



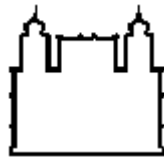
**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A Avaliação do Monitoramento da Iniciativa
Hospital Amigo da Criança no Brasil**

Renara Guedes Araújo

Rio de Janeiro

Abril de 2017



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

A Avaliação do Monitoramento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil

Renara Guedes Araújo

“Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre - Mestrado Profissional em Saúde da Criança e da Mulher – Rede Cegonha do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira.”

Orientadora: Prof^ª. Dra. Vânia Matos Fonseca

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Maria Inês Couto de Oliveira

Rio de Janeiro

Abril de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Araújo, Renara Guedes.

A Avaliação do Monitoramento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil / Renara Guedes Araújo. - Rio de Janeiro, 2017.

109 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Vânia Matos Fonseca.

Co-orientadora: Maria Inês Couto de Oliveira.

Bibliografia: f. 71-76

1. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 2. Aleitamento Materno. 3. Sistema. 4. Monitoramento. 5. Avaliação de programas e projetos de Saúde. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação

Aos meus amados e insubstituíveis pais, **Renato e Cristianne**,

minha primira relação de amor nessa vida e a base do que sou hoje,

Às minhas lindas, companheiras e amadas irmãs, **Natianne e Fabíola**,

grandes incentivadoras na minha vida e que mesmo na distância, estão perto,

Aos meus quatro lindos e amados filhos, **Beatriz, Guilherme, Eduardo e Matheus**,
que me deram a oportunidade única de conhecer o amor incondicional e poder ser mãe

Ao meu “Lindo”, **Leonardo**, meu grande amor, parceiro e apoiador de todos os meus
sonhos,

EU AMO VOCÊS INFINITAMENTE!!!

E, a todas as crianças do Brasil para que tenham o melhor começo de vida possível,
nascendo em um ambiente acolhedor e respeitoso, com muito “colo de mãe” e leite
materno!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por caminhar ao meu lado e abrir as portas de tantas oportunidades maravilhosas na minha vida e me mostrar sempre o melhor caminho a seguir;

Aos meus pais, Renato e Cristianne, meus exemplos de vida e por sempre terem me incentivado a estudar e a ir atrás dos meus sonhos;

Ao meu marido, Leonardo, por caminhar ao meu lado, por ter dito sempre para mim que a minha vocação era trabalhar na área materno-infantil, por todo o respeito e paciência que teve nessa fase, por ter me incentivado desde o começo a realizar o mestrado, por acreditar que eu era capaz, pelo apoio em todos os momentos de dificuldade em casa e no mestrado, por entender os momentos de ausência necessários e pelo cuidado com os nossos 4 filhos;

Aos meus filhos, por fazerem com que eu deseje ser uma pessoa melhor todos os dias e por mesmo sem entender a razão da minha ausência, estarem ao meu lado perguntando sobre como foi “a minha aula” ou como foi “no Rio de Janeiro”. Espero que um dia entendam a minha ausência nesse período e saibam que foi por vocês também;

Às minhas irmãs, pelo apoio e incentivo em realizar esse mestrado;

À minha amiga e gestora, Fernanda Monteiro, por acreditar na minha capacidade técnica para trabalhar na Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), pelo total apoio durante esses dois anos do mestrado e por contribuir para a minha formação profissional e pessoal diariamente;

À minha querida e fiel amiga Alessandra, pelo apoio em todos os momentos desse mestrado no Rio de Janeiro e à distância;

À minha orientadora, Vânia Matos Fonseca, que foi tão preciosa nesse período, por todas suas contribuições e por acreditar em mim. Por entender os momentos difíceis que passei, por ter me escutado e me amparado;

À minha coorientadora, Maria Inês Couto de Oliveira, por suas valiosas contribuições, por acreditar na minha capacidade e que foi fundamental na delimitação do meu tema;

À professora Dra. Eloane Gonçalves Ramos, pelo importante auxílio na sistematização do banco de dados coletados;

Ao Ministério da Saúde, órgão em que trabalho e onde sou muito feliz profissionalmente, pela oportunidade de me qualificar e contribuir para a Rede Cegonha e Iniciativa Hospital Amigo da Criança;

À Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Fernandes Figueira, instituições de ensino que admiro desde a graduação e almejava estudar na pós-graduação, pela oportunidade de enriquecer meus conhecimentos sobre Saúde Coletiva, Saúde da Mulher e da Criança, estou muito orgulhosa de ter realizado esse sonho;

Ao Dr. Paulo Bonilha, o qual tive o imenso prazer de ter como gestor nos anos de 2014 e 2015, pela minha liberação para realizar o mestrado;

À toda a equipe da (CGSCAM), em especial a Ênia Maluf, que me ajudou com toda a documentação necessária para a inscrição no mestrado e apoio nesses dois anos.

À Neide Cruz, minha dupla de trabalho no aleitamento materno da CGSCAM, que me ensinou muito sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, me apoiou com informações fundamentais para a dissertação;

À Coordenação do Mestrado Profissional da Rede Cegonha, e professores, por terem me proporcionado momentos muito valiosos para o meu crescimento profissional.

À todas as minhas colegas do mestrado, **Amanda, Andréa, Carla, Esther, Gilvani, Liliane, Luíza Geaquinto, Luíza Accioli, Maria Tereza, Núbia, Priscilla e Soraya**, obrigada pelo compartilhamento de saberes, trocas de mensagens quase diárias, incentivo e apoio que demos umas às outras, por todas as gargalhadas presenciais e virtuais, por terem contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi implantada no Brasil em 1992 e é uma estratégia de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno nas maternidades. Em 2010, o Ministério da Saúde implementou um sistema informatizado de monitoramento da IHAC. O presente estudo teve como objetivo analisar a evolução desse monitoramento através do cumprimento dos Critérios Globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e da Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) nas avaliações internas, e compara-las com as externas. Trata-se de uma avaliação normativa, de natureza exploratória, descritiva, a partir dos dados inseridos no Sistema da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (SISHAC) pelos avaliadores internos no período de 2010 a 2015, e pelos avaliadores externos no ano de 2015. No período estudado, o Brasil conseguiu manter o número de instituições com o título de Hospital Amigo da Criança (HAC), variando de 298 a 326. E os resultados aqui apresentados são referentes a média de 261 hospitais (adesão anual de mais de 90% dos HAC) acompanhados nesse período, através desse sistema. A evolução do cumprimento dos critérios no monitoramento interno se mostrou estável, com um grau de cumprimento acima de 70% para os Critérios Globais, CAM e PRN, exceto para o passo 4 (contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida), com 67%. Os passos com maior grau de cumprimento em todos os anos do período (acima de 90%) foram os passos 1 (política da IHAC escrita), 7 (alojamento conjunto) e 9 (não oferecimento de bicos, chupetas e mamadeiras). Ao fazer a análise comparativa do monitoramento interno realizado em 2015 com a avaliação externa realizada no mesmo ano, verificamos diferença estatisticamente significativa no grau de cumprimento de 84,6% dos critérios da IHAC, exceto para os passos 3 (manejo do aleitamento materno no pré-natal) e 10 (apoio ao aleitamento materno pós-alta). Recomenda-se uma maior capacitação dos avaliadores internos para seu melhor desempenho, e que novos estudos sejam realizados para identificar a tendência do cumprimento dos Critérios Globais e suplementares da IHAC no Brasil, a partir de séries históricas mais extensas.

Palavras-chave: Iniciativa Hospital Amigo da Criança, aleitamento materno, sistema, monitoramento, avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) was implemented in Brazil in 1992 as a strategy to support, promote and protect breastfeeding in maternity hospitals. In 2010, the Ministry of Health implemented a computerized BFHI monitoring system. The purpose of this study was to analyze the evolution of the monitoring process according to the Global Criteria, the Mother Friendly Care (MFC), and time that parents stay with the newborn by rooming-in through internal evaluations, comparing them with external ones. It is a normative evaluation, exploratory and descriptive study, from data that was input on the BHF System by internal evaluators from 2010 to 2015, and by external evaluators in 2015. In the period mentioned above, Brazil managed to maintain an average number of hospitals with the title of Baby-Friendly Hospital, varying from 298 to 326. And the results here presented refer to about 261 hospitals (annual membership of 90% of BHF's) monitored during this period, through the system. The evolution of compliance with the criteria of the internal monitoring was stable, with the compliance grade of above 70% for the Global Criteria, MFC and Rooming-in, except for step 4 (skin-to-skin contact and breastfeeding within the first hour of life), with 67%. The steps with the highest level of compliance in all the years of the analyzed period (above 90%) were steps 1 (BFHI must have a written policy), 7 (joint accommodation), and 9 (not offering soothers, pacifiers or bottles). Analyzing internal evaluation from 2015 in comparison to the external from the same year, we could notice significant statistical differences of 84.6% in compliance rates related to the BHF criteria, except for steps 3 (prenatal management of breastfeeding) and 10 (breastfeeding support after discharge). Further professional training of internal evaluators is recommended in order to obtain a better performance, and new studies need to be done to identify the trend that the Global Criteria and supplementary BFHI will follow in Brazil, from the most extensive historical series.

Keywords: Baby Friendly Hospital Initiative, breastfeeding, system, monitoring, evaluation of health programs and projects.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	10
1.1 Introdução	10
1.2 Justificativa	14
1.3 Objeto de pesquisa	18
1.4 Objetivo Geral.....	18
1.5 Objetivos Específicos.....	18
CAPÍTULO 2 – MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Avaliação da Qualidade e Acreditação	19
2.2 Criação e Critérios Globais de habilitação da IHAC.....	21
2.3 Processo de Habilitação dos HAC	25
2.4 Monitoramento interno (avaliação interna) e reavaliação externa trienal dos HAC	29
2.4.1 Monitoramento interno (Avaliação interna).....	29
2.4.2 Reavaliação externa trienal	31
2.5 Conceitos de avaliação e monitoramento.....	35
2.6 Razões para monitorar e reavaliar a IHAC	37
CAPÍTULO 3 – MATERIAL E MÉTODO	40
3.1 Tipo de Estudo	40
3.2 Fonte dos dados.....	40
3.3 Análise do Banco de Dados	41
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS.....	54
CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO.....	60
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
6.1 - Conclusões.....	69
6.2 Recomendações.....	70
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
6.ANEXOS	79

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

1.1 Introdução

O aleitamento materno traz diversos benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe. Para a mulher, protege contra o câncer de mama, ovário, doenças cardiovasculares e favorece o espaçamento entre as gestações. Para a criança, a amamentação contribui para a redução da morbimortalidade, além de proporcionar maiores níveis de inteligência, repercutindo em maiores níveis de escolaridade e maior renda financeira na idade adulta¹.

Até a década de 70, ocorria um declínio mundial na prática do aleitamento materno por diversos fatores. Entre os principais responsáveis por essa diminuição estavam as estratégias utilizadas pela indústria e comércio de substitutos do leite materno, que estavam presentes nas escolas de pediatria, incentivando professores e alunos a prescrever o início precoce de outros alimentos. Era utilizada também, por parte da indústria, propagandas não éticas para venda desses produtos². Em 1981, o Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de promover e proteger as ações de aleitamento materno e assim aumentar essa prática no país, instituiu o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)³.

Desde essa época o Brasil vem avançando com relação ao aumento dos índices de aleitamento materno. Em virtude desses avanços significativos, em janeiro de 2016, o Brasil foi destaque na série especial sobre aleitamento materno da revista britânica *The Lancet*¹. Em um dos estudos da revista, foram analisados dados de amamentação de 153 países, e foi constatado que em comparação com os Estados Unidos, Reino Unido e China, o Brasil possui o dobro da taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) até os

6 meses de vida do bebê, também ficando à frente desses países em relação à amamentação até os 12 meses de vida. Os avanços destacados nesse estudo mostram que as crianças brasileiras em 1974-1975 eram amamentadas em média 2,5 meses, sendo que em 2006-2007 essa média subiu para 14 meses¹. A análise da tendência da amamentação por meio de inquéritos nacionais mostra que a prevalência de amamentação exclusiva até seis meses passou de 3% em 1986 para 41% em 2006⁴.

Apesar dos avanços observados em várias partes do mundo, os índices globais de AME em crianças menores de seis meses ainda estão abaixo de 50% na maioria dos países, meta que foi estabelecida pela Assembleia Mundial de Saúde para 2025¹.

Atualmente, a Política Nacional de Aleitamento Materno possui diversas estratégias que são fundamentais para a melhora desses índices que vão desde a atenção básica até a atenção hospitalar. Na atenção primária, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil capacita profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de promover a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável em crianças até dois anos, e melhorar o hábito alimentar das famílias. Na atenção secundária e terciária, existe a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), além da Rede de Bancos de Leite Humano (BLH) e o Método Canguru, voltados aos recém-nascidos de baixo peso. Essas ações dentro dos hospitais proporcionam o aleitamento materno no início da vida, aumentando a chance de sucesso do aleitamento materno. O Ministério da Saúde também possui ações que são transversais e intersetoriais como a “Mulher Trabalhadora que Amamenta”, que tem por objetivo apoiar as mulheres que trabalham fora de casa e desejam continuar amamentando os seus filhos mesmo após o retorno ao trabalho e a “Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)” Existem também as ações de mobilização

social como o “Dia de Doação de Leite Humano” e a “Semana Mundial da Amamentação”⁵.

A IHAC tem por objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno nas maternidades, proporcionando aos bebês que nascem nesses estabelecimentos o melhor começo de vida possível⁶.

Os dados mais recentes sobre a quantidade de Hospitais Amigos da Criança (HAC) no mundo mostram que 131 países possuem ou já possuíram ao menos um HAC, o que equivale a 66% das nações existentes. O número de HAC ultrapassa os 21 mil, representando 27,5% das maternidades do planeta, sendo 8,5% em países desenvolvidos e 31% em países em desenvolvimento⁷.

Apesar das evidências mostrarem que a IHAC aumenta os índices de aleitamento materno em hospitais credenciados na iniciativa^{8,9}, uma pesquisa realizada em 2013-2014 pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que avaliou a evolução e a habilitação de hospitais na IHAC nos Estados-Membros da OPAS na América Latina e no Caribe, revelou que existem desafios comuns para a implementação da IHAC: resistência à mudança, falta de identificação com a iniciativa por parte profissionais médicos e suas normativas; problemas relacionados a recursos humanos, como número insuficiente de profissionais, rotatividade constante de pessoal, falta de tempo e de financiamento para a capacitação nos hospitais. Outro desafio destacado foi a falta de recursos financeiros para apoiar a iniciativa, além de dificuldades relacionadas com o processo de manutenção do título do hospital como amigo da criança. Outra observação destacada no estudo foi que para manter os níveis de cuidado exigidos pela IHAC, a reavaliação deve ocorrer com uma frequência maior do que a encontrada na maioria dos países pesquisados que é a cada três a cinco anos. Para explorar o potencial desta iniciativa e melhorar os resultados relativos à saúde da

mãe e da criança, é necessário que os países assumam um compromisso político e financeiro com a IHAC em diversos níveis, além de estar dispostos a fornecer recursos humanos e fundos necessários para esta finalidade¹⁰.

O Brasil possui aproximadamente 3.260 estabelecimentos de saúde com leitos obstétricos, dos quais 10% são habilitados na IHAC, totalizando 326 Hospitais Amigos da Criança^{11,12}. Essa proporção se mostra inferior quando comparada com os quase 30% das maternidades do mundo serem amigas da criança.

Desde 2010 esses hospitais são avaliados anualmente por avaliadores internos (avaliação interna) e os questionários são preenchidos dentro de um sistema informatizado de monitoramento *on line*, que aqui será denominado de SISIHAC. A avaliação interna consiste em o hospital realizar uma auto avaliação para verificar como está o cumprimento dos critérios exigidos para o hospital permanecer habilitado como amigo da criança. Em 2015 a cobertura deste monitoramento atingiu 98%, mas o objetivo é chegar à meta de monitorar 100% dos hospitais^{12,13}. Além dessa avaliação, de três em três anos o Hospital Amigo da Criança é submetido a uma reavaliação (avaliação externa) realizada por avaliadores externos, que vão presencialmente ao hospital e verificam a conformidade de todos os critérios globais da IHAC para a manutenção do título do hospital¹⁴.

