulheres e das empresas sobre a estratégia. O presente estudo justifica-se por contemplar essa lacuna.

As SAA vêm se consolidando no país e o presente estudo visa analisar o perfil das empresas que as implantaram na região sul, o grau de implantação nas empresas e o perfil das mulheres que utilizam as salas implantadas no estado do Paraná. Esses dados podem servir de subsídios ao MS do Brasil e à Secretaria de estado da Saúde do Paraná para melhor direcionar e adequar a estratégia ao público beneficiário.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Descrever o perfil das SAA certificadas pelo MS na região Sul do Brasil.

1.1.2 Objetivos específicos

- Conhecer a taxa de uso e duração de utilização das SAA.
- Descrever o perfil de amamentação de mulheres usuárias das SAA.
- Descrever as características das SAA certificadas no Paraná.
- Avaliar os indicadores de satisfação e utilização pelas mulheres trabalhadoras das SAA no Paraná.
- Avaliar a percepção de usuárias e de suas empresas sobre o impacto das SAA na região sul do Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada uma revisão da literatura, tipo narrativa, indicada para a discussão de teorias e contextos por intermédio da produção da síntese de publicações científicas prévias sobre certo tema (GREEN, JOHNSON, ADAMS; 2006). A revisão compreendeu os últimos 15 anos (2006 a 2021) sobre os benefícios cientificamente comprovados da amamentação, os determinantes do aleitamento materno, amamentação e retorno ao trabalho e as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação no Brasil.

2.1 BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO

O aleitamento materno traz benefícios para a saúde das crianças (WHO, 2009; VICTORA *et al.*, 2015, 2016; ROLLINS *et al.*, 2016; HANSEN, 2016), para saúde das mulheres (VICTORA *et al.*, 2016; ROLLINS *et al.*, 2016; CHOWDHURY *et al.*, 2015), vantagens econômicas e ambientais (ROLLINS *et al.*, 2016) e fortalece o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. A amamentação é a primeira proteção de uma criança contra a morte, doenças e pobreza, e é também o seu investimento mais duradouro nos aspectos físico, cognitivo e social (HANSEN, 2016).

O leite humano fornece muitos nutrientes e compostos bioativos para crianças, é de fácil digestão e elevada biodisponibilidade para garantir o pleno crescimento e desenvolvimento infantil (BAI; DINOUR; POPE, 2016; VICTORA *et al.*, 2016). É também a primeira prática alimentar a ser incentivada para a promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de doenças.

É recomendado que as mulheres amamentem até dois anos ou mais e de forma exclusiva até o sexto mês do bebê (WHO, 2009; 2019). Estudos apontam evidências consistentes de proteção da amamentação para a criança, com redução da mortalidade por doenças infecciosas (SANKAR *et al.*, 2015), redução da ocorrência de diarreia (HORTA; VICTORA, 2013), de otite média aguda (BOWATTE *et al.*, 2015), de enterocolite necrosante (VICTORA *et al.*, 2016), além de uma forte evidência de redução de infecções do trato respiratório inferior (HORTA; VICTORA, 2013). Estão descritos também benefícios relacionados à redução de maloclusão (PERES *et al.*, 2015), prevenção da Síndrome de Morte Súbita e asma (VICTORA *et al.*, 2016), e efeitos prováveis sobre a ocorrência de excesso de peso e diabetes (VICTORA *et al.*,

2016), além de melhores escores de inteligência (HORTA *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2015).

A metanálise realizada por Victora *et al.* (2016) sobre os benefícios do aleitamento materno apontou que, em curto prazo, a ocorrência de asma é reduzida em 9%, a Síndrome de Morte Súbita na infância em 36%, a enterocolite necrosante em 58% e a maloclusão em 68%. Além disso, a amamentação previne em 72% internações por diarreia e em 57% internações por infecções respiratórias. No longo prazo a amamentação reduz em 13% a prevalência de excesso de peso ou obesidade e em 35% diabetes tipo 2 (VICTORA *et al.*, 2016).

Para a mulher, existem efeitos consistentes dos benefícios da amamentação sobre a amenorreia lactacional, permitindo maior espaçamento entre os nascimentos e redução do risco de câncer de mama (CHOWDHURY *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016), além de efeitos prováveis sobre a redução do risco de câncer de ovário, de útero e de diabetes tipo 2. Para cada ano de amamentação, o risco de desenvolvimento de câncer de mama invasivo é reduzido em 6%. (VICTORA *et al.*, 2016). A metanálise de 41 estudos sobre amamentação e câncer de ovário realizada por Victora *et al.* (2016) apontou redução de 30% associada com períodos mais longos de amamentação.

Além disso, estudo recente aponta que a amamentação parece ser protetora contra fatores de risco cardiovascular entre mulheres que sofrem de diabetes mellitus gestacional. (PATHIRANA *et al.*, 2021).

Sabe-se que a amamentação melhora o capital humano podendo ter importante efeito na vida adulta com o aumento nos níveis de escolaridade e de renda, uma vez que crianças amamentadas por mais tempo apresentam melhor desenvolvimento intelectual (aumento médio de 3 pontos no Quociente de Inteligência), podendo apresentar também resultados positivos no desempenho escolar (VICTORA *et al.*, 2015)

O aleitamento materno reduz mortes infantis (WHO, 2009; SANKAR *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016; HANSEN, 2016; BAI; DINOUR; POPE, 2016) e parece evitar 13% das mortes que ocorrem em crianças com menos de cinco anos de idade em todo o mundo (WHO, 2009; BAI; DINOUR; POPE, 2016). A ampliação da amamentação para um nível quase universal poderia evitar 823.000 mortes anuais de crianças menores de cinco anos, além de 20.000 mortes anuais de mulheres por câncer de mama (VICTORA *et al.*, 2016).

A amamentação também traz benefícios econômicos (BARTICK; REINHOLD, 2010; HANSEN, 2016; ROLLINS *et al.*, 2016). Promover a exclusividade da amamentação por 6 meses e a sua continuidade, no longo prazo, pode ser rentável (BARTICK; REINHOLD, 2010). O aumento de 10% no índice de amamentação exclusiva até os seis meses corresponderia a uma redução de custos de tratamento para doenças na infância de pelo menos 1,8 milhões de dólares para o Brasil. Ao se melhorar a amamentação partindo dos níveis atuais até atingir 90%, seria possível reduzir custos com tratamento em pelo menos 6 milhões de dólares para o Brasil (ROLLINS *et al.*, 2016).

2.2 OS DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO

O papel da sociedade na promoção, proteção e apoio à amamentação não pode mais ser ignorado. Estudiosos no assunto (CHEN; WU; CHIE, 2006; HANSEN, 2016; DAGHER *et al.*, 2016; ROLLINS *et al.*, 2016) afirmam cada vez mais que a amamentação não deve ser considerada como uma decisão individual responsabilizando unicamente a mulher por seu sucesso ou fracasso.

Apesar de os benefícios e de todas as ações em prol da amamentação em âmbito internacional, as taxas globais da amamentação estão bem abaixo das metas internacionais (ROLLINS *et al.*, 2016).

São múltiplos os fatores determinantes da amamentação. Fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais afetam a sua prática. A amamentação possui determinantes que exigem medidas de suporte em diferentes níveis como legislação, políticas, atitudes e valores sociais, condições de trabalho e emprego para as mulheres e serviços de saúde para possibilitar que as mulheres amamentem (ROLLINS *et al.*, 2016).

Para Chen, Wu e Chie (2006) antes de criticar mulheres que interrompem o aleitamento materno, é necessário considerar os obstáculos ambientais que as mães enfrentam e agir para superá-los. Portanto, os esforços para promover a amamentação precisam lidar com múltiplos aspectos, tais como socioeconômicos, culturais e condições psicológicas.

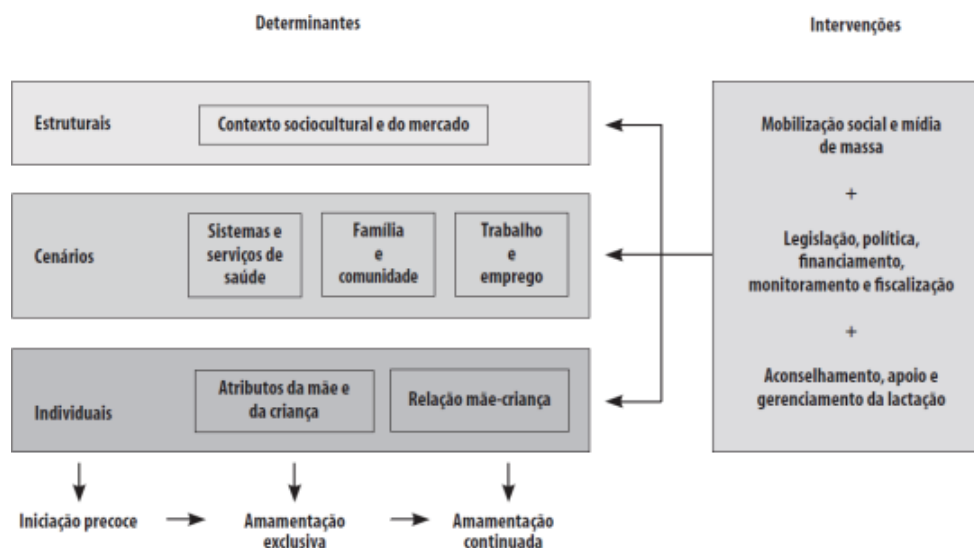
O risco de desmame é maior entre as mulheres solteiras, com menor tempo de estudo e que não possuem família ou amigas que amamentaram, além disso, mulheres que possuem licença maternidade mais curtas possuem maior probabilidade

de interromper a amamentação nos primeiros 6 meses após o parto. (DANGHER, 2016).

Fatores ambientais estão se tornando mais importantes para determinar a prática do aleitamento materno, como o incentivo à amamentação em ambientes públicos e a publicidade sobre substitutos de leite (MOSCA *et al.*, 2018; PIWOZ HUFFMAN, 2015). Além disso, a má compreensão por parte das mães, sobre os benefícios da amamentação também são citados entre as razões para as baixas taxas de aleitamento materno (BUI *et al.*, 2016). Estudo realizado por Mosca *et al.* (2018) aponta os efeitos de informações sobre os substitutos do leite materno sobre as taxas de amamentação, evidenciando que fatores nutricionais (quando a mulher tem a percepção de que o leite materno não satisfazia as necessidades nutricionais do bebê) e de estilo de vida (quando a mulher possui o desejo de não amamentar) foram os principais determinantes que contribuíram para a interrupção precoce da amamentação. O efeito negativo da promoção de substitutos do leite materno por profissionais de saúde sobre o início e a duração da amamentação exclusiva também é evidenciado por Piwoz e Huffman (2015).

Rollins *et al.* (2016) elaboraram um modelo conceitual a partir de uma revisão sistemática da literatura sobre os determinantes da amamentação (Figura 1). Para os autores, o [nível] componente estrutural se refere aos fatores socioculturais e de mercado que afetam a população em geral, que incluem tendências sociais, propaganda, mídia e produtos disponíveis nas lojas. Esses fatores atingem a população de forma uniforme, porém as mulheres grávidas e as com crianças pequenas são mais afetadas, de forma mais direta e personalizada. Tal efeito ocorre mediante várias interações, atitudes, práticas, e informação em três cenários principais, a saber, serviços de saúde; família e comunidade e trabalho e emprego, que, por sua vez, são afetados pelo contexto social, cultural e do mercado. O comportamento de amamentação das mulheres, no nível mais íntimo, é influenciado pelos atributos pessoais como sua idade, peso, escolaridade e confiança, e por atributos de seu bebê, como sexo, bem-estar e temperamento.

FIGURA 1 – MODELO CONCEITUAL DOS COMPONENTES DE UM AMBIENTE FAVORÁVEL À AMAMENTAÇÃO



FONTE: Rollins *et al.* (2016).

De acordo com a meta-análise realizada por Rollins *et al.* (2016), intervenções combinadas no âmbito dos sistemas de saúde, comunidade e lares apontam maiores efeitos sobre o desfecho da amamentação, aumentando as chances de amamentação exclusiva em 2,5 vezes.

Os programas de intervenção devem não só considerar fatores individuais, mas também considerar o impacto potencial de fatores contextuais sobre as práticas da amamentação (BUI *et al.*, 2016).

Além dos benefícios já comprovados da amamentação para a saúde das crianças, das mulheres e as economias para o sistema de saúde, soma-se ainda a contribuição do aleitamento materno para a segurança alimentar e sustentabilidade ambiental. Assim, torna-se evidente a necessidade dos países, estados e municípios de promover, proteger e apoiar a amamentação.

Ao se estimar os gastos para financiamento das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, deve-se considerar e avaliar a economia fornecida pela amamentação, do aumento da inteligência e da redução dos custos da assistência à saúde, e dos benefícios do aleitamento materno para o meio ambiente. (ROLLINS *et al.*, 2016)

Para Rollins *et al.* (2016), estratégias bem-sucedidas de promoção, proteção e apoio à amamentação exigem medidas em diferentes níveis, desde a legislação e políticas até atitudes e normas sociais, condições de trabalho e emprego para

mulheres, e serviços de saúde para apoiar as mulheres e suas famílias. Sendo assim, seis pontos de atuação foram propostos:

- 1) Disseminar a evidência – sobre o valor e a importância da amamentação como estratégia poderosa para a saúde e desenvolvimento beneficiando mulheres e crianças;
- 2) Adotar atitudes positivas sobre a amamentação na sociedade – atitudes sociais positivas como licença maternidade, possibilidade de amamentar ou retirar leite no local de trabalho, amamentação em público, reconhecer o papel da sociedade sobre o apoio e a proteção à amamentação;
- 3) Mostrar vontade política – necessidade de compreensão por parte dos políticos de que a amamentação além de salvar vidas também economiza recursos financeiros. Integrar a amamentação em programas de prevenção para doenças não transmissíveis como programas de prevenção de doenças crônicas por exemplo, uma vez que a amamentação e hábitos alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida tem potencial de garantir saúde na vida adulta. Considerar e repensar todas as vantagens da amamentação (os ganhos econômicos fornecidos com o aumento da inteligência, redução de custos de assistência à saúde e para o ambiente);
- 4) Regular indústrias de substitutos de leite – o *marketing* prejudica a amamentação como melhor prática alimentar na primeira infância. A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), leis e decretos brasileiros são importantes mecanismos efetivos, sendo necessário, no entanto, compromisso político para implementar e fiscalizar a legislação;
- 5) Ampliar e monitorar intervenções para amamentação e tendências nas práticas de amamentação. Avaliações de base populacional periódicas permitirão o monitoramento de tendências na amamentação;
- 6) Instituições políticas devem exercer autoridade e remover as barreiras estruturais e sociais que impedem as mulheres de amamentarem;
- 7) Implementar intervenções no ambiente de trabalho, que as maternidades estejam em conformidade com a NBCAL e Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

2.3 AMAMENTAÇÃO E RETORNO AO TRABALHO

As mulheres vêm se inserindo cada vez mais no mercado de trabalho e está crescendo a proporção de mulheres que se tornam trabalhadoras durante a fase reprodutiva (CHEN; WU; CHIE, 2006; TSAI, 2013; BAI; DINOUR; POPE, 2016). No Brasil, em 2010, 37,3% das famílias tinham a mulher como responsável. Este indicador se eleva ligeiramente a 39,3% para famílias em áreas urbanas. Das famílias com filhos até cinco anos de idade, 30,3% têm a mulher como responsável (IBGE, 2010). Obter dados mais recentes!

O retorno ao trabalho tem grande influência na exclusividade e duração do aleitamento materno (CHEN; WU; CHIE, 2006; CLIK, 2006; SOUZA; ESPÍRITO-SANTO; GIUGLIANI, 2010; BAI, 2015). Voltar a trabalhar enquanto ainda amamenta representa um grande desafio (TSAI, 2014a). Muitas mulheres não conseguem conciliar a amamentação com o retorno ao trabalho, sendo este um dos principais fatores para o desmame precoce (CLIK, 2006; SOUZA; ESPÍRITO-SANTO; GIUGLIANI, 2010; TSAI, 2013, 2014b; BAI; GAITS; WUNDERLICH, 2015) e uma barreira significativa para a sua continuidade (GAVIN, 2013; TSAI, 2014a; DAGHER *et al.*, 2016).

Observa-se menor duração do aleitamento materno entre mães que retornam ao trabalho. Elas são poucas a continuar a amamentar durante a duração recomendada (BAI; GAITS; WUNDERLICH, 2015; DAGHER *et al.*, 2016). Em uma pesquisa realizada em indústrias de São Paulo com trabalhadoras formais na década de 90, revelou que a maior parte das mulheres trabalhadoras formais desmamava seus filhos antes de voltar ao trabalho, apesar de receberem os benefícios trabalhistas como a licença maternidade de 120 dias (REA *et al.*, 1997).

Em Taiwan 66,9% das mulheres amamentaram inicialmente durante a sua licença de maternidade, mas apenas 10,6% das mães trabalhadora continuaram a amamentar após o retorno a trabalho e apenas 24,1% continuam por mais de 6 meses (TSAI, 2013, 2014a). No Brasil, em 2008, as mulheres que trabalhavam amamentavam menos do que aquelas que estavam em licença maternidade (65,9% e 91,4%, respectivamente) (BRASIL, 2009a).

Dagher *et al.* (2016) apontam a necessidade de intervenções para apoiar as mulheres trabalhadoras. As intervenções no ambiente de trabalho e licença

maternidade são benéficas para o sucesso da amamentação (ROLLINS *et al.*, 2016).

A licença maternidade pode ter um efeito positivo sobre amamentação entre as trabalhadoras em tempo integral. Um estudo realizado na Califórnia apontou que a licença de maternidade de seis a 12 semanas após o parto aumentou em duas vezes as chances de fracasso em estabelecer a amamentação e aumentou a probabilidade de término da amamentação após o início bem-sucedido, em relação às mulheres que não retornaram ao trabalho. O impacto de curta licença maternidade sobre o desmame foi mais forte entre as mulheres com empregos com pouca flexibilidade de horários e com elevada angústia psicossocial (GUENDELMAN *et al.*, 2009).

Além disso, a criação de ambientes de trabalho favoráveis para a amamentação é também recomendado para aumentar o início e a duração da amamentação, podendo ser considerada um meio eficaz para melhorar as práticas de aleitamento materno e saúde infantil (CHEN; WU; CHIE, 2006; CLIK, 2006; TSAI, 2014b; AIKAWA *et al.*, 2015; KIM *et al.*, 2019).

As SAA e as pausas para retirada do leite podem aumentar a intenção de uma mãe trabalhadora em continuar amamentando após o retorno ao trabalho (TSAI, 2014b). De acordo com uma meta-análise (ROLLINS *et al.*, 2016) as SAA e as pausas para retirada do leite materno aumentaram as chances de amamentação aos seis meses em 25%.

Sabe-se que existe a possibilidade de conciliar trabalho com amamentação desde que haja uma rede de apoio bem estabelecida e um local de trabalho que apoie a amamentação (FERNANDES *et al.*, 2020). O nível de ensino superior, a menor carga de trabalho (oito horas de trabalho/dia), as SAA, o uso de pausas para retirar o leite, o incentivo dos colegas e supervisores para usar as pausas para retirada do leite foram fatores significativos para a continuidade da amamentação por mais de seis meses após o retorno ao trabalho (TSAI, 2013).

No entanto, a intenção de amamentar ou conhecimento sobre a amamentação não são suficientes para superar os obstáculos à amamentação (CHEN; WU; CHIE, 2006). A falta de apoio à amamentação no local de trabalho e condições inconveniente são fatores que desencorajam as mulheres a manter a amamentação (CHEN; WU; CHIE, 2006; TSAI, 2013; BAI; GAITS; WUNDERLICH, 2015; BAI; DINOUR; POPE, 2016).

Entre os desafios enfrentados por mães trabalhadoras que desejam continuar a amamentar retirando o seu leite no local de trabalho, estão as Instalações

inadequadas para a retirada e armazenamento do leite, a falta de tempo de pausa para retirada, a falta de recursos que promovam amamentação e a falta de apoio por parte dos empregadores e colegas (TSAI, 2013; TSAI 2014a).

Com relação à frequência e ao tempo de pausa para retirada do leite materno, a maior parte das trabalhadoras gasta uma hora ou menos, distribuída em duas pausas, para retirada do leite materno em um ambiente de trabalho favorável à amamentação, quando bebês possuem de três a seis meses de idade (SLUSSER *et al.*, 2004).

Assim, diante das vantagens da amamentação para a mãe e para o bebê, é recomendado que se tenha espaços destinados à amamentação ou retirada do leite nos locais de trabalho permitindo aumentar o início e a duração da amamentação (TSAI, 2013; CLICK, 2006; KIM *et al.*, 2019), sendo este fator considerado crítico para que uma mãe trabalhadora possa continuar a amamentação após o retorno ao trabalho (TSAI, 2013).

No entanto, é necessário lembrar de que os determinantes da amamentação são multifatoriais e embora um ambiente favorável à amamentação seja importante para a manutenção da amamentação, a sua continuidade entre as mulheres trabalhadoras é incerta, pois as mulheres que amamentam podem encontrar também outros tipos de desafios para continuar sua amamentação (TSAI, 2014a; CHEN; WU; CHIE, 2006).

Para Tsai (2014a), as mulheres enfrentam três tipos principais de conflito relacionando trabalho/família que podem interferir na sua capacidade de combinar trabalho e amamentação, eles estão relacionados, entre outros, ao tempo (para se dedicar ao trabalho e à amamentação), a tensão/estresse (relacionados à ansiedade e cansaço). O parceiro representa forte influência sobre a amamentação, podendo ser positiva ou negativa (TSAI, 2014a).

As empresas que implantam dispositivos de apoio à amamentação, obtêm ganhos líquidos de redução de custos, mantendo também a saúde das crianças com a amamentação, podendo, com isso, ocorrer a diminuição do absentismo e menor frequência de pedidos de benefícios de saúde (WYATT, 2002; CLIK, 2006).

Em um estudo transversal sobre a qualidade da sala de amamentação e satisfação das mães trabalhadoras holandesas, facilidade percebida e apoio percebido para a ordenha do leite materno no trabalho, van Dellen *et al.* (2021)

apontou que disponibilidade das SAA pode influenciar as decisões das mães em relação à retirada do leite materno no trabalho e ao início e / ou continuidade da amamentação.

Os gestores possuem um papel crítico no sucesso da amamentação das mulheres trabalhadoras, sendo, por isso, necessário fornecer informações sobre os benefícios do aleitamento materno (MILLS, 2009) e apoio para implantarem ações favoráveis à manutenção da amamentação nas empresas.

Garvin *et al.* (2013) relataram a experiência de um programa do governo americano que desenvolveu um kit de treinamento para gestores e revelaram que das dezessete empresas envolvidas no projeto, 14 aumentaram significativamente o desenvolvimento de programas de apoio à amamentação, políticas escritas e mudanças no ambiente físico e social ($p \leq 0.001$).

Assim, o desenvolvimento de estratégias de sensibilização e apoio aos gestores configura-se em uma abordagem eficaz para o desenvolvimento e manutenção de programas de apoio à amamentação no local de trabalho.

Este é um dos pilares da MTA, que visa ao apoio e a sensibilização de gestores que possuem trabalhadoras em idade fértil.

2.4 PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

No Brasil, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno tiveram início na década de 1980 (SOUZA; ESPÍRITO-SANTO; GIUGLIANI, 2010). O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi lançado em 1981 pelo MS sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, completando no corrente ano, 40 anos de criação. O objetivo principal do PNIAM era realizar ações integradas entre órgãos e instituições que o compunham e grupos da sociedade civil organizada (ESPÍRITO-SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2019).

O PNIAM recebeu destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas de comunicação (meios de comunicação em massa), capacitações de profissionais de saúde, proteção legal (com a criação de leis que protegem a amamentação, como leis trabalhistas, regulação da comercialização de alimentos para lactentes) e apoio à amamentação (grupos de apoio à amamentação na comunidade, produção de materiais informativos para a população) (SOUZA; ESPÍRITO-SANTO; GIUGLIANI, 2010; ESPÍRITO-SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA,

2019).

Atualmente, o Brasil possui uma coordenação nacional para as ações voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno sob a responsabilidade da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (COCAM) do MS.

São observados avanços com os indicadores de amamentação desde o início das ações de incentivo ao aleitamento materno (BOCCOLINI *et al.*, 2017; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013). Venancio, Saldiva e Monteiro (2013), analisando as bases de dados de sete pesquisas nacionais realizadas entre os anos de 1975 a 2008, verificaram que a duração mediana da amamentação no Brasil aumentou de 2,5 para 11,3 meses; e a prevalência da amamentação exclusiva de crianças até seis meses de idade passou de 3,1% para 41,0%. A partir de dados secundários dos inquéritos nacionais com informações sobre aleitamento materno nos anos de 1986, 1996, 2006 e 2013, Boccolini *et al.* (2017) colocam em evidência a tendência ascendente até 2006 nas prevalências de Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses, aleitamento materno em menores de 2 anos e aleitamento materno continuado com um ano de vida, aumentando de 4,7%, 37,4% e 25,5% respectivamente em 1986 para 37,1%, 56,3% e 47,2% respectivamente em 2006, e uma relativa estabilização destes indicadores entre 2006 e 2013.

No Brasil, 95% das crianças iniciam a amamentação, porém, a prática é abandonada precocemente, estando o retorno ao trabalho entre os principais obstáculos (BRASIL, 2009b). Dados da última pesquisa de prevalência do aleitamento materno no Brasil realizada em 2019 apontam que 45,7% dos bebês menores de seis meses são amamentados exclusivamente, enquanto 53,1% das crianças de um ano e 60,9% das de dois anos são amamentadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Esses dados apontam que os índices de amamentação continuam a avançar no Brasil, mas apesar dos avanços, persistem grandes desafios. O país se destaca em âmbito internacional por ter implementado simultaneamente políticas e programas em nível individual, em serviços de saúde, família e comunidade e trabalho e emprego (PEREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2012). Contudo, apesar dos avanços, vale ressaltar que o Brasil ainda está aquém das metas internacionais para o ano de 2025 estabelecidas pela Assembleia Mundial da Saúde de que pelo menos 50% das crianças sejam amamentadas exclusivamente até seis meses (VICTORA *et al.*, 2016).

Após 40 anos do início das ações de promoção, proteção e apoio ao

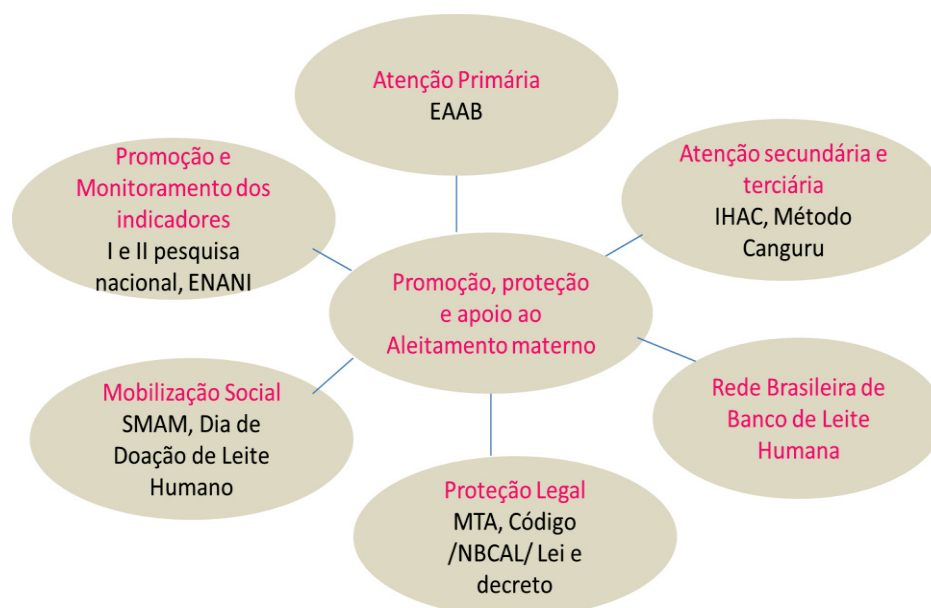
aleitamento materno no país, o Brasil continua sendo destaque em âmbito internacional pelas ações desenvolvidas. Em seu artigo publicado na revista britânica *The Lancet*, Rollins *et al.* (2016) analisou os dados de políticas nacionais em amamentação de 182 países. Em comparação com os Estados Unidos, Reino Unido e China, o Brasil possuiu dobro de taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida do bebê, também ficando à frente desses países em relação a amamentação até um ano de idade.

Os investimentos do governo brasileiro e a participação da sociedade civil mantêm a liderança visível do país nos avanços da amamentação. No entanto, o Brasil situa-se como o décimo maior mercado para fórmulas infantis, atingindo uma projeção de 951 milhões de dólares em 2019 (ROLLINS *et al.*, 2016).

Desde 2015, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil fazem parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2018) e vêm sendo desenvolvidas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. A referida política possui 7 eixos, e tais ações estão contempladas no Eixo 2 (Figura 2):

- Na atenção primária à saúde;
- Na atenção hospitalar;
- Proteção legal;
- Mobilização social;
- Monitoramento das ações e das práticas de amamentação no País.

FIGURA 2 – ESTRATÉGIAS DE AÇÕES DA POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA, PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO NO BRASIL



FONTE: Adaptado de Espírito-Santo; Monteiro; Almeida (2019).

LEGENDA: IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança; MTA= Mulher Trabalhadora que Amamenta; NBCAL= Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; SMAM = Semana Mundial da Amamentação; ENANI = Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

2.4.1 Na atenção primária à saúde

2.4.1.1 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), foi lançada em 2012, com o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção primária à saúde para o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável no âmbito do SUS, incentivando a troca de experiências entre os profissionais e a construção do conhecimento a partir da realidade local.

Esta estratégia, é resultado da integração de duas ações importantes: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para constituir essa nova estratégia, que tem o compromisso de formar mais recursos humanos na atenção primária à saúde.

A EAAB trabalha na lógica da multiplicação de oficinas de formação de facilitadores, de formação de tutores e oficinas de trabalho em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O tutor é um apoiador da Unidade de Saúde e é responsável por apoiar, fortalecer, planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar nas UBS, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva.

O Sistema de gerenciamento da Estratégia reúne informações sobre as oficinas realizadas, equipes qualificadas e plano de ação realizados.

Para que a Unidade Básica de Saúde possa ser certificada, a equipe precisa cumprir os seguintes critérios:

- 1- Desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- 2- Monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar;
- 3- Dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- 4- Cumprir a NBCAL, regulado pela Lei 11.265/06 (BRASIL, 2006b) e pelo Decreto 8552/ 2015 (BRASIL, 2015a) e não distribuir “substitutos” do leite materno nas UBS;
- 5- Contar com a participação de pelo menos 85% da equipe de atenção primária à saúde nas oficinas desenvolvidas;
- 6- Cumprir pelo menos uma ação de incentivo ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação.

Entre os anos de 2013 e 2019, foram realizadas em todo o Brasil 334 oficinas de formação de tutores e 3.605 oficinas de trabalho. Foram formados 6.317 tutores e envolvidas 2.945 UBS. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2021).

2.4.1.2 Na atenção hospitalar

2.4.1.2.1 A Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A IHAC é uma iniciativa criada com o objetivo de mobilizar os profissionais e

gestores dos estabelecimentos de saúde a mudarem as condutas e rotinas que contribuíam para o desmame precoce (SANTOS, 2019), por meio da implementação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Assim, a estratégia trabalha com os profissionais da atenção hospitalar o modelo de boas práticas no cuidado da criança e da mulher.