Porém, muitos países desconhecem se os hospitais habilitados na iniciativa continuam aplicando as práticas e políticas “Amigas da Criança” após sua habilitação. Uma pesquisa realizada na Suíça mostrou que o cumprimento das normas estabelecidas pela IHAC diminui quando não é realizado um monitoramento periódico dos estabelecimentos certificados. Entre os 28 Hospitais Amigos da Criança suíços analisados de 1995 a 1999, a maior parte não cumpria os critérios dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno¹⁵. Outros dois estudos comparativos entre hospitais

habilitados como amigos da criança e hospitais não habilitados, um na Rússia e outro no Brasil, em Salvador, enfatizam a importância dos Hospitais Amigos da Criança se manterem vigilantes quanto à conformidade com os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, realizando avaliação contínua e sistemática conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)^{16,17}. No entanto, o contexto do aleitamento materno tem mudado nos últimos quinze anos, com os países somando esforços no resgate da prática do aleitamento materno. Para isso, a IHAC também vem sendo reformulada, principalmente no quesito de monitoramento dos HAC, com o estímulo à utilização de ferramenta informatizada para realizar tanto as avaliações internas quanto externas dos hospitais.

Sendo assim, o presente estudo buscou analisar e comparar os resultados da avaliação interna e a reavaliação externa dos Hospitais Amigos da Criança brasileiros, para verificar se este sistema cumpre os objetivos de monitorar a manutenção dos critérios da IHAC e permitir que os próprios hospitais percebam onde precisam melhorar e somar esforços para manter o padrão de qualidade exigido na IHAC.

1.2 Justificativa

Esta pesquisa esteve pautada em diversos fatores: interesse pessoal e envolvimento com tema ligado à minha prática profissional, relevância da Iniciativa Hospital Amigo da Criança como tema da saúde pública, além da lacuna existente em diversos países, inclusive no Brasil, quanto às análises do monitoramento interno dos Hospitais Amigos da Criança no Brasil.

Em relação ao interesse pessoal, desde 2013 faço parte da equipe que compõe o eixo do Aleitamento Materno da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde (MS). Neste eixo estão as políticas de aleitamento materno, dentre as quais está inserida a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a qual faço a gestão juntamente com outros técnicos. Sendo assim, o presente estudo possibilitou um aprofundamento na temática, dando subsídios para nortear decisões quanto a esta política pública.

A IHAC é de relevância em saúde pública e social, pois é uma estratégia fundamental para apoio e incentivo ao aleitamento materno logo no começo da vida, aumentando as taxas de aleitamento materno. A amamentação pode prevenir até 13% das mortes por causas evitáveis, como pneumonia e diarreia, em crianças menores de 5 anos em todo o mundo¹⁸, mais de 820 mil vidas, sendo 87% bebês menores de 6 meses, seriam salvas anualmente em 75 países de baixa e média renda com a ampliação do aleitamento materno¹. Estima-se que bebês menores de 6 meses que não foram amamentados possuem 3 a 4 vezes mais chance de morrer do que as crianças que receberam leite materno em algum momento¹. Aproximadamente metade dos casos de diarreia e um terço das infecções respiratórias em crianças seriam evitadas com o aleitamento materno, além disso, seria possível evitar, 72% e 57% das internações hospitalares provenientes dessas doenças, respectivamente¹.

O aleitamento materno também promove efeitos positivos para a saúde da lactante. Para cada ano que a mulher amamenta, ela reduz em 6% o risco de desenvolver um câncer de mama invasivo, e a amamentação prolongada também é associada à redução do câncer de ovário. Atualmente, os índices de aleitamento materno previnem aproximadamente 20 mil mortes por câncer de mama por ano¹.

Uma meta-análise publicada na série especial da revista *The Lancet*, em janeiro de 2016, mostrou que os efeitos das ações preconizadas pela IHAC, como: aconselhamento individual ou em grupo, apoio ao aleitamento materno logo no pós-parto e capacitação em manejo da amamentação para profissionais de saúde, aumentaram a amamentação exclusiva em 49% e 66% para o aleitamento materno parcial¹⁹.

Aproximadamente 23% dos nascimentos no Brasil ocorrem em Hospital Amigo da Criança²⁰. Dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (PPAM), de 2008, realizada pelo Ministério da Saúde, mostrou que crianças que nascem em um Hospital Amigo da Criança (HAC) tem maior chance de serem amamentadas. A duração mediana do AME em crianças que nasceram nesses hospitais foi de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em Hospital Amigo da Criança. Além disso, nascer em Hospital Amigo da Criança aumenta em 9% a chance de o recém-nascido ser amamentado na 1ª hora de vida⁴.

Além da IHAC preconizar internacionalmente procedimentos como os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, atualmente no Brasil a iniciativa também incluiu em seus critérios a permanência do pai ou da mãe junto ao recém-nascido internado em unidade neonatal (PRN) e as boas práticas de parto e nascimento, o Cuidado Amigo da Mulher (CAM)¹². Essas boas práticas contribuem para a redução das taxas de cesariana nos hospitais. A taxa de cesariana no país é de aproximadamente 56%, variando entre os serviços públicos (40%) e privados (85%)^{20,21}. Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas de cesárea superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal²². Além dos seus efeitos na morbidade e mortalidade materna e neonatal, a cesárea pode

interferir na criação do vínculo no binômio mãe e bebê, no aleitamento materno, além de possíveis efeitos negativos na saúde da criança a longo prazo²³.

Sendo assim, é necessário avaliar se a realização anual do monitoramento interno contribui para que estes hospitais mantenham os padrões de qualidade de assistência ao parto, nascimento e incentivo ao aleitamento materno, garantindo que as crianças nascidas nessas maternidades tenham um bom começo de vida¹⁴.

Em 2010, o Brasil decidiu incorporar uma ferramenta informatizada para realizar a avaliação interna dos seus Hospitais Amigos da Criança. Essa ferramenta foi adaptada do aplicativo criado pelo UNICEF e OMS em 2007 (Saadeh e Casanovas 2009 apud Toma e Rea, 2011)²⁴. Ela foi desenvolvida através de contratação de um consultor externo, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e iniciou suas funcionalidades em 2011. Dessa forma, o Ministério da Saúde investiu recursos financeiros para o desenvolvimento de um sistema on line, além de treinamento dos avaliadores da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para multiplicação da utilização desta ferramenta em seus estados. Dos 326 Hospitais Amigos da Criança existentes no país 98% realizaram o monitoramento interno em 2015^{12,13,14}.

No ano de 2011, Toma e Rea relataram a importância de vigiar a evolução desta proposta de monitoramento a fim de comprovar sua viabilidade e seus resultados²⁴. Nesta perspectiva, é de extrema importância para o Ministério da Saúde e para a comunidade científica verificar como essa avaliação interna tem se dado e se o mesmo tem mantido sua proposta de acompanhamento do cumprimento dos critérios adotados pelo Brasil para o hospital manter o título de “Amigo da Criança”. Dessa forma, uma análise crítica desse processo de acompanhamento dos Hospitais Amigos da Criança

pode fornecer subsídios para futuras decisões do Ministério da Saúde em relação à IHAC.

Quanto à relevância científica, o processo de monitoramento dos Hospitais Amigos da Criança é um tema pouco explorado, sem análise do panorama nacional quanto ao monitoramento interno e externo dos Hospitais Amigos da Criança.

1.3 Objeto de pesquisa

Avaliação interna e avaliação externa dos Hospitais Amigos da Criança no Brasil.

1.4 Objetivo Geral

Analisar a evolução e comparar os resultados do monitoramento interno e da reavaliação externa dos Hospitais Amigos da Criança brasileiros.

1.5 Objetivos Específicos

1. Discutir a adesão dos Hospitais Amigos da Criança ao monitoramento interno anual da IHAC;
2. Discutir o cumprimento dos Critérios Globais, do Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e da Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) a partir do monitoramento interno;
3. Discutir o cumprimento dos Critérios Globais, CAM e PRN a partir da reavaliação externa;

4. Comparar os resultados do monitoramento interno e da reavaliação externa dos Hospitais Amigos da Criança brasileiros.

CAPÍTULO 2 – MARCO TEÓRICO

O marco teórico foi organizado nas seguintes temáticas: Avaliação da Qualidade e Acreditação, Criação e Critérios Globais de habilitação da IHAC; Processo de habilitação dos HAC; Monitoramento interno (avaliação interna) e reavaliação externa trienal dos HAC, conceitos de avaliação e monitoramento e, razões para monitorar e reavaliar uma política pública.

2.1 Avaliação da Qualidade e Acreditação

Segundo Novaes e Paganini (1994), “qualidade é um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos”²⁵. Esse processo de busca da qualidade em uma instituição envolve educação permanente de toda a equipe, além de motivação da mesma. No entanto, para que esse processo se torne realidade, é fundamental que haja compromisso institucional, com o apoio da gestão.

A Avaliação da Qualidade na saúde teve início em meados de dos anos 20, em 1924, quando foi estabelecido do Programa de Padronização Hospitalar (PPH) pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), um programa que estabelecia padrões para garantir a qualidade da assistência as pacientes²⁶. Em 1951, a partir da união do CAC com outras instituições como: Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que, no ano seguinte, em 1952, delegou o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, uma empresa privada, que nessa época procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional²⁵.

Entende-se como acreditação um processo em que uma instituição de saúde é avaliada por uma entidade (avaliação externa) para determinar se ela atende uma série de requisitos (padrões) criados para aperfeiçoar a segurança e qualidade do cuidado. A acreditação propicia um compromisso por parte da instituição para melhorar a segurança e qualidade dos cuidados com o paciente, garantindo um ambiente seguro para o cuidado, e trabalhar constantemente para reduzir os riscos aos pacientes e aos profissionais. A acreditação tem obtido atenção em todo o mundo como uma ferramenta eficaz de avaliação e gestão da qualidade²⁷. No entanto, para que os padrões de qualidade sejam mantidos, há necessidade de periodicidade das avaliações, principalmente as internas, processo que torna possível a instituição visualizar e corrigir práticas que não estão de acordo com os padrões exigidos para a continuidade de sua certificação.

Desde 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar a acreditação como uma forma estratégica para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. Em 1990 foi realizado um convênio com a Organização Pan-

Americana de Saúde - OPAS, a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde do Brasil para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina²⁵. Em abril de 1992, foi realizado, em Brasília, o primeiro Seminário Nacional sobre Acreditação, onde houve a apresentação do Manual de Acreditação da OPAS. Neste seminário conclui-se que a acreditação seria um ótimo mecanismo para controlar a qualidade nos serviços de saúde²⁸.

Diante desse cenário de busca pela melhoria da qualidade nos serviços de saúde, nessa mesma época, no início da década de 90, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi criada, também apresentando critérios e normas a serem cumpridos, buscando qualidade nos hospitais em relação ao quesito aleitamento materno e boas práticas de parto e nascimento.

2.2 Criação e Critérios Globais de habilitação da IHAC

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi criada em 1990, em resposta à “Declaração de Inocenti”, de agosto do mesmo ano. Este documento reconheceu a importância do aleitamento materno como um processo único e que, mesmo isoladamente, seria capaz de reduzir a mortalidade infantil, além de trazer benefícios para a saúde da mulher^{6,29}. Em 1991, a IHAC foi lançada pela OMS e pelo Unicef e desde então tem sido amplamente adotada em todo o mundo.

Diversos encontros ocorreram nessa época que proporcionaram troca de informações, formação de rede de contatos e orientações para a implementação da IHAC em seus países. Em todo o mundo para que um hospital seja habilitado nesta iniciativa, o mesmo deve cumprir os Critérios Globais da IHAC:

1) Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno:

Passo 1: Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidado de saúde;

Passo 2: Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;

Passo 3: Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4: Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. *Este passo é interpretado como:* Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda, se necessário.

Passo 5: Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos;

Passo 6: Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja razão médica;

Passo 7: Praticar o alojamento conjunto – permitir que as mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;

Passo 8: Incentivar a amamentação sob livre demanda;

Passo 9: Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;

Passo 10: Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

2) *Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno.*

Esses dois critérios são o mínimo que qualquer hospital deve cumprir para obter o título de “Amigo da Criança”. Outros critérios como o apoio a mulheres 1) “*Human Immunodeficiency Virus*” (HIV) positivas, 2) “*Alimentação para Lactentes*” e

3)“*Cuidado Amigo da Mãe*” são opcionais, com a recomendação para que a autoridade de cada país decida se os adotará ou não.

O Brasil iniciou a implantação da IHAC em 1992, como ação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e OPAS Brasil¹³. Desde sua implementação no Brasil, a IHAC passou por algumas mudanças nos critérios de habilitação de um hospital (Quadro 1). De 2001 até maio de 2014, para um hospital ser habilitado na iniciativa além de ter que cumprir os Critérios Globais mínimos, o estabelecimento deveria cumprir critérios rígidos de documentação, apresentar taxas de cesariana conforme estabelecido pelo gestor estadual/municipal ou, em caso de altas taxas, apresentar a redução de um ano para outro das mesmas. Também era necessário que o hospital comprovasse a adoção de medidas para atingir as taxas de cesariana estabelecidas. Por fim, também era preciso apresentar o tempo mínimo de permanência hospitalar da puérpera de 24 horas para parto normal e 48 horas para cesárea³⁰.

Quadro 1 - Evolução dos critérios dos Hospitais Amigos da Criança do Brasil.

	1994	1995	2001	2004	2011	2014
Cumprir os 10 passos do aleitamento materno						
Não aceitar doações de fórmulas infantis						
Apresentar taxa de cesariana						
Não responder à Sindicância no SUS						
Disponer de profissional habilitado para assistência à mulher e criança na maternidade e sala de parto						
Possuir comissão de estudo de mortalidade materna e neonatal implantada e atuante						

Apresentar tempo mínimo de permanência hospitalar (24h- parto normal/ 48h-cesariana)						
Comprovar cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde						
Cumprir a NBCAL						
Garantir ao menos 70% dos recém-nascidos saiam na alta hospitalar com Registro de Nascimento Civil						
Permitir a presença de acompanhante no alojamento conjunto						
Permanência de acompanhante junto ao Recém-Nascido de risco 24 horas por dia						
Cuidado Amigo da Mulher						

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

No entanto, em 22 de maio de 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.153, que redefiniu os critérios de habilitação da IHAC no âmbito do SUS. Dessa forma, os critérios rígidos de documentação e as taxas de cesariana passaram a não ser mais exigidos. Os Critérios Globais mínimos continuaram a ser exigidos e foram incorporados dois novos critérios: o “Cuidado Amigo da Mulher (CAM)”, denominado em outros países como “Cuidado Amigo da Mãe”, que requer as boas práticas de parto e nascimento dentro do hospital e a “Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido” (PRN) 24 horas por dia e também o livre acesso dos mesmos ao longo do dia e noite para ver a criança³¹. Esse último critério existe apenas no Brasil. Foram realizadas diversas reuniões intra e intersectoriais no Ministério da Saúde para se construir essa nova portaria. Houve o envolvimento, além da CGSCAM, da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP), Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar

(IBFAN), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Obstetizes e enfermeiros (ABENFO), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sua pactuação foi efetuada na Comissão Intergestores Tripartites (CIT), com envolvimento das três esferas do governo: União, estados, DF e municípios.

A portaria supracitada está em consonância com a implementação de políticas, programas e estratégias que humanizam os serviços de saúde e, principalmente, a atenção ao parto, nascimento e desenvolvimento da primeira infância, como a Rede Cegonha, instituída no Brasil em 2011. Um dos objetivos da Rede Cegonha é fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, focado na assistência ao parto, nascimento e desenvolvimento infantil de zero a 2 anos³². Além disso, a “nova IHAC”, também considera a Portaria nº 930, de maio de 2012, que percebe a importância de ampliar o acesso e a qualificação dos Cuidados Neonatais aos usuários do SUS, definindo diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido, estimulando a participação e protagonismo da mãe e do pai nos cuidados do seu filho. Em um de seus objetivos, essa portaria prioriza ações que visam à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração com a família e sociedade³³.

2.3 Processo de Habilitação dos HAC

Em todos os países que possuem a IHAC, para que um hospital seja habilitado como “Amigo da Criança”, a primeira etapa é que sua equipe realize uma auto avaliação quanto às suas práticas em relação aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e outros Critérios Globais da IHAC adotados pelo país. Essa auto avaliação,

preenchida pelo próprio hospital, é um instrumento simples de perguntas com respostas sim/não e que ajuda o hospital a identificar áreas nas quais suas práticas precisam ser melhoradas (Anexo A), possibilitando que os gestores hospitalares tenham uma visão quanto às suas práticas de promoção do aleitamento materno e quanto aos outros critérios da IHAC³⁴.

No Brasil, após o cumprimento da primeira etapa de auto avaliação o hospital solicita à Secretaria Estadual de Saúde (SES) que encaminhe dois avaliadores externos da IHAC do próprio estado para a realização da pré-avaliação. Esses avaliadores são profissionais de nível superior, que foram capacitados pelo Ministério da Saúde e que não fazem parte da equipe do estabelecimento de saúde, com habilidades de manejo do aleitamento materno, com capacidade de avaliar a exatidão e probidade das informações coletadas³⁵. A pré-avaliação é presencial e muito importante, devido aos hospitais, em alguns casos, superestimarem sua conformidade em relação aos Critérios Globais da IHAC. Dessa forma, os avaliadores podem sugerir melhorias necessárias caso o estabelecimento ainda não cumpra os Critérios Globais. É importante ressaltar que se recomenda que os avaliadores externos não tenham nenhum tipo de ligação com os hospitais que irão avaliar, evitando o conflito de interesse e mantendo a imparcialidade da avaliação³⁴.

Os hospitais que não passam nessa etapa possuem 90 dias para se adequar e realizar uma nova pré-avaliação. Cumprido esse estágio, a SES solicita ao Ministério da Saúde a avaliação global, uma avaliação externa, que é realizada presencialmente por avaliadores externos indicados pelo próprio Ministério da Saúde para dar continuidade ao processo de habilitação. Caso o hospital não passe em alguns critérios para ser habilitado, é dado um prazo de seis meses para que o mesmo realize as adequações

necessárias para, então, solicitar uma nova avaliação global, na qual serão avaliados apenas os critérios não cumprido^{31,34}.

Todos os instrumentos de avaliação da IHAC, exceto a auto avaliação, utilizados tanto na fase de habilitação quanto após essa etapa, consistem em entrevistas com gestantes, puérperas e funcionários do corpo clínico e não-clínico, algumas observações da maternidade, cuidados pré-natais, trabalho de parto e parto, além de revisão de material escrito de políticas e rotinas do hospital em relação à iniciativa. Esses instrumentos são divididos em três partes:

- parte I, contém entrevistas com o diretor hospitalar/responsável pela maternidade ou por garantir que políticas e procedimentos de aleitamento materno ou de alimentação de lactentes sejam implementadas, formulário com os dados hospitalares, análise de materiais impressos sobre as políticas com normas e rotinas da IHAC e observações sobre maternidade, cuidados pré-natais, trabalho de parto/parto;

- parte II, que consiste nas entrevistas com integrantes do corpo clínico e não clínico, gestantes, mães do alojamento conjunto e de bebês em unidades de cuidados especiais.

- parte III, possui os formulários de resumo, com todos os passos para o sucesso do aleitamento materno, conformidade com o Código Internacional (Lei 11.265 e Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL), CAM e PRN^{14,35}. É através desse instrumento que se visualiza o cumprimento dos Critérios Globais da IHAC.

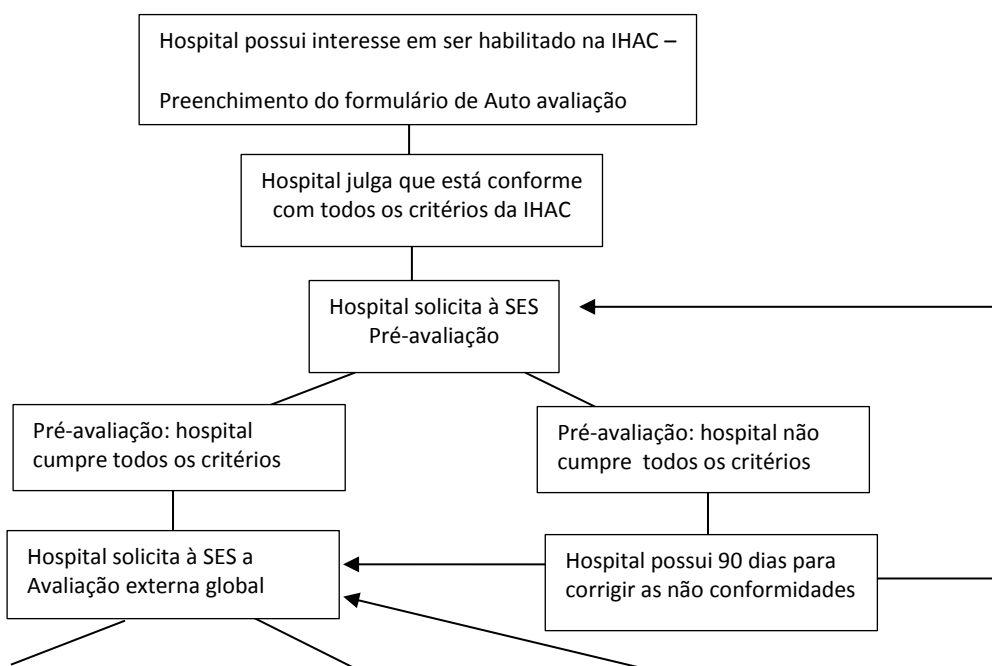
Para que o hospital obtenha sucesso na implementação da IHAC, é necessário que seja instituído um comitê interno responsável por todas as fases de habilitação. Esse grupo deverá coordenar todas as ações relacionadas à implantação e monitoramento da

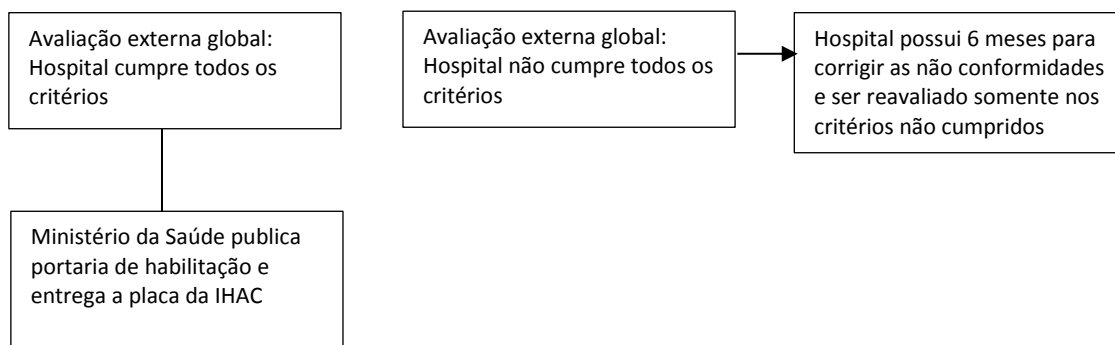
IHAC dentro do hospital, assim como realizar atividades como a organização de treinamentos, auto avaliações e monitoramentos. Esse grupo deve ser formado por profissionais de diversas áreas de formação, como neonatologistas, pediatras, obstetras, enfermeiros, parteiras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos etc., bem como administradores e profissionais que exerçam liderança na unidade³⁴.

Quando o hospital é avaliado e cumpre todos os critérios da Avaliação Global, é publicada uma portaria pelo Ministério da Saúde habilitando esse estabelecimento na IHAC. Após essa publicação, o hospital recebe uma placa da iniciativa com validade de credenciamento de três anos indicada no selo de certificação afixado à placa³¹.

Receber o título de Hospital Amigo da Criança é como uma acreditação, um reconhecimento de que esse hospital possui padrões de qualidade na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, além de garantir as boas práticas de parto e nascimento.

Fluxograma 1 – Processo de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança¹⁴





Fonte: UNICEF, 2010

2.4 Monitoramento interno (avaliação interna) e reavaliação externa trienal dos HAC

Após o hospital ser habilitado como “Amigo da Criança”, ele deverá realizar o monitoramento interno, que deve ser anual, o que ajuda na identificação de pontos que necessitam de melhorias e desenvolver ações para que as práticas sejam mudadas. Esse monitoramento não tem caráter punitivo, muito pelo contrário, ele tem o papel de que o hospital faça uma autoanálise quanto aos seus processos que necessitam ser melhorados. Um HAC pode contar com o apoio da SES para realizar um plano de ação dentro do hospital para pensar em intervenções que ajudem a solucionar os problemas encontrados, como treinamentos e orientações.

Quanto à reavaliação, ela é uma nova avaliação global (avaliação externa), realizada por um avaliador externo estadual de três em três anos (reavaliação externa trienal) e que determina se o HAC continua em conformidade com os Critérios Globais³¹.

2.4.1 Monitoramento interno (Avaliação interna)

No final dos anos 90, as dificuldades em manter a sustentabilidade da IHAC fizeram com que, a OMS e Wellstart Internacional, organização sem fins lucrativos que

realiza trabalhos de Educação Permanente para profissionais de saúde para o apoio, promoção e proteção do aleitamento materno e alimentação infantil³⁶, desenvolvessem uma ferramenta de software para facilitar a identificação de problemas e planejamento de ações corretivas na IHAC²⁴.

Ao final dos anos 2000, A UNICEF e OMS incluíram em seus materiais mais atualizados uma segunda versão desse software denominado "ferramenta informatizada para o monitoramento e avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança". Este tipo de instrumento facilita o monitoramento dos hospitais onde as distâncias são grandes demais para permitir um acompanhamento adequado dos serviços de saúde³⁷.

Sendo assim, no ano de 2010, o Ministério da Saúde decidiu incorporar a ferramenta computadorizada para avaliar e monitorar a IHAC, com adaptações para a realidade brasileira²⁴. No Brasil, optou-se por ser um sistema web (SISIHAC) com capacidade para que os hospitais e avaliadores pudessem registrar seu monitoramento interno anual, avaliações globais externas e reavaliações externas trineais. Além disso, o Ministério da Saúde pode acompanhar o andamento da iniciativa em todo o país, por meio de relatórios emitidos dentro do sistema^{13,14}.

O SISIHAC foi desenvolvido em módulos, existindo diferentes perfis de acesso, conforme a função da pessoa que irá acessá-lo no processo de habilitação e manutenção do título de HAC. Os perfis existentes são: hospital, avaliador externo, coordenação estadual e municipal da IHAC e Ministério da Saúde. Todos os hospitais que desejam ser um HAC são registrados no sistema pelo Ministério da Saúde. Após a habilitação do hospital como HAC, é necessário que um de seus profissionais seja responsável por preencher a avaliação interna anualmente no SISIHAC^{12,13,14}.

Em agosto de 2010, foram realizadas 2 oficinas macrorregionais com a participação de todos os estados para capacitação quanto à utilização do sistema

informatizado, com a participação de 31 avaliadores da IHAC. Estes avaliadores retornaram aos seus estados com a responsabilidade de se tornarem multiplicadores para pelo menos um representante de cada HAC de seus estados para realizarem o monitoramento interno anualmente¹³.

Desde 2011, após a habilitação, o HAC deve realizar o monitoramento anual online, que é de sua responsabilidade, indicando um profissional para preencher no sistema de informação da IHAC o instrumento de monitoramento¹⁴. Os hospitais que não realizarem o monitoramento online por dois anos consecutivos poderão ser descredenciados³¹.

Através do sistema de monitoramento é possível que o hospital visualize em quais critérios necessita melhorar, pois assim que o profissional responsável pelo preenchimento do instrumento finaliza a inserção de todos os dados, o sistema calcula automaticamente a conformidade ou não com cada critério da IHAC. O perfil de SES e SMS também conseguem visualizar os relatórios de todos os hospitais que são localizados em seus estados/municípios¹⁴. Dessa forma, a SES pode apoiar o hospital no que for necessário para implementação de ações corretivas nos pontos fracos do hospital.

2.4.2 Reavaliação externa trienal

A Reavaliação externa trienal é semelhante à avaliação externa global, realizada no processo de habilitação¹⁴. Até maio de 2014, os hospitais eram reavaliados por amostragem, com um sorteio de 10% dos hospitais habilitados feito pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde³⁰.

Desde maio de 2014, todos os HAC devem realizar a reavaliação a cada três anos, contadas a partir da data da habilitação do hospital, porém pode ocorrer antes, em

caso de denúncia de irregularidades. Ela é realizada presencialmente por dois avaliadores externos indicados pela SES, que não podem manter nenhum vínculo com o estabelecimento a ser avaliado, mantendo a imparcialidade do julgamento dos Critérios Globais³¹.

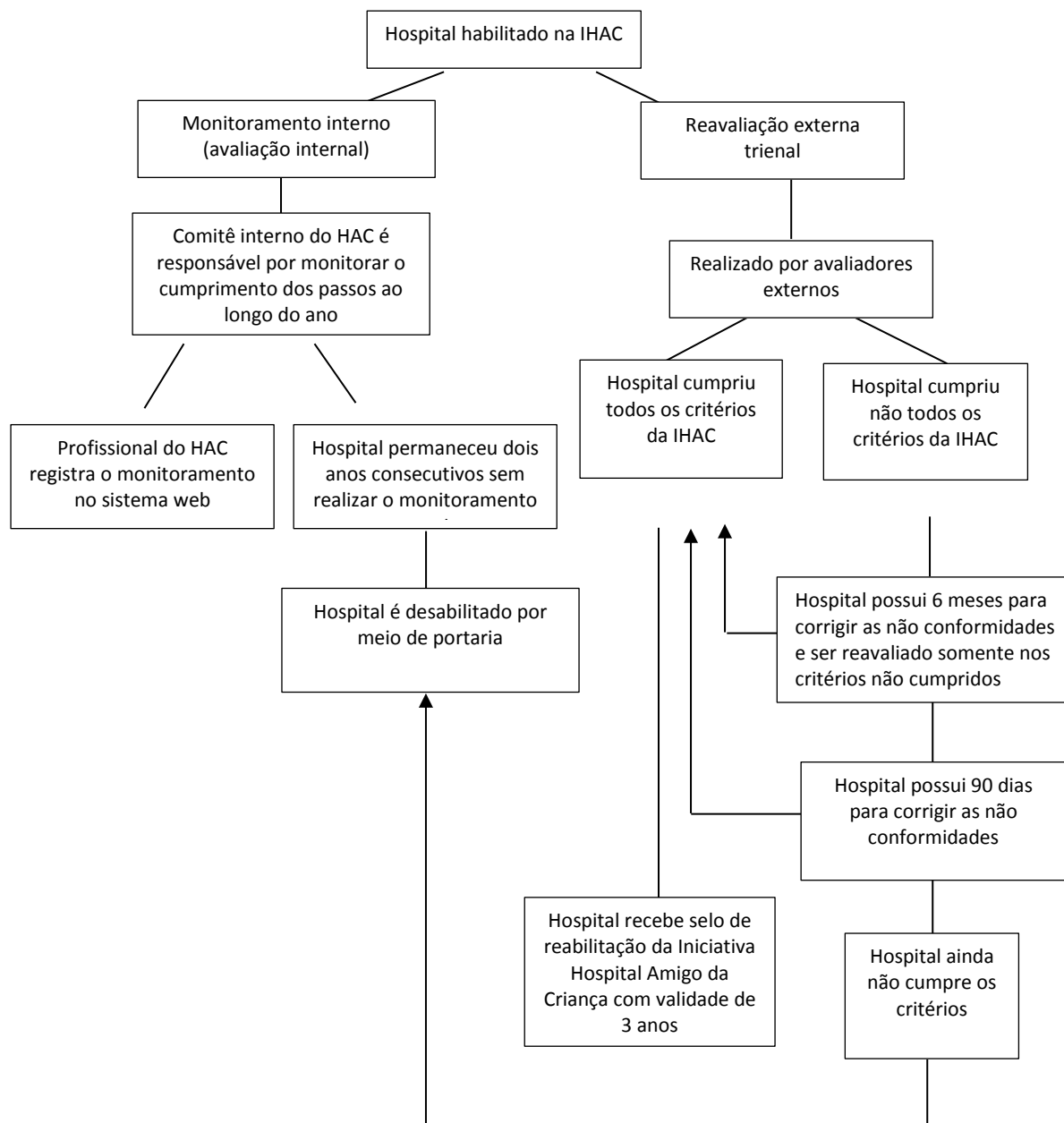
No caso do hospital que não está de acordo com um ou vários critérios, é dado um prazo de seis meses para sua devida adequação, e assim ser submetido a uma nova reavaliação, porém somente quanto aos critérios não cumpridos. Se o hospital continuar com não conformidades, mas tenha apresentado progresso em relação à avaliação anterior, o estabelecimento de saúde terá um prazo de mais 3 meses para ser avaliado novamente pelo avaliador externo estadual. Os resultados das reavaliações são preenchidos no sistema da IHAC do Ministério da Saúde. Se, por alguma hipótese, o hospital ainda não estiver cumprindo todos os Critérios Globais da IHAC, o Ministério da Saúde indicará um outro avaliador para a última reavaliação do mesmo. Em caso de não aprovação, o hospital é desabilitado da IHAC. O estabelecimento que está em conformidade com todos os Critérios Globais da iniciativa, recebe um selo de renovação de habilitação, que é afixado na placa da IHAC, com validade de três (3) anos³¹.