Foi lançada no Brasil em 1992, e tem a finalidade de potencializar as Políticas de Saúde da Criança e da Mulher no contexto das Redes de Atenção à Saúde, principalmente da Rede Cegonha.

A IHAC atua na lógica da formação e aprimoramento de avaliadores para a habilitação de hospitais, avaliações e reavaliações de hospitais pelos avaliadores formados e monitoramento *on-line* para autoavaliação dos hospitais (SANTOS, 2019).

Pesquisa realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal mostrou que a duração média do aleitamento materno exclusivo em crianças que nasceram em HAC é de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em HAC. Crianças que nascem em HAC aumentam a chance em 9% para a amamentação na primeira hora de vida (VENANCIO *et al.*, 2012).

Em 2014, essa estratégia passou a inserir o Cuidado Amigo da Mulher (CAM) entre os objetivos para certificação em consonância com a Rede Cegonha e aumentou o repasse financeiro para a sua adesão de acordo com a Portaria GM -1153 de 22 de maio de 2014 que redefiniu os critérios de habilitação da IHAC (BRASIL, 2014b), são eles:

- 1- Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno
- 2- Lei 11265/2006 e NBCAL
- 3- Cuidado Amigo da Mulher – CAM (são boas Práticas de Parto e Nascimento recomendadas pela Organização Mundial de Saúde desde 1996) em consonância com a Rede Cegonha
- 4- Garantir permanência da mãe ou pai, junto ao recém-nascido, durante as 24 horas, e livre acesso a ambos ou na falta destes, ao responsável legal.

Em 2015, o país contava com 326 Hospitais credenciados Amigos da Criança presentes em todos os Estados e Distrito Federal (LAMOUNIER *et al.*, 2019). Atualmente, são 301 hospitais amigos da criança no país, sendo 10% dos hospitais com leitos obstétricos. (ARAUJO, 2019, não publicado)

2.4.1.2.2 Rede de Bancos de Leite Humano

No Brasil, os Bancos de Leite Humano (BLH) existem há mais de 75 anos, e percorreram diferentes trajetórias até se constituírem em uma rede (MATTA, GUILHERME, 2019)

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano foi criada em 1998 pelo Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir para a diminuição da mortalidade infantil.

A Rede Brasileira de BLH é a maior e mais complexa do mundo. Sua consolidação ocorreu combinada com sua expansão, sendo um exemplo internacional por sua tecnologia desenvolvida e realiza cooperação internacional para formar multiplicadores a fim de viabilizar a transferência da tecnologia de BLH a outros países.

Atualmente a Rede conta com 222 Bancos de Leite Humano e 217 postos de coleta de leite humano (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

2.4.1.2.3 Método Canguru

Criado na Colômbia no ano de 1979 e adotado no Brasil pela primeira vez em 1981 no Hospital Guilherme Álvaro em Santos. Sua implementação no país ocorreu de fato em 1997. Em 05 de julho de 2000, foi publicada a Portaria GM Nº 693 que instituiu o Método Canguru como Política Nacional de Saúde. Esta portaria foi revogada a partir da publicação da Portaria GM nº 1.683 de 12/07/2007, que regulamenta o Método Canguru no país (BRASIL, 2007).

O Método Canguru tem a finalidade de melhorar a qualidade da atenção prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família, promovendo, a partir de uma abordagem humanizada e segura, o contato pele a pele (posição canguru) precoce entre a mãe/pai e o bebê, de forma gradual e progressiva, favorecendo vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e o desenvolvimento do bebê. Trata-se de tecnologia de saúde, com benefícios comprovados, que vem mudando o paradigma da assistência neonatal no Brasil, pois amplia os cuidados prestados ao bebê para além de suas necessidades biológicas na perspectiva da clínica ampliada

(BRASIL, 2017).

Em 10 de maio de 2012, foi publicada a Portaria GM Nº 930 (BRASIL, 2012a), que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e a Portaria GM Nº 1.300, de 23 de novembro de 2012 (BRASIL, 2012b), insere os leitos Canguru na Tabela de Habilitações do Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, inclui código para sua habilitação e fornece incentivo financeiro.

O MS, por meio da COCAM, coordena o processo de implantação, implementação e avaliação do Método Canguru no país, acompanha e avalia o processo a nível estadual, elabora e disponibiliza material de capacitação, e capacita profissionais (tutores) que servirão de multiplicadores do método.

A COCAM capacita ainda avaliadores estaduais, monitora e avalia os centros de referência, além de fornecer apoio técnico aos estados e certificar maternidades que implantarem as três etapas do Método Canguru. Cabe aos estados repassar a capacitação/sensibilização para as demais maternidades estaduais e municipais.

Em 2015 o Brasil contava com 293 maternidades capacitadas pelo MS. (GONTIJO *et al.*, 2015)

2.4.2 Mobilização social

2.4.2.1 Semana Mundial da Amamentação

A Semana Mundial da Amamentação (SMAM) é comemorada desde 1992 no Brasil e em mais de 150 países. Foi criada por iniciativa da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (do inglês *World Alliance for Breastfeeding Action*) órgão consultivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância.

No Brasil, até 1998, a SMAM foi coordenada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e, em 1999, a coordenação passou ao MS, que continuou a realizar as campanhas em parceria com a SBP.

Em 2009, o MS publicou a Portaria nº 2.394 de 7 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009c), instituindo as comemorações da SMAM no Brasil entre 1 e 7 de agosto em conformidade com o calendário internacional. De acordo com esta portaria, a coordenação da SMAM passa à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da

Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e oficializou a parceria do MS com a SBP.

A SMAM tem sua importância por se tratar de uma estratégia de mobilização social que contribui para conscientizar a população e profissionais de saúde sobre a importância do aleitamento materno para a saúde da mãe e do bebê, e os benefícios que traz para a sociedade e o País.

O tema para a SMAM é definido anualmente pela Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno. No Brasil, os temas são traduzidos para o português e adaptados à realidade brasileira. Em 1999, surgiu a figura das madrinhas, quando o MS e a SBP passaram a convidar mulheres famosas que estavam amamentando para chamar a atenção do público para a importância do aleitamento materno.

2.4.2.2 Dia de Doação de Leite Humano

Inicialmente comemorado no país em 1º de Outubro, com a publicação da Lei Nº 13.227, de 28 de dezembro de 2015 (BRASIL, 2015b), passou a ser oficialmente comemorado, anualmente, no dia 19 de maio, e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano, a ser comemorada, anualmente, na semana que incluir o dia 19 de maio.

O MS produz uma campanha de comunicação em parceria com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, do Instituto de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da FIOCRUZ, para alertar sobre a importância da doação.

2.4.2.3 Monitoramento das ações e das práticas de amamentação no País

Dois inquéritos nacionais sobre a situação da amamentação no país ocorreram durante a campanha nacional de vacinação contra poliomielite, em 1999 e em 2008 (BRASIL, 2001; 2009a). Outras pesquisas de âmbito nacional também investigam as práticas de aleitamento materno como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada a cada dez anos (BRASIL, 2009e).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, mais recente estudo realizado no Brasil em 2018 e 2019, apontou avanços nos índices de amamentação no país (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2020). Contudo, é

importante ressaltar a falta de regularidade na realização destes inquéritos nacionais, e longos períodos de tempo entre as pesquisas coloca em evidência a necessidade de fortalecimento deste eixo no país.

2.4.3 Proteção legal

2.4.3.1 Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

A NBCAL entrou em vigência no Brasil em 1988, após a aprovação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, seu documento base, pela Assembleia Mundial da Saúde. Ela regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e controla o comércio de bicos, chupetas e mamadeiras. Além disso, também regulamenta a distribuição de produtos aos profissionais de saúde e a estabelecimentos de saúde.

Os seus documentos regulamentadores são a Lei 11.265 de 04 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006b) que foi criada a partir da Norma e do Decreto nº 8552 de 03 de novembro de 2015 (BRASIL, 2015a) que regulamentou a Lei nove anos após a sua publicação (ROLLINS *et al.*, 2016; ESPÍRITO-SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2019). O órgão fiscalizador da NBCAL no país é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

2.4.3.2 Ação Mulher Trabalhadora que Amamenta

A MTA é resultado de uma parceria entre MS e SBP e tem como finalidade a garantia do direito da criança à amamentação e a manutenção da amamentação após retorno da mulher ao trabalho.

A proposta é criar nas instituições públicas e privadas uma cultura de respeito e apoio à amamentação a fim de promover a saúde da mulher trabalhadora e de seu bebê, permitindo, assim, a manutenção da amamentação conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde, ou seja, Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida e continuado até os dois anos ou mais conforme desejo da mãe e do bebê.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno realizada em 2008, 34% das mães brasileiras que trabalhavam fora de casa naquele ano e que tinham um filho menor de um ano não amamentavam mais. Esse dado

indica que as condições de trabalho da mulher e o nível de sensibilidade da empresa implicam diretamente no tempo em que o bebê é amamentado e, conseqüentemente, na saúde da criança (BRASIL, 2009a).

A estratégia propõe três eixos de atuação: a) ampliação da licença maternidade para 180 dias; b) creche no local de trabalho e, c) implantação de SAA.

2.4.3.2.1 Ampliação da licença maternidade para 180 dias

A licença maternidade de seis meses (180 dias) é facultativa e foi instituída pela Lei 11.770/2008 (BRASIL, 2008), que cria o Programa Empresa Cidadã. As empresas privadas tributadas com base no lucro real podem deduzir do imposto o total da remuneração integral da trabalhadora pago nos sessenta dias de prorrogação de sua licença-maternidade. Os quatro primeiros meses continuam sendo pagos pela previdência social. Os dois meses adicionais devem ser concedidos imediatamente após o período de 120 dias previsto na Constituição, tendo a trabalhadora o direito à remuneração integral paga pelo empregador.

A adesão ao Programa é voluntária e todas as funcionárias com vínculo empregatício formal podem se beneficiar. A trabalhadora deve, no entanto, solicitar sua adesão junto à empresa até o final do primeiro mês após o parto. Contudo, durante a prorrogação da licença maternidade, a trabalhadora não pode exercer qualquer atividade remunerada e nem manter a criança em creche ou organização similar, já que o objetivo do programa é facilitar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê. Em caso de descumprimento, a mulher perde o direito à prorrogação. Ao aderir ao programa, a empresa possibilita à mulher trabalhadora permanecer ao lado do seu filho podendo manter o Aleitamento Materno Exclusivo conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde.

2.4.3.2.1 Creche no local de trabalho

Em conformidade ao Art. 389 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943), toda empresa em que trabalharem pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade é obrigada a ter local apropriado onde seja permitido guardar, sob vigilância e assistência, os seus filhos durante o período da amamentação. Esta exigência pode ser suprida por meio de creches distritais

mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas, pelas próprias empresas, em regime comunitário, ou a cargo do Serviço Social da Indústria, do Serviço Social do Comércio ou de entidades sindicais.

A Portaria nº 3.296, de 03 de setembro de 1986 (BRASIL, 1986), autoriza as empresas a adotar o sistema de Reembolso-Creche, em substituição à exigência contida na CLT. O reembolso-creche deve cobrir, integralmente, despesas efetuadas com o pagamento da creche de livre escolha da trabalhadora, ou outra modalidade de prestação de serviço desta natureza, pelo menos até os seis meses de idade da criança, nas condições, prazos e valor estipulados em acordo ou convenção coletiva, sem prejuízo do cumprimento dos demais preceitos de proteção à maternidade.

Este benefício deve também ser concedido a toda trabalhadora independentemente do número de mulheres do estabelecimento. As empresas devem afixar avisos em locais visíveis e de fácil acesso para os empregados dando ciência às empregadas da existência do benefício. A implantação do reembolso-creche depende da estipulação prévia em acordo ou convenção coletiva não sendo aplicada aos órgãos públicos e às instituições paraestatais referidas no caput do art. 566, da CLT.

2.4.3.2.2 Implantação de Salas de Apoio à Amamentação.

As SAA são espaços dentro das empresas públicas e privadas onde a mulher pode se dirigir para esvaziar as mamas, com todo conforto, privacidade e segurança, armazenando seu leite em frascos esterilizados para oferecê-lo ao seu filho em outro momento. Esse leite deve ser mantido até o fim do dia em um freezer com temperatura controlada. O vidro deve ser identificado com uma etiqueta contendo o nome da mãe, a data e a hora da coleta.

Após expediente de trabalho, a mulher pode levar seu leite para casa para que seja oferecido ao seu filho na sua ausência, e também, se desejar, pode doá-lo para um Banco de Leite Humano. A sala de apoio é um incentivo para que a mulher trabalhadora siga amamentando seu filho conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde, sentindo-se ao mesmo tempo mais tranquila e disposta para realizar suas tarefas profissionais.

Desta forma, as empresas que aderem a essa iniciativa tendem a ter menos problemas com a ausência de trabalhadoras para tratar de problemas de saúde dos

filhos. Além disso, a instituição passa a ter uma imagem positiva e ganha em reputação e todos são beneficiados: mães, bebês, empresas e sociedade. A sala não exige uma estrutura complexa, as orientações para implantação das salas foram atualizadas pelo MS em 2015 (BRASIL, 2015c) e sua implementação e manutenção são de baixo custo.

Para a implantação das salas foram definidos alguns parâmetros mínimos de no que se refere à infraestrutura, como: 1) distância por cadeira de coleta: dimensionamento de 1,5 m²; 2) para atender aos cuidados de higiene das mãos e dos seios na coleta: instalação de um ponto de água e lavatório; 3) para guardar exclusivamente o leite materno: freezer ou refrigerador com congelador e termômetro, para monitoramento diário da temperatura (BRASIL, 2015c).

Além disso, é importante que as SAA sejam ambientes calmos, tranquilos e confortáveis para facilitar o reflexo de decida do leite, permitindo, assim, a adequada acomodação da nutriz, sem interrupções e interferências externas e que dê privacidade à mulher. É recomendado que as poltronas ou cadeiras sejam de material impermeável para facilitar a higienização e individualizadas, podendo ser separadas por divisórias ou cortinas para promover melhor acolhimento e privacidade. É recomendado que se tenha uma poltrona para cada 400 trabalhadoras em idade fértil, que a ventilação e iluminação da sala seja, preferencialmente natural, sendo possível a climatização para conforto. Os frascos para a coleta e o armazenamento do leite, além de recipientes térmicos para o seu transporte podem ser disponibilizados pelo serviço, ou pelas próprias trabalhadoras e os utensílios (frascos e acopladores das bombas) devem ser submetidos ao processo de limpeza, desinfecção e esterilização (BRASIL, 2015c).

O MS recomenda também que a SAA possua chave, e que a empresa tenha um funcionário do quadro responsável por ela, supervisionando o seu uso, assim como o controle da temperatura do freezer ou congelador diariamente (BRASIL, 2015c).

O pilar da ação MTA está na formação de tutores que realizam visitas às instituições para acompanhamento da implantação dos três eixos da Estratégia. A oficina de capacitação de tutores tem duração de 16 horas e vem sendo realizada pelo MS nos estados e municípios com interesse em adotar a ação de Apoio à Mulher Trabalhadora a fim de levá-la às instituições públicas e privadas. A oficina é realizada

com orientação, apoio e supervisão de técnicos da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Os tutores são profissionais de saúde ou de áreas sensíveis ao tema do aleitamento materno que possuem vínculo com as secretarias estaduais e/ou municipais de saúde e devem sensibilizar gestores sobre as possibilidades de se apoiar a amamentação no ambiente de trabalho de acordo com os três eixos da ação MTA. A tutoria oferecida pelos profissionais formados pelo MS é gratuita, devendo o tutor ajudar, no que for possível, a empresa a aderir aos três eixos da Estratégia MTA, em especial, a implantação das SAA.

O Estado ou Município interessados em realizar oficina da MTA deve entrar em contato com a Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS e comunicar ao MS sobre as capacitações a serem realizadas para que o Ministério indique o facilitador da oficina de formação. Todo o monitoramento da oficina MTA é feito por meio do Sistema de Monitoramento da Mulher Trabalhadora.

2.4.3.2.3 Histórico da Ação Mulher Trabalhadora que Amamenta no Brasil

Em abril de 2010, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, que atualmente é chamada de Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, realizou um evento em São Paulo para incentivar e apoiar a criação de SAA nas empresas ou em locais de trabalho. Este evento contou com a presença de aproximadamente 100 pessoas, entre profissionais de saúde e representantes de empresas/ instituições públicas e privadas e lançou a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 que regulamentou a implementação das SAA nas empresas (BRASIL, 2010) até a atualização da recomendação em 2015 e o protótipo das SAA (Figura 3).

FIGURA 3 – PROTÓTIPO DA SALA DE APOIO APRESENTADA NA CERIMÔNIA DE LANÇAMENTO DA CAMPANHA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS EMPRESAS, EM 26 DE ABRIL DE 2010



FONTE: MONTEIRO (2018)

Em 2010, também passou a vigorar a lei nº 11.770/2008 (BRASIL, 2008) que criou o Programa Empresa Cidadã destinado à prorrogação da licença-maternidade de quatro para seis meses mediante concessão de incentivo fiscal, conforme definido no decreto nº 7.052 de 23 de dezembro de 2009 que a regulamenta (BRASIL, 2009d).

Em 2011, dando continuidade à implementação da MTA, o MS, em parceria com a SBP, promoveu a realização de oficinas piloto destinadas à formação de profissionais de saúde e afins para sensibilizar e apoiar gestores de instituições públicas ou privadas com mais de 30 mulheres em período fértil. As oficinas com capacidade máxima de 30 participantes possuem duração de 16 horas, sendo realizadas em dois dias. Sete capitais do Brasil foram contempladas naquele ano: Curitiba, Rio de Janeiro, Natal, São Paulo, Brasília, Belém e Manaus.

Em 2012, foi lançada uma nova fase da oficina de formação dos tutores da MTA com proposta de metodologias ativas. Foi prevista a realização de oficinas em 14 capitais onde havia maior concentração de empresas empregando mais de 30 mulheres em período fértil. As oficinas continuaram tendo a capacidade máxima de 30 multiplicadores e mesmo tempo de duração.

Em 2013, iniciaram-se as certificações das primeiras SAA. Foi organizado o I Encontro Nacional da Ação Mulher Trabalhadora que Amamenta que contou com a apresentação de experiências exitosas de salas de apoio e propôs oficina para elaboração de planejamento da Estratégia por estado. Neste ano houve também a criação do Sistema Nacional de monitoramento da Estratégia.

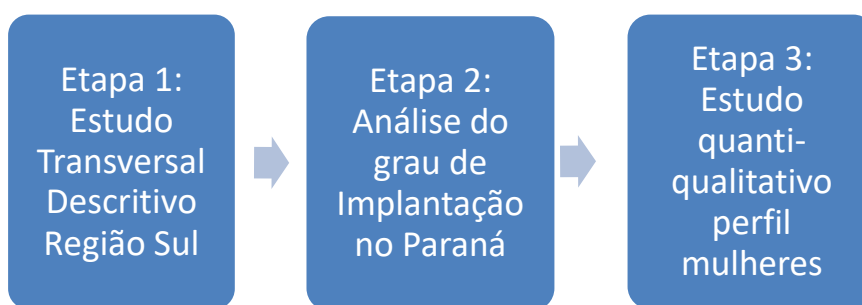
A partir de 2014, foram realizadas visitas técnicas aos estados para apoiar a continuidade da implementação da MTA (SOUZA *et al.*, 2016). Dados disponibilizados pelo MS apontam que até o ano de 2019 foram realizadas 32 oficinas com a formação de 747 tutores e 226 SAA foram certificadas pelo MS.

3 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo inseriu-se no marco metodológico da pesquisa avaliativa, e utilizou triangulação de métodos, por meio de recursos e procedimentos quantitativos e qualitativos para a coleta e tratamento dos dados. Esta metodologia teve como princípio o fato de que o campo da saúde é complexo e demanda a integração de conhecimentos distintos para melhor compreensão da realidade (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; GOMES; DIAS, 2020).

Desta forma, a pesquisa foi dividida em três etapas (Figura 4).

FIGURA 4 – ETAPAS DO ESTUDO QUE AVALIOU AS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NA REGIÃO SUL DO BRASIL



FONTE: A autora (2021).

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo avaliativo foi dividido em três etapas:

Etapa 1: Estudo observacional descritivo quantitativo sobre o total de SAA da região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul)

Etapa 2: Análise de implantação do tipo 1 (CHAMPAGNE *et al.*, 2011), que buscou relacionar a análise do contexto organizacional e sua relação com o grau de implantação das SAA no estado do Paraná.

Etapa 3: Estudo transversal descritivo, quanti-qualitativo sobre perfil e as práticas de amamentação das mulheres usuárias das SAA no Paraná, bem como suas percepções acerca das salas.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de 2017 a 2020, onde estão localizadas as SAA na região sul do Brasil. Em Santa Catarina nos municípios de Joinville e Florianópolis, no Rio Grande do Sul, em Porto Alegre e por fim no Paraná, em Curitiba, Londrina e São José dos Pinhais.

3.3 CASUÍSTICA

De acordo com dados do MS, até 2019 existiam no Brasil 226 SAA implantadas e certificadas, sendo 21 na Região Sul e 16 destas no estado do Paraná IHA

Foram envolvidos neste estudo os responsáveis pelas 21 SAA da Região Sul do país, além de uma amostra intencional de mulheres que utilizaram as salas de apoio nas 9 empresas e que aceitaram participar do estudo no estado do Paraná.

As etapas 2 e 3 deste estudo foram realizadas com 9 e 8 empresas respectivamente que possuem SAA ativas do estado do Paraná onde foi realizada uma análise mais aprofundada sobre a situação das salas e selecionada a amostra de mulheres que fizeram parte do estudo quanti-qualitativo.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para as etapas 1 e 2 deste estudo, foram incluídas todas as SAA certificadas pelo MS até dezembro de 2017 da região Sul e do Paraná respectivamente e que estiveram em funcionamento nos últimos seis meses antes do início do estudo.

Foram elegíveis para o estudo quanti-qualitativo (etapa 3) as mulheres empregadas das empresas participantes do estado do Paraná que estiveram em licença maternidade no último ano antes do início desta etapa do estudo e que fizeram uso das SAA implantada.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas deste estudo as empresas e as mulheres elegíveis que não aceitaram participar da pesquisa.

3.6 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Nas etapas 1 e 2, foram informantes-chave os profissionais responsáveis pelas SAA, ou seja, funcionários administrativos em cada empresa participante identificados pelas empresas para serem o contato junto ao MS.

Na Etapa 3, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, constituíram a população deste estudo mulheres trabalhadoras nas empresas que possuem SAA ativas e certificadas pelo MS no estado do Paraná, que estiveram em licença maternidade no ano anterior à realização da pesquisa e que aceitaram participar da pesquisa.

3.7 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Todas as SAA da região sul do Brasil cadastradas no MS até dezembro de 2017 foram convidadas a fazer parte das etapas 1 e na etapa 2 todas as SAA do Paraná para o levantamento das informações existentes junto às empresas. Até 2017, existiam 200 salas certificadas pelo MS em todo o Brasil, sendo 16 delas no estado do Paraná, duas em Santa Catarina e três no Rio Grande do Sul, totalizando 21 salas na região sul do país.

A partir das informações fornecidas pelas empresas do estado do Paraná sobre o número de mulheres que utilizaram as SAA no ano anterior à pesquisa, foi constituída uma amostra intencional de 130 mulheres trabalhadoras que utilizaram as SAA.

3.8 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO

Os instrumentos elaborados para este estudo, inseridos nos apêndices A , B, C e D, foram previamente testados em 3 participantes, sendo realizados os ajustes necessários e considerados validados para a aplicação no estudo.

3.8.1 Etapa 1 – Estudo observacional descritivo quantitativo da região Sul do Brasil (PR, RS e SC)

3.8.1.1 Dados da empresa

- Identificação da empresa e da pessoa referência para a SAA
- Empresa pública, privada ou sem fins lucrativos
- Total de funcionários da empresa
- Jornadas de trabalho das funcionárias em horas diárias e semanais
- Adesão ao programa Empresa Cidadã e ao Projeto Mulher Trabalhadora que Amamenta (data de adesão)
- Data de inauguração da sala de apoio à amamentação
- Adesão à licença maternidade de seis meses
- Adesão à licença paternidade de 20 dias
- Disponibilidade de creche no local para os filhos das funcionárias
- Oferta de convênio com creche para os filhos das funcionárias ou auxílio-creche caso a empresa não possua creche
- Número de funcionárias na empresa em idade fértil (16 a 49 anos)
- Número de funcionárias terceirizadas mulheres em idade fértil
- Número de funcionárias no ano anterior que estiveram em licença maternidade
- Número de funcionárias terceirizadas no ano anterior em licença maternidade
- Existência de outras atividades de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno
- Utilização das salas nos últimos seis meses
- Necessidade de preenchimento ou não de um cadastro inicial para utilizar a sala
- Existência de registro de utilização diário da sala
- Proporção de funcionárias potenciais que utiliza a sala
- Número de mulheres que utilizaram a sala no último ano
- Média de idade dos bebês das mães que frequentam as salas
- Tempo médio de utilização das salas (em dias, semanas ou meses)

- Existência de levantamento das mulheres que faltaram ao trabalho por motivo de doença do filho nos últimos 6 meses
- Modificação do número de mulheres que faltaram ao trabalho por motivo de doença do filho após implantação da SAA nos últimos 6 meses
- Realização de análise comparativa sobre o absenteísmo por motivo de doença do filho entre mulheres usuárias e não usuárias da sala
- Receptividade à SAA na empresa medida por meio do relato do responsável pela sala
- Dificuldades relacionadas à utilização/manutenção da SAA
- Potencialidades relacionadas à utilização/manutenção da SAA
- Percepção da empresa com relação à implantação da sala medida por meio do relato do tutor responsável pela SAA

3.8.1.2 Disponibilidade de tutor nos últimos 6 meses

- Tipos de apoio realizado pelo tutor (formado pelo MS) no que se refere à implantação e manutenção da sala
- Existência de parceria com BLH ou Posto de Coleta de Leite Humano
- Existência de parceria com UBS ou Equipes da Estratégia Saúde da Família

3.8.1.3 Algum outro tipo de parceria

- Possibilidade de identificar a relação de mulheres que estiveram em licença maternidade no último ano e de usuárias da SAA no último ano para que seja oferecido participar da terceira etapa desta pesquisa
- Questionamento sobre a forma mais viável para a empresa de convidar mulheres para participar desta pesquisa, se por cartazes ou e-mail para todas as usuárias (intranet).

3.8.2 Etapa 2 – Avaliação do grau de implantação das SAA no Paraná de acordo com a normativas do MS

3.8.2.1 Informações sobre a infraestrutura das salas

- Número de cadeiras
- Número de trabalhadoras em idade fértil
- Distância de 1,5 m² de entre as cadeiras utilizadas para a coleta
- Instalação de um ponto de água e lavatório/pia, para atender aos cuidados de higiene das mãos e dos seios na coleta
- Existência de freezer ou refrigerador com congelador para guardar exclusivamente o leite materno
- Refrigerador/congelador com termômetro para monitoramento diário da temperatura
- Ventilação e iluminação da sala (natural ou climatização artificial)
- A sala fica trancada ou possui chave para garantia da privacidade da usuária
- Existência de algum funcionário da empresa responsável pela sala para supervisionar o seu uso, assim como o controle da temperatura do freezer ou congelador diariamente
- Preenchimento de registro de utilização diário da sala pelas mulheres
- Localização da sala na empresa

3.8.2.2 Informações sobre o ambiente

- Tranquilo e confortável, permitindo a adequada acomodação da nutriz
- Fornece privacidade à mulher, sem interrupções e interferências externas
- As poltronas ou cadeiras são impermeáveis e individualizadas
- As poltronas são separadas por divisórias ou cortinas
- As salas possuem decoração

3.8.2.3 Informações sobre os utensílios

- Preferência das mulheres para a retirada do leite (expressão manual ou auxílio com bomba)
- Disponibilização de frascos, pela empresa, para a coleta e armazenamento de leite
- Existência de parceria com o BLH ou posto de coleta para fornecimento de frascos
- Disponibilização de recipientes térmicos, pela empresa, para transporte
- Disponibilização de bombas, pela empresa, para retirada do leite.
- Higienização dos utensílios
- Submissão dos utensílios que entram em contato direto com o leite (frascos e acopladores das bombas) ao processo de limpeza, desinfecção e esterilização, conforme preconizado na Legislação vigente
- Realização de atividades com as gestantes para informar sobre a existência das SAA
- Fornecimento de presentes ou kits pela empresa quando a trabalhadora ganha bebê e vai sair de licença maternidade? Se sim, o que contém.

3.8.3 Etapa 3 – Estudo transversal descritivo, quanti-qualitativo sobre perfil e as práticas de amamentação das mulheres usuárias das Salas de apoio à Amamentação no Paraná, bem como suas percepções acerca das salas

3.8.3.1 Questões para as mulheres que estiveram em licença maternidade no último ano antes início pesquisa e que utilizaram a sala de apoio à amamentação:

- Identificação da empresa em que trabalha
- Tempo que trabalha na empresa
- Cargo que ocupa na empresa
- Jornada de trabalho diária e semanal
- Turno de trabalho
- Idade
- Escolaridade

- Estado civil
- Licença maternidade de 180 dias
- Em aleitamento materno atualmente
- Duração da amamentação (exclusiva e total)
- Tempo de utilização da SAA da sua empresa
- Experiência de utilização da SAA
- Se considera que a SAA contribui ou contribuiu para a amamentação
- Tipo de apoio que encontrou (empresa, parentes, família e/ou amigos) para manter a amamentação após o retorno ao trabalho além de poder utilizar a SAA
- Necessidade de faltar ao trabalho por doença do filho(a) após retorno ao trabalho
- Número de vezes que precisou se ausentar do trabalho no último ano por motivo de doença do filho, em média

3.9 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Esta pesquisa foi dividida em três etapas:

3.9.1 Etapa 1 – Estudo observacional descritivo quantitativo na região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul)

Esta etapa do estudo teve a finalidade de realizar um diagnóstico da situação atual das SAA certificadas na região Sul do país e de identificar a) o perfil das empresas que implantaram as SAA, b) se existia monitoramento sobre a utilização das salas, c) o número de mulheres que estiveram em licença maternidade no último ano que foram usuárias das SAA implantadas, d) se a empresa realiza registro sobre absenteísmo das funcionárias por motivo de doença dos filhos e se observou alguma modificação após implantação das salas, e) percepção sobre a SAA e f) dificuldades encontradas.

Para isso, foi elaborado um questionário para coleta de dados (Apêndice 1).

3.9.1.1 Forma de abordagem ou plano de recrutamento

Os contatos das empresas e das pessoas responsáveis pelas SAA nas empresas foram fornecidos pelo MS. Foi realizado contato telefônico com os responsáveis pelas SAA para apresentação da pesquisa, convite para participação e envio do questionário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e para solicitar e-mail (uma vez que este não constava no cadastro fornecido). As empresas tiveram entre 30 dias e 60 dias para preencherem o questionário *online* (versão Word®) e retornarem juntamente com o TCLE assinado. Em caso de não retorno, foram enviados por e-mail até três lembretes para relançar o convite de participação na pesquisa, em último caso, foi realizado contato telefônico. As empresas estiveram livres para participarem ou não desta pesquisa.

3.9.2 Etapa 2 – Análise de implementação do tipo 1 (CHAMPAGNE *et al.*, 2011) que buscou relacionar a análise do contexto organizacional e sua relação com o grau de implantação das SAA no estado do Paraná

Esta etapa do estudo foi direcionada para as empresas do estado do Paraná que possuem SAA, teve a finalidade de caracterizar e avaliar de forma mais aprofundada a situação atual das SAA do Estado. Esta etapa ocorreu em paralelo à etapa 1. Todas as empresas do Estado do Paraná que aceitaram participar do estudo foram incluídas como coparticipantes da pesquisa.

Na visita presencial foi utilizado roteiro de observação construído com base nas diretrizes normativas do MS para implantação das SAA (BRASIL, 2015c) (Apêndice 3). Algumas questões relacionadas ao funcionamento das SAA foram respondidas pelo representante da empresa que acompanhou a visita. Foi analisado o cumprimento das recomendações, sendo o menor valor 0 (nenhuma recomendação atendida) e o maior valor 10 (todas as recomendações atendidas). Para definição do grau de implantação, foram considerados: implantação incipiente (I): 0 a 4,9 pontos; avançada (A): 5 a 7,9 pontos; consolidada (C): 8 ou mais pontos.

3.9.2.1 Forma de abordagem ou plano de recrutamento

Após o procedimento da etapa 1, ou seja, contato telefônico para apresentar,

convidar para participação, solicitar e-mail para envio do questionário e TCLE e retorno dos questionários, foi realizado outro contato telefônico para as empresas do Estado do Paraná após retorno dos questionários da etapa 1 para agendar visita presencial às salas, a fim de realizar observação e caracterização das mesmas para análise do grau de implantação.

Para esta etapa do estudo, foi elaborado um modelo teórico de avaliação da implantação das SAA, conforme Figura 5.

3.9.3 Etapa 3 – Estudo transversal descritivo, quanti-qualitativo sobre perfil e as práticas de amamentação das mulheres usuárias das SAA no Paraná, bem como suas percepções acerca das salas

Após a etapa 2 e a identificação do número de mulheres das empresas do Estado do Paraná que poderiam fazer parte deste estudo, teve início a terceira etapa que teve a finalidade de: a) analisar o perfil da amamentação de mulheres usuárias das SAA nas empresas, b) Identificar a taxa e duração da utilização das SAA; c) compreender a percepção das mulheres sobre a salas e suas experiências de utilização, d) identificar o número de usuárias que faltaram ao trabalho em decorrência de doença do filho e e) identificar o apoio que receberam para continuar amamentando após retorno ao trabalho.

Foi elaborado um questionário semiestruturado (Apêndice D) contendo questões abertas e fechadas. Inicialmente, o questionário foi aplicado em entrevista presencial realizada dentro da SAA. Porém, em função da pandemia de COVID-19, solicitou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná a autorização para a continuidade da coleta de dados por meio de questionário online autoaplicável (Formulários Google®), a fim de para garantir o distanciamento social. O questionário incluiu um TCLE.

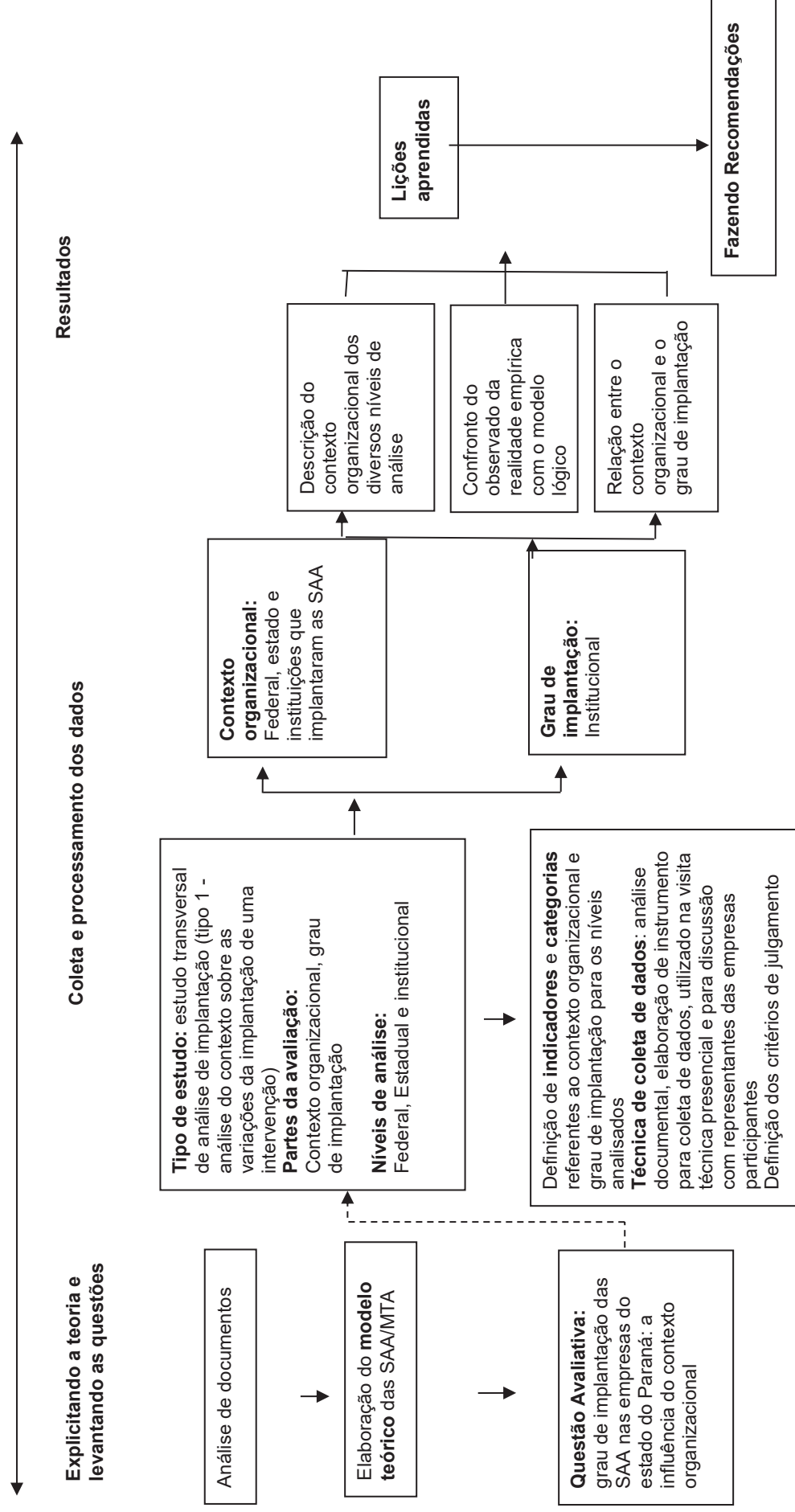
3.9.3.1 Forma de abordagem e plano de recrutamento

As mulheres que estiveram em licença maternidade no último ano antes do início do estudo, trabalhadoras nas empresas do estado do Paraná, foram convidadas pela empresa coparticipante do estudo a participarem da pesquisa. A empresa enviou um convite às funcionárias tanto para a entrevista quanto para o preenchimento do

questionário online, via e-mail corporativo. As mulheres foram informadas da data e horário em que a pesquisadora estaria na empresa para realizar a entrevista presencial. Aquelas que foram solicitadas a preencher o questionário *online* tiveram até 60 dias para fazê-lo.

A partir destas três etapas, foram produzidos quatro artigos apresentados no capítulo de Resultados e Discussão.

FIGURA 5 – MODELO TEÓRICO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS SALAS DE APOIO A AMAMENTAÇÃO INSERIDAS NA AÇÃO MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA, PARANÁ, BRASIL, 2017-2019



FONTE: A autora (2021).

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis estudadas foram expressas em frequências absolutas e relativas. O teste Qui-quadrado de Pearson foi usado para analisar a associação entre algumas variáveis categóricas. Foi estabelecido um nível de significância de 5% e a amostra confere poder de teste de 95%. Foi utilizado o programa Statistic 10.0 (Statsoft®) para todos os testes.

3.11 ANÁLISE QUALITATIVA

Para as questões abertas, a análise foi realizada por meio do método qualitativo. Esse processo foi norteado pela análise categorial de conteúdo temática, seguindo três etapas (BARDIN, 2016): 1) organização do material; 2) codificação; e 3) interpretação dos resultados. A partir das categorias ou temas encontrados, buscou-se dedutivamente identificar sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Os dados foram analisados por meio do software Atlas.ti versão 9.0 (FRIESE, 2014), que contribuiu para o gerenciamento e quantificação dos dados.

3.12 ÉTICA EM PESQUISA

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em abril de 2017 e pelo comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde/Hospital do Trabalhador em junho de 2019 e está inscrito na plataforma Brasil com o seguinte número de parecer de aprovação 4.114.947. (Anexo A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo resultou na elaboração de quatro artigos:

Artigo 1: *Breastfeeding support rooms: benefits and challenges for implantation.*

Artigo 2: Ação Mulher trabalhadora que Amamenta: análise de implantação das Salas de Apoio à Amamentação.

Artigo 3: *Breastfeeding practices among women employees who use Breastfeeding Support Rooms: a cross-sectional study.*

Artigo 4: *Breastfeeding Support Rooms and their contribution to Sustainable Development Goals: a qualitative study.*

4.1 ARTIGO 1: BREASTFEEDING SUPPORT ROOMS: BENEFITS AND CHALLENGES FOR IMPLANTATION

Abstract

Objectives: To analyze the profile of Breastfeeding Support Rooms in the southern states of Brazil to identify data on their use and monitoring, as well as benefits and challenges to their implementation. **Methods:** This descriptive study investigates Breastfeeding Support Rooms in southern Brazil; those that went unused over the past six months were excluded. An online questionnaire was applied to supervisors from certified companies. **Results:** Sixteen certified Breastfeeding Support Rooms from 12 companies participated in the study, 13 in the state of Paraná (81.25%), two in the state of Santa Catarina (12.5%), and one in the state of Rio Grande do Sul (6.25%). Most Breastfeeding Support Rooms belong to public companies (13/16) and large companies (12/16). The median of women who used Breastfeeding Support Rooms (3; 1-28) was about five times lower than the median of employees on maternity leave (17; 1-184). The main challenges Breastfeeding Support Rooms face relate to the standardization of internal processes and their infrequent use, while their benefits include the encouragement of breastfeeding and the appreciation of working mothers. We observed difficulty in maintaining the support of tutors trained by the Ministry of Health. **Conclusions:** This is the first study that analyzes the profiles of Breastfeeding Support Rooms in Brazil. More benefits than challenges were found in companies that implemented Breastfeeding Support Rooms, our results identified important challenges for broadening the program; the tutor has a fundamental role to in supporting and monitoring of this action and this role should be revisited and reinforced.

Keywords: Breastfeeding; breastfeeding support; breastfeeding promotion; lactation workplace programs; program evaluation

Significance

The World Health Assembly has established the goal of increasing the rate of exclusive breastfeeding to at least 50% by 2025. To this end, a series of actions are needed to allow women to breastfeed after returning to work. Breastfeeding support rooms are considered a cheap and effective strategy that increases the rate of breastfeeding among working women. Thus, this novel study demonstrates the importance of governments and institutions around the world, understand the benefits and challenges for the implementation, large-scale expansion and maintenance of breastfeeding support rooms and suggest solutions for these.

Breastfeeding support rooms: benefits and challenges for implantation

Introduction

Breastfeeding is the most lasting investment a mother makes on her child's physical, cognitive, and social well-being, since it provides numerous health benefits (Hansen, 2016; Rollins *et al.*, 2016). With the increasing participation of women in the labor market, returning to work is a challenge for those who wish to continue the practice of breastfeeding (Dagher *et al.*, 2016; Monteiro *et al.*, 2017).

Support for breastfeeding at work must integrate a set of maternity protection measures. The International Labor Organization (ILO) recommends that all countries implement convention No. 183 and maternity protection recommendation, 2000 (No. 191) to guarantee the protection of maternity and work based on a set of minimum standards (Addati *et al.*, 2014).

Brazilian laws guarantee women with employment ties support for motherhood and breastfeeding. This support has been evolving in line with the recommendations of the ILO and includes, as mandatory benefits, the right to daycare, two 30-minute breaks to breastfeed or pump during working time (Consolidação das Leis do Trabalho, 1943), 16-week paid maternity leave (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). As optional benefits, the measure foresees an extension of maternity leave to 24 weeks (Lei no. 11770, 2008) and promotes the implementation of Breastfeeding Support Rooms (BSR) in companies (Ministério da Saúde, 2015) as part of the Breastfeeding Working Woman (BWW) action.

The BWW action was created by the Ministry of Health in 2010 and included

in 2015 in the National Policy for Comprehensive Child Health Care (Ministério da Saúde, 2018). This action aims to reinforce the legal support devices for breastfeeding and motherhood by ensuring continued breastfeeding after returning to work. The BWW action advocates for three axes: a) an extension of maternity leave to 24 weeks; b) establishment of daycare at the workplace and; c) the implementation of breastfeeding support rooms (BSR). The BWW foresees the training of health professionals from the Unified Health System (SUS) to become “tutors” responsible for informing, raising awareness and supporting public and private Brazilian companies on the three axes of support for maternity and breastfeeding, especially the implementation of BSR.

Evidence indicates that BSR and breaks for breastfeeding increase by 25% the chances of breastfeeding up to six months (Rollins *et al.*, 2016), decrease the likelihood of breastfeeding interruption, and increase the chance of continuity of breastfeeding and exclusive breastfeeding (Lee *et al.*, 2015; Nardi *et al.*, 2020). Although not mandatory, BSR are a great low-cost strategy that encourages women to breastfeed, and in turn, enable them to maintain their human milk production levels, relieve breast discomfort during the workday, and safely store human milk for their child or donate to a human milk bank (Nardi *et al.*, 2020).

The Ministry of Health has invested to certify all rooms that meet the certification criteria, that is, that have a private and welcoming environment of 1.5 m² per chair, a water dispenser, a sink, and a freezer, preferably with a thermometer, to store human milk (Ministério da Saúde, 2015).

After this initiative was launched, no studies were conducted on how these rooms work to help deploy them on a larger scale. Thus, the objectives of this study were to analyze the profile of BSR in southern Brazil, gather data on the use and monitoring of these facilities, and the benefits and challenges of their implementation.

Methods

Design

A descriptive cross-sectional study was carried out on BSR in the three southern states of Brazil. We contacted all 21 BSR certified by the Ministry of Health until December 2017 —three were located in the state of Rio Grande do Sul, two in Santa Catarina, and 16 in Paraná. BSR that went unused over the past six months

were excluded.

Sample and Data Collection

The participants comprised BSR supervisors from the affiliated companies. An online questionnaire was developed to collect data as showed in Table 1. We proceeded to contact BSR supervisors, registered in the Ministry of Health database, by phone. We introduced our study and invited the supervisors to participate in it. Once they agreed, we sent a request via e-mail to fill a questionnaire and a free, prior and informed consent form. BSR supervisors had between 30 and 90 days to complete the online questionnaire (in .docx format) and return it alongside the signed informed consent form. The questionnaire was applied between August 2017 and October 2019.

Data Analysis

The variables studied are expressed in absolute and relative frequencies, and central tendencies measures (median and confidence interval). All analyses were performed with the Statistic v.10.0 (Statsoft R) software.

The study was approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Department of the university body, under Certificate of Presentation of Ethical Appreciation (CAAE) number 65401917.5.3004.5225.

Results

Sample Characteristics

Sixteen BSR participated in the study. Thirteen were located in the state of Paraná (81.25%), two in the state of Santa Catarina (12.5%), and one in the state of Rio Grande do Sul (6.25%). Three BSR were excluded from the study because they had gone unused within the past six months and two did not agree to participate in the study.

The 16 BSR belong to a total of 12 institutions, nine of which are located in the state of Paraná, two in Santa Catarina, and one in Rio Grande do Sul. One of the companies had five BSR certified by the Ministry of Health in Paraná; the remaining companies have one BSR each.

Company profile and women in the workplace

The BSR were certified by the Ministry of Health between 2014 and 2017, one

(6.25%) in 2014, five (31.25%) in 2015, seven (43.75%) in 2016, and three (18.75%) in 2017. The results on the profile of the companies that have BSR can be seen in Table 2. The companies are, for the most part, public, and large and medium-sized enterprises, assessed by the total number of employees. Moreover, all companies carry out some type of activity for the promotion, protection, and support to breastfeeding, especially on World Breastfeeding Week; 87% of the participating companies comply with the three axes of support to maternity and breastfeeding that make up the BWW action. Regarding absenteeism monitoring, over 90% of BSR do not record this data.

Table 3 presents the characterization of the BSR according to the profile of the female employees and how often they use the service, as well as the characteristics of the female employees of childbearing age. Among all women who went on maternity leave, approximately 17% used the BSR.

In 12 (75%) of the BSR observed, women were manual laborers (factories/industries, laboratories, production lines, and fields), in five (31.25%), women were in public service (outpatient and/or hospital staff, nurses, nursing technicians, nutritionists, doctors, telephone operators, and teachers/student supervisors) and in 13 (81.25%), they had administrative and managerial tasks.

Challenges and benefits of in Breastfeeding Support Rooms

The challenges and benefits for the use and maintenance of BSR we identified are available in Table 4. We observed that BSR supervisors identified more benefits than challenges.

Tutor support

Tutor support over the past six months was carried out in three BSR (18.75%) through lectures on breastfeeding for women of childbearing age and discussions with pregnant and lactating women about the importance of breastfeeding and techniques and care for breastfeeding. Thirteen BSR (81.25%) did not receive any support from their tutor.

Reception of the Breastfeeding Support Room among company employees
The reception of the BSR among company employees was positive. Some excerpts of feedback from company employees were: “the BSR was very celebrated”, “we were excited, threw a party”, “we applaud the initiative and understand its importance”,

“it was very well-received, as a gesture of respect and understanding of our needs”. Supervisors observed the recognition and satisfaction of the users.

Discussion

This study aimed to identify the profile of Breastfeeding Support Rooms in the southern states of Brazil by analysis of data on their use and monitoring, as well as benefits and challenges to their implementation. No similar studies on BSR have been carried out in Brazil.

We found that the benefits to the companies that implemented BSR in the three southern Brazilian states that include the encouragement of breastfeeding and the appreciation of working mothers. However, there were challenges as to the standardization of internal processes for maintenance the rooms, their infrequent use, and the difficulty in maintaining tutors trained by the Ministry of Health. Countries and companies seeking to implement BSR must be aware of these challenges and seek to avoid them through the measures we suggested.

Companies with BSR are aware of this and already have a culture that promotes and supports breastfeeding. The challenge is to expand BSR to private and smaller companies. In order to expand the implementation of BSR and reach other types of companies, the union and collaboration between states, municipalities and local unions is crucial. This would lead to more awareness of employers regarding: 1) the importance of breastfeeding for mothers, children, and future generations, including reducing health costs and more dedication to work on the part of women (Hansen, 2016; Rollins *et al.*, 2016); 2) the international and national recommendations to support of maternity and breastfeeding in the workplace, including the BWW axes of action (Addati *et al.*, 2014); 3) the establishment of BSR with fewer funds (United Nations Children’s Fund, 2020); and 4) the supporting role of the tutor in the implementation and maintenance of BSR, among others (Ministério da Saúde, 2015).

The expansion of BSR use was a challenge for the companies analyzed and complementary studies are necessary to investigate this issue. However, we believe that the low rate of use may be related to the flexibility of working hours, commuting or the fact that the woman returns to work when the baby is already introduced on a infant feeding, which allows mothers to schedule face-to-face breastfeeding. A previous

study in Taiwan (Tsai, 2013) also found a low rate of BSR use and reinforced the need for employers to have a positive attitude towards pregnant employees by providing breastfeeding education and support.

Not all companies have established processes for internal communication about the existence of BSR to their employees. Thus, we suggest that an internal policy should be developed to establish a continuous information flow for women employees about the existence of BSR. These could occur at key moments, such as after employment, during pregnancy, and after a post-maternity leave examination. Companies should also promote personal visitations in BSR for employees to get to know the facilities and educational activities for pregnant women and family members about to practical issues on the family's routine after returning to work. In addition, events should be held to raise awareness on the benefits of breastfeeding, the importance of proper and healthy nutrition during the child's first two years of life and on how to organize a routine the baby while returning to work, and pumping, storing, transporting, and presenting breast milk to the baby.

Workplaces can help working mothers understand the benefits of breastfeeding, which can drive them to keep up with the practice after returning to work (Tsai, 2013). Positive actions to stimulate breastfeeding in the postpartum for women who are returning to work include BSR in the workplace, short breaks for breastfeeding, maternity leave, professional counseling, and lactation management (Garvin *et al.*, 2013; Dagher *et al.*, 2016).

However, having a suitable place to pump human milk in the work environment does not guarantee its use (Tsai, 2013). The determinants of breastfeeding are multifactorial (Primo, 2016). Whether a supportive environment for breastfeeding is important for its practice among female employees is unclear. Women who breastfeed can also face other challenges when continuing to breastfeed (Tsai, 2013; Basrowi *et al.*, 2018). Conflicts related to work and family responsibilities, time constraints, or conditions like stress, stress-related anxiety, and fatigue may interfere with their ability to combine work and breastfeeding.

Some challenges in establishing BSR were the need to standardize internal processes and select supervisors, maintenance, monitoring, and management of the use of rooms in companies. The most critical processes are related to monitoring and management, especially when the company has BSR in more than one branch. Organizational and managerial support are extremely important aspects of

breastfeeding support in the workplace (Scott *et al.*, 2019).

Several authors consider the importance of institutionalizing a written policy of promotion, protection, and support for breastfeeding with emphasis on continuous care (Payton *et al.*, 2019; Bai, Gaits & Wunderlich, 2015; Johnson *et al.*, 2015; Fernandes *et al.*, 2018). The formal breastfeeding policies reaffirm the employer's willingness to breastfeeding support, encourage official communication to female employees about breastfeeding support and support practices in the workplace (Payton *et al.*, 2019). A written policy may be broad or specific depending on the company, and include information about the organization, times, and places to pump in the workplace (Payton *et al.*, 2019). This policy, by including the BSR, is also able to reliably establish the maintenance and upkeep of a pumping room.

In this sense, the implementation of the BSR should be formalized as an institutional strategy whose monitoring does not fall upon a single supervisor, at times overly invested in the subject. Instead, we recommend an internal committee or commission to guarantee the rights of women to maintain breastfeeding and babies to be breastfed. Thus, all employers, regardless of company size, must support breastfeeding in the workplace (Lennon *et al.*, 2017) through a standardized institutional breastfeeding support program or policy that fits their budget (Dinour *et al.*, 2017; Angeletti *et al.*, 2018).

The public service official trained by the Ministry of Health should carry out and oversee tutoring activities on the BWW, in particular, to inform and support companies in the implementation and monitoring of BSR. The tutor may also encourage the development of an institutional policy of promotion, protection, and support for breastfeeding in companies, as well as suggest ideas of continuous actions that increase interaction with women to promote the use of BSR. In the present study, 13 BSR did not receive support from the tutor. This led us to reflect on the need for further studies to understand how the activities of the BWW are added to the professionals' working, what are the challenges and possibilities regarding the type of public function exercised and whether tutors are allowed to carry out activities alongside businesses.

Among the benefits of BSR, data shows a decrease in absenteeism for employees who attend the room (United Nations Children's Fund, 2020; Ministério da Saúde, 2015; Nardi *et al.*, 2020). However, the majority of companies participating in our study do not monitor absenteeism. Having these data would be fundamental to reaffirm the importance of BSR and to raise awareness among other companies on

how to implement them. Complementary studies are needed to investigate this matter further.

This study was limited to assessing the situation of BSR in only one area of the country. Data collection was based on a self-completed questionnaire, which made it difficult to further explore the perception supervisors had on challenges and benefits to BSR. Despite the limitations, this is the first study that analyzes the profiles of BSR in Brazil and points out important challenges for the expansion of this action on a larger scale.

In conclusion, in addition to challenges to the expansion of the BSR program, such as management process without a policy and low rate of BSR use, we found important benefits, including encouragement of breastfeeding and the appreciation of working mothers. Tutors are fundamental to support the awareness, management, and monitoring of BSR. Thus, this role must be revised and reinforced during the implementation process.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

References

- Addati L., Cassirer N. & Gilchrist K. (2014). *Maternity and paternity at work: law and practice across the world International Labour Office*. Geneva: ILO. 204 p.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_242615.pdf. Accessed 04 january 2021
- Angeletti, M. A. & Llossas, J. R. (2018). Workplace lactation programs in small WIC service sites: A potential model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(3), 307-310. Doi: 10.1016/j.jneb.2017.10.001
- Bai Y. K., Gaits S. I. & Wunderlich S. M. (2015). Workplace lactation support by New Jersey employers following US reasonable break time for nursing mothers law. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 76-80. Doi: 10.1177/0890334414554620
- Basrowi R. W., Sastroasmoro S., Sulistomo A.W., Bardosono S., Hendarto A., Soemarko D. S., Sungkar A., Khoe L. C. & Vandenplas Y. (2018). Developing a workplace lactation promotion model in Indonesia using Delphi technique. *Archives of Public Health*, 76, 70. Doi: 10.1186/s13690-018-0312-2

- Consolidação das Leis do Trabalho. (1943). *Decreto-Lei nº 5.442, de 01 de maio de 1943*. Retrieved from the Federative Republic of Brazil official website: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Accessed 04 January 2021
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Retrieved from the Federative Republic of Brazil official website: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Accessed 04 January 2021
- Dagher R. K., McGovern P. M., Schold J. D. & Randall, X. J. (2016). Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 194. Doi: 10.1186/s12884-016-0965-1
- Dinour, L. M. & Szaro, J. M. (2017). Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers: A systematic review. *Breastfeeding Medicine*, 12(3), 131-141. Doi:10.1089/bfm.2016.0182
- Fernandes, V. M. B., Santos, E. K. A., Zampieri, M. F. M. Gregório, V. R. P., Hernandes, M. J. & Ribeiro, L. C. (2018). Condutas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 27(3):e2560016.<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002560016>
- Garvin C.C., Sriraman N. K., Paulson A., Wallace E., Martin C. E. & Marshall L. (2013). The business case for breastfeeding: a successful regional implementation, evaluation, and follow-up. *Breastfeeding Medicine*, 8(4), 413-417. Doi: 10.1089/bfm.2012.0104
- Hansen K. (2016). Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *The Lancet*, 387(10017), 416. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)00012-X
- Johnson, A. M., Kirk, R. & Muzik, M. (2015). Overcoming workplace barriers: A focus group study exploring African American mothers' needs for workplace breastfeeding support. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 425-433. Doi:10.1177/0890334415573001
- Lee C. C., Chiou S. T., Chen L. C. & Chien L. Y. (2015). Breastfeeding-friendly environmental factors and continuing breastfeeding until 6 months postpartum: 2008-2011 national surveys in Taiwan. *Birth*, 42(3), 42-248. Doi: 10.1111/birt.12170

- Lei nº 11.770 de 9 de setembro de 2008. (2008). Retrieved from the Federative Republic of Brazil official website: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm. Accessed 04 January 2021
- Lennon, T. & Willis, E. (2017). Workplace lactation support in Milwaukee County 5 years after the Affordable Care Act. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 214–219. Doi: 10.1177/0890334416679617
- Ministério da Saúde. (2015). *Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 18p. Retrieved from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implantacao_salas_apoio_amamentacao.pdf. Accessed 04 January 2021
- Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Brasília: Ministério da Saúde. 180 p. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-deAten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdade-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Accessed 04 January 2021
- Monteiro F. R., Buccini G. S., Venâncio S. I. & Costa T. H. (2017). Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 93, 475-481. Doi: 10.1016/j.jped.2016.11.016
- Nardi A. L., Von Frankenberg A. D., Franzosi O. S. & Espírito-Santo L. C. (2020). Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1445-1462. Doi: 10.1590/1413-81232020254.20382018
- Payton, C., Romney M., Olson, B. H., Abatemarco, D. J., LaNoue M. & Leader A. E. (2019). Evaluation of workplace lactation support among employers in two Pennsylvania cities. *Business Horizons*, 62(5), 579-587. Doi: 10.1016/j.bushor.2018.10.002
- Primo C. C., Nunes B. P., Lima E. F. A., Leite F. M. C., Pontes M. B. & Brandão M. A. G. (2016). Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 34(1), 198-210. Doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a22

- Rollins N. C., Lutter C. K., Bhandari N., Hajeerbhoy N., Horton S., Martines J. C., Piwoz E. G., Richter L. M. & Victora C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet, series breastfeeding*, 387(10017), 491-504. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
- Scott V. C., Taylor Y. J., Basquin C. & Venkitsubramanian K. (2019). Impact of Key Workplace Breastfeeding Support Characteristics on Job Satisfaction, Breastfeeding Duration, and Exclusive Breastfeeding Among Health Care Employees. *Breastfeeding Medicine*, 14(6), 416-423. Doi: 10.1089/bfm.2018.0202
- Tsai S. (2013). Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeeding Medicine*, 8(2), 210-6. Doi: 10.1089/bfm.2012.0119
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). Breastfeeding support in the workplace. A global guide for employers. <https://www.unicef.org/media/73206/file/Breastfeeding-room-guide.pdf>. Accessed 04 january 2021

Table 1. Information collected in companies with Breastfeeding Support Rooms in south Brazil (N=16)

Information collected	Questions
Company data	• Identification, address, and contact information • Total employees of the company • Daily working hours • Inauguration date of the Breastfeeding Support Room • Adoption of six-month maternity leave and 21-day paternity leave • Whether the company has a daycare, funds daycare for mothers, or provides childcare assistance funds for employees • Total number of female employees in childbearing age (ages 16 to 49) • Type of activity developed by women in childbearing age: • Number of employees who were on maternity leave in the year prior to the survey • Breastfeeding support, promotion, and protection activities
Monitoring	• Is the BSR is active (has been used in the last six months)? • Is there a record of the use of BSR or is initial registration is required before use? • What is the proportion of employees who use the room? • How many women have used the room in the last year? • For how long, in average, do women use the room (in months)? • Has the company surveyed the women who missed work due to illness of the child in the last 6 months? • Has the company observed any change in the number of women who missed work due to illness of the child after the room was inaugurated in the last 6 months?

Table 1 (continued)

	•Has the company carried out any comparative analysis on absenteeism due to illness of the child between female users and non-users of the room?
Challenges and benefits	•Any challenges related to the use/maintenance of the room? •Any benefits related to the use/maintenance of the room?
Receptivity and perceptions	•How was BSR received by your company's female employees? •What is the employee's opinion of the company regarding the implementation of the room?
Tutor support	•Has the company received support from their tutor in the last 6 months? If so, what kind of support?