O avaliador externo deve preencher os instrumentos de avaliação dentro do sistema de monitoramento *on line*. Após o completo preenchimento do mesmo, o sistema calcula automaticamente a conformidade ou não de cada critério. Dessa forma, os avaliadores e a SES podem dar um retorno ao hospital quanto à sua aprovação ou não, e as melhorias necessárias, se for caso, a serem providenciadas até uma nova avaliação para obtenção do selo trienal.

Todos os hospitais habilitados na IHAC no Brasil, independente do ano da sua habilitação, possuíam o prazo de até novembro de 2015 para reavaliar seus hospitais nos

novos critérios incorporados na IHAC pela Portaria 1.153³¹, porém esse prazo foi prorrogado para novembro de 2016³⁸.

Fluxograma 2 – Manutenção do título de Hospital Amigo da Criança



Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

2.5 Conceitos de avaliação e monitoramento

Segundo Zulmira Hartz, desde o final da Segunda Guerra Mundial, o Estado se tornou o principal provedor de serviços como educação, emprego e saúde, e desde então o conceito de avaliação de programas públicos surgiu. A partir dos anos 70, findo o período de implantação dos grandes programas de seguridade social, e com a diminuição do crescimento econômico, o Estado precisava avaliar as ações de saúde para otimizar os recursos empregados. A avaliação pode ser externa, quando realizada por uma pessoa ou equipe que não faz parte do quadro de colaboradores da organização a ser avaliada, ou interna, quando realizada pela própria equipe da instituição³⁹.

Para Champagne et al., “avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”²⁷.

Uma intervenção pode ser avaliada de duas formas, através da avaliação normativa ou pela pesquisa avaliativa. A primeira julga cada um dos componentes da intervenção através do resultado da aplicação de critérios e normas. Já na segunda, o juízo de valor pode ser elaborado a partir de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes fatores que compõem a intervenção^{39,40}. Existem dois grandes desafios para realizar uma avaliação normativa: o primeiro em relação ao objeto que será apreciado - o que de fato será observado, e como operacionalizar a observação das estruturas, processos e resultados;

o segundo diz respeito à escolha adequada das normas e critérios: que normas serão selecionadas e onde serão encontradas? Para que uma avaliação normativa tenha conclusões válidas, é necessário que existam normas bem estabelecidas e pertinentes, além de força na relação entre as estruturas, os processos e os resultados⁴¹.

Nesse tipo de avaliação se percebe que existe uma relação íntima com o controle dentro das instituições e, que esse processo faz parte da gestão. Três questionamentos podem ser feitos quanto aos resultados de uma intervenção⁴¹:

- Os recursos são adequados para que os resultados esperados sejam alcançados?
- Os serviços são adequados para que os resultados sejam obtidos?
- Os resultados correspondem aos desejados?

Para que essas perguntas sejam respondidas existem cinco critérios:

- A fidelidade – há conformidade entre a implantação da intervenção com havia sido previsto?
- A cobertura – capacidade da intervenção alcançar a população alvo
- A qualidade – o produto realizado corresponde às especificações do produto estabelecido previamente?
- Os custos – a intervenção poderá ser realizada com o custo previamente estabelecido?
- Os efeitos – a intervenção teve os efeitos esperados?⁴¹

Na descrição de Donabedian, a avaliação compreende a análise de estrutura, processo e resultados. O primeiro avalia os recursos existentes para que os serviços sejam executados, tais como recursos humanos, materiais, físicos, normas e rotinas

determinadas. A avaliação de processo compreende as atividades realizadas pelos responsáveis pela assistência, englobando o componente técnico e relação interpessoal. Já o componente resultado corresponde ao efeito que as ações e procedimentos tiveram na saúde dos usuários e suas relações com os provedores⁴².

Sendo assim, a IHAC propõe uma avaliação normativa, pois o processo de habilitação e manutenção do título de um estabelecimento como “Amigo da Criança” é calcado em critérios e normas bem estabelecidos e sólidos, havendo uma comparação entre eles e as intervenções incorporadas no local, julgando se há uma relação entre eles⁴¹.

Alguns autores se referem à avaliação normativa com uma associação ao “monitoramento do processo”, em que há acompanhamento ou controle da intervenção²⁷. De acordo com Serafim Barbosa, o monitoramento é o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tendo como base o que um programa, política ou similar estabelece como metas de sua implementação. Ele é realizado durante a rotina dos serviços, permitindo que erros sejam corrigidos à medida em que sejam detectados⁴³.

2.6 Razões para monitorar e reavaliar a IHAC

Para que a gestão julgue sua organização e seu funcionamento, é fundamental que a avaliação esteja presente. Ela é uma forma estratégica de auxiliar na elaboração de uma intervenção ou para seu melhoramento contínuo, auxiliando nas tomadas de decisão sobre a continuidade dessa intervenção⁴¹.

Em 2002, foi criada a *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância* com o apoio da Assembleia Mundial da Saúde e UNICEF. Essa estratégia ratifica a relevância e a necessidade de metas operacionais da *Declaração de Innocenti*, sendo uma delas a implementação dos Critérios Globais mínimos da IHAC. Além disso, defende que a IHAC continue a ser implementada, ressaltando a importância dos hospitais habilitados na iniciativa serem continuamente monitorados e reavaliados^{6,14,30}.

Um dos maiores obstáculos enfrentados pela IHAC é sua sustentabilidade. Além disso, para que a IHAC seja implementada efetivamente é necessário que os hospitais assumam o compromisso de autorizar seu corpo funcional a participar de capacitações periódicas e se submeter ao processo rigoroso de cumprimento dos Critérios Globais da IHAC⁹. Para a sustentabilidade e credibilidade desta iniciativa é fundamental manter seus altos padrões de qualidade, com constante monitoramento e reavaliações periódicas^{6,14,34}.

A qualidade, na saúde, diz respeito ao cuidado adequado, assim como seus aspectos técnicos, se foi escolhida uma boa intervenção e se ela foi realizada adequadamente. Pode-se determinar qualidade como um conjunto de atributos do processo que contribuem para o melhor resultado possível considerando-se os conhecimentos, a tecnologia, as expectativas e as normas sociais. Para avaliar a qualidade, deve-se comparar as normas profissionais, sociais e de consumo, além da estrutura e resultados⁴¹.

Os gestores nacionais dos países que possuíam HAC observaram que em parte dos estabelecimentos habilitados, com o passar do tempo, ocorria uma diminuição na qualidade e no controle dos padrões de cuidados na maternidade. As razões para essa queda de qualidade são as mais variadas, como: contratação de novos gestores que

desconhecem a IHAC; rotatividade de funcionários, com ausência de treinamento dos recém admitidos; solicitação das famílias para o hospital retornar a oferecer fórmulas infantis ou pressão da indústria com novas estratégias de marketing para seus produtos para lactentes³⁴.

Na IHAC, conforme estabelecido pelo UNICEF, existem três propósitos comuns para realizar o monitoramento e reavaliações dos Critérios Globais: apoiar e incentivar a equipe do hospital a manter as práticas amigas da criança; verificar se as experiências das puérperas no hospital influenciam positivamente o aleitamento materno; e identificar se o hospital está com dificuldades em manter algum dos critérios e, em caso positivo, trabalhar para implementar as melhorias necessárias. O monitoramento é um sistema dinâmico de coleta e análise dos dados e pode fornecer informações sobre como a IHAC está sendo implementada dentro do hospital. O próprio hospital estabelece como realizará o seu monitoramento ao longo do ano, além de ser um processo de baixo custo³⁴.

É comum que ocorram inconformidades nas práticas da IHAC, sendo um desafio monitorar e reavaliar de maneira positiva, corrigindo em tempo oportuno as não conformidades, para que assim o hospital habilitado consiga manter o seu título de “Hospital Amigo da Criança”^{14,34}.

CAPÍTULO 3 – MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de avaliação normativa, de natureza exploratória, descritivo, realizado a partir da análise dos dados inseridos no sistema do Ministério da Saúde por avaliadores interno no período de 2010 a 2015 e externos em 2015. Os dados analisados foram os Critérios Globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e Permanência junto ao Recém-Nascido (PRN) tanto para as avaliações internas quanto externas.

3.2 Fonte dos dados

Para avaliar se os HAC continuam cumprindo os critérios para a manutenção do título da IHAC foram utilizados os dados registrados no SISIHAC de monitoramento interno e reavaliação externa da IHAC do Ministério da Saúde do Brasil. O acesso a esse sistema é restrito ao público. Para os dados utilizados para essa pesquisa, somente colaboradores do Ministério da Saúde com permissão de uso do sistema podem acessá-los. O acesso é realizado por meio da página:

<http://www.saudedacrianca.datasus.gov.br/saudedacrianca/ihac/>.

Para a análise da evolução da adesão dos HAC ao monitoramento interno anual e avaliação do cumprimento dos Critérios Globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) no período de 2010 a 2015 foram incluídos todos os hospitais considerados “elegíveis”. Ou seja, os que não estavam fechados para reforma e realizaram partos no ano do monitoramento interno no período estabelecido. Foram excluídos os hospitais elegíveis, mas que não preencheram o monitoramento interno. Para a análise da reavaliação externa trienal foram incluídos hospitais que possuíam dados preenchidos no sistema pelo avaliador externo e que realizaram monitoramento interno em 2015. Para a análise da comparação entre a reavaliação externa trienal e monitoramento interno em 2015 foram utilizados os mesmos hospitais da análise da reavaliação externa trienal.

As informações do monitoramento interno contidas nesse banco de dados foram fornecidas pelos próprios hospitais anualmente e as informações das reavaliações externas foram fornecidas pelos avaliadores externos trienalmente e estão disponíveis no SISIHAC.

Nenhum hospital foi identificado pelo nome. Foram coletadas informações neste banco de dados sobre o cumprimento de cada critério da IHAC, segundo as regras existentes de cumprimento de cada um^{14,34}.

3.3 Análise do Banco de Dados

No banco de dados do sistema informatizado da IHAC existem informações sobre o cumprimento de todos os Critérios Globais, CAM e PRN. Cada critério é composto por subitens, que deverão ser respondidos conforme a natureza do dado a ser tabulado. Alguns deles deverão ser respondidos com as opções “Sim (S)” ou “Não (N)”, enquanto outros são avaliados segundo o cálculo de percentuais (%). O critério também pode ser Não Aplicável (NA). O cálculo da ponderação final de cada critério que indica se o hospital foi aprovado ou reprovado é sigiloso, sendo esse resultado dicotômico entre Sim (S) ou Não (N).

Para cada subitem abaixo será utilizada a seguinte legenda de acordo com as respostas para a tabulação¹²:

* Respostas Sim (S)/ Não (N).

** Respostas em percentuais %.

*** Não Aplicável (NA), usado somente no passo 3 e PRN, considerando como passo/critério “cumprido” quando o hospital não possuir assistências a gestante e UTI Neonatais.

Passo 1) Análise da política - O hospital possui uma política de amamentação e alimentação de lactentes; *

1.1 - A política contempla todos os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno; *

1.2 - A política contempla a NBCAL; *

1.3 – Um resumo da política está exposto nas áreas da maternidade; *

1.4 – A política foi redigida em língua e linguagem acessível às mães e à equipe; *

1.5 – A política contempla o CAM; *

1.6 – A política contempla o PRN. *

Passo 2) Capacitação da equipe de saúde.

2.1- Orientações sobre a política da IHAC são transmitidas a todos os integrantes da equipe que têm contato direto com mães, mulheres e /ou lactantes/ familiares; *

2.2 – As orientações descritas na política transmitidas aos profissionais são suficientes; *

2.3 – Existem documentos escritos com o conteúdo ou a estrutura de cursos de capacitação sobre as Políticas e Capacitações da IHAC; *

2.4 – A análise de documentos dos cursos de capacitação indica que os profissionais de saúde que cuidam de gestantes, mães e lactentes recebem capacitação de no mínimo;*

2.5- A mesma análise indica que a capacitação inclui ao menos 3 horas de prática clínica supervisionada pela mesma equipe; *

2.6 - O conteúdo do curso de capacitação inclui todos os Critérios Globais da IHAC no Brasil;

2.7 – A capacitação sobre amamentação para equipe não clínica é adequada; *

2.8 – Número de integrantes da equipe clínica que confirmam ter recebido ao menos 20 horas de capacitação da IHAC; *

2.9 – % de integrantes da equipe clínica que sabem responder adequadamente perguntas sobre apoio e promoção do aleitamento materno; **

2.10 - % de integrantes da equipe que sabem citar assuntos que devem ser discutidos com uma gestante, caso ela indique que pretende oferecer algo além de leite materno para seu bebê; **

Passo 3) Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.

3.1 - O responsável pelos serviços de maternidade ou pré-natal afirma que ao menos 80% das gestantes que recebem tratamento pré-natal na unidade ou que estão internadas na enfermaria têm acesso a informações sobre aleitamento materno; *

3.2 – Existem documentos escritos com os padrões mínimos de informações sobre os Critérios Globais da IHAC; *

3.3 - % de gestantes que afirmam que integrantes da equipe conversaram com elas ou indicaram um grupo de discussões sobre como alimentar o seu bebê como parte do tratamento pré-natal; **

3.4 - % de gestantes que se lembraram das informações apresentadas ou discutidas com elas sobre dar outros tipos de alimento pro bebê nos primeiros 6 meses; **

3.5 - % de gestantes afirmaram que integrantes da equipe informaram que é assegurado o livre acesso dos pais e a permanência da mãe ou do pai à todos os bebês. **

OBS: Esse passo pode não ser aplicável pois o hospital pode não possuir pré-natal e não internar gestantes de alto risco. ***

Passo 4) Contato pele a pele entre a mãe e o bebê e amamentação na 1ª hora de vida.

4.1 - % de partos vaginais e cesáreos observados em que ocorreu o contato pele a pele; **

4.2 - % de mães selecionadas aleatoriamente que foram submetidas a partos vaginais, cesarianas sem anestesia geral e cesarianas com anestesia geral; **

4.3 - % de as mães submetidas a partos vaginais ou cesarianas sem anestesia geral selecionadas aleatoriamente que afirmaram que seus bebês foram entregues a elas imediatamente ou cinco minutos após o parto ou, caso contrário, houve razões médicas justificáveis para o atraso no contato; **

4.4 - % de mães submetidas a cesarianas com anestesia geral selecionadas aleatoriamente que afirmaram que seus bebês foram entregues a elas após estarem alertas e reagindo bem ou, caso contrário, houve razões médicas justificáveis para o atraso no contato; **

4.5 - % de mães selecionadas aleatoriamente que afirmaram que ficaram em contato direto com seus bebês pela primeira vez durante no mínimo 60 minutos ou, caso contrário, o contato foi encerrado a seu pedido ou por razões justificadas; **

4.6 - % de mães selecionadas aleatoriamente que afirmaram que foram incentivadas a procurar por sinais de que seus bebês estavam querendo ser amamentados e lhes foi oferecida ajuda, caso precisassem; **

4.7 - % de mães com bebês internados em UTIs selecionadas aleatoriamente que afirmaram que tiveram oportunidade de segurar seus bebês em contato direto ou, caso contrário, os integrantes da equipe ofereceram razões justificáveis para que isso não ocorresse; **

4.8 - % de mães com bebês internados em UTIs selecionadas aleatoriamente que afirmaram que foram informadas que podem permanecer 24 horas com o seu filho; **

4.9 - % de mães com bebês internados em UTIs selecionadas aleatoriamente que afirmaram que foram informadas que o pai ou alguém da família também podem permanecer com o bebê, caso ela não possa; **

4.10 - % de mães com bebês internados em UTIs selecionadas aleatoriamente que afirmaram que foram informadas de que podem ajudar nos cuidados com o bebê. **

Passo 5) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.