Table 2. Distribution of breastfeeding support rooms (BSR) in southern Brazil according to company characteristics (N=16)

Variable	N (%)
Type of company	
Public	13 (81.25%)
Private	2 (12.5%)
Non-profit	1 (6.25%)
Company size	
Medium	4 (25%)
Large	12 (75%)
Leave granted by the company^a	
Six-month maternity leave	14 (87.5%)
20-day paternity leave	13 (81.25%)
Daycare/financial assistance^b	
Company-owned	3 (18.75%)
Company-funded	2 (12.5%)
Childcare assistance	13 (81.25%)
Breastfeeding support, promotion, and protection actions	
Face-to-face communication	9 (56.25%)
Remote communication	7 (43.75%)
Flexible schedules	8 (50%)
Maternity leave for premature babies	1 (6.25%)
Financial support: babysitter aid	1 (6.25%)
Working day	
4 to 6 hours	7 (43.75%)
7 hours and 15 minutes	1 (6.25%)
8 to 8 hours and 30 minutes	15 (93.75%)
12 hours	3 (18.75%)
Daily monitoring of the use of the BSR	
Yes	15 (93.75%)
No	1 (6.25%)

Table 2 (continued)

Absenteeism monitoring

Yes	1 (6.25%)
No	15 (93.75%)

Note: ^{a, b} these correspond to the axes of the BWW program of the Ministry of Health, together with BSR.

Table 3. Characterization of Breastfeeding Support Rooms according to their use and the profile of female employees (N=16)

<i>Variable/BSR</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	<i>Median (Minimum- Maximum)</i>
Number of employees	450	3,500	139	1,578	4,890	397	3,151	719	308	200	433	496	1,800	1,700	562	955	640 (139-4,890)
Number of female employees of childbearing age	178	580	119	360	1,991	149	1,048	302	39	22	142	337	599	159	298	477	300 (22-1,991)
Number of employees on maternity leave in the year prior to the survey	11	48	3	35	184	8	38	16	5	1	4	161	33	21	16	18	17 (1-184)
Number of women who used BSR in the year prior to the survey	2	2	2	12	28	8	24	7	3	2 ^a	4	3	2	1	7	1	3 (1-28)

Note: a During the data collection period, the Breastfeeding Support Room was being used by another employee with an older baby.

Table 4. Difficulties and potential for the use and maintenance of BSR reported by companies (N=16)

<i>Categories</i>		<i>Description</i>	<i>n (%)</i>
<i>Challenges</i>			
Management	The BSR were implemented without internally standardized processes and responsible for the implementation, maintenance, monitoring, and management of the rooms.		5 (31.25%)
Use	Low rate of BSR use, the company should encourage mothers to use the BSR and prolong breastfeeding		2 (12.5%)
<i>Benefits</i>			
Encouragement of breastfeeding	Encouragement of breastfeeding and meetings with pregnant women		2 (12.5%)
Awards	Awards and certificates related to the implementation of BSR		5 (31.25%)
Appreciation of women	Promotion of working women		1 (6.25%)
Environment	Comfortable, calm, and suitable environment to pump milk		1 (6.25%)
Milk donation	Likelihood of mothers donating breast milk		1 (6.25%)

4.2 ARTIGO 2: AÇÃO MULHER TRABALHADORA QUE AMAMENTA: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NO PARANÁ, BRASIL

Resumo

Introdução: As salas de apoio à amamentação podem prolongar a amamentação após o retorno ao trabalho. No Brasil, a implantação das salas é incentivada por meio da ação Mulher Trabalhadora que Amamenta, que visa o fortalecimento do apoio à amamentação e à maternidade no local de trabalho. **Objetivos:** avaliar o grau de implantação das Salas de Apoio a Amamentação certificadas pelo Ministério da Saúde no estado do Paraná, Brasil e o papel do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde no apoio às empresas. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 1, considerando níveis de análise federal, estadual e institucional. O grau de implantação nas instituições foi obtido a partir de um instrumento de avaliação para obtenção de escores de acordo com o cumprimento das recomendações. A implantação foi considerada: Incipiente: 0 a 4,9 pontos; Avançada: 5 a 7,9 pontos; Consolidada: 8 ou mais pontos. **Resultados:** participaram 13 das 16 salas certificadas no estado. A média do escore de implantação das SAA no estado foi de 8,53 (DP = 1,26), sendo o valor mínimo 7 e o máximo 10. O contexto federal e estadual contribuíram para a implementação da ação, contudo, foram identificadas algumas fragilidades relacionadas, em especial, a formação de tutores e ao monitoramento da ação. **Conclusão:** Evidenciou-se influência de contexto favorável e um grau de implantação das salas de apoio à amamentação consolidado no estado do Paraná, com poucas, mas importantes melhorias para a expansão das salas em larga escala. As salas de apoio à amamentação representam uma estratégia de baixo custo que deve ser incentivada e promovida.

Introdução

Ambientes de trabalho favoráveis à amamentação, incluindo pausas para retirar o leite materno durante a jornada de trabalho e Salas de Apoio à Amamentação (SAA), são recomendados para aumentar o início e a duração da amamentação, sendo considerado um meio eficaz para melhorar as práticas de aleitamento materno e saúde infantil.¹⁻³

A amamentação é recomendada de forma exclusiva até os seis meses de vida, devendo ser mantida, preferencialmente, até os dois anos ou mais⁴. Desta forma, o retorno da mulher ao trabalho representa uma barreira significativa para a sua continuidade⁵⁻⁸. Assim, as SAA nas empresas são consideradas um ótimo incentivo à amamentação. As SAA podem prolongar a amamentação após o retorno ao trabalho trazendo benefícios tanto para as famílias como para as empresas e sociedade⁹. A disponibilidade das SAA nos locais de trabalho diminui a chance de interrupção da amamentação¹⁰ aumenta a chance de continuidade da amamentação^{11,12} e da amamentação exclusiva^{11,13,14}. Estudos internacionais apontam que as SAA e as pausas para retirada do leite materno aumentaram as chances de amamentação aos 6 meses em 25%¹⁵.

No Brasil, a implantação das SAA é incentivada por meio da ação Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA), criada em 2010 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 2015 a ação MTA foi inserida nos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)¹⁶. A ação MTA reúne os dispositivos legais de apoio à amamentação e à maternidade e busca criar, nas instituições públicas e privadas, uma cultura de respeito e apoio à amamentação, garantindo o direito da criança à amamentação e a manutenção da amamentação após retorno ao trabalho.

O pilar da estratégia MTA está na formação de tutores que realizam visitas às empresas apoiando a implantação dos três eixos de atuação: a) ampliação facultativa da licença maternidade de 120 para 180 dias por meio do programa Empresa Cidadã; b) creche ou vale creche no local de trabalho como dispositivo obrigatório inserido na legislação trabalhista para todas as empresas com mais de 30 mulheres acima de 16 anos e, c) implantação opcional de SAA em todas as empresas a partir das recomendações do Ministério da Saúde (MS). A implantação se dá por meio de ações desenvolvidas pelo MS em parceria com as Secretarias de Estado da Saúde, que coordenam as ações no âmbito estadual, fornecendo o apoio técnico para implantação

das SAA nos locais de trabalho e enviando a solicitação para a certificação das SAA ao MS.

As recomendações nacionais para a implantação das SAA, que não são de caráter obrigatório, foram atualizadas em 2015 pelo Ministério da Saúde¹⁷. Sua implantação e manutenção são consideradas de baixo custo e possibilitam a mulher manter a produção do leite, aliviar o desconforto das mamas que ingurgitam durante a jornada de trabalho e armazenar de forma segura seu leite que será oferecido ao seu filho ou doado a um Banco de Leite Humano¹⁸.

O estado do Paraná, localizado na região sul do Brasil, uma das regiões mais desenvolvidas do país, conta com uma população estimada de 11,4 milhões de habitantes e 44,8% da população feminina inserida no mercado de trabalho¹⁹ e se destaca na ação MTA com um total de 16 SAA, correspondendo a 76,2% das salas certificadas na região sul do país.

Não existem ainda no Brasil estudos que avaliem o grau de implantação das SAA identificando o impacto no contexto organizacional e suas características. Assim, o objetivo deste estudo foi de avaliar o grau de implantação das SAA certificadas pelo Ministério da Saúde no estado do Paraná e o papel do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde no apoio às empresas.

O recorte deste estudo faz parte da Tese de doutorado intitulada “Salas de apoio à amamentação: Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta do Ministério da Saúde” de autoria de Carolina Belomo de Souza, que avaliou as SAA certificadas na região sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa inédita que pode contribuir com o fortalecimento e a expansão das SAA no Brasil.

Métodos

Desenho do estudo

Realizou-se uma pesquisa avaliativa de análise de implantação do tipo 1²⁰, que buscou relacionar a análise do contexto organizacional e sua relação com o grau de implantação das SAA.

Amostra e coleta de dados

Foram considerados como níveis de análise o contexto federal (Ministério da Saúde), estadual (Secretaria Estadual da Saúde) e as instituições que implantaram SAA localizadas no estado do Paraná (empresas públicas e privadas). Foram

incluídas todas as 16 SAA certificadas pelo MS no estado do Paraná até 2017 e foram excluídas do estudo as SAA que não foram utilizadas nos últimos 6 meses antes do início do estudo.

Para a análise do grau de implantação, elaborou-se o modelo lógico da ação MTA (Figura 1), a partir de consultas a documentos oficiais e discussão com a equipe técnica do MS para que fossem conhecidas as atribuições das três esferas de governo no processo de implantação e verificou-se o cumprimento das atividades propostas para os âmbitos federal e estadual. Nas instituições que implantaram as SAA foi avaliada a dimensão normativa, com base nas recomendações do MS para as instalações e organização das SAA¹⁷, disponíveis na Tabela 1.

Análise de Dados

Para a apreensão do contexto organizacional no âmbito federal realizou-se a análise documental. Foram incluídos trabalhos publicados em eventos científicos, documentos técnicos e apresentações sobre organização das SAA, dados de monitoramento do sistema de informação da estratégia e discussões com membros da equipe da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

Da mesma forma, para o contexto estadual, foram analisados relatórios anuais de gestão entre os anos de 2011 e 2019 e publicações realizadas em eventos científicos sobre o desenvolvimento da ação MTA no estado.

Considerou-se categorias, definições e indicadores operacionais de análise com base no Triângulo de Governo que envolve as categorias relacionadas ao projeto de governo, a capacidade de governo e governabilidade do sistema, partindo do pressuposto de que para uma boa governabilidade, é necessária a articulação entre as forças sociais²¹. A Figura 1 apresenta as definições adotadas com base no escopo do estudo.

Para análise do contexto institucional foi realizado um estudo transversal com o objetivo de descrever as instalações físicas e organizacionais das SAA e avaliar o grau de implantação nas instituições. Identificou-se o perfil das empresas (total de funcionários, número de mulheres empregadas em idade fértil, tempo de licença maternidade adotado e monitoramento de utilização das SAA) e realizou-se uma avaliação normativa por meio da elaboração de um instrumento de coleta de dados contendo indicadores de avaliação (Quadro 1) que seguiram as orientações

estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a implantação das SAA¹⁷.

Este instrumento foi aplicado pela pesquisadora principal deste estudo durante visita técnica presencial. Algumas questões relacionadas ao funcionamento das SAA foram respondidas pelo representante da empresa que acompanhou a visita, como a forma como as mulheres contumam retirar o leite (manual ou bomba elétrica), a higienização dos materiais em contato com o leite e higienização das salas. Foi analisado o cumprimento das recomendações, sendo o menor valor 0 (nenhuma recomendação atendida) e o maior valor 10 (todas as recomendações atendidas). Para definição do grau de implantação, foram considerados: implantação Incipiente (I): 0 a 4,9 pontos; Avançada (A): 5 a 7,9 pontos; Consolidada (C): 8 ou mais pontos.

A influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação das SAA nas empresas foi analisada de acordo com o triângulo de governo para níveis federal e estadual e de acordo com a avaliação normativa realizada nas instituições. As etapas de avaliação são apresentadas na Figura 2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 65401917.5.3004.5225.

Resultados

Contexto federal

No âmbito nacional, em relação ao projeto de governo, em 2010, foi publicada a primeira regulamentação oficial para implantação das SAA junto com o lançamento da ação MTA. Houve apoio ao desenvolvimento da proposta com a liberação de recurso financeiro para a realização das oficinas em cada estado, mesmo sem a publicação de portaria federal para oficializar a estratégia. Em 2011, iniciaram-se as oficinas de formação de tutores para sensibilização de gestores de instituições públicas e privadas. A partir de 2012 foi lançada nova fase da oficina de formação de tutores com metodologias ativas e a disponibilização de materiais de apoio. Em 2013 foram entregues pelo Ministério da Saúde as primeiras certificações das SAA e foi realizado o I Encontro Nacional da Estratégia²². Dados apresentados pelo Ministério da Saúde em outubro de 2019 evidenciaram a realização de um total de 32 oficinas de formação de tutores no Brasil, com a formação de um total de 747 tutores e resultando na certificação de um total de 226 SAA em todo o Brasil.

Sobre a capacidade de governo, o monitoramento da ação se deu com a

elaboração de um aplicativo informatizado, lançado em 2013²². Neste, foram registradas e acompanhadas informações sobre as oficinas realizadas, tutores formados, SAA certificadas, sendo o aplicativo alimentado por gestores estaduais, municipais e tutores. Em 2015 foi publicada a atualização das recomendações nacionais para a implantação das SAA “Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora”¹⁷.

Sobre a governabilidade do sistema, entre os anos de 2012-2016 houve maior articulação entre as áreas técnicas por meio da contratação e atuação de apoiadores estaduais localizados nos estados que contribuíram para o fortalecimento da implantação das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, incluindo a ação MTA²³.

Desde 2014 foram realizadas visitas técnicas aos estados para apoiar a continuidade da implementação da ação MTA, com um aumento nas certificações das salas de apoio à amamentação em todo o país²².

Contexto estadual

No estado do Paraná, o projeto de governo evidencia a implantação, organização e o fortalecimento da rede materno-infantil do estado, que constitui a primeira diretriz dos planos anuais de gestão e as ações de aleitamento encontram-se vinculadas a ela.

No que diz respeito à capacidade de governo, o estado possui uma Divisão de Saúde da Criança e do Adolescente que é responsável pelas ações de promoção da amamentação, incluindo ponto focal da ação MTA. Esta Divisão está atualmente inserida na direção de Atenção e Vigilância em Saúde do estado. Embora exista a concorrência de outras ações prioritárias dentro da rede materno infantil, foi possível observar um investimento em organizações de capacitação dos profissionais envolvidos entre os anos de 2011-2015. Período em que foi dada mais ênfase às ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, como a organização de oficinas de formação dos profissionais da saúde, incluindo da ação MTA, seminários durante a Semana Mundial de Amamentação e reuniões com tutores das estratégias.

Ao total foram organizadas pela equipe estadual três oficinas da ação MTA no estado resultando em 86 tutores formados, destes apenas 6 (7%) atuaram alguma vez como tutor no sistema de monitoramento e 16 SAA foram certificadas, sendo o maior número de SAA certificadas da região sul do país²⁴.

Sobre a governabilidade do sistema, entende-se que as oficinas realizadas, no período observado, estão relacionadas a autonomia das referências da ação MTA no estado em solicitar esta formação ao Ministério da Saúde e organizar a sua realização. A relação do número de tutores formados em cada oficina realizada e informações sobre a certificação das salas apresentados nos relatórios de gestão publicados no período também demonstra a capacidade de gerenciamento e, de forma superficial, a capacidade de monitoramento da ação pela equipe estadual no período analisado.

Contexto Institucional

O estudo foi realizado entre agosto de 2017 e outubro de 2019, nas SAA do estado do Paraná, localizadas em Curitiba, Londrina e São José dos Pinhais. Participaram do estudo 13 SAA das 16 existentes no estado pertencentes a 9 instituições, sendo elas 6 (67%) públicas, 2 (22%) privadas e 1 (11%) Fundação sem fins lucrativos. Uma instituição participou deste estudo com 5 SAA em diferentes polos, as demais instituições (89%) possuem uma SAA cada. Uma instituição privada não aceitou participar deste estudo e duas SAA não haviam sido utilizadas nos últimos 6 meses e foram excluídas do estudo conforme critérios de exclusão, destas, uma SAA foi fechada para reformas de edifícios logo após ser certificada e outra nunca foi usada depois de aproximadamente 2 anos após receber sua certificação. Onze das 13 SAA estão localizadas em Curitiba (84,6%), capital do estado.

As empresas são classificadas como médio porte 3 (33%) e grande porte 6 (67%), a partir do número de funcionários. A mediana de mulheres empregadas em idade fértil foi de 302 (22-1991). Em 11 SAA (84,6%) existe a licença maternidade de 6 meses. As instituições conhecem a proporção de funcionárias que utilizam a sala em 8 SAA (61,5%).

A média do escore de implantação das 13 SAA no estado foi de 8,53 (DP = 1,26), sendo o valor mínimo 7 e o máximo 10. O cálculo com o percentual de SAA com implantação consolidada e implantação avançada em relação ao total de SAA analisadas evidenciou 69% e 31% respectivamente. Na Tabela 1 encontram-se os escores de cada instituição avaliada com relação ao seu grau de implantação.

Três pontos chamaram a atenção: 1) o fato que cinco (38,46%) das SAA possuem mais que 400 funcionárias em período fértil e, destas, apenas uma (20%) delas possui mais de uma poltrona conforme a recomendação existente; 2) cinco

(38,46%) das salas visitadas não possuíam termômetro para o monitoramento diário da temperatura e sete (54%) das SAA, incluindo essas cinco que não possuem termômetro, não realizavam o controle diário da temperatura e em uma (7,69%) das salas visitadas a temperatura era controlada pelas próprias mulheres usuárias, que preenchiam o registro diário de uso da sala, verificavam a temperatura e preenchiam o formulário caso ainda não tivesse sido preenchido no dia e 3) em quatro (31%) das salas visitadas não existia um responsável interno pelo monitoramento das salas.

Avaliação do grau de implantação e relação com o contexto organizacional

Sobre a relação entre o grau de implantação e o contexto organizacional, foi possível observar o impacto positivo dos investimentos dos governos federal e estadual na ação MTA.

Observa-se que o contexto federal influenciou positivamente a implantação da MTA ao formar tutores em todos os estados, incluindo o Paraná, e disponibilizar materiais. A partir do Triângulo de Governo, em geral, foram identificados mais aspectos positivos do que negativos, em especial entre os anos de 2011-2015, período em que foram realizadas as três oficinas da MTA no estado com o apoio do Ministério da Saúde. Além disso, a realização de oficinas de formação de tutores no estado possibilitou maior adesão das empresas à estratégia MTA com a sensibilização de gestores e a constituição de SAA²⁵.

Com base no referencial matusiano²¹ (Figura 1), como pontos positivos pôde-se observar a influência do contexto sobre a implantação das SAA, de modo que o contexto estadual favorável com a prioridade para a saúde materno-infantil e promoção, proteção e apoio à amamentação e incentivo à ação MTA por meio de formações de tutores, pode contribuir para uma implantação de um maior número de SAA em comparação com os estados da região Sul do país²⁴.

Discussão

O presente estudo apontou o grau de implantação das SAA no estado do Paraná levando em consideração a influência do contexto organizacional federal e estadual. Trata-se de uma pesquisa inédita no Brasil, pois não foram identificadas na literatura outras iniciativas de avaliação de implantação das SAA.

Para observar o grau de implantação das SAA, foi necessário compreender o modelo lógico da ação MTA, onde as SAA estão inseridas. A ação MTA faz parte do

eixo aleitamento materno e alimentação complementar saudável da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída por meio da portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015¹⁶, sendo a última ação de promoção, proteção e apoio à amamentação lançado no país em 2010.

Ao confrontarmos o observado da realidade empírica com o modelo lógico da ação, observamos que a formação de tutores nos estados é de responsabilidade apenas do Ministério da Saúde. Reconhecemos que este ponto pode impactar a autonomia da gestão estadual e municipal em formar tutores conforme a necessidade local. Segundo Pereira *et al.* (2010)²⁶, é importante consolidar a capacidade de cada ente federado em executar suas funções e interagir com as demais esferas de governo.

O modelo de formação atual dos tutores da estratégia corresponde a uma oficina teórico-prática de 16 horas. A formação é realizada somente por facilitadores do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria. O estado organiza e apoia a realização da oficina. Os tutores que possuem perfil para serem facilitadores, podem auxiliar o Ministério da Saúde quando solicitado para auxiliar em novas oficinas.

Durante a própria realização da oficina de formação são previstas visitas técnicas às empresas candidatas à implantação das SAA, fator que contribui para a implantação de novas salas durante a própria oficina de formação de tutores. Contudo, dado o contexto atual em que vivemos relacionado a nova pandemia da COVID 19, seria necessário refletir em novos modos de ensino para a formação de tutores adaptados ao contexto atual como a possibilidade de formações parcialmente à distância.

De acordo com Vasques *et al.* (2017)²⁵, as oficinas de formação de tutores realizadas pelo Ministério da Saúde no estado do Paraná permitiram desmistificar junto aos gestores estigmas relacionados às SAA como o alto custo para implantação, a falta de espaço físico, a baixa demanda para utilização da sala, a não priorização da ação no âmbito da empresa, a ausência da profissional no setor de trabalho, entre outros.

Em nossa análise, não foram observadas a realização de formações sobre esta estratégia desde 2015, o que apresenta um fator limitante para a proposição e ênfase na continuidade, no gerenciamento e no monitoramento das ações desenvolvidas no estado, uma vez que o contexto estadual tem um grande potencial

de favorecer a implementação das SAA quando é atuante. Destacamos ainda, que a não continuidade da realização das oficinas no estado pode estar relacionada ao não credenciamento de novas SAA sendo uma barreira para a continuidade da ação no estado.

Observamos que a maior parte das SAA certificadas no estado estão localizadas na capital do estado, sendo interessante expandir para as demais regionais de saúde. No entanto, de acordo com Souza *et al.* (2018)²⁴, a expansão das SAA para todas as 22 regionais de saúde do estado do Paraná representa um desafio. Outros desafios apontados por Souza *et al.* (2018)²⁴ estão relacionados ao acompanhamento e apoio da equipe técnica que coordena a ação no estado às atividades dos tutores e ao suporte às empresas. A partir dos documentos oficiais analisados e do sistema de monitoramento, não foi possível identificar o percentual de tutores que estão atualmente ativos. Sabe-se apenas que dos 86 tutores formados no estado, 6 atuaram no sistema em algum momento.

Observamos, desta forma, uma fragilidade no monitoramento desta ação, em especial relacionada a ação dos tutores e em mantê-los ativos no sistema. Este fato apontaria para uma fragilidade importante na governabilidade do sistema. O tutor tem um papel fundamental na implementação desta ação, sendo necessário estudo complementares que pudessem melhor compreender este fato.

Com relação ao tipo de empresa que implanta as SAA, um desafio apontado pelo Ministério da Saúde é que 65,7% das SAA de todo o Brasil estão implantadas em hospitais, acredita-se que seja devido à facilidade de estrutura física organizada para posto de coleta ou Banco de Leite Humano. No entanto, no Paraná, observa-se que das salas certificadas até 2017, apenas três (18,75%) são localizadas em hospitais, o restante, 81, 25% estão localizadas em empresas.

No contexto institucional, a média de escore das SAA do estado do Paraná apresenta um grau de implantação consolidado. Contudo, foram evidenciadas fragilidades no respeito de alguns dos critérios estabelecidos pelo MS, como a adequação do número de poltronas/cadeiras à quantidade de funcionárias em idade fértil. No entanto, compreendemos que o fato de possuir apenas uma poltrona não aparenta ser um obstáculo para o uso das SAA. Os benefícios de possuir a SAA com ao menos uma poltrona é muito maior, sendo um dos principais fatores que facilitam a amamentação^{27,28}. De acordo com Mills (2009)²⁹ a falta de SAA constitui uma barreira à amamentação e um incômodo por não ter lugar para retirar o leite durante

a jornada de trabalho.

Outro ponto observado diz respeito à inexistência de termômetro do refrigerador em algumas salas e a falta de monitoramento diário da temperatura do refrigerador para a garantida qualidade microbiológica do leite humano. Observou-se que, por iniciativa das usuárias, em uma das SAA, as próprias realizavam este monitoramento, demonstrando a consciência sobre a importância de garantir o bom funcionamento do refrigerador. Este ponto sobre a não realização do monitoramento diário da temperatura conforme orientação ministerial também coloca em evidência a falta de uma institucionalização e de definição de responsabilidades internas sobre o cuidado de utilização e manutenção das SAA em algumas das empresas participantes do estudo.

Diferentes autores reconhecem a importância da institucionalização de uma política escrita de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com ênfase no local de trabalho^{8,9,30,31}. Embora seja uma questão de organização interna de cada empresa, ter uma referência para supervisionar e monitorar o uso das salas, não apenas com relação ao monitoramento da temperatura, mas também para refletir sobre ações de cuidado diário e de promoção do uso das SAA seria um requisito importante que poderia contribuir para promover internamente o uso da sala.

A partir de nosso estudo, identificamos questões importantes que nos permitem oferecer subsídios para o aperfeiçoamento da ação e algumas recomendações para a expansão das SAA por meio da ação MTA. Acredita-se que um dos pontos a serem melhorados nesta ação seja formalização de uma pactuação entre os gestores, incluindo âmbito municipal.

Venancio *et al.* (2013)³² em um estudo sobre a implantação de outra estratégia da política de amamentação no Brasil, recomenda ações que podem ser estendidas no contexto da ação MTA, por exemplo, no âmbito federal, maior articulação entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); pactuar financiamento para implantação da estratégia e apoio aos estados e municípios para a realização de capacitações no contexto da educação permanente. Para os estados, recomenda-se priorizar a estratégia nos planos de saúde, para a garantia do apoio político e financeiro para a sua implantação; fortalecimento da Coordenação Estadual da intervenção e definição de desenhos de implantação adequados aos diferentes contextos organizacionais. Para os municípios, as ações indicadas estão relacionadas

ao fortalecimento do papel dos tutores, o incentivo à capacitação de profissionais e o apoio à inclusão nos planos de ação municipal. Somando-se a estas recomendações, acredita-se que permitir incentivar que o próprio estado ou município possam realizar as oficinas de formação de tutores nesta estratégia também possa contribuir para aumentar o número de tutores atuantes.

No contexto institucional, ressalta-se a importância de uma institucionalização das SAA como uma estratégia reconhecida pela empresa com a identificação de um setor responsável para não haja o risco de se perder ao longo do tempo. Seria importante a formalização de uma política institucional de promoção, proteção e apoio à amamentação com a definição de responsabilidades internas para acompanhamento e manutenção das SAA, incluindo a possibilidade de compartilhar esta responsabilidade com as mulheres trabalhadoras, conforme sugerido por Payton *et al.* (2019)³⁰, nesse processo de manutenção das SAA, o que poderia ser uma solução para algumas dificuldades encontradas, como a coleta diária da temperatura, entre outros.

Nosso estudo possui algumas limitações: 1) realizou-se a análise do contexto em apenas um estado que possui a 76,2 % das SAA na região sul do país e 8 % do total de 200 SAA certificadas no Brasil até 2017. Devido às disparidades entre as regiões brasileiras, seria interessante investigar, por meio de estudos complementares, se os achados deste estudo podem ser estendidos para as demais regiões do país; 2) A influência dos processos de trabalho das equipes sobre o grau de implantação não foi foco do presente estudo, aspecto que poderia elucidar questões adicionais relevantes. Evidenciamos, portanto, a necessidade de estudos complementares. 3) Este estudo não inseriu em sua análise o contexto municipal embora apareça no modelo lógico da estratégia, pois observou-se que na ação MTA, o ponto focal estadual exerce maior contato com o MS e com os tutores.

Apesar destas limitações, trata-se de um primeiro estudo no Brasil a apresentar a descrição do contexto organizacional federal, estadual e institucional e sua relação com o grau de implantação da ação MTA, em especial, a implantação das SAA no estado do Paraná.

Concluimos que as SAA existentes no estado do Paraná apresentam um grau de implantação consolidado com poucas, mas importantes questões a serem melhoradas para uma expansão em larga escala, em especial no que se refere ao processo de monitoramento da estratégia no contexto estadual e à estrutura

organizacional existentes nas instituições. As SAA representam uma ótima estratégia que pode contribuir para elevar os índices de amamentação, promovendo a sua continuidade.

Referências

1. Addati L, Cassirer N, Gilchrist K. Maternity and paternity at work: law and practice across the world International Labour Office. Geneva: ILO. 2014. 204 p.
2. Tsai SY. Employee Perception of Breastfeeding-Friendly Support and Benefits of Breastfeeding as a Predictor of Intention to Use Breast-Pumping Breaks After Returning to Work Among Employed Mothers. *Breastfeed Med* 2014 (B); 9: 16–23.
3. Aikawa T, Pavadhgul P, Chongsuwat R, Sawasdivorn S, Boonshuyar C. Maternal return to paid work and breastfeeding practices in Bangkok, Thailand. *Asia Pac J Public Health* 2015; 27(2):NP1253-62.
4. World Health Organization & United Nations Children's Fund. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049> (acessado em 23/Mai/2021).
5. Garvin CC, Sriraman NK., Paulson A., Wallace E., Martin C. E. & Marshall L. The business case for breastfeeding: a successful regional implementation, evaluation, and follow-up. *Breastfeeding Medicine* 2013; 8 (4):413-417. Doi: 10.1089/bfm.2012.0104
6. Tsai SY. Influence of Partner Support on an Employed Mother's Intention to Breastfeed After Returning to Work. *Breastfeeding Medicine* 2014 (A); 9 (4):222-30. Doi: 10.1089/bfm.2013.0127
7. Dagher RK, McGovern PM, Schold JD, Randall, XJ. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *Pregnancy and Childbirth* 2016; 16:194. Doi: 10.1186/s12884-016-0965-1
8. Fernandes V MB, Santos EKA, Zampieri, MFM, Gregório VRP, Hernandez MJ, Ribeiro LC. Condutas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho. *Texto & Contexto – Enfermagem* 2018; 27:e2560016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002560016>
9. Bai YK, Gaits SI, Wunderlich SM. Workplace lactation support by New Jersey employers following US Reasonable Break Time for Nursing Mothers law.

Journal of Human Lactation 2015; 31 (1):76-80. Doi: 10.1177/0890334414554620

10. Amin T, Hablas H, Al Qader, AA. Determinants of Initiation and Exclusivity of Breastfeeding in Al Hassa, Saudi Arabia. Breastfeeding Medicine 2011; 6:2. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0018>

11. Lee CC, Chiou ST, Chen LC, Chien LY. Breastfeeding-friendly environmental factors and continuing breastfeeding until 6 months postpartum: 2008-2011 national surveys in Taiwan. Birth 2015; 42(3): 42-248. Doi: 10.1111/birt.12170

12. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Hussey J, Liu J. Balancing work and family: effect of employment characteristics on breastfeeding. Journal of Human Lactation 2011; 27(3):225- 238.

13. Basrowi RW, Sulistomo AB, Adi NP, Vandenplas Y. Benefits of a dedicated breastfeeding facility and support program for exclusive breastfeeding among workers in Indonesia. Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition 2015; 18:94-9.

14. Kozhimannil KB, Jou J, Gjerdingen DK, McGovern PM. Access to Workplace Accommodations to Support Breastfeeding after Passage of the Affordable Care Act. Womens Health Issues 2016; 26(1):6-13.

15. Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet 2016; 387(10017):491-504. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2

16. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. 180 p. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.(acessado em 23/Mai/2021).

17. Ministério da Saúde. Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 18p http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implantacao_salas_apoio_amamentacao.pdf. (acessado em 23/Mai/2021).

18. Nardi AL, Von Frankenberg AD, Franzosi OS, Espírito-Santo LC. Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva 2020; 25(4), 1445-1462. Doi: 10.1590/1413-81232020254.20382018

19. Carvalho, J. Participação feminina no mercado de trabalho é de 44,8% no

Paraná. CBN Curitiba, 2019. <https://cbncuritiba.com/participacao-feminina-mercado-de-trabalho-parana/> (acessado em 23/Mai/2021).

20. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P, Denis J-L. A análise da implantação. In: Brousselle A. (Org). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. P.217-38.

21. Matus C. Política, planejamento e governo. 3ª Ed. Tomo I. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.

22. Souza CB, Monteiro FR, Araujo RG, Venancio SI, Silva RPGVC. Histórico da implantação da estratégia mulher trabalhadora que amamenta no Brasil. In: XIV Encontro Nacional de Aleitamento Materno (XIV ENAM) e IV Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável (IV ENACS). Anais do XIV ENAM e IV ENACS. 2016, Florianópolis. http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2017/01/ANAIS_ENAM2016.pdf (acessado em 23/Mai/2021).

23. Venâncio SI, Frias PG, Lamy ZC, Espírito-Santo LC, Garaffa RC. Os modos de fazer consultoria: o olhar da gestão para o trabalho dos consultores de saúde da criança nos estados brasileiros. Divulgação em Saúde para debate 2016; 53:85-93.

24. Souza CB, Vasques JR, Luz CP, Novadzki IM, Venancio SI, Budk MC, Gevaerd JS RVC, Silva RVC. Expansão das salas de apoio a amamentação no estado do Paraná. In: 24º Congresso Brasileiro de Perinatologia. Anais do 24º Congresso Brasileiro de Perinatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018, Natal. <http://anais.sbp.com.br/trabalhos-de-congressos-da-sbp/24-congresso-brasileiro-de-perinatologia/0458-expansao-das-salas-de-apoio-a-amamentacao-no-estado.pdf> (acessado em 23/Mai/2021).

25. Vasques, JR, Luz, CP, Novadzki, IM, Souza, CB, Budk, MC, Silva, RVC, Gevaerd, JS and Venancio, SI. Salas de Apoio a amamentação no estado do Paraná: um relato de experiência. In: 38 Congresso Brasileiro de Pediatria, 2017, Fortaleza. Anais do 38 Congresso Brasileiro de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017. <http://anais.sbp.com.br/trabalhos-de-congressos-da-sbp/38-congresso-brasileiro-de-pediatria/2611-salas-de-apoio-a-amamentacao-no-estado-do-parana.pdf> (acessado em 23/Mai/2021).

26. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad Saúde Pública 2010; 26:2343-54.

27. Stewart-Glenn J. Knowledge, perceptions, and attitudes of managers, coworkers, and employed breastfeeding mothers. *AAOHN J* 2008;56(10):423–429
28. Weber D, Janson A, Nolan M, Wen LM, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J* 2011; 6(1):19. Doi: <https://doi.org/10.1186/1746-4358-6-19>
29. Mills, SP. Workplace lactation programs: A critical element for breastfeeding mothers' success. *AAOHN J* 2009; 57(6):227-31. Doi: 10.3928/08910162-20090518-02
30. Payton C, Romney M., Olson BH., Abatemarco DJ, LaNoue M, Leader AE. Evaluation of workplace lactation support among employers in two Pennsylvania cities. *Business Horizons* 2019; 62(5):579–587. Doi:10.1016/j.bushor.2018. 10.002
31. Johnson AM, Kirk R, MuzikM. Overcoming workplace barriers: A focus group study exploring African American mothers' needs for workplace breastfeeding support. *Journal of Human Lactation* 2015; 31(3), 425-433. Doi:10.1177/0890334415573001
32. Venâncio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H, Rios GS e Frias PG. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(11):2261-2274. <https://doi.org/10.1590/0102-311x0015671>

Figura 1: Modelo lógico organizacional da Ação Mulher Trabalhadora que Amamenta, Paraná, Brasil, 2017-2019

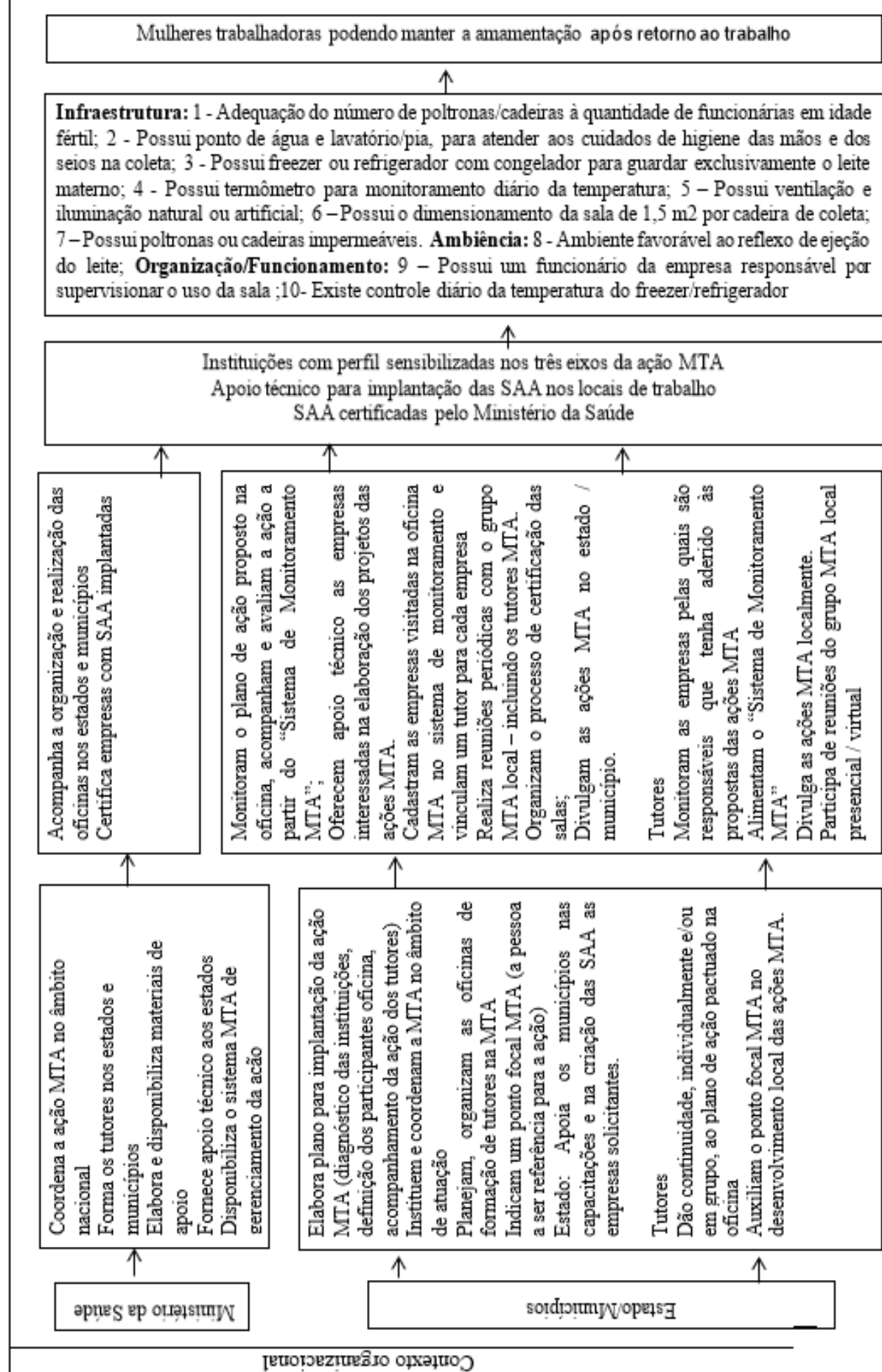
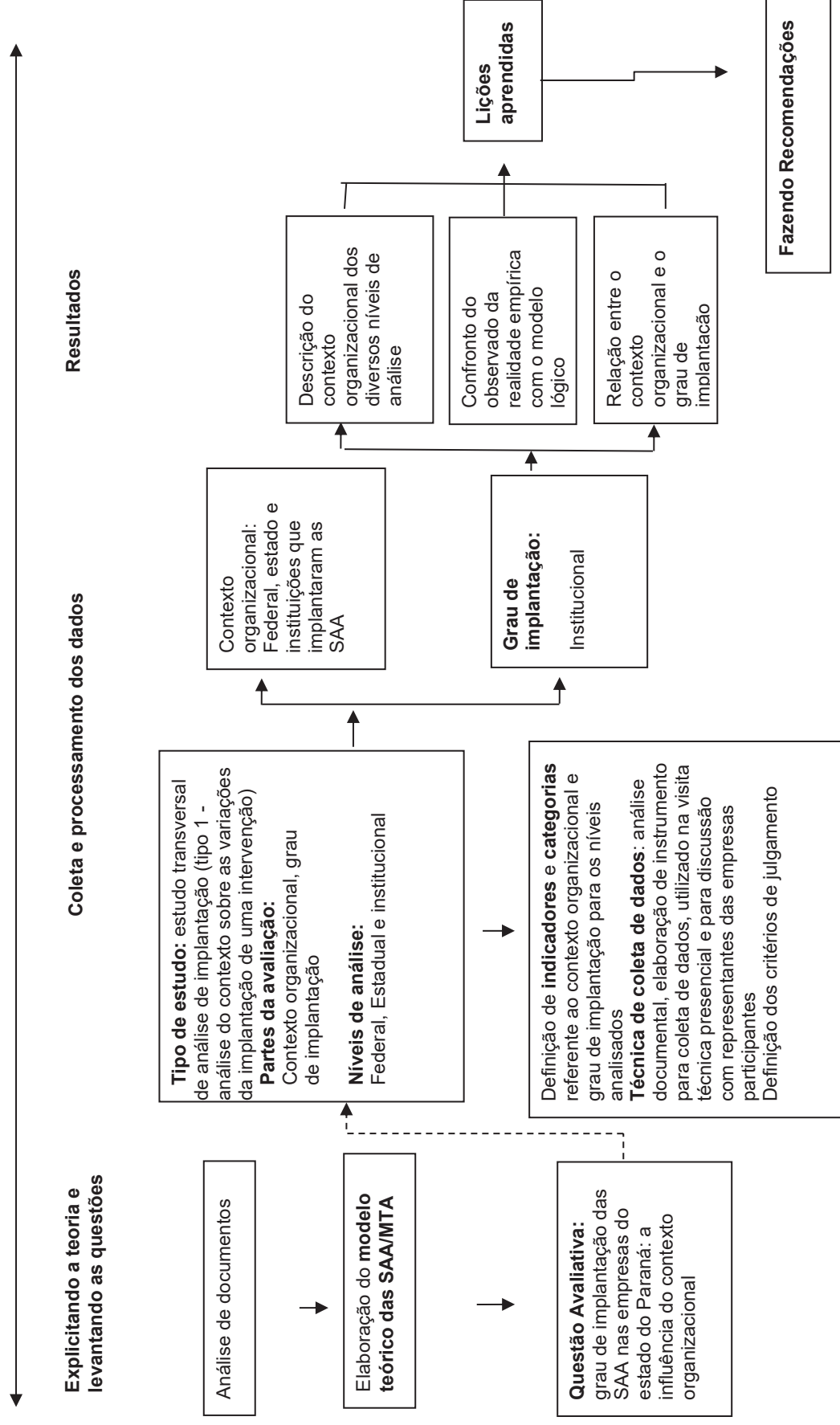


Figura 2: Modelo teórico de avaliação da implantação das Salas de Apoio a Amamentação inseridas na ação Mulher Trabalhadora que Amamenta, Paraná, Brasil, 2017-2019.



Quadro 1. Categorias, definições e indicadores operacionais de análise com base no triângulo de Governo²¹, Paraná, Brasil, 2017-2019.

Categorias de análise	Definição	Indicadores Operacionais
Projeto de governo	Conteúdo proposto do plano, com ações que pretende realizar para alcançar objetivos. Considerou-se aqui a direcionalidade dos planos em relação à saúde materno infantil, ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e em especial da ação MTA	1 Promoção da saúde e em especial da materno-infantil como prioridade 2 Promoção, proteção e apoio à amamentação e incentivo à ação Mulher Trabalhadora que Amamenta
Capacidade de governo	Está relacionado ao capital teórico, instrumental e experiência acumulada da equipe para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo (destreza para estratégias e táticas)	1. Estabilidade da direção 2. Desenho organizativo (existência de setor relacionado à saúde da criança, existência de coordenação da MTA – ponto focal) 3. Conhecimento da equipe técnica sobre o papel da coordenação da saúde da criança, organização e participação em formações sobre as estratégias de promoção, proteção e apoio a amamentação do Ministério da Saúde e, em especial, da ação MTA
Governabilidade do sistema	Diz respeito à liberdade de ação de que dispõe os atores sociais em situação, em face das variáveis. Considerada a capacidade de explicar a realidade, antecipar respostas e propor ações adequadas.	1. Autonomia do ponto focal (profissional referência da ação MTA) em propor ações para o gerenciamento e monitoramento da ação MTA (acompanhamento das atividades dos tutores formados)

Tabela 1: Grau de implantação e adequação às recomendações por sala de apoio à amamentação, Paraná, Brasil, 2017-2019.

Critérios de pontuação (Sim = 1 ponto, Não = 0 pontos)	Salas de Apoio a Amamentação												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Infraestrutura (total de 7 pontos)	7	6	6	7	6	6	6	7	6	7	6	6	7
1 – Adequação do número de poltronas/caadeiras à quantidade de funcionárias em idade fértil*	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
2 – Possui ponto de água e lavatório/pia, para atender aos cuidados de higiene das mãos e dos seios na coleta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3 – Possui freezer ou refrigerador com congelador para guardar exclusivamente o leite materno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4 – Possui termômetro para monitoramento diário da temperatura	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1
5 – Possui ventilação e iluminação natural ou artificial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6 – Possui o dimensionamento da sala de 1,5 m2 por cadeira de coleta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7 – Possui poltronas ou cadeiras impermeáveis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ambiência (1 ponto)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8 – Ambiente favorável ao reflexo de ejeção do leite: é tranquilo, confortável e com privacidade	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Organização/Funcionamento (2 pontos)	2	2	0	2	2	1	0	2	0	1	0	1	2
9 – Possui um funcionário da empresa responsável por supervisionar o uso da sala?	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1
10- Existe controle diário da temperatura?	1	1	0	1	1	0	0	1**	0	0	0	0	1
Total	10	9	7	10	9	8	7	10	7	9	7	8	10

* Recomenda-se 1 poltrona a cada 400 trabalhadoras idade fértil

**Usuárias que controlam a temperatura diária

Cada critério tem o valor de 1 ponto. Valor mínimo de 0 pontos e máximo de 10 pontos. Pontos de corte para análise do grau de implantação: Implantação Incipiente (I): 0 a 4,9 pontos; Avançada (A): 5 a 7,9 pontos; Consolidada (C): 8 ou mais pontos

4.3 ARTIGO 3: BREASTFEEDING PRACTICES AMONG WOMEN EMPLOYEES WHO USE BREASTFEEDING SUPPORT ROOMS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Breastfeeding practices among women employees who use Breastfeeding Support Rooms: a cross-sectional study

Abstract

Objectives: To identify the profile and breastfeeding practices of women employees who attended Breastfeeding Support Rooms in the state of Paraná, southern Brazil.

Methodology: This is an exploratory-descriptive cross-sectional study. Formal women workers of companies with Breastfeeding Support Rooms were interviewed following a semi-structured questionnaire and a self-administered form. Pearson's Chi-square test was used to analyze the association between categorical variables. We set the significance level at 5%.

Result: 87% of the women breastfed exclusively for 6 months; 60.3% had an undergraduate or graduate degree; 66% breastfed throughout their child's second year of life; 41% used their company's Breastfeeding Support Room for five to ten months. The employees with the longest working time in the company (78%) were the ones who used the rooms the most ($p=0.02$). The variable of women who breastfed throughout the time the research took place (57%) had a significant relationship with education level ($p=0.03$). Women who work in the public sector (62%) breastfed for longer ($p=0.01$). Women who were married or in a civil union (96%) received the most support to continue breastfeeding after returning to work ($p=0.002$).

Conclusions for Practice: This novel study showed the profile and breastfeeding practices of women who used Breastfeeding Support Rooms. This data can be used to propose improvements to this strategy or subsidize a large-scale expansion of Breastfeeding Support Rooms. It is imperative to reflect upon future actions so that these rooms reach a higher number of attendees.

Keywords: Breastfeeding; breastfeeding support; breastfeeding promotion; lactation workplace programs; program evaluation

Significance

What is already known on this topic?

Breastfeeding Support Rooms (BSR) can increase breastfeeding rates. After the implementation of BSR in Brazil in 2010, there were no studies that highlighted the profile of people who have used these rooms and whether BSR are fulfilling their purpose.

What does this study add?

This study, the first of its kind in Brazil, aims to identify the profile of BSR users and their breastfeeding practices. The results of this study may contribute to the improvement of the strategy and large-scale implementation of BSR according to the profile of women who have used them. We believe that the results may apply to other contexts with similar working conditions and women's profiles. Our study can assist public policies to promote, protect and support breastfeeding in the workplace.

Introduction

The return to work challenges the continuity of breastfeeding (Dagher, McGovern, Schold, & Randall, 2016; Monteiro, Buccini, Venâncio, & Costa, 2017). Breastfeeding has numerous benefits related to the physical and emotional well-being of women and children; this practice is associated with full cognitive development in infants and can contribute to environmental and economic factors (Krol & Grossmann, 2018; Hansen, 2016; Victora, *et al.*, 2016; Rollins, Bhandari, Hajeerbhoy, Horton, & Victora, 2016; World Health Organization, 2019; Venancio & Toma, 2019).

Only 41% of all babies under six months are exclusively breastfed; 70% of one-year-old children and 45% of two-year-old children are subjected to extended breastfeeding (World Health Organization, 2019). In comparison, studies indicate some advances in breastfeeding rates in Brazil: 45.7% of babies under 6 months are exclusively breastfed, whereas 53.1% of one-year-old and 60.9% of two-year-old children are subjected to extended breastfeeding (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020). Despite the increase in breastfeeding rates, Brazil still falls short of the international targets established by the World Health Assembly for 2025, in which at least 50% of children should be exclusively breastfed up to six months (Victora *et al.*, 2016).

To support breastfeeding and early childhood development, the Maternity Protection Convention of the International Labor Organization (ILO) defends the right to 14 weeks of paid maternity leave, along with breaks during work hours, and to adequate space for breastfeeding support after their return. The ILO also recommends that countries enact legislation that provides 18 weeks of 100% paid maternity leave, paid for by the government. Currently, out of all nations, only 11% meet this recommended standard (Addati, Cassirer, & Gilchrist, 2014; World Health Organization, 2019).

Currently, in Brazil, actions to promote breastfeeding include strategies for primary health care up to hospital care and labor legislation that support breastfeeding and maternity, such as the right to paid maternity leave of 120 days for formal workers, breaks to breastfeed for six months and the right to daycare. With the launch of the program Citizen Company (*Empresa Cidadã*) in 2008, the possibility of raising paid maternity leave to 180 days by granting a tax incentive was expanded, according to the will of the employer (Presidência da República, 2008). The Working Women who Breastfeed (*Mulher Trabalhadora que Amamenta* – MTA) action was established in 2010 by the Ministry of Health in order to strengthen labor legislation to support maternity and breastfeeding at work and promote the installation of Breastfeeding Support Rooms (BSR) (Ministério da Saúde, 2015).

BSR contribute to the maintenance of breastfeeding (Rollins, Bhandari, Hajeerhoy, Horton, & Victora, 2016). With the possibility of breast milk extraction during the workday, women can maintain milk production, relieve discomfort, and safely store their milk for their child or donate it to a human milk bank (Nardi, von Frankenberg, Franzosi, & Espírito Santo, 2020).

Although it is still a new project, with only 235 BSR certified by the Brazilian Ministry of Health by 2020, these rooms may have contributed to raising breastfeeding rates in the country, since, as evidenced by Basrowi *et al.* (2015), Kozhimannil *et al.* (2016), Lee *et al.* (2015), Nardi *et al.* (2020), BSR contribute to higher rates of exclusive breastfeeding and extended breastfeeding.

Since the launch of BSR in Brazil in 2010, few studies have addressed this subject. To the best of our knowledge, there are no studies on the BSR that were implemented, nor studies that define the profile of women who use BSR to better adapt the action to its audience. Thus, the objectives of this study were to identify the profile

and breastfeeding practices of women who use Breastfeeding Support Rooms. This study is part of a doctoral thesis that evaluated BSR in the southern region of Brazil.

Methods

Design

This is a cross-sectional, exploratory-descriptive study. The development of the study took place between December 2019 and December 2020. However, the study was interrupted for 3 out of 12 months due to the COVID-19 pandemic.

Sample

We applied convenience sampling to select the participants from a pool of 130 women who used BSR, all formal workers from eight companies in the state of Paraná that implemented BSR, and whose rooms were certified by the Brazilian Ministry of Health until December 2017. Thus, our sample consisted of 88.9% of companies with active and certified BSR in Paraná. The state of Paraná is located in the southern region of Brazil, one of the most developed in the country.

All women employees who were on maternity leave sometime in the year before the start of the study and who used BSR were eligible for inclusion. We excluded women from companies whose BSR went unused in the last 6 months prior to the start of the study.

Data Collection

We designed a semi-structured questionnaire containing open and closed questions about the women's profile, their breastfeeding practices, and the support they received to continue breastfeeding. The information collected is included in Table 1.

Insert table 1 here

Initially, the questionnaire was applied in an in-person interview conducted inside the BSR. However, due to the spread of COVID-19, we requested the Research Ethics Committee to allow us to continue collecting data through a self-administered online questionnaire (Google Forms) to ensure social distancing. The questionnaire

included a Free and Informed Consent (IC) form. The study's co-participant company sent an invitation for employees to participate in the study, both for the interview and to fill out the online questionnaire, via corporate email. The women were informed of the date and time that the researcher (first author) would be at the company to conduct the in-person interview. Those who were asked to fill out the online questionnaire had up to 60 days to do so.

Data Analysis

The variables studied were expressed in absolute and relative frequencies. Pearson's Chi-square test was used to analyze the association between categorical variables. We set a significance level of 5% in the Statistic 10.0 program (StatsoftR) for all tests.

The study was approved by the Ethics Committee of the university's Health Sciences Department, under the Certificate of Presentation of Ethical Appreciation (CAAE) number 65401917.5.3004.5225.

Results

Sample Characteristics

From a total of 130 women eligible for the study, 53 women participated, 8 (15%) through the semi-structured interview and 45 (85%) through the online questionnaire. The response percentage corresponded to 40.8%. The profile of women employees who used BSR is presented in Table 2.

Insert table 2 here

We observed that the majority of women worked in public (62%, n= 33) and large companies (79%, n = 42), 78% (n=41) had worked for the company for between 1 and 10 years, 60.3% (n=32) had a high level of education and 96% (n=51) were married or lived in a stable union.

Breastfeeding profile and use of Breastfeeding Support Rooms (BSR)

The breastfeeding profile of women who used BSR and data on the time using BSR are available in Table 2 and Table 3. Out of the women who participated, 100%

took a six-month maternity leave, 46 (87%) breastfed exclusively until the baby was six months and 35 (66%) continued breastfeeding during the second year of life of the baby.

The period of breastfeeding was related to the type of company in which the woman worked (public or private); women who worked in public companies breastfed for longer.

The level of education showed a significant association with breastfeeding at the time the study. The highest percentage of women who were breastfeeding at the time the study took place had graduated from high school (83.3%), followed by university (80%).

Of the 30 (56.6%) women who were breastfeeding at the time of the survey, 13 (43%) intended to continue breastfeeding until or after their child turned 2, five (17%) claimed they would breastfeed until when they felt comfortable, nine (30%) wished to follow natural weaning, up until the baby rejected breast milk, and three (10%) were not sure, since they were already in the process of weaning or already wanted to wean, but did not know how. Regarding the age of children of women who were breastfeeding at the time of the study, we gathered that 2 (7%) were between eight and 11 months, 20 (67%) were between 12 and 24 months, and eight (26%) were between 25 and 32 months.

Regarding the time using the room, the women employees with the longest working time in the company were the ones who most used breastfeeding rooms. The median use of BSR corresponded to 150 days (1-630), approximately five months.

On the support to keep breastfeeding after returning to work, 41 (77.35%) women said they had received support. We observed that women who were married or in a stable union had more support to maintain breastfeeding after returning to work than single women, as seen in Table 3.

Insert table 3 here

Discussion

This study identified the profile and breastfeeding practices of women who used BSR. Few studies address this issue, national or international. In Brazil, two published studies evaluated the perception of managers about BSR in the state of Santa Catarina. In the first, Fernandes *et al.* (2016), sought to understand from the

point of view of managers the capabilities and difficulties for the implementation of Breastfeeding Support Rooms in public and private companies. In the second, Fernandes *et al.* (2018) highlighted the behaviors of managers related to breastfeeding support in the workplace.

In our study, we investigated the profile and breastfeeding practices of women who used BSR, and since, to the best of our knowledge, there are no similar studies made in Brazil in the literature, this is a novel study.

The response rate, which was just over 40% of the population of women who used BSR in the state, was considered within the standard for research with online self-administered questionnaires, as observed in studies that used the same methodology (Silva, *et al.*, 2021; Vale, Passos, Carvalho, & Carvalho, 2021).

In Brazil, women are inserting themselves more and more within the formal labor market; 54.6% of women workers live with children under 3 years old (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021). BSR are a fundamental strategy to support breastfeeding in the work environment, along with breastfeeding breaks, maternity leave, counseling, and lactation management during the transition back to work (Garvin, *et al.*, 2013; Dagher, McGovern, Schold, & Randall, 2016).

Most women have worked for more than six years in their companies, which may be related to the fact that more than half of them work for the public sector and, thus, have more work stability. We observed that most women worked full-time, yet about 21% of our sample had flexible working hours. All women returned to their professional activities after 180 days of maternity leave, exceeding the ILO recommendations of 14 weeks.

For the most part, the women had a high level of education, having a specialization and a master's degree, followed by women with an undergraduate degree. In Brazil, there is an increase in the number of undergraduate and graduate women. According to the national census, in 2000, women accounted for 7% of graduate students but, in 2010, this percentage rose to 12.5% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021). In 2015, 175,419 of Brazilian women were enrolled in a graduate program or had a master's or doctoral degree (Ministério da Educação, 2017).

The relationship between breastfeeding and level of education was investigated by different authors (Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira, 2018; Vieira, Martins, Santana, Vieira, & Silva, 2016; Tsai, 2013). A systematic review carried out

by Santana *et al.* (2018) pointed out that the maintenance of breastfeeding for 12 months or more is associated with multiple factors, mostly contextual and related to some sociodemographic characteristics of mothers, including schooling and maternal age, differing in effect and magnitude among the different populations studied.

Regarding the profile of breastfeeding and use of BSR, our study pointed out that most of the women who were breastfeeding during the study had the lowest level of education in the sample. However, we believe that this result should be considered carefully since it depends on the size and distribution of the sample in the categories analyzed.

Our study showed that women who work in public companies breastfeed for longer, which leads us to conclude that work stability is an important factor for the maintenance of breastfeeding. The lower stress related to performance at work or the lower competition in the labor market may be considered a protective factor. We were unable to identify, in the literature, studies comparing breastfeeding time between workers of public and private companies, and this data is therefore unprecedented. Complementary studies are necessary for the interpretation of these findings that shall, in time, help private corporations to improve actions that can stimulate and support breastfeeding, given the importance of this practice.

We found only one study conducted in Pakistan (Soomro, Shaikh, Bijarani, & Saheer, 2016) that reported the significant difference between public and multinational companies in the quality of breastfeeding facilities. Public and multinational companies were slightly better than private and domestic ones in providing breastfeeding facilities. We emphasize, however, that in our study we did not observe differences related to the quality of BSR facilities between the types of participating companies; whether they were public, private, national, or multinational (data not included).

Another important finding is related to the fact that women who use BSR the most are those who have worked for the longest time in the company. This finding is also unprecedented in the literature, and no similar studies have been found so far that could be compared with our findings. We believe that being in the company longer provides more comfort and freedom for women to use the rooms.

A systematic review conducted by Nardi *et al.* (2020) pointed out some positive and negative associations related to the practice of breastfeeding at work. Positive associations include late return or no return to work, part-time work, breastfeeding support room, availability of time to pump breast milk, consultation with nurses after

returning to work, and participation in a breastfeeding support program. Full-time work showed a negative association with breastfeeding.

These findings corroborate with some data found in this study, such as late return, the availability of use of breaks to pump milk, and the availability of BSR. We found no significant relationship between full-time work and breastfeeding. In our study, 21% of women had flexible working hours.

We observed that women who use BSR in the state of Paraná are married, have a high level of education, have had 6 months of maternity leave and, for the most part, want to continue breastfeeding until their child is at least two years old. These data are important and represent advances in actions to promote breastfeeding and demonstrate the need to expand the right to pause for breastfeeding for longer than the six months of the baby's life since women return to work after this period. There is a need for complementary studies to verify whether these characteristics can also be observed in other regions of the country.

Recent studies on breastfeeding indicators in Brazil show that one of the challenges of the southern region of the country is to raise breastfeeding rates to over one year (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020), which could be achieved by extending breastfeeding breaks and implementing more BSR in the region since the south only has 8% of all BSR in Brazil.

However, more challenges remain; the BSR of Paraná are not reaching a large portion of the population of underprivileged working women who return to work after 120 days of maternity leave. This population needs additional support to maintain exclusive breastfeeding until the child is 6 months old since they must divide their attention between home, work, children, and breastfeeding.

We believe that, to achieve a greater number of smaller companies that have not adopted the 180-day maternity leave, breastfeeding must be promoted on a state and municipal level. A viable strategy is to first map these companies in their territory, then partner with trade unions and labor associations to increase the awareness of businesses and employers about the importance of breastfeeding, for the physical, emotional, political, public, and environmental well-being of the community (Rollins, Bhandari, Hajeerbhoy, Horton, & Victora, 2016), and counsel companies on the possibility of implementing BSR with some investments (Ministério da Saúde, 2015). Thus, women who return to work after four months can continue exclusively breastfeeding until the baby is at least six months old, which could contribute to raising

the rates of exclusive breastfeeding. Another challenge is expanding labor protection laws for breastfeeding women who are in the informal sector, autonomous, and/or unemployed. In large sectors of informal workers, hundreds of millions of working women do not have or have inadequate maternity protection (Rollins, Bhandari, Hajeerbhoy, Horton, & Victora, 2016).

Therefore, to strengthen these actions at a national and international level, countries must establish their policies of promotion, protection, and support for breastfeeding.

The National Policy of Integral Health Care For Children (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança), established in Brazil in 2015, marries 40 year actions to promote, protect and support breastfeeding. However, since 2010, the proposal to implement a special interfederative policy concerning the necessary advances in the promotion, protection, and support of breastfeeding sparked discussed at the federal level. Due to the complexity of the multiple determinants of breastfeeding, intersectoral actions are necessary. Despite recent advances in breastfeeding rates, the country still falls short of national and international recommendations. Thus, establishing a policy is necessary (Ministério da Saúde, 2017).