5.1 – Diretor relata que as mulheres que nunca amamentaram ou que já tiveram problemas para amamentar recebem atenção especial adequada tanto durante o pré-natal quanto no período pós-parto; *

5.2 - % de integrantes do corpo clínico que afirmaram que instruem as mães quanto a pega e posicionamento do bebê na mama e sabem descrever as técnicas corretamente; **

5.3 - % de integrantes do corpo clínico que afirmaram ensinar a expressão manual do leite materno adequadamente às mães ou indicam quem as mães devem procurar; **

5.4 - % das mães lactantes que afirmaram que a equipe ofereceu ajuda com a amamentação até 6 horas após o parto; **

5.5 - % das mães lactentes que demonstraram ou descreveram adequadamente a pega e posição do bebê na mamãe sucção; **

5.6 - % das mães lactentes que afirmaram que a alguém da equipe ofereceu ajuda quanto a extração manual do leite materno ou forneceu informações escritas ou indicaram locais para ela conseguir ajuda; **

5.7 - % de mães com bebês internados em UTIs que relataram que alguém da equipe se ofereceu para ajudá-la no início da lactação, caso esteja amamentando ou planejando fazê-lo; **

5.8 - % de mães com bebês internados em UTIs que relataram que alguém da equipe descreveu ou demonstrou como fazer a extração manual de leite; **

5.9 - % de mães com bebês internados em UTIs que relataram que alguém da equipe informou que ela deveria amamentar ou extrair o leite manualmente 6 ou mais vezes a cada 24 horas para manter a lactação. **

Passo 6) Não oferecer ao recém-nascido nenhum outro tipo de alimento além do leite materno, a não ser por orientação médica.

6.1 - Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo no ano anterior foram exclusivamente amamentados ou alimentados com leite extraído do nascimento à alta ou, caso tenham recebido alimentos que não o leite materno, isso se deu em virtude de Razões Médicas Aceitáveis (OMS), documentados; *

6.2 - O hospital possui instalações /espaço e equipamentos adequados para fazer demonstrações do preparo de fórmulas infantis e outras opções alimentares fora das vistas de mães lactantes; *

6.3 - % de observação de bebês nas alas pós-parto e quarto e em quaisquer áreas de observação do bebê em ser alimentado exclusivamente com leite materno ou houve motivos com razões médicas aceitáveis ou escolha informada para justificar que isso não ocorresse; **

6.4 - % de mães lactentes que relataram amamentar seus filhos exclusivamente com leite materno ou quando não ocorreu foi por uma razão justificada; **

Passo 7) Praticar o alojamento conjunto.

7.1 - % de bebês observados que estavam em alojamento conjunto com a mãe ou caso isso não ocorresse por razão justificada; **

7.2 - % de mães que afirmaram que permaneceram com elas desde o nascimento ou caso contrário, por uma razão justificada; **

Passo 8) Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.

8.1 - % de mães que citaram ao menos duas informações que receberam para saber reconhecer os sinais de fome do seu bebê; **

8.2 - % de mães que afirmaram que foram aconselhadas em amamentar seu bebê sempre que quiserem ou tiverem fome; **

Passo 9) Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a lactentes.

9.1 - % de bebês observados e amamentados foram alimentados sem o uso de mamadeiras ou bicos, ou caso contrário, suas mães foram informadas dos riscos relacionados; **

9.2 - % de mães lactantes que informaram que, até onde tenham conhecimento, seus bebês não foram alimentados com o uso de mamadeiras ou bicos; **

9.3 - % de mães que relataram que, até onde tenham conhecimento, seus bebês não usaram chupetas. **

Passo 10) Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães à esses grupos na alta da maternidade.

10.1 – Diretor relata que as mães são informadas sobre onde podem conseguir apoio se precisarem de ajuda para alimentar seus bebês após a alta e citou ao menos um local onde a mãe deve procurar após a alta; *

10.2 - Diretor relata que a unidade contribui com a criação ou coordenação de grupos de apoio ou outros serviços comunitários que fornecem apoio a mães quanto à amamentação/alimentação de lactentes, e citou uma forma adequada de como isso é feito; *

10.3 - Diretor relata que a equipe encoraja mães e bebês a se consultarem pouco depois da alta, na unidade ou em serviços comunitários de saúde, com profissionais qualificados capazes de avaliar as práticas alimentares e oferecer apoio, se necessário, e citou ao menos uma indicação com horários adequados para visitas e consultas; *

10.4 - % de mães selecionadas aleatoriamente na ala de Alojamento Conjunto (ALCON) que relataram que foram informadas sobre onde e como buscar apoio relacionado à alimentação de seus bebês após a alta e citaram ao menos uma fonte de apoio. **

Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos de Leite Materno e NBCAL

Código 1 – O diretor do hospital informa que, em conformidade com o Código, nenhum funcionário de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas mantêm contato direto ou indireto com gestantes ou mães. [Nota: “Sim” = não há contato]; *

Código 2 - O diretor do hospital informa que, em conformidade com o Código, o hospital não recebe presentes de fabricantes ou distribuidores de substitutos de leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas; *

Código 2A – O diretor do hospital informa que, em conformidade com o Código, substitutos do leite materno, bicos, chupetas e mamadeiras, e outros suprimentos contidos na NBCAL – Lei 11 265-2006, quando adquiridos são comprados ao preço de atacado ou ao menos 80% do preço de varejo; *

Código 3 - O diretor do hospital informa que, em conformidade com o Código, gestantes, mães e suas famílias não recebem materiais promocionais, amostras ou presentes da unidade que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras, chupetas, equipamento para preparar alimentos ou cupons de desconto; *

Código 4 - Uma análise de registros e recibos indica que substitutos do leite materno, incluindo fórmulas especiais e outros suprimentos alimentares são comprados pela

unidade de saúde ao menos pelo preço de atacado, ou ao menos 80% do preço de varejo;

Código 5 – Nas observações, em conformidade com o Código, nenhum material promocional de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas ou produtos relacionados definidos pela Lei 11 265-2006 e NBCAL () é exibido ou oferecido a gestantes, mães ou integrantes da equipe; *

Código 6 – Nas observações, em conformidade com o Código, as fórmulas e mamadeiras preparadas são mantidas em locais reservados; *

Código 7 – % dos entrevistados do corpo clínico citaram duas razões para não entregar amostra grátis de fabricantes de fórmulas infantis para as mães. **

Cuidado Amigo da Mulher (CAM).

CAM 1- As políticas do hospital incluem as boas práticas de parto e nascimento. *

CAM 2 - % do corpo clínico entrevista foi capaz de relatar ao menos 3 práticas recomendadas que ajudam as mulheres a se sentirem mais confortáveis e calmas durante o trabalho de parto e parto. **

CAM 3 - % do corpo clínico entrevista foi capaz de relatar ao menos 3 procedimentos que não são recomendados no trabalho de parto e parto rotineiramente, mas apenas em casos de complicações.**

CAM 4 – % do corpo clínico entrevista foi capaz de descrever ao menos 2 práticas de trabalho de parto e parto que aumentam as probabilidades de a amamentação ter um bom começo.**

CAM 5 - % das gestantes entrevistadas foram informadas pelo hospital quanto à presença do acompanhante e sabiam uma razão para a validade dessa prática. **

CAM 6 - % das gestantes entrevistadas descreveram pelo menos uma informação apropriada que receberam da equipe sobre formas de lidar com a dor e ter mais conforto durante o parto, e o que é melhor para mulheres, bebês e a amamentação.**

CAM 7 – Na entrevista com o diretor foi possível verificar que no hospital, das práticas de trabalho de parto e parto que aumentam a probabilidade de um bom começo da amamentação, ao menos 3 estão de acordo com o Cuidado Amigo da Mulher.*

CAM 8 - % dos partos vaginais observados houve o cumprimento de pelos 3 das seguintes práticas: permissão da mulher escolher a posição para seu parto, não uso de ocitocina, não realização da manobra de *Kristeller*, não realização e ocitocina, permitida a presença de acompanhante ou doula, ambiente calmo. **

CAM 9 - % dos partos cesáreos observados houve o cumprimento de pelos 3 das seguintes práticas: foi explicado o motivo da cesárea, permitida a presença de acompanhante ou doula, ambiente calmo. **

CAM 10 – % das mães entrevistadas relataram poder contar com a presença do acompanhante durante o trabalho de parto. **

CAM 11 - % das mães entrevistadas relataram ao menos três dessas condições na sala de pré-parto durante o trabalho de parto: permissão para caminhar, comer ou tomar líquidos, controle da dor com massagem, banheira, bola, doula. **

CAM 12 - % das mães entrevistadas relataram que lhes foi permitido escolher a posição do parto, e se foi necessário uso de ocitocina ou episiotomia lhe informaram o motivo.

**

CAM 13 - % das mães entrevistadas relataram que na sala de parto houve apenas os ruídos necessários, diminuição da luz quando o bebê nasceu, os profissionais na sala de parto foram atenciosos, com atitudes positivas quanto à mãe e o bebê, teve

acompanhante da sua escolha e/ ou doula, e quando necessitou do uso de anestesia lhe foi explicado o porquê. **

Permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém-nascido (PRN)

PRN 1 - As políticas escritas do hospital incluem os conteúdos e práticas exigidas quanto á permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém-nascido.*

PRN 2 - A política IHAC do hospital, inclui os conteúdos e práticas exigidas na permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém-nascido.*

PRN 3 - % dos entrevistados do corpo clínico foram capazes de descrever pelo menos dois itens sobre os benefícios da permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave. **

PRN 4 - % dos entrevistados do corpo clínico foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância de garantir o acesso mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave. **

PRN 5 - % dos entrevistados do corpo clínico foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância da participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave. **

PRN 6 - % das gestantes descreveram que foram informadas que na maternidade lhes é assegurado o direito de permanência e acesso 24 horas por dia para todos os bebês. **

PRN 7 - O diretor do hospital afirma que neste hospital a política da IHAC inclui os conteúdos e práticas exigidos quanto a permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao RN grave ou potencialmente grave.*

PRN 8 - % das observações de Recém nascidos em * UTIN/UCIN que foi verificada a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN, bem como a permanência da mãe ou do pai e o livre acesso de ambos em quaisquer circunstâncias.**

Para que o hospital receba classificação como aprovado em cada um dos critérios da IHAC, o percentual de cumprimento pode variar entre 30% (no caso dos dois critérios novos, CAM e PRN) a 80%, visto que alguns hospitais muito bons, porém não perfeitos, não sejam indevidamente penalizados¹⁴.

Foram descritos em forma de tabela e gráficos todos os resultados (números absolutos e percentuais) da adesão dos HAC ao monitoramento interno anual e do cumprimento dos Critérios Globais, CAM e PRN com base no monitoramento interno anual de 2011 a 2015. O grau de cumprimento foi avaliado ano a ano entre todos os hospitais que participaram dos monitoramentos realizados em todos os anos do período, e foi calculada a média de cumprimento de cada critério. O grau de cumprimento dos Critérios Globais, CAM e PRN também foi calculado por região.

Para a reavaliação trienal externa foram analisados o cumprimento dos passos de uma forma geral, sem separar por Região do país, devido à baixa representatividade de número de hospitais em algumas regiões, como na Região Norte e Centro-Oeste, com apenas 1 hospital em cada e na Região Sul com 3 hospitais, enquanto que na Região Nordeste foram reavaliados 60 hospitais e na Sudeste 48. Para a comparação dos resultados obtidos no monitoramento interno e nas reavaliações externas foram utilizados os programas SPSS (versão 17), R (programa de domínio público) e *McNemar* teste, usando a referência de nível de significância com p-valor <0,05 e Intervalo de Confiança (IC) 95%.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

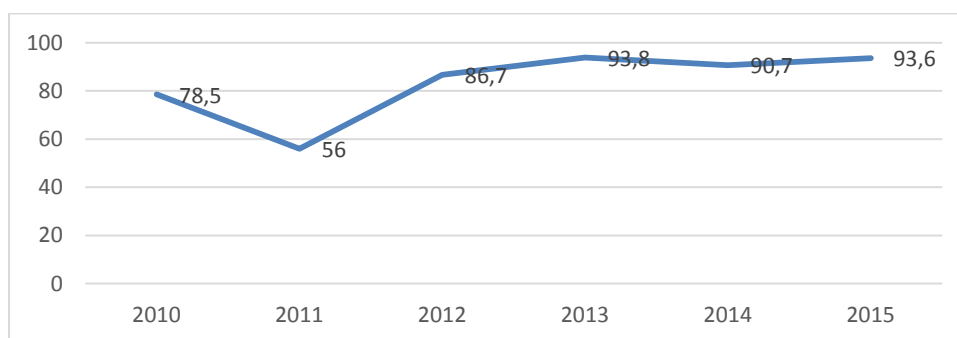
O monitoramento interno através de sistema informatizado foi iniciado em 2010 com adesão de 234 hospitais, alcançando 305 HAC em 2015. Houve um decréscimo no ano de 2011 em virtude de mudança no sistema informatizado. O percentual de adesão

dos HAC ao monitoramento interno anual encontra-se no Gráfico 1, mostrando aumento no número de hospitais de 2012 para 2015. Nos três últimos anos (2013 a 2015), mais de 90% dos HAC aderiram ao monitoramento anual. Em média 261 hospitais realizaram o monitoramento interno de 2010 a 2015 (Tabela 1), sendo que 143 (55%) realizaram o monitoramento todos os anos.

Tabela 1. Número de Hospitais Amigos da Criança no Brasil, que realizaram o monitoramento interno anual de 2010 a 2015.

Ano	N de HAC no Brasil	Nº de HAC que realizaram o monitoramento
2010	298	234
2011	334	187
2012	315	273
2013	321	301
2014	323	293
2015	326	305
Média	319	261

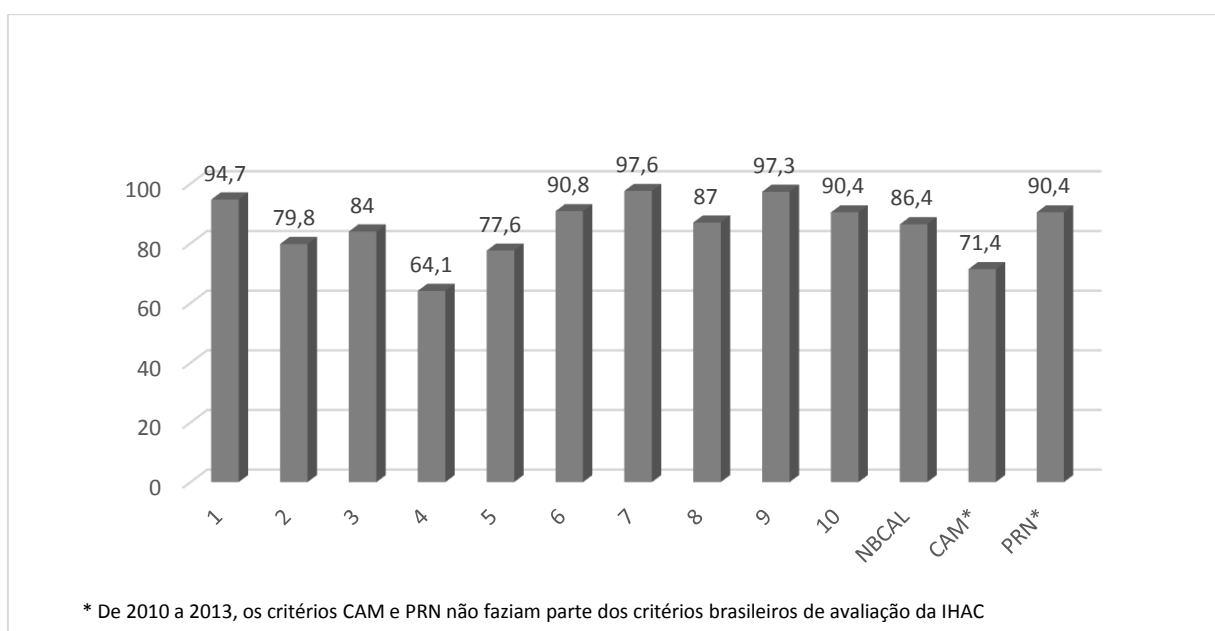
Gráfico 1 - Evolução da adesão (%) dos Hospitais Amigos da Criança ao monitoramento interno anual.