Our study had some limitations worth mentioning. First, we gathered the results from only one state in Brazil. The study took place in Paraná, in which 76.2% of the BSR in the southern region of the country are located, but corresponds to 8% of the total BSR certified in Brazil in 2017. Brazil is a large and diverse country when it comes to its regions. Thus, future studies must investigate the profile of the users as well as the profile of the breastfeeding women in other parts of the country. Another limitation of the present study owes to the fact that all the female participants had been given a maternity leave of 180 days. There should also be a focus on the breastfeeding profile of women who return to work after 120 days of maternity leave since longer leaves do not benefit all lactating women. Although the methodology found the literature describes a similar effect, the low rate of return of the questionnaire (40%) has an impact on a relatively small sample, which can skew the results, since we were unable to collect data from the other 60% of women who used BSR. Finally, the application of an online questionnaire made it impossible to further investigate the subject with the women who participated. Despite these limitations, this is the first study in Brazil to gather data on the women using BSR, their breastfeeding profile, and how long they

have used BSR.

To conclude, our research identifies several novel aspects on 1) the profile of women who use BSR; 2) the breastfeeding profile of women workers, pointing out that most women exclusively breastfed until six months and continued breastfeeding until the baby turned two years old. Employees who worked at their company for the longest were the ones who most used the BSR and women who work in public companies breastfed for longer. BSR are a low-cost strategy that countries must invest in to promote breastfeeding in the workplace.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

References

- Addati, L., Cassirer, N., & Gilchrist, K. (2014). *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world*. Geneva: International Labour Office. Retrieved January 04, 2021, from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_242615.pdf
- Basrowi, R., Sastroasmoro, S., Sulistomo, A. W., Bardosono, S., Hendarto, A., Soemarko, D. S., . . . Vandenplas, Y. (2018). Developing a workplace lactation promotion model in Indonesia using Delphi technique. *Arch Public Health*, 76(1). Doi:10.1186/s13690-018-0312-2
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dagher, R. K., McGovern, P. M., Schold, J. D., & Randall, X. J. (2016). Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1). Doi:10.1186/s12884-016-0965-1
- Fernandes, V. M., Santos, E. K., Erdmann, A. L., Pires, D. E., Zampieri, M. d., & Gregório, V. R. (2016). Implantação de salas de apoio à amamentação em

- empresas públicas e privadas: potencialidades e dificuldades. *as Gaúcha Enferm*, 37(esp). doi:10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0046
- Fernandes, V. M., Santos, E. K., Gregório, V. R., Hernandez, M. d., & Ribeiro, L. C. (2018). Conduas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho. *Texto & Contexto - Enferm*, 27(3). doi:10.1590/0104-070720180002560016
- Friese, S. (2014). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. London: Sage.
- Garvin, C. C., Sriraman, N. K., Paulson, A., Wallace, E., Martin, C. E., & Marshall, L. (2013). The business case for breastfeeding: a successful regional implementation, evaluation, and follow-up. *Breastfeeding Medicine*, 8(4), pp. 413-417. doi:10.1089/bfm.2012.0104
- Hansen, K. (2016). Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *Lancet*, 387(10017), p. 416. doi:10.1016/s0140-6736(16)00012-x
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Estatísticas de Gênero*. Retrieved January 04, 2021, from Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=2,-2,48,128,129&ind=4699>
- Kozhimannil, K. B., Jou, J., Gjerdingen, D. K., & McGovern, P. M. (2016). Access to Workplace Accommodations to Support Breastfeeding after Passage of the Affordable Care Act. *Womens Health Issues*, 26(1), pp. 6-13. doi:10.1016/j.whi.2015.08.002
- Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 61(1), pp. 977-985. doi:10.1007/s00103-018-2769-0
- Lee, C. C., Chiou, S. T., Chen, L. C., & Chien, L. Y. (2015). Breastfeeding-friendly environmental factors and continuing breastfeeding until 6 months postpartum: 2008-2011 national surveys in Taiwan. *Birth*, 42(3), pp. 242-48. doi:10.1111/birt.12170
- Maycock, B., Binns, C. W., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Yvonne, H., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates. *J Hum Lact*, 29(4), pp. 484-90. doi:10.1177/0890334413484387
- Ministério da Educação. (2017, March 09). *No Brasil, mulheres são maioria nos cursos de pós-graduação*. Retrieved January 04, 2021, from Ministério da Educação: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior->

1690610854/45981-no-brasil-mulheres-sao-maioria-nos-cursos-de-pos-graduacao

- Ministério da Saúde. (2015). *Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora*. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved January 04, 2021, from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implantacao_salas_apoio_a_mamentacao.pdf
- Ministério da Saúde. (2017). *Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved January 04, 2021, from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
- Monteiro, F. R., Buccini, G. S., Venâncio, S. I., & Costa, T. H. (2017). Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*, 93(5). doi:10.1016/j.jped.2016.11.016
- Nardi, A. L., von Frankenberg, A. D., Franzosi, O. S., & Espírito Santo, L. C. (2020). Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*, 25(4), pp. 1445-62. doi:10.1590/1413-81232020254.20382018
- Presidência da República. (2008, September 09). *Lei nº 11.770 de 9 de setembro de 2008*. Retrieved January 04, 2021, from Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Horton, S. L., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet Breastfeed*, 387(10017), pp. 491-504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2
- Santana, G. S., Giugliani, E. R., Vieira, T. O., & Vieira, G. O. (2018). Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*, 94, pp. 104-122. doi:doi.org/10.1016/j.jpedp.2017.09.023
- Silva, C. A., Trindade, V. C., Abel, R. C., Silva, M. O., Santos, J. F., Koch, V. H., . . . Grisi, S. J. (2021). Pediatras após a residência médica: um questionário sobre dados e problemas pessoais/profissionais. *Rev Paul Pediatr*, 39. doi:10.1590/1984-0462/2021/39/2019190
- Soomro, J. A., Shaikh, Z. N., Bijarani, S. A., & Saheer, T. B. (2016). Factors affecting breastfeeding practices among working women in Pakistan. *East Mediterr*

- Health J*, 22(11), pp. 810-16. doi:10.26719/2016.22.11.810
- Tsai, S. Y. (2013). Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeed Med*, 8(2), pp. 210-6. doi:10.1089/bfm.2012.0119
- Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2020). *Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Retrieved from <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf>
- Vale, P. R., Passos, S. S., Carvalho, R. C., & Carvalho, E. S. (2021). Mães-crianças com síndrome congênita do zika: ritos quotidianos para prevenção da COVID-19. *Rev Gaúcha Enferm*, 42(esp), pp. 1-21. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200370
- Venancio, S. I., & Toma, T. S. (2019). *Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação*. São Paulo: Instituto de Saúde. Retrieved January 04, 2021, from <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/49082001internetbx.pdf>
- Victora, C. G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Breastfeed*, 387(10017), pp. 475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Vieira, T. d., Martins, C. d., Santana, G. S., Vieira, G. O., & Silva, L. R. (2016). Intenção materna de amamentar: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*, 21(11). doi:10.1590/1413-812320152112.17962015
- World Health Organization. (2019, July). *Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes*. Retrieved from Institutional Repository for Information Sharing: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049>

Table 1. Information collected from women who used Breastfeeding Support Rooms (N=53) Paraná, Brazil, 2019-2020.

Information collected	Questions
Profile of women who use BSR	• Which company do you work at? • How long have you worked for this company? • What position do you currently hold in the company? • How much time do you work per week? • When is your shift? (morning, afternoon, evening or flexible) • How old are you? • What is your level of education? (primary – incomplete/complete; secondary – incomplete/complete; undergraduate – incomplete/complete; specialization – incomplete/complete; masters – incomplete/complete or doctorate – incomplete/complete) • What is your marital status? (married, civil union, single, divorced, or widowed) • Did you have 180 days of maternity leave? (Yes or No)
Breastfeeding profile and perception when using the Breastfeeding Support Room	• Are you currently breastfeeding? (Yes or No) • If you still breastfeed, how long do you intend to keep the practice? • How long did you breastfeed exclusively? • How long have you breastfed or breastfed in total? • How long (in days, weeks or months) have you used or been using the Breastfeeding Support Room? • Do you consider that the Breastfeeding Support Room contributed to prolonging your breastfeeding?

Table 2. Profile of women workers who used Breastfeeding Support Rooms (N=53) Paraná, Brazil, 2019-2020.

Variable	n (%)
Type of company	
Public	33 (62%)
Private	20 (38%)
Medium size	11 (21%)
Large	42 (79%)
Time employed by the company	
1-10 years	41 (78%)
11-20 years	12 (22%)
Working day in hours per week	
30-36h	10 (19%)
40-44h	43 (81%)
Shift	
Morning and afternoon	34 (64%)
Morning	4 (7.5%)
Afternoon	1 (2%)
Night	3 (5.5%)
Flexible shift	11 (21%)
Position	
Administrative (assistants, technicians, analysts, consultants, specialists)	24 (45.2%)
Management (managers and coordinators)	6 (11.3%)
Health-related (nurses, nutritionists, biologists)	5 (9.5%)
Public service (Phone operators)	8 (15%)
Research (Researcher)	1 (2%)
Operational (engineers, logistics planner, assembler, laboratory technician, technologist)	9 (17%)
Age	
28-30 years old	9 (17%)
31-40 years old	38 (72%)
≥ 41 years old	6 (11%)

Table 2 (continued)

<i>Variable</i>	<i>n (%)</i>
Level of Education	
Complete high school or incomplete undergraduate education 6 (11.3%)	
Complete undergraduate education or incomplete graduate education (specialization or masters)	15 (28.3%)
Complete graduate education (specialization, masters or doctorate)	32 (60.3%)
Marital status	
Married or in a civil union	51 (96%)
Single or divorced	2 (4%)
Breastfeeding while the study took place	
No	23 (43%)
Yes	30 (57%)
Time exclusive breastfeeding	
3-5 months	4 (7.5%)
6 months	46 (87%)
> than 6 months	3 (5.5%)
Total time breastfeeding	
8-11 months	7 (13%)
12-24 months	35 (66%)
25-32 months	11 (21%)
Time using Breastfeeding Support Rooms	
1 day to 4 months	25 (47.2%)
5 to 10 months	22 (41.5%)
11 to 21 months	6 (11.3%)

Table 3. Breastfeeding profile of women who used Breastfeeding Support Rooms in the southern region of Brazil, 2019-2020.

Total breastfeeding time (exclusive + extended)	8 to 11 months n (%)	12 to 24 months n (%)	25 to 32 months n (%)	p-value
Type of company				
Public	3 (9.1)	19 (57.6)	11 (33.3)	0.01*
Private	4 (20.0)	16 (80.0)	-----	
Time employed by the company				
1-10 years	5 (12.2)	29 (70.7)	7 (17.1)	0.38
11-20 years	2 (16.7)	6 (50)	4 (33.3)	
Marital status				
Married or in a civil union	7 (13.7)	34 (66.7)	10 (19.6)	0.54
Single or divorced	-----	1 (50)	1 (50)	
Schooling				
Complete high school or incomplete undergraduate education	-----	4 (66.7)	2 (33.3)	0.53
Complete undergraduate education or incomplete graduate education	1 (6.7)	10 (66.7)	4 (26.7)	
Complete graduate education (specialization, masters or doctorate)	6 (18.7)	21 (65.6)	5 (15.6)	
Currently breastfeeding	No n (%)	Yes n (%)	-----	p-value
Type of company				
Public	12 (36.4)	21 (63.6)	-----	0.18
Private	11 (55)	9 (45)	-----	
Time employed by the company				
1-10 years	19 (46.3)	22 (53.67)	-----	0.42
11-20 years	4 (33.3)	8 (66.7)	-----	
Marital status				
Married or in a civil union	23 (45)	28 (55)	-----	0.20
Single or divorced	-----	2 (100)	-----	
Schooling				
Complete high school or incomplete undergraduate education	1 (16.7)	5 (83.3)	-----	0.01*
Complete undergraduate education or incomplete graduate education	3 (20)	12 (80)	-----	
Complete graduate education (specialization, masters or doctorate)	19 (59.4)	13 (40.6)	-----	

Table 3 (continued)

Time using the room	1 day to 4 months n (%)	5 to 10 months n (%)	11 to 20 months n (%)	p-value
Type of company				
Public	13 (39.4)	14 (42.4)	6 (18.2)	0.09
Private	12 (60)	8 (40)	-----	
Time employed by the company				
1-10 years	20 (48.8)	19 (46.3)	2 (4.9)	0.02*
11-20 years	5 (41.7)	3 (25)	4 (33.3)	
Marital status				
Married or in a civil union	24 (47)	21 (41.2)	6 (11.8)	0.87
Single or divorced	1 (50)	1 (50)	-----	
Schooling				
Complete high school or incomplete undergraduate education	2 (33.3)	2 (33.3)	2 (33.3)	0.25
Complete undergraduate education or incomplete graduate education	7 (46.7)	8 (53.33)	-----	
Complete graduate education (specialization, masters or doctorate)	16 (50)	12 (37.5)	4 (12.5)	
Received other types of support to maintain breastfeeding after returning to work (in addition to the use of BSR)	No n (%)	Yes n (%)	-----	p-value
Type of company				
Public	6 (18.2)	27 (81.8)	-----	0.86
Private	4 (20)	16 (80)	-----	
Time employed by the company				
1-10 years	9 (22)	32 (78)	-----	0.28
11-20 years	1 (8.3)	11 (91.7)	-----	
Marital status				
Married or in a civil union	8 (15.7)	43 (84.3)	-----	0.002*
Single or divorced	2 (100)	-----	-----	
Schooling				
Complete high school or incomplete undergraduate education	-----	6 (100)	-----	0.36
Complete undergraduate education or incomplete graduate education	4 (26.7)	11 (73.3)	-----	
Complete graduate education (specialization, masters or doctorate)	6 (18.7)	26 (81.3)	-----	

* p < 0.05 significant according to Chi-squared test

4.4 ARTIGO 4: BREASTFEEDING SUPPORT ROOMS AND THEIR CONTRIBUTION TO SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS: A QUALITATIVE STUDY

Objectives: Breastfeeding support rooms are low-cost interventions that may prolong breastfeeding and improve work performance. Thus, we sought to understand the experiences and perceptions of working women who use breastfeeding support rooms and the potential contribution to sustainable development goals.

Methods: Descriptive and exploratory research was conducted through convenience sampling of women working in companies with breastfeeding support rooms in the state of Paraná, Brazil. A semi-structured questionnaire was applied through interviews and online self-completion.

Results: 53 women between 28 and 41 years old participated in the study. In addition, 88.7% had graduated from college, and 96% were married. From the women's experiences and perceptions, we identified that breastfeeding support rooms contribute to prolonged breastfeeding, improve physical and emotional well-being, allow women to exercise their professional activities comfortably, contribute to women's professional appreciation for the excellent relationship between employees and employers.

Conclusion: In this novel study, we demonstrate how, from a female point of view, breastfeeding support rooms can contribute to 8 of the 17 sustainable development goals and should therefore be encouraged and promoted.

Keywords: Breastfeeding; breastfeeding support; breastfeeding promotion; Breastfeeding policies, lactation workplace programs; program evaluation; Sustainable Development Goals.

INTRODUCTION

Raising breastfeeding indicators is an international priority [1]. The proven benefits to maternal and child health are indisputable, as the practice of breastfeeding affects the lives and health of women and children and contributes to the development of human capital [2, 3]. Moreover, the benefits extend to low, middle, and high-income countries [3].

The relationship between the promotion, protection, and support of breastfeeding and its contribution to the achievement of several Sustainable Development Goals (SDG) is already established, although breastfeeding is not explicitly embedded in the SDG [2, 3]. The SDG corresponds to 17 global goals defined in 2015 at the United Nations General Assembly, under A/RES/70/1: Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development [4,5].

Lack of breastfeeding support, especially in the workplace, discourages women from maintaining breastfeeding [3,6]. Women have been increasingly joining the workforce and the period after the return from maternity leave represents one of the main challenges for continued breastfeeding [7,8].

International measures to support breastfeeding in the workplace advise that countries respect the minimum standards set by the International Labor Organization (ILO) in conventions No. 183 and No. 191 to ensure maternity and work protection, including requiring maternity leave of at least 14 weeks and breastfeeding breaks during the workday [9].

In Brazil, the Working Women who Breastfeed (*Mulher Trabalhadora que Amamenta* - MTA) action was created in 2010 by the Ministry of Health to bring together strategies to support breastfeeding at work. Later, in 2015, MTA was added to the Breastfeeding and Complementary Foods axis of the National Policy on Integral Attention to the Child's Health (Pnaisc) [10]. MTA has three axes: 1) incentive to the

optional extension of maternity leave, which is currently 120 days, to 180 days, 2) the right to daycare or a daycare voucher, which is mandatory for all companies with more than 30 women above the age of 16, and 3) the right to two breastfeeding breaks, which are mandatory for all companies until the child is six months old, and the incentive to implement breastfeeding support rooms (BSRs), which is optional for all companies.

The BSRs and breaks to breastfeed or pump breast milk during the workday are low-cost measures that can reduce absenteeism, improve employee performance, commitment, and retention, and reduce barriers for employees who breastfeed [3].

In addition, BSRs and breastfeeding breaks in the workplace can increase a woman's intention to continue breastfeeding after maternity leave [11] and may increase the chances of breastfeeding for six months by 25% [3, 12]. As a result, BSRs lead to an increase in the rates of both exclusive and continued breastfeeding [13-16] and can contribute to achieving the global goals set by the World Health Organization and United Nations Children's Fund for 2030, which establish the global target of exclusive breastfeeding for 70% of infants less than six months of age, 80% of infants less than 12 months old, and 60% of infants under two years old [1].

To the best of our knowledge, there are no studies investigating BSRs from a user's point of view, nor how BSRs contribute to achieving goals established by the SDG for 2030. Thus, this study aims to understand the perceptions and experiences of female employees who use BSRs and relate these perceptions to the potential achievement of the international goals set for 2030 to raise breastfeeding rates and achieve the SDG. This study is part of doctoral research that evaluated BSRs in southern Brazil.

METHODS

Design

This is exploratory, descriptive, and qualitative research. It was conducted between December 2019 and December 2020 but interrupted for three months and adjusted due to the global COVID-19 pandemic.

Sampling

The study selected participants via convenience sampling, usual for pilot studies, from a population of 130 female employees who used BSRs after returning to work. In addition, we selected female employees from eight companies in the state of Paraná, in southern Brazil, one of the most developed regions of the country, that implemented BSRs and whose BSR was certified by the Ministry of Health until December 2017, which correspond to 88.9% of companies with active BSR in the state.

All women on maternity leave in the year before the beginning of the study and who used the BSR in their companies were eligible for the study. However, we excluded female employees from companies whose BSR had not been used in the six months before the start of the study.

Data collection

The data were collected using a semi-structured questionnaire divided into two parts: 1) the profile of the women who used the BSR: time of employment at the company, position held, weekly working hours; marital status (married, common law, single, divorced or widowed), education (incomplete/complete primary education, incomplete/complete secondary education, incomplete/complete undergraduate or graduate education), age, and whether they had a 180-day maternity leave (yes/no), and 2) open questions about their experiences with BSRs: what it was like to use

them and their opinion of BSRs in the companies, as seen in Table 1.

insert table 1 here.

The study began with the application of the questionnaire through in-person interviews conducted within company BSRs. However, at the beginning of the data collection stage, due to the COVID-19 pandemic, we decided to interrupt the research and reflect on alternative approaches. Therefore, we requested the Ethics Committee to include data collected through online self-completion questionnaires (Google Forms), including a consent form. The companies participating in the study sent invitations to their female employees, both for the interviews, announcing the date and time that the researcher (first author) would be conducting the interviews and the online self-completion questionnaire submitted within 60 days. The in-person interviews were audio-recorded and transcribed word-for-word. The answers obtained through the online questionnaire were used precisely as they were recorded in the answer sheet.

Data Analysis

The Statistic 10.0 (StatsoftR) program was used for the sample description, and the variables studied were expressed in absolute and relative frequencies.

Qualitative analysis was carried out by the thematic categorical content analysis, following three steps [17]: 1) material organization, 2) coding, and 3) result interpretation. From the categories or themes found, we deductively sought to identify their relationship with the SDG. The data were analyzed using the Atlas.ti version 9.0 software [18], which contributed to the data management.

For this study, the criteria proposed by the Journal Article Reporting Standards

(American Psychological Association, 2018) [19] for qualitative research were respected.

RESULTS

Sample characteristics

The study included 53 women, 40.8% of BSR users in Paraná. Of these, 8 (15%) female workers participated by semi-structured interview, and 45 (85%) answered an online self-completion questionnaire.

All-female employees included in this study were between 28 and 41 years old. Thirty (72%) women were between 31 and 40 years old, 47 (88.7%) had graduated college, 51 (96%) were married or living in a common-law marriage. Eleven (21%) women have worked for their company from 1 to 5 years and 42 (79%) for six years or more. Most of the participants, 43 (81%), had a 40 to 44 hours weekly workday. The types of positions held by the female employees are available in Table 2. In addition, all women (100%) had 180 days of maternity leave.

insert table 2 here.

Experiences with BSR use

We consider that all the experiences with BSRs were positive. From the participating reports, we identified that the experience categories are related to the fact that the BSRs: 1) allows for breastfeeding continuity, 2) contributes to the bonding and well-being of the child, 3) provides comfort and emotional well-being for the woman, 4) provides comfort and physical well-being for the woman, 5) is related to the adequate, quiet place with all the necessary infrastructure for breastfeeding, and 6) allows women

to donate breast milk to a milk bank, as seen in Table 3.

However, we identified some difficulties regarding room usage, although they were not indicated as negative by women, such as: 1) distance from the rooms to the workplace, and 2) need to stop using the rooms due to the child's age Table 3.

insert table 3 here.

Women's perception of BSR

The female participants had positive opinions about the BSRs about 1) the importance of the rooms for different purposes, 2) the respect of working women, and 3) the atmosphere (physical structure and equipment). On the other hand, the negative perceptions are related to 1) little use, 2) the small amount of BSRs implemented by companies, and 3) the need to reinforce this action. The thematic analysis is available in Table 4.

insert table 4 here.

Relationship between the use and perceptions about the BSRs and the 2030 goals to increase breastfeeding rates worldwide and achieve SDG

From the codings and themes resulting from the experiences using the BSRs and the opinions of women who use BSRs, we were able to establish the positive relationship between the BSRs and the international goals to raise breastfeeding indicators worldwide, and to several of the SDG.

We observe a strong relationship between BSRs and SDG 8, particularly regarding decent work and economic growth, as breastfeeding in the workplace can promote

decent work, women's productivity and contribute to economic growth.

In Table 3, some reports show that BSRs provide comfort, physical, and emotional well-being for women to perform their activities, with comments such as “It was wonderful, I felt welcomed, safe, cared for, very calm” (M23); “[...] A major benefit was being able to pump milk and avoid mastitis, which happened when I had my first daughter, precisely because I had no way to pump milk.” (M15) and “[...] The room was essential. [...] Also, to relieve any discomfort throughout the day.” (M29). In Table 4, we can see how the BSR contributes to a good relationship between employees and employers. Once women recognize the importance of the BSRs for the full realization of their professional activities, they realize that BSRs contribute to the appreciation of the women in the workforce since they feel happy and valued professionally: “[...] And a satisfied employee with her needs well-met is more productive at work” (M27) and “[...] and also for performing their job activities smoothly” (M41)

In addition, the discourse surrounding women points to an appreciation of the differential that the company provides for them. Women recognize and value a company that meets their needs as a woman, as a mother, and as a professional: “[...] it is a way for the company to demonstrate that it cares about women and to promote the well-being and health of mothers and children” (M3), and “It makes a difference for women who live in a conflict between their family and work life. The company has a saying: We support you at this moment, everything is fine” (M7).

We observed a potential relationship between BSR availability in work environments and the achievement of SDG 5 concerning gender equality. As observed in Tables 3 and 4, BSRs contribute to women having the opportunity to perform their professional activities just as well as men, without physical or emotional stress, feeling valued and recognized professionally.

We can also see indirect relationships between BSRs and the achievement of six other SDGs from the increase in breastfeeding rates, which positively impact the achievement of the following SDG: 1) end poverty (SDG 1): breastfeeding contributes to higher financial income for breastfed adults, 2) zero hunger (SDG 2): breastfeeding reduces hunger and malnutrition, promoting total child growth and development in the early years of life, 3) good health and well-being (SDG 3): breastfeeding improves the physical and mental health, and well-being of mothers and children, 4) quality education (SDG 4): breastfeeding contributes to an increase in intelligence quotient. Breastfed children for longer participate in more educational activities, 5) reducing inequalities (SDG 10): breastfeeding provides the best start in life. With the increase in breastfeeding rates, there is a decrease in infant morbidity and mortality, an increase in physical and emotional well-being, in income when adult, thus reducing social inequalities throughout generations, 6) climate action (SDG 13): breastfeeding is sustainable and does not harm the environment, unlike baby formulas that can contribute to the greenhouse effect and waste generation, and should only be used when necessary. This relationship can be seen in Table 5.

insert table 5here.

DISCUSSION

From the reports of formal female workers, we identified how their experiences using BSRs, their perceptions and opinions on the BSR strategy, and the support for breastfeeding at work as a result of implementing BSRs, can contribute directly to SDG 8 and SDG 5 and consequently lead to 6 other SDGs as the time women continue breastfeeding increases. Although there are studies that investigate BSRs, we could

not find studies with this focus. Our sample corresponded to a little more than 40% of active BSR users in the state of Paraná, which we consider an acceptable standard for studies with self-completion questionnaires.

Most women were middle-aged, between 31 and 40 years old, married or living in a common-law marriage. Regarding the positions occupied by women at work, we observed that most were placed in administrative functions. According to Dangher (2016) [7], women who work in an office have a higher chance of initiating breastfeeding. In addition, research shows that the sociodemographic conditions of women in southern Brazil are favorable for exclusive breastfeeding but that it is a challenge to keep breastfeeding for more than 12 months [20].

Most of the women in our study had graduated college, worked up to 8 hours a day, and were encouraged by the company and their superiors to take breaks to pump breast milk. These findings corroborate with Tsai (2013) [21] in a study conducted in Taiwan with 715 female employees.

We know that the high level of education can be a favorable factor for breastfeeding (Tsai, 2013) [20], thus contributing to women having more positive perceptions about the actions that contribute to the maintenance of breastfeeding, including the BSRs. We emphasize, however, that only 6 (11.3%) of the women held higher management positions, and it was unanimous for all users, even female workers, and assistants, to be satisfied with being able to use SAA in the workplace. Furthermore, in our study, 100% of the women had a late return to work after the 180-day maternity leave, and it is common for workers to extend this period with 30 vacation days, resulting in a return to work of around seven months after the baby is already on complementary feeding. In addition, most women also had the privilege of using BSRs even after the time established in the labor legislation of breaks up to 6 months. We

believe that this was due to employers becoming more aware of the importance of breastfeeding.

The Citizen Company (*Empresa Cidadã*) program, instituted in 2008 by Law [11.770](#) [22], is aimed at the optional extension of maternity leave from 120 to 180 days through the concession of a tax incentive. The extension of maternity leave is an achievement that has ensured progress for public policies in support of early childhood in Brazil. Six-month maternity leave is associated with an increased prevalence of exclusive breastfeeding [8]. All the companies participating in this study have adopted a 180-day maternity leave, and most have also adopted a 20-day paternity leave.

Most of the women had worked for a long time in the company. From their accounts, as seen in Table 4, we found that employees perceive that the company, upon implementing BSRs, values their work and provides conditions for a good work performance, contributing strongly to the achievement of SDG 8 and 5. This relationship between BSRs and SDG 8 and 5 was more specifically about promoting decent work, allowing women to find physical and emotional comfort that enables them to be more relaxed and willing to perform their professional activities on equal grounds.

We noticed that the BSRs contribute to the appreciation of female employees. For example, women reported feeling happy and valued professionally for having rooms available since they feel that the company supports them in their needs. In addition, we found that female employees recognize the company's advantage, which is related to an increase in satisfaction and contentment concerning the company they work for, as observed in some reports in Table 4.

This finding corroborates the assertion of Rollins et al. (2016) [3] that BSRs can reduce absenteeism, improve work performance, engagement, and workforce retention. We understand that BSRs have a great potential to reduce barriers to

continued breastfeeding among working women, promote decent work, which concerns SDG 8, and are a low-cost investment that employers could easily implement.

By allowing women to alleviate their physical discomfort during the workday and find emotional well-being and comfort, the relationship between BSRs and gender equality merges with the relationship between BSRs and decent work. When women can use the BSRs, the environment is considered safe and comfortable. In addition, they have emotional comfort because the woman knows that her child will safely drink her milk stored in an appropriate place during her professional activities and avoid using baby formula. Therefore, women can dedicate themselves to their professional activities more efficiently, allowing for equal working conditions as men, who do not have such concerns. However, to the best of our knowledge, no studies support our findings regarding how BSRs could contribute to gender equality related to SDG 5, seeing as this field is still little explored. Therefore, we highlight the need for further studies on this topic.

In Tables 3 and 4, we can see that women relate the importance of the SAA with the maintenance and continuity of breastfeeding. Moreover, several authors corroborate the relationship between BSRs and increased breastfeeding rates [3, 12-16].

We consider that increasing breastfeeding rates has the potential to positively impact at least six of the SDGs, like Victora et al. (2016) [2], who relate the promotion of breastfeeding to several SDGs.

There is a relationship between breastfeeding and reducing poverty and increasing human capital, which, in turn, can also reduce social inequalities. According to Victora et al. (2015) [23], breastfeeding improves human capital and significantly affects adult

education and income. Breastfed children have better intellectual development for a more extended period (average increase of 3 IQ points). As a result, they can show positive results in school performance and a higher income in the long term. These findings relate to SDGs 1, 4, and 10.

The relationship between breastfeeding, maternal and child health, included in SDG 3, is supported by several authors. Breastfeeding benefits both children's [2,3, 23, 24] and women's health [2,3,25] and strengthens the emotional bond between the mother and baby. Breastfeeding reduces infant deaths [2, 6, 24, 26, 27] and can prevent 13% of worldwide deaths in children under five years of age [6, 26]. Extending breastfeeding to an almost universal level could prevent 823,000 annual deaths of children under 5 and 20,000 annual deaths from breast cancer [2].

Breastfeeding ensures food and nutritional security and promotes total growth and development for children. Breastfeeding is a child's first protection against hunger, malnutrition, illnesses and is also their most lasting investment in physical, cognitive, and social aspects [24] related to SDG 2.

According to the women, BSRs are essential because they can avoid using baby formulas, as seen in tables 3 and 4. This fact can be related to the achievement of SDG 13, which concerns reducing the impacts of climate change. In addition, breastfeeding is sustainable and does not harm the environment, unlike baby formulas, which contribute to the greenhouse effect and waste generation, and thus, should only be used when necessary. According to Rollins et al. (2016) [3], breastfeeding has economic and environmental benefits.

Managers have a critical role in the success of breastfeeding for working women [28]. We know that lack of breastfeeding support in the workplace and inconvenient breastfeeding conditions discourage women from maintaining the practice [6, 21, 29,

30].

In our study, most women reported that they receive support and encouragement from their companies. However, from the experience of two BSRs users, one of the barriers when using the rooms is related to the fact that they would have liked to have used the BSRs longer. One of these participants was discouraged from using the BSR after her child turned eight months. This fact indicates that despite the government's efforts to encourage BSRs, this strategy can be improved.

Through Convention 183, the ILO proposes measures to protect maternity and breastfeeding in the workplace, assigning countries the responsibility to institute a period for breastfeeding breaks, the reduction of daily working hours, the duration of breastfeeding breaks, among others, as noted in items 1 and 2 of article 10 [31].

According to Rollins et al. (2016) [3], 130 countries have paid breastfeeding breaks, seven countries have unpaid breaks, and 45 countries do not have a policy for breastfeeding at work. In Brazil, the right to a breastfeeding break date back to the 1940s and is included in the labor legislation. Article 396 of the Consolidation of Labor Laws (CLT) determines that a woman should have two 30-minute breastfeeding breaks during the workday until the child is six months old. The law also incorporates an extension to the six months at the discretion of competent authorities, depending on the child's health [32].

These results reinforce the importance of an update to Brazilian labor laws concerning an extension of breaks to breastfeed or pump milk during the workday, either if breastfeeding continues or at least until the child is two years old, which is the recommended threshold for breastfeeding.

This right to breastfeed children up to two years of age must be established by law and available to all women, regardless of the manager's goodwill. The

institutionalization of the right to breastfeed at work for the first two years of the child's life would also contribute to achieving the international breastfeeding goals for 2030, which are 80% breastfeeding by age one and 60% by age two [1]. To that end, governments, donors, and civilians must commit and invest in the promotion, protection, and support of breastfeeding [3].

There are some limitations to our study that need to be pointed out. First, we focused only on one state in Brazil, which has 76.2% of SAA in the southern region of the country and 8% of the total 200 BSRs certified in Brazil by 2017. Brazil is a very diverse country; thus, it would be beneficial to use complementary studies to verify our findings in other regions. Second, our study involved companies that adhered to other support strategies for working women, such as extending maternity and paternity leave, which may have influenced the positive perception of women about the Breastfeeding Support Rooms. Finally, the use of the online questionnaire instead of in-depth interviews may have made it challenging to capture women's perceptions somehow.

However, despite these limitations, this is the first study in Brazil to gather data on women's experience using BSRs and their perception about it. This is also the first study that points to the great potential relationship between BSRs and the achieving SDG 5 and 8 by promoting decent work, professional appreciation, comfort, and physical and emotional well-being, all factors that contribute to work productivity and economic growth besides impacting other SDGs by increasing breastfeeding rates.

Our findings conclude that the BSR is seen as an important and cheap strategy for female employees. Therefore, countries should invest to promote breastfeeding in the workplace through BSRs because they contribute directly and indirectly to achieving the SDG.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The raw data supporting the conclusions of this article are in Portuguese and will be provided by the authors, without reservation, upon a request sent via email to the corresponding author.

ETHICS STATEMENT

The study was approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Department, under Certificate of Presentation of Ethical Appreciation (CAAE) 65401917.5.3004.5225. The participants provided their free and informed consent to participate in this study.

FUNDING

This study was not funded by any private, public, or non-profit organization.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank the coordination of the Technical Wing of Child Health and Breastfeeding of the Brazilian Ministry of Health, the Health Care for Children and Adolescents Division of the State Secretary of health in Paraná, and all women and institutions involved in this research.

REFERENCES

1. World Health Organization & United Nations Children's Fund. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. 2019. [internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049> . (Accessed April 27, 2021).
2. Victora, CG, Bahl, R, Barros, AJD, França, GVA, Horton S, Krasevec, J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* (2016). 387 (10017):75–490. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
3. Rollins, NC, Lutter, CK, Bhandari, N, Hajeerbhoy, N, Horton, S, Martines, JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* (2016). 387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2 .
4. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. [internet]. Available from: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (Accessed April 27, 2021).
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística & Secretaria Especial de Articulação Social. Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável: Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2021. [internet]. Available from: <https://odsbrasil.gov.br/home/videos> (Accessed April 27, 2021)
6. Bai,YK, Dinour, LM, and Pope, GA. Determinants of the Intention to Pump Breast Milk on a University Campus. *J Midwifery Womens Health* (2016). 61 (5): 563-570. doi: 10.1111/jmwh.12488
7. Dagher, RK, McGovern, PM, Schold, JD, and Randall, XJ. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective

- cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* (2016). 16:194. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0965-1>
8. Monteiro, FR, Buccini, GS, Venâncio, SI, and Costa, TH. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *Jornal de Pediatria* (2017). 93:475-481. doi: 10.1016/j.jped.2016.11.016
 9. Addati, L., Cassirer, N. and Gilchrist, K. Maternity and paternity at work: law and practice across the world International Labour Office. Geneva: ILO. 2014, 204 p. [internet]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_242615.pdf . (Accessed April 27, 2021)
 10. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de agosto de 2015. Institui a política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do sistema único de saúde (SUS). [internet]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html (Accessed April 27, 2021)
 11. Tsai, SY. Employee perception of breastfeeding-friendly support and benefits of breastfeeding as a predictor of intention to use breast-pumping breaks after returning to work among employed mothers. *Breastfeed Med* (2014). 9(1):16-23. doi: 10.1089/bfm.2013.0082
 12. Dabritz, HA, Hinton, BG and 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* (2009). 25(2):182-93. doi: 10.1177/0890334408328222
 13. Basrowi, RW, Sulistomo, AB, Adi, NP, and Vandenplas, Y. Benefits of a Dedicated Breastfeeding Facility and Support Program for Exclusive Breastfeeding among

- Workers in Indonesia. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* (2015). 18(2):94-99. doi: <https://doi.org/10.5223/pghn.2015.18.2.94>
14. Lee, CC, Chiou, ST, Chen, LC, and Chien, LY. Breastfeeding-friendly environmental factors and continuing breastfeeding until 6 months postpartum: 2008-2011 national surveys in Taiwan. *Birth* (2015). 42(3):42-248. doi: 10.1111/birt.12170
 15. Kozhimannil, KB, Jou, J, Gjerdingen, DK and McGovern, PM. Access to Workplace Accommodations to Support Breastfeeding after Passage of the Affordable Care Act. *Womens Health Issues* (2016).26(1):6-13. doi: 10.1016/j.whi.2015.08.002
 16. Nardi, AL, Von Frankenberg, AD, Franzosi, OS and Espírito-Santo LC. Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* (2020). 25(4):1445-1462. doi: 10.1590/1413-81232020254.20382018
 17. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016. 279 p.
 18. Frieze, S. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. 2nd ed. London (UK): Sage; 2014.
 19. American Psychological Association. 2018 Qualitative and Mixed Methods Research. Available from: <https://www.apa.org/pubs/highlights/qualitative> (Accessed April 27, 2021)
 20. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 9 p. [internet]. Available from: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf> (Accessed April 27, 2021)
 21. Tsai, SY. Impact of a Breastfeeding-Friendly Workplace on an Employed Mother's

- Intention to Continue Breastfeeding After Returning to Work. *Breastfeeding Medicine* (2013). 8 (2): 210-216. doi: 10.1089/bfm.2012.0119
22. Ministério da Economia. Receita Federal. Programa Empresa Cidadã. [internet]. Available from: <https://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/programa-empresa-cidada/orientacoes> (Accessed April 27, 2021).
23. Victora, CG, Horta, BL, Mola, CL, Quevedo, L, Pinheiro, RT, Gigante, DP, 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* (2015). 3:e199–205. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
24. Hansen, K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *The Lancet* (2016). 387(10017):416. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00012-X
25. Chowdhury, R, Sinha, B, Sankar, MJ, Taneja, S, Bhandari, N, Rollins, N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* (2015). 104(467):96-113. doi: 10.1111/apa.13102
26. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical [students and allied health professionals. Geneva, World Health Organization. 2009. [internet]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/> (Accessed April 27, 2021)
27. Sankar, MJ, Sinha, B, Chowdhury, R, Bhandari, N, Taneja, S, Martines, J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality. A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* (2015). 104(467):3-13. doi: 10.1111/apa.13147
28. Mills, SP. Workplace lactation programs: A critical element for breastfeeding mothers' success. *AAOHN J* (2009). 57(6):227-31. doi: 10.3928/08910162-

20090518-02

29. Chen, YC, Wu, YC, Chie, WC. Effects of work-related factors on the breastfeeding behavior of working mothers in a Taiwanese semiconductor manufacturer: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2006. 21 (6):160. doi: 10.1186/1471-2458-6-160
30. Bai, YK, Gaits, SI, Wunderlich, SM. Workplace lactation support by New Jersey employers following US Reasonable Break Time for Nursing Mothers law. *Journal of Human Lactation* (2015). 31(1):76-80. doi: 10.1177/0890334414554620
31. International Labour Organization. Maternity Protection Convention, nº 183, 2000. [internet]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183 (Accessed April 27, 2021).
32. Consolidação das Leis do Trabalho. *Decreto-Lei nº 5.442, de 01 de maio de 1943*. [internet]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm . (Accessed April 27, 2021)

Table 1. Information collected from women who used Breastfeeding Support Rooms (N=53) Paraná, Brazil, 2019-2020.

Collected Information	Questions
Profile of women who used BSRs	• How old are you? • What is your marital status? (married, common law marriage, single, divorced, or widowed) • What is your highest level of education? (incomplete/complete primary education; incomplete/complete secondary education; incomplete/complete undergraduate or graduate education) • How long have you worked for this company? • What position do you currently hold at the company? • How much time do you work per week? • Did you have 180 days of maternity leave? (Yes or No)
Experiences and opinion about BSRs	• How was your experience using your company's breastfeeding support room? • What is your opinion about the breastfeeding support room in companies?

Table 2. Types of positions occupied by women who used breastfeeding support rooms (n= 53), Brazil, 2019-2020.

Categories - N (%)	Types of positions	N (%)
Administrative - 24 (45.2%)	Assistants	2 (3.77%)
	Technicians	6 (11.32%)
	Analysts	12 (22.64%)
	Consultants	2 (3.77%)
	Specialists	2 (3.77%)
Management - 6 (11.3%)	Managers	4 (7.54%)
	Coordinators	2 (3.77%)
Health-related - 5 (9.5%)	Nurses	3 (5.66%)
	Nutritionist	1 (1.88%)
	Biologist	1 (1.88%)
Customer service - 8 (15%)	Call center operator	8 (15.09%)
Research - 1 (2%)	Researcher	1 (1.88%)
Operations - 9 (17%)	Engineer	4 (7.54%)
	Logistics Planner	1 (1.88%)
	Assembler	1 (1.88%)
	Laboratory and civil engineering technicians	2 (3.77%)
	Technologist	1 (1.88%)

Table 3. Experiences of use of breastfeeding support rooms among women (n=53), Brazil, 2019-2020.

Categories	Quotes	Frequency
Positive points		
Allows continuity of breastfeeding	"[...] it enabled me to continue breastfeeding in my return to work at such a delicate and special moment in my life. [...]" (M3); "[...] helped me maintain breastfeeding, without having to introduce formula." (M9); "Great experience. I used up my milk at lunchtime, so I was able to guarantee my babies would drink breast milk for longer" (M25); "The room made me able to continue breastfeeding and I did not have to introduce formulas to them. [...]. Essential to maintain milk production and ensure them milk when I was absent" (M29); "Very important to continue breastfeeding my daughter [...]" (M41); "Very positive, because of it, I can allow my child to exclusively breastfeeding" (M47);	14
Contributes to the mother- child bond and well-being	"It was extremely important to the well-being of my son [...]" (M1); "It was extremely important to extend the mother and child bond longer" (M4);	2
Provides comfort and emotional well-being for the woman	"I felt welcomed by having a space prepared [...]" (M3); "Very rewarding, my daughter did not consume any other milk/formula, only breast milk. [...]" (M17); "Wonderful, I felt safe, happy [...]" (M20); "I felt respected, because in the months after returning to my job, I was able to pump and give it to the baby later and also for the comfort during working time" (M21); "It was wonderful, I felt welcomed, safe, cared for. Very calm" (M23); "Wonderful. It brought me peace to be able to continue breastfeeding my son. [...]" (M27);	13
Comfort and physical well-being for women	"It was a relief. When my first daughter was born, I suffered so much, physically and psychologically, because I had recurrent mastitis and had no place or time to pump for relief. It was depressing. This time the much requested room was available [...]" (M8); "[...] A major benefit was being able to pump milk and avoid mastitis, which happened when I had my first daughter, precisely because I had no way to pump milk." (M15); "Comfortably pumping milk and having a place to store it was fundamental to keep breastfeeding painlessly" (M18); "[...] I was relieved from the pains of swollen breasts, especially by 4 pm." (M27); "[...] The room was essential. [...]. Also, to relieve any discomfort throughout the day." (M29); "Great! I overproduced milk, so I needed to pump and having a proper environment made all the difference." (M40);	8
Related to the proper quiet location and with all the necessary infrastructure	"[...] It is evident that every detail in this space has been thought out with great care. I am so thankful for it." (M3); "Wonderful. I had a quiet and private place where I could pump milk [...]" (M9); "I had everything I needed. I wish I had used it for longer." (M14); "It was a very good, quiet, appropriate location. Good to have a place to store. [...]" (M15); "[...] it was a comfortable and safe place where I could pump and freeze milk for my child every day. [...]" (M41); "[...] The option to have a suitable and private place, quiet, makes the moment more appropriate to pump milk." (M51);	17

Table 3 (continued)

Categories	Quotes	Frequency
Positive points		
Allowed donation to the Human Milk Bank	"[...] I even managed to donate to the milk bank for over a year." (M8); "[...] For some time, I was able to donate breast milk" (M17); "[...] besides easing the process of donation to the milk bank" (M16); "[...] in addition to allowing me to donate milk" (M33);	4
Positive unspecified experiences	" <i>Very important</i> " (M2); "great" (M22); "Very good" (M26); "Great! Essential!" (M31); "It was great." (M34); "Very good" (M47);	10
Difficulties encountered		
Distance from rooms	"[...] The only difficulty is that in the branch I worked [...] the breastfeeding room was at a 10 min walk from the place where I worked, adding up the time pumping, I ended up staying too long in there, plus the time to return to my workplace. Even though I was a manager, I was still embarrassed." (M11);	1
Need to stop using the rooms due to the age of the child.	"Using the room in itself was great, but due to company policy, I only had the right to be absent from work in the first month [...]. I came back from my maternity leave, plus vacation time, and my daughter was 7 months old, so by 8 months I was forced to introduce formula. (Suggestion: that we be free to use of the room for as long as necessary for other activities..such as, for example, medical examination to ensure that breastfeeding resumes." (M49)	1

Table 4. Perceptions of women employees about breastfeeding support rooms (n=53), Brazil, 2019-2020.

Perceptions	Quotes	Frequency
Positive		
Importance of BSR	"I consider it extremely important with immeasurable repercussions [...]" (M3) "extremely essential" (M4) "It is indispensable [...]" (M8) "They are essential" (M11) "fundamental for those who want to breastfeed" (M18) "There's nothing better, super necessary" (M23) Necessary. Indispensable [...] improves the quality of life of the whole family, because if the mother is well, the family will also be" (M26)	16
Importance of BSR for women	"Essential for working mothers who are aware of the importance of breast milk." [...] (M1); "Necessary for mothers who breastfeed, regardless of how long." (M10) "A space necessary so that mothers do not have to be exposed or go through constraints when getting food from their children." [...] (M17) "It is fundamental to our process [...]" (M20) "It is a fundamental support for mothers who want and/or must breastfeed" (M29) "A standout for us mothers" (M32)	13
Importance of BSR for the child	"[...] These rooms are essential for the development of babies [...]" (M1) "[...] the Ministry of Health proves that breastfeeding contributes to the health of the child" (M3) "It is beneficial for mothers and especially for babies who will continue to be breastfed for longer" (M24)	3
Importance of BSR for breastfeeding	"Essential to encourage exclusive breastfeeding" (M2) [...] Makes a lot of difference in support for breastfeeding" (M12) "encourages breastfeeding and that women breastfeed longer" (M19) "Helps in the process of continuity of breastfeeding and donation of breast milk" (M21) "[...] is essential for the continuity of breastfeeding [...]" (M41) "[...] a unique space that contributes to increasing breastfeeding time" (M47)	12
Importance of BSR for job performance	"[...] And a satisfied employee with her needs well-met is more productive at work" (M27) "[...] and also for the comfortable performance of their job activities" (M41)	2
Appreciation of the woman employee	"[...] it is a way for the company to demonstrate that it cares about women and to promote the well-being and health of mothers and children" (M3) "It makes a difference for women who live in a conflict between their family life and their work life. The company that has one is saying: We support you at this moment, everything is fine" (M7) "Represents the appreciation of the working woman, providing due support in such a difficult moment of return from family leave and being apart from the baby" (M16) "[...] It demonstrates respect, attention and care for their employees" (M17) "It is sensational, having an exclusive place for moms to take fresh milk to their child [...] five-star company" (M22)	11
Ambiance	"Excellent, it has everything that is necessary" (M5) "Very cozy and quiet room" (M9) "It is comfortable, safe, hygienic and private for the mother" (M30) "The environment makes us well at ease, it is clean and cozy, with a fridge and freezer, hot water in the sink, alcohol and tissue" (M43) "the environment is very good, clean, calm, totally adequate" (M44) "It is a reserved, clean place, with the necessary appliances (refrigerator, couch, sink, etc.) that makes the woman feel at ease" (M46)	15

Table 4 (Continued)

Perceptions	Quotes	Frequency
Negative		
Little use	<i>"It's super interesting. But in practice, it only worked for me [...]" (M14); "[...] but since the room administrator had left the company, the place was a little neglected, the tap of none of the sinks worked, for example, and it was not cleaned often. But there was a refrigerator, a couch, a key. I realized with this that few mothers used the room, I think it is a cultural issue and also more difficult for the mothers of the operational team" (M45);</i>	2
Little existence	<i>"There is almost no such space" (M48);</i>	1
Need for reinforcement	<i>"[...] I believe that the importance is even bigger for companies that grant only 4 months of maternity leave" (M1); "all companies should have [...]" (M12); "indispensable, every company should have" (M13); "I think it should remain and develop further. With clear policies of use that aim to help mothers and families maintain breastfeeding" (M49); "all companies should have one to encourage mothers to continue breastfeeding after returning to work" (M42)</i>	5

Table 5: Relationship between Breastfeeding Support Rooms and their contribution to achieving Sustainable Development Goals, Brazil, 2019-2020.

Relationship with the SDG		SDG directly and indirectly affected by BSRs
Breastfeeding Support Rooms	BSRs have a strong relationship with the SDG	SDG 8: Promote sustained, inclusive, and sustainable economic growth, full and productive employment, and decent work for all SDG 5: Achieve gender equality and empower all women and girls
	BSRs contribute to raising the rates of breastfeeding, which has a potential relationship with the SDG	SDG 1: End poverty in all its forms everywhere SDG 2: End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture SDG 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all of all ages SDG 4: Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all SDG 10: Reduce inequality within and among countries SDG 13: Take urgent action to combat climate change and its impacts

Note: The implementation of policies to promote, protect and support breastfeeding has the potential to reinforce breastfeeding in general, including breastfeeding in the work environment and BSR, in addition to contributing to SDG 17 on global partnerships and joint action between governments and civil society.

5 CONCLUSÃO

Na região Sul do Brasil, a maior parte das SAA foram implantadas em empresas públicas e de grande porte a partir do número de funcionários: 1) os principais desafios que as SAA enfrentam dizem respeito à padronização dos processos internos e seu uso pouco frequente; 2) enquanto seus benefícios incluem o incentivo à amamentação e a valorização das mães trabalhadoras; 3) observou-se dificuldade em manter o apoio de tutores capacitados pelo MS.

As SAA existentes no estado do Paraná apresentam um grau de implantação consolidado com poucas, mas importantes questões a serem melhoradas para uma expansão em larga escala, em especial no que se refere ao processo de monitoramento da estratégia no contexto estadual, ao monitoramento das atividades dos tutores formados na Estratégia, e à estrutura organizacional existentes nas instituições.

Todas as experiências de uso das SAA foram positivas, e foi possível identificar a satisfação das usuárias e fatores relacionados à utilização das salas no Paraná, como: 1) o perfil das mulheres que usam SAA; 2) o perfil do aleitamento materno das trabalhadoras, apontando que a maioria das mulheres amamentou exclusivamente até os seis meses e continuou amamentando até o bebê completar dois anos. As funcionárias que trabalharam por mais tempo na empresa foram as que mais utilizaram as SAA e as mulheres que trabalham em empresas públicas amamentaram por mais tempo.

Desta forma, as SAA contribuem para prolongar a amamentação. Apesar disso, nem todas as mulheres em licença maternidade as utilizam. Contudo, observamos que existe uma parcela importante de mulheres trabalhadoras que utilizam as SAA e que desejam manter a amamentação até os dois anos ou mais, conforme recomendações do MS. Assim, as SAA apresentam uma ótima oportunidade para prolongar a amamentação, de modo que tal estratégia deve ser estimulada e promovida.

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possui algumas limitações. Na primeira etapa 1) o estudo limitou-se a avaliar a situação das SAA em uma das regiões mais desenvolvidas do país, sendo necessário observar se as características encontradas podem ser observadas em regiões menos desenvolvidas. 2) a coleta de dados foi baseada em um questionário autopreenchido, o que tornou difícil aprofundar as percepções sobre os desafios e benefícios das SAA. Na segunda etapa, 1) a pesquisa foi realizada em apenas um estado que possui 76,2%% das SAA da região sul do país e 8 % do total de SAA certificadas no Brasil em 2017. O Brasil é um país que apresenta muitas disparidades entre as regiões. Na terceira etapa, as limitações incluem 1) a não possibilidade de identificar o perfil de amamentação das mulheres que retornam ao trabalho após 120 dias de licença maternidade, uma vez que as crianças são menores e ainda não foi introduzida a alimentação complementar; 2) a taxa de retorno do questionário (40%), embora descrita na literatura como razoável em pesquisas de metodologia semelhante, impacta em uma amostra relativamente pequena e que pode ter vieses, já que não conhecemos os dados em 60% das mulheres que usam as SAA; 3) Finalmente, a utilização de questionário online resultou na impossibilidade de aprofundar as questões entre os participantes.

Apesar destas limitações, este é o primeiro estudo que aborda esses temas no Brasil e aponta desafios importantes para a expansão desta ação em maior escala. A partir deste estudo, foi observada a necessidade de estudos complementares para: 1) Compreender se o perfil das empresas que implantam as SAA e as características de apoio à amamentação e à maternidade também podem ser encontradas em outras regiões do país; 2) Aprofundar a situação do monitoramento da estratégia, em especial, a atuação dos tutores formados; 3) Analisar o perfil das mulheres usuárias das SAA em outras regiões do país, em especial as mulheres que retornam ao trabalho aos 4 meses; 4) Avaliar junto as empresas a possibilidade de os bebês virem in loco para serem amamentados nas SAA implantadas e por fim 5) Melhor compreender dentre as mulheres não usuárias das SAA, as razões que levam à não utilização

REFERÊNCIAS

- AIKAWA, T. *et al.* Maternal return to paid work and breastfeeding practices in Bangkok, Thailand. **Asia Pacific Journal of Public Health**, v. 27, n. 2, mar. 2015.
- ARAUJO R. G. **Política nacional de aleitamento materno**. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Outubro de 2019. Não publicado.
- BAI, Y. K.; DINOUR, L. M.; POPE, G. A. Determinants of the intention to pump breast milk on a University Campus. **Journal of Midwifery Women's Health**, 10 ago. 2016.
- BAI, Y. K.; GAITS, S. I.; WUNDERLICH, S. M. Workplace lactation support by New Jersey employers following US reasonable break time for nursing mothers law. **Journal of Human Lactation**, v. 31, n. 1, p. 76-80, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
- BARTICK, M.; REINHOLD, A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. **Pediatrics**, v. 125, n. 5, 2010.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil e m três décadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 108, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.
- BOWATTE, G. *et al.* Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 85-95, 2015.
- BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Portal da Legislação**, Rio de Janeiro, 1 maio 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 26 jul. 2021.
- BRASIL. **Portaria nº 3.296 de 3 de setembro de 1986**. Autoriza as empresas e empregadores a adotar o sistema de Reembolso-Creche, em substituição à exigência contida no § 1º do artigo 389, da CLT.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **I Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno_2001.pdf . Acesso em: 28 jul. 2021
- BRASIL. **Portaria nº 618, de 23 de março de 2006a**. Institui o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, com o objetivo de apoiar as ações de promoção e proteção do aleitamento materno.
- BRASIL. Lei nº 11.265 de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Portal da Legislação**, Brasília, DF, 3 jan. 2006b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm.

Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

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. **Portal da Legislação**, Brasília, DF, 9 set. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. p. 195-212.

BRASIL. **Portaria nº 2.394, de 7 de outubro de 2009c**. Institui a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) no Brasil e estabelece a parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria nas comemorações da SMAM.

BRASIL. Decreto nº 7.052 de 23 de dezembro de 2009. Regulamenta a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, que cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade, no tocante a empregadas de pessoas jurídicas. **Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 23 dez. 2009d. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-7052-23-dezembro-2009-599154-norma-pe.html>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e. 300 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio^a de 2012a**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Portaria nº 1.300, de 23 de novembro de 2012b**. Inclui habilitações Tabela de Habilitações do Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e altera atributos referentes a nome, descrição e habilitação dos procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero**. Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2014a.

BRASIL. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014b**. Redefine os critérios de

habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015a. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 nov. 2015a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30174522/do1-2015-11-04-decreto-n-8-552-de-3-de-novembro-de-2015-30174511. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.227, de 28 de dezembro de 2015b. Institui o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano, a serem comemorados anualmente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2015b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/12/2015>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 18 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implantacao_salas_apoio_amamentacao.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdade-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

BUI, Q. T. *et al.* Trends and determinants for early initiation of and exclusive breastfeeding under six months in Vietnam: results from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000-2011. **Glob Health Action**, v. 29, n. 9, p. 29.433, fev. 2016.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217-238.

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. **BMC Public Health**, v. 6, p. 160, 2006.

CHOWDHURY, R. *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 96-113, 2015.

CLICK, E. R. Developing a worksite lactation program. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 31, n. 5, p. 313-7, set./out. 2006.

DAGHER, R. K. *et al.* Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, p. 194, 2016.

ESPÍRITO-SANTO, L. C.; MONTEIRO, F. R.; ALMEIDA, P. V. B. Políticas públicas de aleitamento materno. *In*: CARVALHO, M. R. de; GOMES, C. F. (org.). **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

FERNANDES, V. M., Santos, E. K., Gregório, V. R., Hernandez, M. d., & Ribeiro, L. C. (2018). Condutas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho. **Texto & Contexto - Enferm**, 27(3). Disponível em: doi:10.1590/0104-070720180002560016. Acesso em: 28 jul. 2021.

FERNANDES, V.M.B.; SANTOS, E. K. A. ; ZAMPIERI, M. F. M. ; GREGORIO, V. R. P.; PIRES, D. E. P.; ERDMANN, A. L. Implantação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas: potencialidades e dificuldades. **REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM**, v. 37, p. 1-9, 2017. Acesso em: 28 jul. 2021.

FERNANDES, V. MB.; SANTOS, E.K.A. dos, BACKES, M. T. S.; REA, M. F.; ARAÚJO, R. G.; IGLESIAS, J. C. S. A prática do aleitamento materno entre as trabalhadoras formais: revisão integrativa de literatura. **Saúde Coletiva (Barueri)**, 10(58), 4141–4052. (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i58p4141-4052>. Acesso em: 28 jul. 2021.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. 2. ed. Londres: Sage, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Rede Global de Bancos de Leite Humano. **Os números da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Disponível em: https://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php. Acesso em: 28 jul. 2021.

GARVIN, C. C. *et al.* The business case for breastfeeding: a successful regional implementation, evaluation, and follow-up. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 4, p. 413-7, ago. 2013.

GONTIJO T. L. *et al.* Fatores associados ao método canguru no Brasil. **Revista médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150065>. Acesso em: 28 jul. 2021.

GOMES, E.; DIAS, L. O. A triangulação enquanto estratégia de diálogo em pesquisa científica. **Comunicação & Sociedade**, São Bernardo do Campo, v. 42, n. 1, p. 31-51, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/CSO/article/view/9261/7291>. Acesso em: 16 jul. 2021.

GUENDELMAN, S. *et al.* Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. **Pediatrics**, v. 123, p. e38-46, 2009.

GREEN BN, JOHNSON CD, ADAMS A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. **J Chiropr Med**. 2006;5:101-17. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6). Acesso em: 28 jul. 2021

HANSEN, K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 416, 30 jan. 2016.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. **Short-term effects of breastfeeding**: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA & SECRETARIA ESPECIAL DE ARTICULAÇÃO SOCIAL. **Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável: Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2021. [internet]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/home/videos> Acesso em: 28 jul. 2021

KIM JH, SHIN JC, DONOVAN SM. Effectiveness of Workplace Lactation Interventions on Breastfeeding Outcomes in the United States: An Updated Systematic Review. **J Hum Lact**. 2019 Feb;35(1):100-113. Disponível em: doi: 10.1177/0890334418765464. Acesso em 10 out. 2021.

KROL, K. M.; GROSSMANN, T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. **Bundesgesundheitsbl**, n. 61, p. 977, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>. Acesso em: 28 jul. 2021

LAMOUNIER, J. A. *et al*. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486-493, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019/37/4/00004>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MATTAR, M. J. G.; GUILHERME, J. P. **Rede Global de Bancos de Leite Humano: em busca da excelência no cuidado ao recém – nascido prematuro**. In: VENÂNCIO, S. I. e TOMA, T. Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno: evidências científicas e experiências de implementação. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019

MILLS, S. P. Workplace lactation programs: A critical element for breastfeeding mothers' success. **AAOHN Journal**, v. 57, n. 6, p. 227-231, jun. 2009.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, F. R. **Política de Aleitamento Materno**. 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/audiencia-publica-2018/audiencia-publica-debater-a-semana-mundial-de-aleitamento-materno/apresentacao-ministerio-da-saude>. Acesso em: 16 set. 2021.

MOSCA, F. *et al.* Determinants of breastfeeding discontinuation in an Italian cohort of mother-infant dyads in the first six months of life: a randomized controlled trial. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 44, n. 1, p. 134, 6 nov. 2018.

NARDI A. L., VON FRANKENBERG A. D., FRANZOSI O. S. & ESPÍRITO-SANTO L. C. (2020). Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4), 1445-1462. Disponível em: 10.1590/1413-81232020254.20382018. Acesso em: 28 jul. 2021

PATHIRANA MM, ALI A, LASSI ZS, ARSTALL MA, ROBERTS CT, ANDRAWEEERA PH. Protective Influence of Breastfeeding on Cardiovascular Risk Factors in Women With Previous Gestational Diabetes Mellitus and Their Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Human Lactation**. October 2021. Disponível em: doi:10.1177/08903344211034779 Acesso em Acesso em: 28 jul. 2021

PERES, K. G. *et al.* Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 54-61, 2015.

PEREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: the “Breastfeeding Gear” Model. **Advances in Nutrition**, v. 3, n. 6, p. 790-800, nov. 2012.

PIWOZ, E. G.; HUFFMAN S. L. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. **Food Nutr Bull**, v. 36, p. 373-86, 2015.

REA, M. F. *et al.* Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, abr. 1997. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/download/24262/26186/27953>. Acesso em: 16 jul. 2021.

ROLLINS, N. C. *et al.* Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **The Lancet**, v. 387, 30 jan. 2016.

SANKAR, M. J. *et al.* Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality. A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, 7 ago. 2015.

SANTOS, E.K.A dos. **Implementação da IHAC: impacto, avanços e desafios**. In: VENÂNCIO, S. I. e TOMA, T. Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno: evidências científicas e experiências de implementação. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019

SLUSSER, W. M. *et al.* Breast milk expression in the workplace: a look at frequency and time. **Journal of Human Lactation**, v. 20, n. 2, p. 164-169, maio 2004.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO-SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. **Politique publique de soutien à l'allaitement maternel: l'expérience du Brésil**. La Santé de l'homme/INPES, p. 34-36, 20 ago. 2010.