O gráfico 2 mostra o percentual médio de cumprimento dos Critérios Globais, CAM e PRN no monitoramento interno de cada passo para os hospitais que realizaram todos os anos essa avaliação (n=143), sendo o CAM e PRN apenas em 2014 e 2015, ano do seu início através da publicação da Portaria 1.153 em 2014. O Passo 4, aparece como um passo difícil de ser cumprido (64,1% dos hospitais o cumprem), situando-se ainda

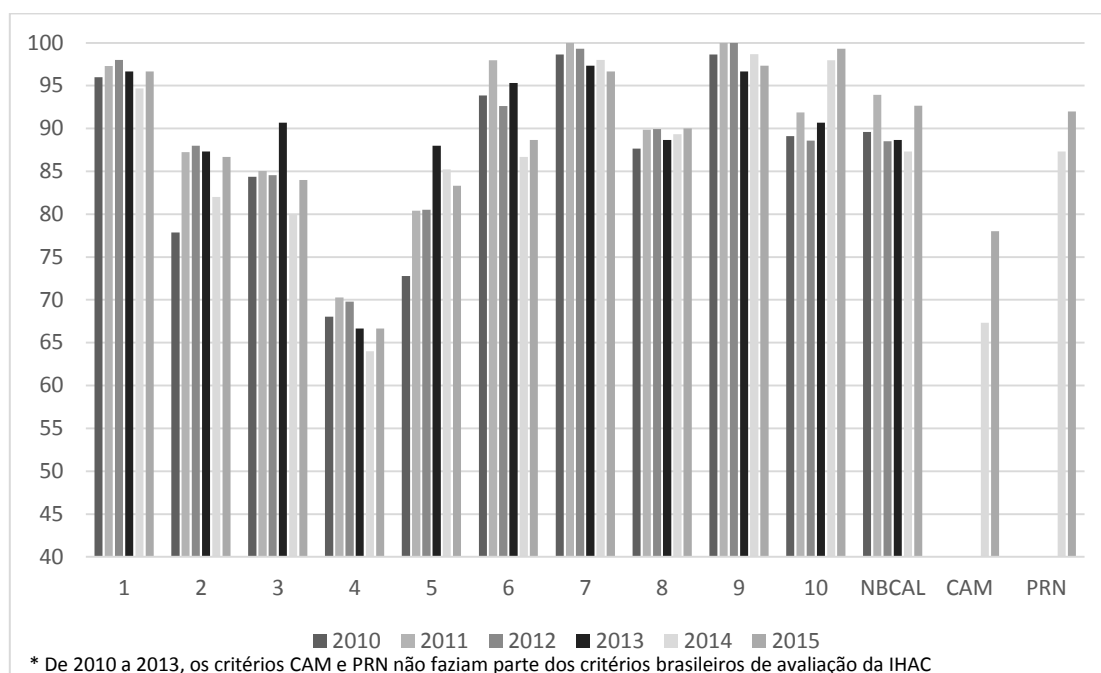
abaixo dos percentuais de cumprimento dos dois critérios novos (CAM, 71,4% e PRN, 90,4%).

Gráfico 2 - Percentual médio do cumprimento dos Critérios Globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e da Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) pelos Hospitais Amigos da Criança (HAC) brasileiros que realizaram o monitoramento interno em todos os anos do período de 2010 a 2015, Brasil (n=143)



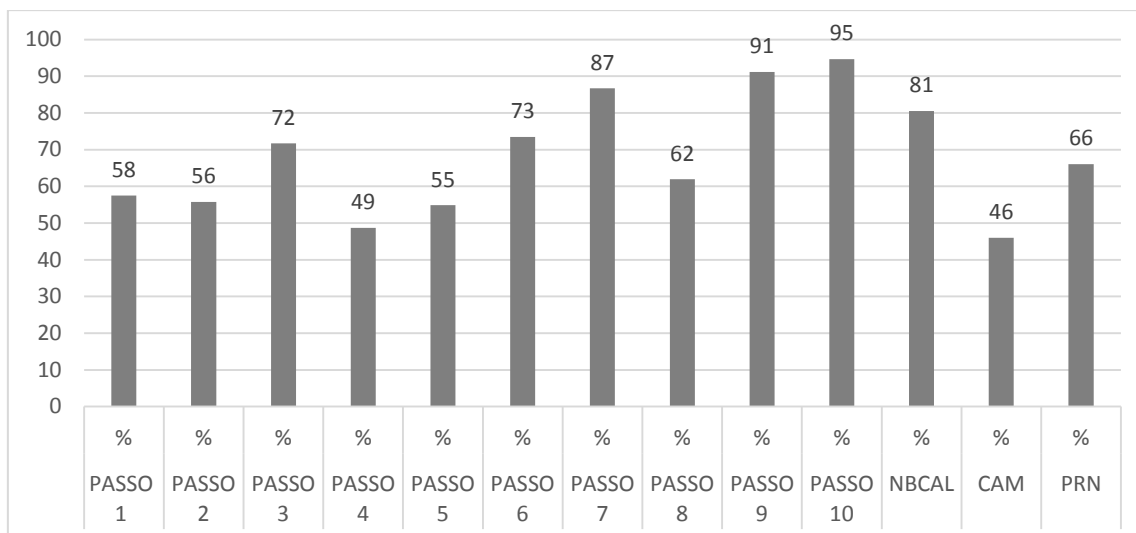
Ao analisar os dados desses mesmos hospitais (n=143), discriminando cada ano e passo, vemos que os maiores percentuais de cumprimento (acima de 90%) foram para os passos 1, 7 e 9, enquanto o passo 4 foi o que apresentou o menor grau de cumprimento (abaixo de 70%). Houve uma relativa estabilidade no cumprimento dos 10 passos e da NBCAL ao longo do período. Enquanto os novos critérios inseridos a partir de 2014 mostraram uma ascensão no grau de cumprimento, principalmente o CAM (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Cumprimento (%) dos Critérios Globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e da Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em hospitais que realizaram o monitoramento interno em todos os anos no período de 2010 a 2015 – Brasil (n=143)



Em relação à avaliação externa realizada em 2015 (Gráfico 4), percebemos que o passo com menor grau de cumprimento foi o passo 4 e o CAM, ambos abaixo de 50%. Enquanto os passos com grau de cumprimento acima de 90% foram os passos 9 e 10.

Gráfico 4 - Cumprimento (%) dos critérios globais, Cumprimento (%) dos critérios globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e da Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) dos hospitais que realizaram avaliação externa em 2015 - Brasil (n= 113)



Quando comparamos o monitoramento interno realizado em 2015 com a avaliação externa realizada no mesmo ano, verificamos que o monitoramento interno sobrestima o cumprimento de alguns passos em relação a avaliação externa. Os passos em que houve mais de 70% de cumprimento segundo as duas modalidades de avaliação foram o Passo 3 (manejo sobre aleitamento materno no pré-natal), Passo 6 (não dar outro alimento além do leite materno), Passo 7 (alojamento conjunto), Passo 9 (não oferecer bicos artificiais), e Passo 10 (apoio ao aleitamento materno pós-alta), bem como a NBCAL. Apesar da diferença estatística entre as avaliações interna e externa para o passo 4, foi verificado que em ambas esse passo possui um menor grau de cumprimento. Houve uma grande discrepância na avaliação dos Passos 1 (normas), 2 (capacitação), 5 (manejo), CAM e PRN, com mais de 30% de diferença (Gráfico5).

Ao fazer a análise comparativa do monitoramento interno realizado em 2015 com a avaliação externa realizada no mesmo ano, verificamos diferença nos percentuais no grau de cumprimento sob o olhar dos avaliadores interno e externo. O passo 1 e o CAM foram os que apresentaram maior diferença no grau de cumprimento entre as avaliações, com mais de 35 pontos percentuais, embora, a exceção dos passos 3 e 10 (sem significância estatística nas comparações, Tabela 2), todos os demais apresentaram grandes diferenças entre os percentuais das duas avaliações. O passo com maior grau de

cumprimento foi o 10. O passo 4 apresentou o menor grau de cumprimento em ambas as avaliações, sendo 67% no monitoramento e 49% na avaliação externa (Gráfico 5). Na Tabela 2, observamos que em 84,6% dos passos houve diferença significativa entre as duas avaliações.

Gráfico 5 - Comparação do cumprimento (%) dos critérios globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e da Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) dos hospitais que realizaram monitoramento interno e avaliação externa em 2015 - Brasil (n= 113)

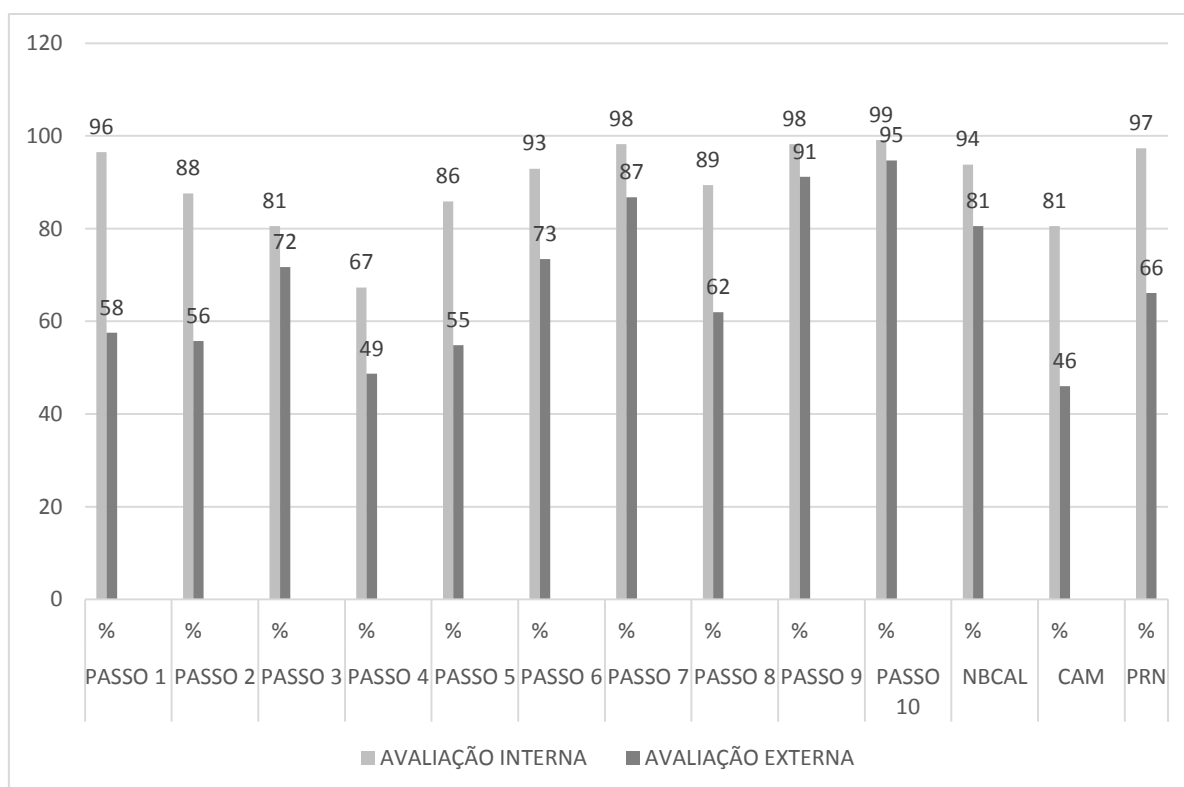


Tabela 2 - Análise do cumprimento dos critérios globais, Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e da Permanência do pai ou da mãe junto ao Recém-Nascido (PRN) dos hospitais que realizaram monitoramento interno e avaliação externa em 2015 - Brasil (n= 113)

Passos	Avaliação interna		Avaliação externa		p-valor < 0,05
	% de cumprimento	IC 95%	% de cumprimento	IC 95%	
Passo 1 (Política escrita)	96	0,93 - 1,00	58	0,49 - 0,67	0,000
Passo 2 (Capacitação)	88	0,81 - 0,94	56	0,46 - 0,65	0,000
Passo 3 (manejo do aleitamento materno no pré-natal)	81	0,73 - 0,88	72	0,63 - 0,80	0,076
Passo 4 (contato pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida)	67	0,58 - 0,76	49	0,39 - 0,58	0,004
Passo 5 (manejo às mães)	86	0,79 - 0,92	55	0,46 - 0,65	0,000
Passo 6 (não dar outro alimento além do leite materno)	93	0,88 - 0,98	73	0,65 - 0,82	0,000
Passo 7 (Alojamento conjunto)	98	0,96 - 1,01	87	0,80 - 0,93	0,002
Passo 8 (Amamentação sob livre demanda)	89	0,83 - 0,95	62	0,52 - 0,71	0,000
Passo 9 (Não oferecer bicos artificiais)	98	0,96 - 1,01	91	0,57 - 0,75	0,039
Passo 10 (apoio ao aleitamento materno pós-alta)	99	0,97 - 1,01	95	0,95 - 0,99	0,063
NBCAL	94	0,89 - 0,98	81	0,73 - 0,88	0,003
Cuidado Amigo da Mulher	81	0,73 - 0,88	46	0,37 - 0,56	0,000
Permanência junto ao Recém-Nascido	97	0,93 - 1,00	66	0,57 - 0,75	0,000

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

No ano de 2002, a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da OMS/UNICEF recomendou que todos os HAC do mundo deveriam ser monitorados e reavaliados continuamente⁴⁴. Até 2011, os HAC eram monitorados anualmente por avaliadores externos presencialmente indicados pelas Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde⁴⁵. Após esse ano foi instituída a obrigatoriedade dos HAC utilizarem o SISIHAC para registrar a avaliação interna anualmente pelos próprios gestores dos estabelecimentos³⁰. Apesar do Brasil ter instituído em portaria apenas em 2011 o monitoramento dos HAC pelos seus próprios colaboradores, através de sistema informatizado, o mesmo já ocorria desde 2010, conforme considerado na série histórica da presente pesquisa.

A crescente adesão dos HAC à avaliação interna de 2010 a 2015 mostra o acerto da decisão e o investimento do Ministério da Saúde na implementação do SISIHAC, que por ser *web*, possui fácil acesso em todo o território nacional. Os dados registrados nesse sistema possibilitam a construção de uma série histórica da evolução do cumprimento dos critérios da IHAC, consolidando dados, permitindo um processo de monitoramento e análise contínuos do cumprimento desses critérios. A IHAC mostrou-se um bom exemplo de processo de acreditação, com critérios de habilitação e avaliação da manutenção do título bem estabelecidos, e acompanhamento da qualidade dos HAC a nível municipal, estadual e federal.

O processo de acreditação da IHAC prevê a formação de um comitê interno que aborde continuamente os temas relacionados a iniciativa com os colaboradores e também seja responsável pelas avaliações internas do hospital. Dessa forma, o hospital está em constante aprimoramento, enxergando seus pontos fracos e podendo corrigi-los para assim, preparar-se para ser reavaliado por avaliadores externos trienalmente e renovar a sua titulação^{14,27,34}.

Com esse estudo foi possível identificar que os HAC do Brasil se mantiveram comprometidos com a manutenção do título, realizando sistematicamente a avaliação interna, conforme estabelecido na Portaria 1.153³¹. Pela análise dos dados da avaliação interna foi possível perceber que os hospitais vêm cumprindo os critérios/passos de forma estável no período. Por um lado, isso pode ser um sinal positivo para os que possuem um grau de cumprimento alto, mostrando a manutenção da qualidade, porém, esperava-se que, ao longo dos anos, os passos/ critérios com menor grau de cumprimento, apresentasse uma evolução positiva, visto que, o monitoramento interno é uma ferramenta para auxiliar os hospitais a corrigirem seus erros ao longo do processo e manterem o padrão de qualidade exigido na IHAC.

O passo 4, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, foi o que os hospitais mais apresentaram dificuldade no grau de cumprimento, em média 64,1% no monitoramento interno ao longo do período de 2010 a 2015. Num estudo realizado em 2012 no Rio de Janeiro que avaliou a implantação da IHAC nesse município, também foi observado que apenas 57% dos HAC praticavam a amamentação na primeira hora de vida, apesar de 86,5% praticarem o contato pele a pele⁹. Dados semelhantes foram encontrados na avaliação de 32 maternidades prioritárias da Rede Cegonha, sendo 24 HAC, em 2013, menos da metade dessas maternidades (47%) tinha um bom desempenho quanto ao contato pele a pele e 50% em relação a amamentação na primeira hora de vida⁴⁶. Na Pesquisa Nascer no Brasil, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, em 266 hospitais com mais de 500 parto/ano, nas cinco macrorregiões do país, 56% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida, sendo essa proporção de 69,4% entre as nascidas em Hospitais Amigos da Criança e de 47,7% entre as que nasceram em hospitais não envolvidos com a IHAC (Carvalho et al, 2016)⁴⁷.

No cenário internacional, também têm sido observadas dificuldades no cumprimento do Passo 4. Num estudo realizado na Croácia para avaliar a implementação da IHAC no país, foram analisados os dados de 27 questionários de autoavaliação, e um dos achados foi similar a esse estudo: o baixo grau cumprimento do passo 4 (menor que 50%)⁴⁸. Ainda, em Quebec, Canadá, em 9 hospitais Amigos da Criança avaliados, a média de cumprimento para o passo 4 foi de 53%⁴⁹.

Estudos^{50,51} mostram que o cumprimento do passo 4 depende de diversos fatores, sendo um deles o treinamento contínuo da equipe de saúde envolvida no trabalho de parto, parto e pós-parto. A capacitação dos profissionais de saúde em manejo básico do aleitamento materno, tem se mostrado um efeito protetor para o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, possibilitando que as mães sejam orientadas já na sala de parto quanto à pega e boa sucção do bebê. Em uma análise sobre a situação da IHAC em 26 países da América Latina e Caribe foram constatados, como principais obstáculos para o cumprimento do passo 4, a falta de qualificação de profissionais para ajudar as mães que começam a amamentar seus filhos, e as rotinas hospitalares relacionadas com a recém-nascidos. Nessa mesma pesquisa, um país sul-americano relatou que o clima mais frio em algumas regiões dificultam o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, mas que essa dificuldade poderia ser superada com aquecedores, por exemplo¹⁰. Conforme a Pesquisa Nascer no Brasil, os fatores que se associam positivamente ao maior contato pele a pele da mãe com o recém-nascido logo após o nascimento são: nascer em hospitais com título Hospital Amigo da Criança, ter tido acompanhante durante o parto e parto vaginal⁴⁷. Outros fatores têm sido associados ao início tardio da amamentação, como a falta do pré-natal, o parto cesáreo, o desconhecimento do status sorológico para

o HIV na hora do parto⁵² e a falta da escuta da equipe do hospital quanto às dúvidas das mães quanto ao aleitamento materno⁵³.

O Brasil possui uma taxa de cesariana (56%) acima do recomendado pela OMS (até 10%)^{20,21}, o que pode estar contribuindo para a dificuldade no cumprimento do passo 4, devido às rotinas de cuidados pós-operatórios que retardam o contato pele a pele e amamentação no pós-parto (pesar, medir, Apgar, pulseira de identificação), além de resistência da equipe de saúde em mudar os seus hábitos e comportamento⁵⁴.

O Ministério da Saúde preconiza que o teste rápido anti-HIV seja realizado no pré-natal, no entanto, para mulheres que não o fizeram nesse período, ele é oferecido na internação para o parto, com consentimento verbal da mulher⁵⁵. A recomendação é que o teste rápido seja realizado com agilidade, para que seu resultado esteja disponível antes do nascimento da criança, e que o aleitamento materno somente deve ser suspenso no caso de diagnóstico positivo para o teste⁵⁶. No entanto, muitas vezes, o resultado sai somente após o nascimento, e se posterga a primeira mamada de forma inadequada⁵³. Outras práticas que podem prejudicar o contato pele a pele e o início da amamentação e devem ser evitadas, são: separação do binômio mãe-bebê^{51,57}, uso de alimentação pré-lácteas e outros líquidos não-lácteos^{51,58}, uso de mamadeiras e chupetas^{51,59}.

Os passos com maior grau de cumprimento no período do monitoramento interno foram o passo 7 (alojamento conjunto) e o passo 9 (não oferecimento de bicos artificiais, chupetas e mamadeiras a lactentes), 97,6% e 97,3%, respectivamente. Desde 1983, o Ministério da Saúde publicou possui Normas Básicas para a implantação do sistema de “Alojamento Conjunto” nos hospitais⁶⁰, e esse fator pode estar associado ao bom cumprimento do passo 7, mostrando uma consolidação dessa legislação no país, existente há mais de 30 anos. Quanto ao passo 9, é possível que o sucesso no grau de cumprimento tenha relação com a inserção do cumprimento da NBCAL como um

critério da IHAC desde 2004⁶¹. Desde este ano, o Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (Rede IBFAN), vem capacitando profissionais das Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde e das Vigilâncias Sanitárias locais para monitorar e fiscalizar os estabelecimentos comerciais, como farmácias e supermercados, que vendem esse tipo de produto, assegurando que esses sejam expostos em locais apropriados evitando estímulo de consumo a partir de exposição privilegiada ou promoções. Assim como estabelecimentos de saúde os quais estão proibidos de veicularem propagandas, doação ou amostra grátis para as mães de bicos, chupetas e mamadeiras⁶².

O Cuidado Amigo da Mulher, critério incluído na IHAC no Brasil em 2014, apresentou uma evolução positiva no seu grau de cumprimento de 2014 para 2015. Um fator que pode ter contribuído para esse resultado foi o fato de, a Rede Cegonha, ter sido implementada no país desde 2011, estratégia que preconiza as boas práticas de parto e nascimento³². Além disso, em virtude de ser um critério novo, o percentual exigido na pontuação para estabelecer se o hospital cumpriu ou não o CAM é menor que os critérios globais, que já existem desde 1992 no país. Um estudo em 32 maternidades prioritárias da Rede Cegonha, onde foram verificadas as práticas relacionadas ao Cuidado Amigo da Mulher, como oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, parto em posição não supina, oferta de líquidos no trabalho de parto e presença de doula no trabalho de parto, apontou em média menos de um terço (27%) com bom desempenho⁴⁶.

O outro critério incluído no Brasil em 2014, o PRN, apresentou um bom grau de cumprimento neste ano e em 2015. Assim como o CAM, ele também possui um percentual exigido na pontuação de cumprimento menor que os critérios globais. Além

disso, o fato dos HAC que não possuíam UTI Neonatal pontuarem esse critério como “cumprido” também aumenta o percentual de conformidade neste critério. Outro fator que possivelmente contribuiu para esse achado foi a existência, desde 2012, da Portaria 930³³ do Ministério da Saúde, a qual já previa a inclusão dos pais ou responsáveis no cuidado desse bebê, permanecendo ao lado da criança 24 horas com livre acesso, questões que são avaliadas no PRN.

Ao compararmos as avaliações internas e externas realizadas em 2015, verificamos que, para todos os parâmetros, os resultados foram mais favoráveis nas avaliações internas. No entanto, cabe ressaltar que as avaliações interna e externa ocorreram no mesmo ano, mas não simultaneamente, o que pode ter gerado avanços ou retrocessos decorrentes da avaliação que ocorreu primeiramente. O que prevaleceu foi um maior grau de cumprimento observado nas avaliações internas, o que pode ser explicado pelo avaliador externo não ter nenhuma relação com o hospital, ter mais rigor nas avaliações, ser altamente treinado para esta avaliação, sendo especialistas que dominam os métodos utilizados^{63,64}. A literatura dessa área^{65,66} também associa a neutralidade das informações coletadas pelo avaliador e a validade desses dados, em virtude do seu posicionamento quanto ao objeto de avaliação. Alguns fatores podem demonstrar desvantagens quanto a avaliação realizada por um avaliador interno, tais como: fazer parte da estrutura a ser avaliada, aspirar ganhos pessoais, inibir a expressão de opiniões dos entrevistados e ter dificuldade para expressar juízos de valor, tendendo a minimizar os elementos que possam demonstrar fracasso nas atividades avaliadas; possibilitando a desvalorização dos resultados das avaliações internas, implicando na necessidade de avaliadores externos. Isso poderia explicar os resultados encontrados na presente pesquisa, as avaliações internas podem ter sido mais favoráveis que as externas, em função do vínculo do avaliador interno com o hospital, e ainda destes

avaliadores possuem um menor grau de treinamento em comparação com um avaliador externo.

Ilustrando a questão acima, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os resultados das avaliações interna e externa, em 84,6% dos passos, exceto para os passos 3 (manejo do aleitamento materno no pré-natal e 10 (apoio ao aleitamento materno pós-alta). Quando o hospital não possui ambulatório e internação para assistência ao pré-natal de alto risco, o passo 3 é considerado como “cumprido” e isso influencia positivamente no grau de cumprimento do passo. Apesar das divergências encontradas nessas avaliações, verificou-se que o passo 4 obteve um menor grau de cumprimento em ambas, mostrando uma semelhança no olhar dos avaliadores internos e externos em perceber esse passo como crítico para a IHAC. A grande diferença entre as avaliações quanto ao CAM, com 35 pontos percentuais no grau de cumprimento, 81% para a avaliação interna e 46% para a avaliação externa, possivelmente se deva ao fato de tratar-se de critério recente, para o qual os avaliadores internos ainda não estão adequadamente capacitados para distinguir o que são boas práticas de parto e nascimento, uma vez que esses treinamentos podem ainda não terem sido realizados pelo município responsável por esse apoio segundo a portaria³¹.

Outro passo que chama a atenção na diferença do grau de cumprimento nas duas avaliações é o passo 1 (política escrita), que diz respeito ao hospital possuir uma política, uma norma de aleitamento materno escrita rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde⁵, com 96% de cumprimento na avaliação interna e 58% na avaliação externa. Essa possível superestimação do cumprimento pela avaliação interna pode se dever ao fato dos avaliadores internos não compreenderem o que é uma norma escrita, considerando, por vezes, que expor os Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno nas paredes do hospital corresponde a esse critério cumprido¹².

O passo com maior grau de cumprimento no ano de 2015 foi o 10, superior a 95% em ambas as avaliações, sinalizando que a rede de apoio aos hospitais tem realmente se expandido em todo o território nacional, composta pelas Unidades Básicas de Saúde, e por grupos formados pela sociedade civil para apoiarem as mulheres no processo da amamentação⁶. No Brasil, desde 1995, algumas estratégias voltadas para a Atenção Básica para o apoio, promoção e proteção foram criadas como a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança em Londrina⁶⁶ e, no Rio de Janeiro, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação⁶⁷. O Ministério da Saúde possui ações de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno nos diversos níveis de atenção e em 2008, lançou para todo o território nacional uma estratégia voltada para a Atenção Básica, a Rede Amamenta Brasil⁶⁸, a qual recentemente incorporou a promoção da alimentação complementar saudável e passou a ser denominada como Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), essa estratégia qualifica as ações de promoção ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menos de 2 anos de idade, além de aprimorar as competências e habilidades dos profissionais da atenção básica nessa temática incorporando essas atividades na rotina de seus atendimentos⁶⁹.

Estudos em alguns países como Austrália, Croácia e alguns da América Latina tem mostrado que a sustentabilidade da IHAC depende de diversos fatores, sendo destacada a importância de uma política nacional de aleitamento materno forte, com um comitê de aleitamento materno nacional e local ativo, incentivo financeiro, envolvimento dos gestores hospitalares, articulação entre o governo federal e estadual, além do envolvimento de todos os setores da sociedade não somente da saúde para apoiar os hospitais que desejam fazer parte da iniciativa assim como manter seu título.

Tem-se como estratégia fundamental o monitoramento e reavaliação periódica dos hospitais para a manutenção da qualidade dos HAC.^{10,48,70}

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 - Conclusões

Embora a IHAC esteja passando por um momento de crise internacional¹⁰, onde vários países discutem a sua sustentabilidade, no Brasil, o número de Hospitais Amigos da Criança habilitados e monitorados vem se mantendo desde 2010 em média em mais de trezentos.

A partir da avaliação dos dados registrados no SISIHAC, existentes desde 2010, conclui-se que esse a avaliação interna vem se fortalecendo ao longo dos anos e tem cumprido o seu papel de monitorar os Hospitais Amigos da Criança do país. Apesar da extensão territorial do Brasil, mais de 90% dos seus Hospitais Amigos da Criança realizaram o monitoramento interno anual no período de 2010 a 2015, com representatividade de todas as Unidades de Federação do país. Esse sistema tem permitido a visualização de um panorama quanto às facilidades e dificuldades que os hospitais habilitados têm encontrado quanto aos Critérios Globais, CAM e PRN, permitindo que o Ministério da Saúde intensifique ações na IHAC conforme a necessidade em cada local.

A evolução do cumprimento dos passos no monitoramento interno se mostrou estável no período estudado, com um grau de cumprimento acima de 70% para os

CrITÉrios Globais, CAM e PRM, exceto para o passo 4 (contato pele a pele e amamentaÇão na primeira hora de vida).

Os passos com maior grau de cumprimento, acima de 90% em todos os anos, foram os passos 1 (polÍtica escrita), 7 (alojamento conjunto) e 9 (nãO oferecimento de bicos, chupetas e mamadeiras).

A comparaÇão da avaliaÇão interna com a externa mostrou uma diferenÇa estatística significativa no grau de cumprimento entre todos os crITÉrios, exceto para os passos 3 (manejo do aleitamento materno no prÉ-natal) e 10 (apoio ao aleitamento materno pÓs-alta), mostrando que as avaliaÇões internas tendem a ser menos rigorosas, sendo importante realizar periodicamente uma avaliaÇão externa, em virtude do avaliador externo nãO ter relaÇão com o hospital e ser mais treinado e possuir mais experiênciA em avaliar hospitais na IHAC. Nos dois tipos de avaliaÇões, os passos com maior grau de cumprimento foram o 7 (alojamento conjunto), 9 (AmamentaÇão sob livre demanda e 10 (apoio ao aleitamento materno pÓs-alta) e o que apresentaram menor grau de cumprimento foram o contato pele a pele e a amamentaÇão na primeira hora de vida (passo 4) e as boas prÁticas de parto e nascimento (CAM). Nesse sentido, percebeu-se que esses passos sãO desafiadores para os hospitais, necessitando de um olhar especial para superÁ-los.

6.2 Recomendações

Desde a criaÇão do SISIHAC, o MinistÉrio da Saúde tem investido recursos para a formaÇão de novos avaliadores externos da IHAC e aprimoramento dos avaliadores externos antigos quanto ao uso desta ferramenta. AlÉm disso, durante as oficinas de formaÇão, é enfatizada a importÂncia do papel do avaliador externo como um apoiador

dos hospitais habilitados. Recomenda-se que esse profissional auxilie os hospitais na capacitação dos seus colaboradores, assim como esclarecer dúvidas quanto a todos os passos e critérios da IHAC. O avaliador também é um elo entre o hospital, estado e município, fator importante para que a IHAC seja bem implementada. A articulação entre os entes federados é primordial para o sucesso dessa iniciativa.

Com vistas à melhoria no desempenho dos avaliadores internos, sugere-se a criação de um curso de Educação à Distância (EAD) de curta duração pelo Ministério da Saúde sobre o SISIHAC. Algumas melhorias podem ser realizadas no sistema de monitoramento como: 1. existir uma parte de comunicação interativa entre os entes federados, hospitais habilitados e avaliadores externos; 2. sinalização aos hospitais habilitados quando realizarem o monitoramento interno da importância de se manterem vigilantes nos passos/ critérios não cumpridos, afim de melhorá-los para o próximo monitoramento e/ ou avaliação externa; 3. monitoramento interno ser realizado duas vezes no ano - no começo do ano para todos os passos e ao final, somente para os critérios/ passos que não passou na primeira avaliação – dando a possibilidade do hospital visualizar se houve melhora.

Além disso, o papel dos estados e municípios é fundamental no apoio aos hospitais habilitados na manutenção do título da iniciativa, principalmente no que tange à formação de recursos humanos adequados para a realização das avaliações internas e externas e envolvimento dos gestores hospitalares. E, também, enfatizar para essas maternidades que o papel do monitoramento interno é de auxiliá-las na manutenção da qualidade da IHAC, para a correção dos erros para que, no ano seguinte, estejam melhores no grau de cumprimento dos passos e preparadas para receber a reavaliação externa de três em três anos.

Há necessidade de estudos mais profundos para analisar a razão para a existência de uma diferença tão significativa entre os resultados das avaliações internas e externas, como por exemplo, estudos qualitativos para avaliar o perfil dos profissionais que são responsáveis pelas avaliações internas dos hospitais: profissão, tipo de vínculo com a maternidade, tempo de trabalho na instituição, capacitações na IHAC, grau de conhecimento do SISIHAC.

Também se faz necessário investigar as razões para o menor grau de cumprimento do passo 4, que há décadas se mostra como um passo difícil de ser superado. Estudos qualitativos para que os profissionais de saúde sejam ouvidos para que se compreenda a resistência na mudança de paradigma quanto ao parto, pós-parto e aleitamento materno.

Estudos com as coordenações estaduais/ municipais de saúde da criança e avaliadores externos quanto ao uso do sistema também trará contribuições para que o Ministério da Saúde possa melhorar essa ferramenta. Recomenda-se também, a realização de estudos futuros com a análise dos dados do sistema de monitoramento com uma série histórica mais longa, para identificar a tendência do cumprimento dos critérios globais e suplementares da IHAC no Brasil.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Victora, CG, Bahl AJ, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et. al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 2016; 387: 475-490.
2. Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. *Cad. Saúde Pública* vol.19 suppl.1 2003
3. Venancio, S I, Monteiro, CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:40-49. 1998
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
5. Brasil. Portaria nº 1.130 de 05 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]. [acesso em 30 de julho de 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília, 2011.
7. Labbok MH. Global baby-friendly hospital initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med*.2012; 7:210-22.
8. Venancio SI, Saldiva SRD, Escuder MML, Giugliani ERJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiology Community Health*, 2012; 66: 914-914.
9. Oliveira, MIC, Hartz ZMA, Nascimento, VC, Silva, KS. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*.2012; 12(3): 281-295.