SOUZA, C. B. *et al.* **Histórico da implantação da estratégia mulher trabalhadora que amamenta no Brasil**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO

MATERNAL (XIV ENAM), 14.; ENCONTRO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL (IV ENACS), 4., 2016, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2017/01/ANAIS_ENAM2016.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.

TSAI, S. Y. Impact of a Breastfeeding-Friendly Workplace on an Employed Mother's Intention to Continue Breastfeeding After Returning to Work. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 2, 2013.

TSAI, S. Y. Influence of Partner Support on an Employed Mother's Intention to Breastfeed After Returning to Work. **Breastfeeding Medicine**, v. 9, n. 4, 2014a.

TSAI, S. Y. Employee perception of breastfeeding-friendly support and benefits of breastfeeding as a predictor of intention to use breast-pumping breaks after returning to work among employed mothers. **Breastfeeding Medicine**, v. 9, n. 1, p.16-23, 1 jan. 2014b.

UNITED NATIONS. **Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015.** [internet]. Disponível em: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E Acesso em: 30 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Amamenta e alimenta Brasil:** recomendações baseadas no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos. UNA-SUS: EAD, 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019:** Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. 9 p.

VAN DELLEN, S.A., WISSE, B., MOBACH, M.P. *et al.* A cross-sectional study of lactation room quality and Dutch working mothers' satisfaction, perceived ease of, and perceived support for breast milk expression at work. **Int Breastfeed J** 16, 67 (2021). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00415-y>

VENANCIO, S. I. *et al.* The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, n. 10, p. 914-918, out. 2012. Disponível em: doi: 10.1136/jech-2011-200332. Acesso em: 28 jul. 2021.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1205-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01205.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

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**, v. 3, p. e199-205, 2015.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet Breastfeeding Series Group**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 30 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 15 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant feeding recommendation**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/. Acesso em: 16 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes**. 2019. [internet]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049> . Acesso em: 16 jul. 2021.

WYATT, S. N. Challenges of the working breastfeeding mother: workplace solutions. **Workplace Health & Safety**, v. 50, n. 2, p. 61-66, fev. 2002. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/216507990205000204>. Acesso em: 16 jul. 2021.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO 1: SOBRE A SITUAÇÃO DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS EMPRESAS REGIÃO SUL

1. Perfil da empresa

Nome:

CNPJ:

Funcionário responsável pela sala:

Endereço da empresa:

CEP:

Município/ UF:

Telefone de contato:

Total de funcionários da empresa:

Jornadas de trabalho (em horas diárias):

Que tipo de atividade são desenvolvidas pelas mulheres em período fértil:

2. Adesão ao programa Empresa cidadã e ao Projeto Mulher Trabalhadora que Amamenta

Data de inauguração da sala de apoio à amamentação: __/__/__

A empresa adotou licença maternidade de seis meses?

() Sim - Data __/__/__ () Não

A empresa adotou licença paternidade de 21 dias?

() Sim - Data __/__/__ () Não

Possui creche para os filhos das funcionárias?

() Sim - Data __/__/__ () Não

Se a empresa não possui creche, oferece algum convênio com creche para os filhos das funcionárias ou auxílio-creche?

() Sim creche conveniada - Data __/__/__ () Não

() Sim auxílio-creche - Data __/__/__

Número de funcionárias na empresa em período fértil (16 a 49 anos):

Número de funcionárias mulheres terceirizadas:

Qual o número de funcionárias no ano anterior que estiveram em licença maternidade?

Qual o número de funcionárias terceirizadas no ano anterior em licença maternidade?

A empresa desenvolve alguma outra atividade apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno?

3. **Sobre utilização da sala**

A sala de apoio à amamentação está ativa (foi utilizada nos últimos seis meses)?

As mulheres que vão utilizar a sala precisam preencher um cadastro inicial?

Existe registro de utilização diário da sala?

A empresa conhece a proporção de funcionárias que utiliza a sala?

Qual o número de mulheres que utilizaram a sala no último ano?

Em média, qual a idade dos bebês das mães que frequentam as salas?

As salas de apoio à amamentação são utilizadas por quanto tempo em média (Tempo total de utilização em meses)?

A empresa faz ou fez levantamento das mulheres que faltaram ao trabalho por motivo de doença do filho nos últimos seis meses?

A empresa observou alguma modificação do número de mulheres que faltaram ao trabalho por motivo de doença do filho após implantação da sala nos últimos seis meses?

A empresa já realizou alguma análise comparativa sobre o absenteísmo por motivo de doença do filho entre mulheres usuárias e não usuárias da sala?

Como foi a receptividade da sala de apoio à amamentação na sua empresa?

A empresa observou alguma dificuldade relacionada à utilização/manutenção da sala?

A empresa observou alguma potencialidade relacionada à utilização/manutenção da sala?

Qual a percepção da empresa com relação à implantação da sala?

A empresa recebeu apoio do tutor da sala nos 6 meses? ()sim ()Não

Se sim, que tipo de apoio?

A empresa possui alguma parceria com:

Banco de leite Humano? () Sim () Não

Posto de Coleta de leite Humano? () Sim () Não

Unidades Básicas de Saúde ou Equipes da Estratégia Saúde da Família?

() Sim () Não

Outras parcerias? Quais?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 2: SOBRE A SITUAÇÃO DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS EMPRESAS

1. Perfil da empresa

Nome:

CNPJ:

Funcionário responsável pela sala:

Endereço da empresa:

CEP:

Município/ UF:

Telefone de contato:

Total de funcionários da empresa:

Jornadas de trabalho (em horas diárias):

Que tipo de atividade são desenvolvidas pelas mulheres em período fértil:

2. Adesão ao programa Empresa cidadã e ao Projeto Mulher Trabalhadora que Amamenta

Data de inauguração da sala de apoio à amamentação: __/__/__

A empresa adotou licença maternidade de seis meses?

() Sim - Data __/__/__ () Não

A empresa adotou licença paternidade de 21 dias?

() Sim - Data __/__/__ () Não

Possui creche para os filhos das funcionárias?

() Sim - Data __/__/__ () Não

Se a empresa não possui creche, oferece algum convênio com creche para os filhos das funcionárias ou auxílio-creche?

() Sim creche conveniada - Data __/__/__ () Não

() Sim auxílio-creche - Data __/__/__

Número de funcionárias na empresa em período fértil (16 a 49 anos):

Número de funcionárias mulheres terceirizadas:

Qual o número de funcionárias no ano anterior que estiveram em licença maternidade?

Qual o número de funcionárias terceirizadas no ano anterior em licença maternidade?

A empresa desenvolve alguma outra atividade apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno?

3. **Sobre utilização da sala**

A sala de apoio à amamentação está ativa (foi utilizada nos últimos seis meses)?

As mulheres que vão utilizar a sala precisam preencher um cadastro inicial?

Existe registro de utilização diário da sala?

A empresa conhece a proporção de funcionárias que utiliza a sala?

Qual o número de mulheres que utilizaram a sala no último ano?

Em média, qual a idade dos bebês das mães que frequentam as salas?

As salas de apoio à amamentação são utilizadas por quanto tempo em média (Tempo total de utilização em meses)?

A empresa faz ou fez levantamento das mulheres que faltaram ao trabalho por motivo de doença do filho nos últimos seis meses?

A empresa observou alguma modificação do número de mulheres que faltaram ao trabalho por motivo de doença do filho após implantação da sala nos últimos 6 meses?

A empresa já realizou alguma análise comparativa sobre o absenteísmo por motivo de doença do filho entre mulheres usuárias e não usuárias da sala?

Como foi a receptividade da sala de apoio à amamentação na sua empresa?

A empresa observou alguma dificuldade relacionada à utilização/manutenção da sala?

A empresa observou alguma potencialidade relacionada à utilização/manutenção da sala?

Qual a percepção da empresa com relação à implantação da sala?

A empresa recebeu apoio do tutor da sala nos 6 meses? ()sim ()Não
Se sim, que tipo de apoio?

A empresa possui alguma parceria com:

Banco de leite Humano? () Sim () Não

Posto de Coleta de leite Humano? () Sim () Não

Unidades Básicas de Saúde ou Equipes da Estratégia Saúde da Família? ()

Sim () Não

Outras parcerias? Quais?

A empresa aceitaria afixar cartazes nas áreas de grande circulação da empresa para convidar as mulheres que estiveram em licença maternidade no ano anterior a realização da pesquisa a participarem deste estudo?

() Sim () Não

A empresa aceitaria enviar um convite aberto via intranet informando sobre a realização da pesquisa, convidando as mulheres que estiveram em licença maternidade no ano anterior a realização da pesquisa, usuárias e não usuárias das salas de apoio à amamentação para uma entrevista semi estruturada, ser realizada com total sigilo e privacidade, preferencialmente nas dependências da empresa ou na própria Sala de Apoio a Amamentação se esta não estiver em uso?

() Sim () Não

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS SALAS DE APOIO A
AMAMENTAÇÃO NO PARANÁ – PESQUISA AVALIATIVA**

Item observado	S (x)/N	Comentários ou justificativas
Infraestrutura		
Número de cadeiras? _ Número de trabalhadoras em idade fértil? _ (Recomenda-se 1 poltrona a cada 400 trabalhadoras em idade fértil)		
- A sala possui dimensionamento de 1,5 m ² por cadeira de coleta		
- Existe a instalação de um ponto de água fria e lavatório/pia, para atender aos cuidados de higiene das mãos e dos seios na coleta		
- Existe freezer ou refrigerador com congelador para guardar exclusivamente o leite materno		
- O refrigerador/congelador possui <u>termômetro</u> para <u>monitoramento diário</u> da temperatura		
- A sala possui ventilação e iluminação natural		
- A sala possui climatização artificial		
- A sala fica trancada		
- Existe algum funcionário da empresa responsável pela sala para supervisionar o seu uso, assim como o controle da temperatura do freezer ou congelador diariamente?		
- As mulheres preenchem registro de utilização diário da sala?		
- Em que local a sala fica localizada na empresa? _____		
Ambiente		
- O ambiente é tranquilo e confortável, permite a adequada acomodação da nutriz		
- O ambiente fornece privacidade à mulher, sem interrupções e interferências externas		

- A sala é mobiliada com poltronas ou cadeiras impermeáveis individualizadas		
- As poltronas são separadas por divisórias ou cortinas		
- As salas possuem algum tipo de decoração		
Utensílios		
- A maior parte das mulheres prefere retirar o leite por expressão manual ou com o auxílio de bombas?		
- A empresa disponibiliza frascos para a coleta e o armazenamento do leite		
- Existe parceria com o BLH ou posto de coleta para fornecimento de frascos?		
- A empresa disponibiliza recipientes térmicos para o transporte		
- A empresa disponibiliza (empresta) bombas para retirada do leite		
- Quem realiza a higienização dos utensílios?		
- Os utensílios que entram em contato direto com o leite (frascos e acopladores das bombas) são submetidos ao processo de limpeza, desinfecção e esterilização, conforme preconizado na Legislação vigente => lavados com água e sabão e, após, fervidos por 15 minutos ou esterilizados. Após a fervura, os frascos e tampas devem ser colocados sobre um tecido limpo para que sequem naturalmente		Como ocorre?

Elaboração: autora principal

A empresa trabalha realiza alguma atividade com as gestantes para informarsobre a existência das salas?

A empresa fornece algum presente ou kit quando a trabalhadora ganha bebêe vai sair de licença maternidade? Se sim, o que contém?

Outras observações ou pontos relevantes:

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 16 p. : il.

RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006 para a retirada de leite do peito.

Resolução RE/ Anvisa nº 9, de 16 de janeiro de 2003 – Orientação técnica revisada contendo padrões referenciais de qualidade de ar interior em ambientes de uso público e coletivo, climatizados artificialmente

Nota técnica conjunta nº 01/2010 ANVISA e Ministério da saúde. Assunto: sala de apoio à amamentação em empresas.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 3: PERFIL E PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE UTILIZARAM A SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

Em qual empresa você trabalha?

Há quanto tempo está na empresa?

Qual cargo que ocupa na empresa?

Qual sua jornada de trabalho semanal?

Qual seu turno de trabalho?

() manhã () tarde () noite () horários flexíveis

Qual a sua idade?

Qual seu grau de escolaridade?

() 1º grau (fundamental) - () incompleto () completo

() 2º grau (ensino médio) - () incompleto () completo

() 3º grau (ensino superior) - () incompleto () completo

() pós graduação:

() especialização - () incompleto () completo

() mestrado - () incompleto () completo

() doutorado - () incompleto () completo

Qual seu estado civil () casada () solteira () união estável () viúva ()
divorciada

Você teve licença maternidade de 180 dias? ()sim ()Não

Está amamentando atualmente? ()sim ()Não

Se ainda amamenta, por quanto tempo pretende manter a amamentação?

Por quanto tempo amamentou de forma exclusiva?

Por quanto tempo tem amamentado ou amamentou no total?

Você utilizou a sala de apoio à amamentação da sua empresa? ()sim ()Não

Se sim, durante quanto tempo (em dias, semanas ou meses) você utilizou, ou tem
utilizado até o momento, a sala de apoio à amamentação?

Como foi para você essa experiência de utilização da sala de apoio à amamentação
da sua empresa?

Qual a sua percepção sobre a sala de apoio à amamentação nas empresas?

Você considera que a sala de apoio à amamentação contribui ou contribuiu para prolongar a sua amamentação?

()sim ()Não Se sim ou não, por quê?

Você teve outros tipos de apoio (empresa, parentes, família e/ou amigos) para manter a amamentação após o retorno ao trabalho além de poder utilizar a sala? ()sim

()Não Se sim, que tipo de apoio?

Após retorno ao trabalho, você precisou faltar ao trabalho por doença do filho (a)?

()sim ()Não

Se sim, em média quantas vezes você precisou se ausentar ao trabalho no último ano por motivo de doença do filho? Que tipo de doença seu filho(a) apresentou?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EMPRESAS ETAPA 1

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Profa. Dra Regina Paula Vieira Cavalcante da Silva e Carolina Belomo de Souza do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná e Profa. Dra Sônia Isoyama Venâncio do Instituto de Saúde SES-SP, estamos convidando o senhor(a) que é responsável por uma sala de apoio à amamentação a participar de um estudo intitulado **“Salas de apoio à amamentação: estratégia mulher trabalhadora que amamenta do Ministério da Saúde”**.

Essa pesquisa é inédita no país e busca avaliar uma estratégia do Ministério da Saúde que tem a finalidade de garantir o direito da criança à amamentação e a manutenção da amamentação após retorno ao trabalho. A estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta, criada em 2010, vem se consolidando no país e atualmente, não se tem informação, a nível nacional, sobre a utilização das salas de apoio a amamentação implantadas.

- a) O objetivo desta pesquisa é descrever o perfil das salas de apoio à amamentação certificadas pelo MS e Avaliar os indicadores de satisfação e de utilização pelas nutrizes das salas de apoio à amamentação.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher um questionário de coleta de informações para a pesquisa o que levará aproximadamente 20 minutos.
- c) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados ao possível impacto positivo que as salas de apoio à amamentação podem oferecer para a sociedade e para a saúde das crianças e mulheres com a manutenção da amamentação após retorno ao trabalho. Nem sempre você será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e para a descoberta de informações ainda não coletadas em nosso país.
- d) As pesquisadoras Profa. Dra Regina Paula Vieira Cavalcante da Silva, Profa. Dra Sônia Isoyama Venâncio e Carolina Belomo de Souza responsáveis por este estudo poderão ser localizadas no 14º andar do Hospital de Clínicas, no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, localizado na Rua General Carneiro, 181 - 14º andar - Alto da Glória - Curitiba - PR - CEP: 80060-900, no horário 14h-16h, pelo Telefone (41) 3360-7980 ou pelo e-mail mta.pesquisa@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa [rubrica] _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica] _____

Orientador [rubrica] _____

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 2033945
na data de 26/04/2017 gth

- e) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- f) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como as pesquisadoras deste estudo Profa. Dra Regina Paula Vieira Cavalcante da Silva, Profa. Dra Sônia Isoyama Venâncio e Carolina Belomo de Souza ou a equipe técnica do Ministério da Saúde. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade e a de sua instituição seja preservada e mantida sua confidencialidade**. A fim de minimizar riscos relacionados a desconfortos ou constrangimentos no recrutamento ou em qualquer etapa da pesquisa, serão asseguradas todas as medidas para garantir a privacidade de sua identidade e da instituição a qual pertence, além disso, também será assegurado o sigilo das informações fornecidas evitando a quebra de confidencialidade ou qualquer tipo de desconforto ou constrangimento dentro da empresa.
- g) O material obtido por meio dos questionários será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de 4 anos.
- h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como acesso a internet e linha telefônica não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código
- j) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

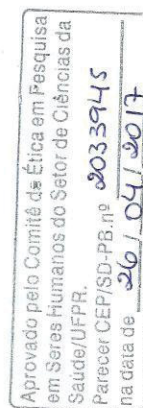
Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Local, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]



APÊNDICE F– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MULHERES ETAPA 3

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Profa. Dra Regina Paula Vieira Cavalcante da Silva e Carolina Belomo de Souza do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná e Profa. Dra Sônia Ioyama Venâncio do Instituto de Saúde SES-SP, estamos convidando você, mãe e mulher trabalhadora de uma instituição que possui salas de apoio à amamentação a participar de um estudo intitulado **“Salas de apoio à amamentação: estratégia mulher trabalhadora que amamenta do Ministério da Saúde”**.

Essa pesquisa é inédita no país e busca avaliar uma estratégia do Ministério da Saúde que tem a finalidade de garantir o direito da criança à amamentação e a manutenção da amamentação após retorno ao trabalho. A estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta, criada em 2010, vem se consolidando no país e atualmente, não se tem informação, a nível nacional, sobre a utilização das salas de apoio a amamentação implantadas.

a) O objetivo desta pesquisa é descrever o perfil das salas de apoio à amamentação certificadas pelo MS e avaliar os indicadores de satisfação e de utilização pelas nutrizes das salas de apoio à amamentação.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista para a coleta de informações o que levará aproximadamente 20 minutos.

c) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados ao possível impacto positivo que as salas de apoio à amamentação podem oferecer para a sociedade e para a saúde das crianças e mulheres com a manutenção da amamentação após retorno ao trabalho. Nem sempre você será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e para a descoberta de informações ainda não coletadas em nosso país.

d) As pesquisadoras Profa. Dra Regina Paula Vieira Cavalcante da Silva, Profa. Dra Sônia Ioyama Venâncio e Carolina Belomo de Souza responsáveis por este estudo poderão ser localizadas no 14º andar do Hospital de Clínicas, no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, localizado na Rua General Carneiro, 181 - 14º andar - Alto da Glória - Curitiba - PR - CEP: 80060-900, no horário 14h-16h, pelo Telefone (41) 3360-7980 ou pelo e-mail mta.pesquisa@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa [rubrica] _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica] _____

Orientador [rubrica] _____

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 2083945
na data de 26/04/2012. *[assinatura]*

e) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

f) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como as pesquisadoras deste estudo Profa. Dra Regina Paula Vieira Cavalcante da Silva, Profa. Dra Sônia Isoyama Venâncio e Carolina Belomo de Souza ou a equipe técnica do Ministério da Saúde. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. A fim de minimizar riscos relacionados a desconfortos ou constrangimentos no recrutamento ou em qualquer etapa da pesquisa, serão asseguradas todas as medidas para garantir a privacidade de sua identidade neste estudo, além disso, também será assegurado o sigilo das informações fornecidas evitando a quebra de confidencialidade ou qualquer tipo de desconforto ou constrangimento dentro da empresa.

g) O material obtido por meio dos questionários será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de 4 anos.

h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como acesso a internet e linha telefônica não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação

i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código

j) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

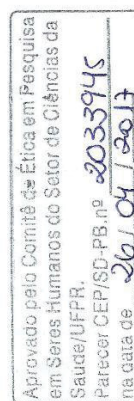
Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

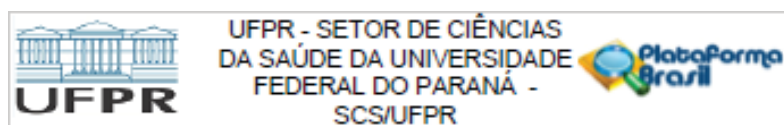
[Local, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]



ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Salas de apoio à amamentação: estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta do Ministério da Saúde.1

Pesquisador: Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva

Área Temática:

Versão: 8

CAAE: 65401917.5.0000.0102

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.114.947

Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva, tendo como colaboradoras: Coorientadora: Profa. Dra. Sônia Itoyama Venâncio e Pós-Graduanda: Carolina Belomo de Souza.

Objetivo da Pesquisa:

1.1 Objetivo Geral

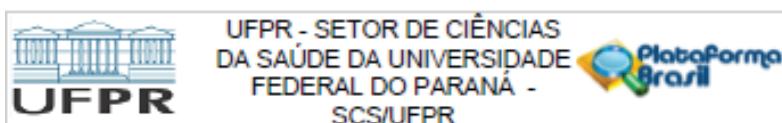
1.1 Objetivo Geral

- Descrever o perfil das salas de apoio à amamentação certificadas pelo Ministério da Saúde na região Sul do Brasil
- Descrever as características das salas de apoio à amamentação certificadas pelo Ministério da Saúde no Paraná
- Avaliar os indicadores de satisfação e utilização pelas nutrizes nas salas de apoio à amamentação no Paraná

1.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil da amamentação de mulheres usuárias das salas de apoio à amamentação em

Endereço: Rua Pedro Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.114.947

empresas.

- * Identificar a taxa e duração da utilização das salas de apoio à amamentação;
- * Identificar mudanças nas taxas de absenteísmo de mulheres em decorrência de doença do filho após a implantação das salas de apoio à amamentação nas empresas.
- * Avaliar a implantação das salas de apoio à amamentação na região sul do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Este estudo trará benefícios para a sociedade uma vez que identificará se as salas de apoio à amamentação prolongam de fato a duração da amamentação conforme demonstrado em estudos internacionais, permitindo que as mulheres que possuem este benefício se sintam mais motivadas a utilizar estes espaços nas suas empresas. Os riscos relacionados a este estudo são baixos e consistem em possível desconforto ao responder o questionário. Serão asseguradas todas as medidas para o sigilo das informações fornecidas pelas funcionárias das empresas que aceitarem participar deste estudo evitando, assim, a quebra de confidencialidade ou qualquer tipo de desconforto ou constrangimento para as mulheres participantes. De mesmo, serão asseguradas todas as medidas para garantir a privacidade da identidade das mulheres participantes deste estudo evitando qualquer tipo de desconforto ou constrangimento, no recrutamento ou em qualquer etapa da pesquisa. As mesmas serão livres para participarem e se retirarem deste estudo a qualquer momento".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo em andamento, reapresentado para atender pendências apontadas na solicitação de EMENDA para continuidade do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente anexados

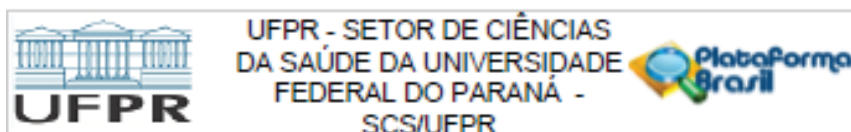
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Protocolo em condições de aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometicos.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.114.947

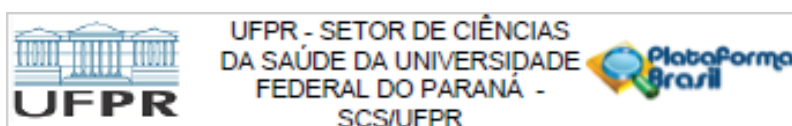
Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1427528_E3.pdf	16/06/2020 17:53:56		Aceito
Outros	Cartasimples_resposta_pendencia_atualizado_10062020.docx	16/06/2020 17:49:03	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado_10062020.docx	10/06/2020 11:16:00	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_MTA_corrigido_10062020.docx	10/06/2020 11:15:38	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mulher_online_02062020.docx	02/06/2020 11:02:23	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Justificativa_emenda_25052020_vff.pdf	25/05/2020 09:29:03	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Resposta_parecer_cronogramaatualizado_2019.pdf	20/07/2019 12:02:27	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Resposta_parecer_1405_vff.pdf	15/05/2019 00:20:27	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Declaracao_MS_2016.pdf	14/05/2019 16:51:13	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Acordo_MS_2019.pdf	14/05/2019 16:48:28	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Concordancia_	14/05/2019 16:48:00	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Concordancia_	14/05/2019 16:47:16	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Concordancia_	14/05/2019 16:46:38	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	concordancia_	14/05/2019 16:45:54	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	concordancia_	14/05/2019 16:45:11	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito

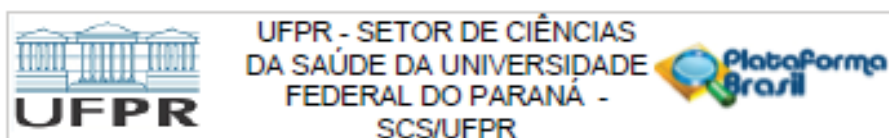
Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.114.947

Outros	Concordancia_	14/05/2019 16:43:55	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Concordancia_	14/05/2019 16:40:02	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	concordancia_	14/05/2019 16:38:54	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta_resposta_Parecer_CEP_24032019.docx	02/04/2019 09:41:38	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_MTA_alterado_042019.docx	02/04/2019 09:40:10	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Justificativa_emenda_14022019_vff.docx	14/02/2019 18:03:31	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mulheres_Vf_21042017pendencia.docx	21/04/2017 09:01:24	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_empresas_Vf21042017pendencia.docx	21/04/2017 09:01:08	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	extrato_ata_aprovacao.pdf	07/03/2017 09:57:22	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	dados_coletadosMTA.pdf	07/03/2017 09:48:10	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Tomar_publicoMTA.pdf	07/03/2017 09:43:35	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	responsabilidade_projeto.pdf	06/03/2017 21:55:41	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Termo_confidencialidadeMT.pdf	06/03/2017 21:52:28	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Compromisso_inicio.pdf	06/03/2017 21:51:27	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Checklist_MTA.pdf	06/03/2017 21:50:30	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rostoMTA.pdf	06/03/2017 21:48:37	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Apresentacao_projeto_MTA.pdf	06/03/2017 21:47:49	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Outros	Analise_mento_MTA.pdf	06/03/2017 16:33:54	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Acordo_programa_MTA.pdf	06/03/2017 16:33:07	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_mulheres_Vf_2017.docx	06/03/2017 16:32:38	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito

Endereço: Rua Pedro Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: comite.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.114.947

Ausência	TCLE_mulheres_VF_2017.docx	05/03/2017 16:32:38	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_empresas_VF2017.docx	05/03/2017 16:32:24	CAROLINA BELOMO DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 26 de Junho de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

PRODUÇÃO ACADÊMICA 1 – APRESENTAÇÃO ORAL REALIZADA NO XIV ENAM E IV ENACS



**PRODUÇÃO ACADÊMICA 2 – POSTER APRESENTADO NO 38º CONGRESSO
BRASILEIRO DE PEDIATRIA**



Certificado

Certificamos que

**JACKELINE DA ROCHA VASQUES, CIBELE PRADO DA LUZ, IOLANDA MARIA NOVADZKI,
CAROLINA BELOMO SOUZA, MONIQUE COSTA BUDK, REGINA VIEIRA CAVALCANTI DA
SILVA, JULIANO SCHMIDT GEVAERD, SONIA IOSOYAMA VENANCIO**

Participou(aram) do 38º Congresso Brasileiro de Pediatria, realizado de 10 a 14 de outubro de 2017, em Fortaleza - CE.

Na qualidade de autor(es) do Trabalho Científico: **SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NO ESTADO DO PARANÁ: UM RELATO
DE EXPERIÊNCIA**

Fortaleza, 14 de outubro de 2017.



Luciana Rodrigues Silva
Luciana Rodrigues Silva
Presidente da SBP

Maria Francisca Lavor
Maria Francisca Lavor
Presidente da SOCEP

Anamaria Cavalcante e Silva
Anamaria Cavalcante e Silva
Presidente do 38. CBP



**PRODUÇÃO ACADÊMICA 3 – POSTER APRESENTADO NO 24º CONGRESSO
BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA**



CERTIFICADO

Certificamos que

**CAROLINA BELOMO DE SOUZA, REGINA PAULA GUIMARÃES VIEIRA CAVALCANTE DA SILVA, SONIA
ISOYAMA VENANCIO, JACKELINE DA ROCHA VASQUES, CIBELE DOMINGUES PRADO DA LUZ**

Participou(aram) do 24º Congresso Brasileiro de Perinatologia, realizado de 26 a 29 de setembro de 2018, em Natal - RN.

Na qualidade de autor(es) do Trabalho Científico: PERFIL DAS EMPRESAS QUE IMPLANTARAM AS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO
NO PARANÁ

Natal, 29 de Setembro de 2018.



Luciana Rodrigues Silva
Dra. Luciana Rodrigues Silva
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Dr. José Maria de Andrade Lopes
Dr. José Maria de Andrade Lopes
Presidente do Departamento de Neonatologia da SBP

Dr. Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
Dr. Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
Presidente do 24º Congresso Brasileiro de Perinatologia

PROMOÇÃO:



**PRODUÇÃO ACADÊMICA 4 – POSTER APRESENTADO NO 24º CONGRESSO
BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA**



CERTIFICADO

Certificamos que

CAROLINA BELOMO DE SOUZA, JACKELINE DA ROCHA VASQUES, CIBELE DOMINGUES PRADO DA LUZ, IOLANDA MARIA
NOVADZKI, SONIA ISOYAMA VENANCIO, MONIQUE COSTA BUDK, JULIANO SCHMIDT GEVAERD, REGINA PAULA GUIMARÃES
VIEIRA CAVALCANTE DA SILVA

Participou(aram) do 24º Congresso Brasileiro de Perinatologia, realizado de 26 a 29 de setembro de 2018, em Natal - RN.
Na qualidade de autor(es) do Trabalho Científico: EXPANSÃO DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NO ESTADO DO PARANÁ
Natal, 29 de Setembro de 2018.



Luciana Rodrigues Silva
Dra. Luciana Rodrigues Silva
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Dr. José Maria de Andrade Lopes
Dr. José Maria de Andrade Lopes
Presidente do Departamento de Neonatologia da SBP

Dr. Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
Dr. Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
Presidente do 24º Congresso Brasileiro de Perinatologia

PROMOÇÃO:



PRODUÇÃO ACADÊMICA 5 – COMUNICAÇÃO ORAL APRESENTADO NO XV ENAM E V ENACS



CERTIFICADO

CERTIFICATE / CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho

PERFIL DAS EMPRESAS QUE IMPLANTARAM AS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO EM SANTA CATARINA

dos autores: CAROLINA BELOMO DE SOUZA; REGINA PAULA GUIMARÃES VIEIRA CAVALCANTE DA SILVA; SÔNIA ISOYAMA VENÂNCIO, foi aprovado na modalidade Comunicação Oral, no XV ENAM/V ENACS/3rd WBC/1st WCFC ocorrido de 11 a 15 de novembro de 2019 na Centro de Convenções SulAmérica em RIO DE JANEIRO/RJ.

RIO DE JANEIRO, 15 de novembro de 2019

Maria Inês Couto de Oliveira

Maria Inês Couto de Oliveira
Presidente do ENAM / ENACS

Marina Ferreira Rea

Marina Ferreira Rea
Presidente do WBC / WCFC