10. Organización Panamericana de La Saude. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño em America Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Washington, DC: OPS, 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Dados do número de hospitais que possuem leitos obstétricos no Brasil. [internet]. [acesso em 31 de maio de 2016]. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de monitoramento on line da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. [internet]. [acesso em 30 de outubro de 2015]. Disponível em: <http://www.saudedacrianca.datasus.gov.br/saudedacrianca/ihac/>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, janeiro de 2011. [internet]. [acesso em 06 de maio de 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf
14. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 5: avaliação e reavaliação externa. Brasília, 2010.
15. Merten S, Ackermann LU. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact*, 2004. 20(1): 9-17.
16. Abolyan LV. The Breastfeeding and Promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeeding Medicine*. 2006; 1(6): 71-78.
17. Ortiz PN, Rolim RG, Souza MFL, Soares PL, Vieira TO, Vieira GO et al. Comparing breast feeding practices in Baby Friendly and non-accredites hospitals in Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2011; 11(4): 405-413.
18. Jones G, et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, v. 5, p 4-8, 1997. Suppl I.
19. Rollins NC, et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take the improve breastfeeding practices in less than a generation. *Lancet* 2016; 387: 491-504.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Número de nascidos vivos 2013. [internet]. [acesso em 10 de julho de 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica nº 703/2014 – Consulta Pública 55 e 56 – Direito à informação da gestante e obrigatoriedade do cartão da gestante, carta de informação e partograma na saúde suplementar – 2014. Sistema de Informação de Produtos. [internet]. [acesso em 10 de julho de 2016]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp5_556/nota703.pdf.

22. World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research. Statement on Caesarean Section Rates. 2015. [internet]. [acesso em 10 de julho de 2016]. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
23. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section. London – UK 2011. [internet]. [acesso em 10 de julho de 2016]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>.
24. Toma TS, Rea MF. La Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y la herramienta computarizada para su monitoreo y sustentabilidad. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30: 505-6.
25. Novaes HM, Paganini JM. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).
26. Roberts JC, Coale JG, Redman MA. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. JAMA 1987; 258(7):936-40
27. Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Centros de Atenção Primária. Tradução Oficial para o Português, da primeira edição do original “Joint Commission International Accreditation Standards for Primary Care Centers”. 1ª Edição. Consórcio Brasileiro de Acreditação. 2008.
28. Anais do Simpósio Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade em Saúde; 1994, Rio de Janeiro (RJ). An Acad Nac Med 1994; 154(4):185-213.
29. Organização Mundial de Saúde (OMS); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Declaração de Innocenti sobre proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Florença, Itália: 1990.
30. Brasil. Portaria nº 80 de 24 de fevereiro de 2011. Estabelecer, na forma do anexo dessa Portaria, as normas para o processo de credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. [acesso em 30 de setembro de 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0080_24_02_2011.
31. Brasil. Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014. 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). [internet]. [acesso em 30 de setembro de 2015]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.
32. Brasil. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.[internet]. [acesso em 06 de outubro de 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

33. Brasil. Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012. 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). [internet]. [acesso em 06 de outubro de 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012
34. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 4: auto-avaliação e monitoramento do hospital. Brasília, 2010.
35. Oliveira LS, Santo ACHE. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2013; 13(4): 297-307.
36. Wellstart Internacional. About Wellstart International. [internet]. [acesso em 26 de maio de 2016]. Disponível em: <http://www.wellstart.org/about.html>.
37. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Food Nutr Bull.* 2009; 30(2):S225-9.
38. Brasil. Portaria nº 1.898 de 24 de novembro de 2015. Prorroga o prazo estabelecido na Portaria nº 1.153/ M/ MS, de 22 de maio de 2014. [internet]. [acesso em 08 de maio de 2016]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/104975209/dou-secao-1-25-11-2015-pg-32>.
39. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1997.
40. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle, A (Org.). Avaliação: conceitos e métodos/ organizado por Astrid Bouselle... [et al.]; tradução de Michel Colin. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011. p 41 a 54.
41. Champagne, F, Hartz Z, Brousselle A, Contandriopoulos AP. A Apreciação Normativa. In: Brousselle, A (Org.). Avaliação: conceitos e métodos/ organizado por Astrid Bouselle... [et al.]; tradução de Michel Colin. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011. p 77 - 94.
42. Donabedian A. The Quality of care – how come it be assessed? *J Am Med Assoc.* 1988; 260: 1743-8.
43. Filho SBS. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Atenção Básica e Hospitalar. [internet]. [acesso em 23 de novembro de 2015]. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/manual_avaliacao_5.pdf.
44. World Health Organization. UNICEF. Global strategy for infant and Young child feeding. Switzerland. 2003. [internet]. [acesso em 27 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1>
45. Brasil. Portaria nº 756 de 16 de dezembro de 2004. Atualiza e adequa as diretrizes de habilitação do Hospital Amigo da Criança. [internet]. [acesso em 08 de julho de

2017]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0756_16_12_2004.html.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Avaliação do grupo de 32 maternidades com ações estratégicas para redução da mortalidade materna. 2014.

47. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MIC, Leal MC. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. *Reproductive Health. Brazil*, 2016. Volume 13 (Suppl 3): 215-265.

48. Grgurić J, Grković I Z, Bošnjak A P, Stanojević M., A Multifaceted Approach to Revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Croatia. *Journal of Human Lactacion*. 2016. Vol. 32 (3) 568-675.

49. Haiek LN. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Public Health Nutrition*. 2011. 15 (5), 894-905.

50. Venancio SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *Jornal de Pediatria* 2003. Vol.79. Nº 1.

51. Organização Pan-Americana da Saúde. Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Washington, D.C.: OPS. 2007.

52. Oliveira, MIC, Silva KS, Junior SCG, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Rev. Saúde Pública* vol.44 no.1 São Paulo Feb. 2010.

53. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores Associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2015. 31 (11): 2390-2400.

54. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG* 2008; 115: 1037-1042.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Caderno de Atenção Básica, n.18. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 197 p. il.

56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança. Referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar. Brasília; 2004.

57. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *The Lancet* 1990; 336:1105-1107.

58. Ekström A, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact* 2003; 19:172-8.
59. Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993;341:404-6.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/ GM nº 1.016 de 26 de agosto de 1993. Publicada no DOU nº 167 de 01/09/193 – Seção 1, pág. 13066.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 756, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS.
62. International Baby Food Action Network. Relatório do Monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. 2004. [internet]. [acesso em 18 de março de 2017]. Disponível em: <http://ibfan.org.br/monitoramento/pdf/moni2004R.pdf>
63. Guba EG, Lincoln YS. Guidelines and checklist for constructivist (a.k.a. fourth generation) evaluation. In: Furtado, JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001. 6 (1): 165-181.
64. Dubois CA, Champagne F, Bilodeau H. História da Avaliação. In: Brousselle, A (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos/ organizado por Astrid Bouselle... [et al.]*; tradução de Michel Colin. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011. p 19 a 39.
65. Arretche MTS. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico EM, organizador. *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2001. p. 29-39.
66. Venâncio, SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, Stefanello J, Benício MHDA, Reis MCG, Issler RMS, Santo LCE, Cardoso MRA, Rios GS. Avaliação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2016. 32 (3).
67. Rito RVVF, Castro IRR, Trajano AJB, Gomes MASM, Bernal RTJ. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: avaliação do nível de sua implementação em uma metrópole brasileira. *Revista de Nutrição*. Campinas, jul/ago 2013. 26 (4): 385-395.
67. Feliciano KVO. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife; dez.2005. 5 (1): 583-592
68. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 58 p. : il. – (Série I. História da Saúde).
69. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília. 2015.

70. Atchan M, Davis D, Foureur M. An historical document analysis of the introduction of the Baby Friendly Hospital Initiative into the Australian setting. Women and Birth. Volume 30, Issue 1, February 2017. P. 51-62.

6.ANEXOS

ANEXO A



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO - GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO
MATERNO**

MÓDULO 4

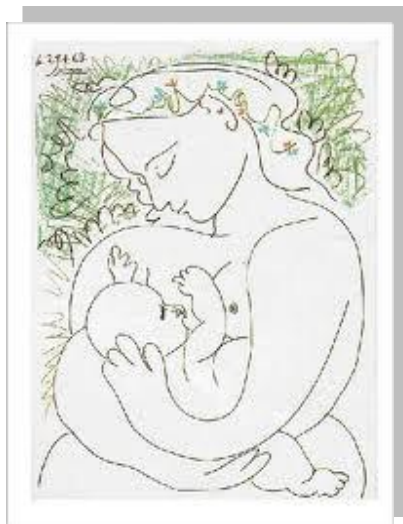
Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC

4.1 INSTRUMENTOS DE AUTOAVALIAÇÃO HOSPITALAR

PARTE I : ROTEIRO E ORIENTAÇÕES

PARTE II: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

PARTE III:ANEXOS



Brasília/DF

2014

**Instrumento de Autoavaliação Hospitalar para Avaliar as
Políticas e Práticas dos Hospitais em habilitação à
Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC.
(Questionário de Autoavaliação)**

I.B Dados do Hospital

Data: ____/____/____

Responsável: _____

Número de leitos reservados na maternidade para o pós-parto: _____

Número médio de mães com bebês nascidos a termo em ala(s) de pós-parto: _____

O hospital possui instalação/ões para lactentes que necessitem de cuidados especiais (BPN, prematuros etc.)? Sim Não

[Em caso afirmativo:] Nome da instalação _____

Censo médio diário _____

Nome do diretor/responsável pela instalação _____

Nome da instalação _____

Censo médio diário _____

Nome do diretor/responsável pela instalação _____

Existem áreas na maternidade designadas como berçários? Sim Não

[Em caso afirmativo:] Censo médio diário em cada uma dessas áreas _____

Nome do/s diretor/es responsável/eis por essas áreas: _____

O hospital possui pré-natal anexo às suas instalações principais? Sim Não

[Em caso afirmativo:] Descreva como e quando elas funcionam:

Qual o percentual de parturientes que frequentaram o pré-natal do hospital? ___%

Há leitos reservados (enfermaria) para casos de gravidez de alto risco? Sim Não [Em caso afirmativo:] Quantos? _____

Qual o percentual de mulheres que procuram a maternidade sem terem tido acesso a cuidados pré-natais? ___% Não sei

Os profissionais/pessoal abaixo têm responsabilidade direta por assistir mulheres que amamentam (AM):

PROFISSIONAL/PESSOAL	AM	PROFISSIONAL/PESSOAL	AM
Enfermeiras	<input type="checkbox"/>	Pediatras	<input type="checkbox"/>
Parteiras	<input type="checkbox"/>	Obstetras	<input type="checkbox"/>

Enfermeiras de UTIN/cuidados especiais	<input type="checkbox"/>	Residentes / aprimorandos/estagiários da maternidade	<input type="checkbox"/>
Consultores de lactação	<input type="checkbox"/>	Doulas comunitárias/voluntárias	<input type="checkbox"/>
Nutricionistas	<input type="checkbox"/>	Técnicos de enfermagem	<input type="checkbox"/>
Clínicos gerais	<input type="checkbox"/>	Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>

[Usar informações para preencher I.C:11]

Existe um Comitê da Amamentação no Hospital?

Sim Não

[Em caso afirmativo:] Favor detalhar:

Existe Método Canguru no Hospital?

Sim Não

[Em caso afirmativo:] Favor informar a fase:

Existe Banco de Leite Humano?

Sim Não

[Em caso afirmativo:] Em que fase está: implantação implementação

Dados recentes: (Último ano-calendário _____)

Total de partos no último ano: (nascidos vivos + natimorto) _____ dos quais :

_____ % foram Partos Normais

_____ % foram Partos Cesarianos

Total de nascimentos (Nascidos Vivos) no último ano: _____ dos quais:

____% foram cesarianas sem anestesia geral –OBS:[Se o hospital possuir esses dados detalhados, lançar no sistema]

____% foram cesarianas com anestesia geral – OBS:[Se o hospital possuir esses dados detalhados, lançar no sistema]

____% dos lactentes foram admitidos em UTIN

____% dos lactentes foram admitidos em UCIN

____% dos lactentes foram admitidos em UCINCo

____% dos lactentes foram admitidos em UCINCa

Nota: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) compreendem: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa).

Número de bebês nascidos a termo que tiveram alta do hospital no ano passado: ____ Dos quais:

____% foram amamentados exclusivamente (ou alimentados com leite materno extraído) do nascimento à alta;

____% receberam pelo menos uma vez alimento que não o leite materno (fórmula infantil, água ou outros fluidos) no hospital por razões médicas aceitáveis para substituição do leite materno (OMS), documentados;

____% receberam pelo menos uma vez alimento que não o leite materno sem razões médicas aceitáveis, para substituição do leite materno (OMS), documentados.

[Nota: a soma dos percentuais deve ser igual a 100%.]

Análise da tabela de dados do hospital-Amamentação exclusiva		Resposta	Ref
01.	Os dados acima indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo no ano anterior foram exclusivamente amamentados ou alimentados com leite extraído do nascimento à alta ou, caso tenham recebidos alimentos que não o leite materno isso se deu em virtude de razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do leite materno.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	6.1

Favor descrever as fontes dos dados: _____

Passo 1: Possuir uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde, estar em conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno –Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)

	SIM	NÃO
1.1 O hospital possui uma política da amamentação e alimentação de lactentes, e ela contempla adequadamente todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 A política contempla o <i>Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno</i> – Lei 11265/2006 (NBCAL), ao proibir: toda a promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras, chupetas e bicos ou quaisquer outros materiais que promovam o uso desses produtos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 <input type="checkbox"/> A Política proíbe a distribuição de amostras ou brindes como substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas ou de materiais promocionais desses produtos para gestantes ou mães, ou membros de suas famílias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Há proibição por parte do hospital de presentes (inclusive alimentos), a impressos, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para capacitação ou eventos desses fabricantes ou distribuidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Há demonstrações do preparo de fórmulas infantis para qualquer pessoa que b não precise delas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 A aceitação de suprimentos ou substitutos do leite materno gratuitos ou de c baixo custo (abaixo de 80% do preço de varejo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 A Política está exposta e disponível para consulta por todos da equipe que prestam cuidados a mães e bebês e também aos seus familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Um resumo da política está exposto nas seguintes áreas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermaria de gestantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de trabalho de parto e parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ala de pós-parto imediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamento Conjunto(ALCON)/quartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulatório de pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas de observação de bebês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades de cuidados especiais (UTIN,UCIN, UCINCo, UCINCa e outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras áreas: <i>[relacionar:]</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 O resumo das Políticas está afixado em idioma e linguagem entendida pelas mulheres, acompanhantes, familiares e equipes do hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Há um mecanismo para avaliação da eficácia da Política?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Todas as Políticas estão de acordo com as evidências científicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 A política contempla o Cuidado Amigo da Mulher e aborda adequadamente os seguintes itens:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir às mulheres um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e ou/emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;		
Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado a mulher;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massagador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, orientados à mulher durante o pré-natal;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas, e que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, permitir apoiarem a mulher, de forma contínua, se for a vontade dela(Tópico Opcional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.0 A Política da IHAC contempla as práticas exigidas quanto a Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN), que incluem autorizar a participação da mãe ou pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorizar a permanência da mãe ou pai junto ao RN grave ou potencialmente grave;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorizar o livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critérios Globais - Passo Um

O hospital possui uma política que aborda os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido é afixado em todas as áreas apropriadas numa linguagem que possa ser facilmente entendida por todas as mães e integrantes da equipe.

A política está disponível para consulta por todos da equipe que tenham responsabilidade por prestar cuidados de saúde para com as mães e bebês, para poder orientá-los.

Resumos da política estão afixados em todas as áreas da unidade freqüentadas por gestantes, mães, lactentes e/ou crianças, acompanhantes, familiares e equipe hospitalar. Essas áreas incluem alas de pré-natal, áreas de trabalho de parto e parto, maternidades e leitos, todas as áreas onde sejam prestados cuidados a lactentes, inclusive as áreas de observação (se houver) e unidades de cuidados especiais. Os resumos estão expostos em(s) língua(s) e linguagem comumente entendidas pelas mães e pela equipe

Passo 2: Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política

	SIM	NÃO
2.1 Todos os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes são orientados quando começam a trabalhar, sobre as Políticas (Normas e Rotinas) da IHAC (Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Os integrantes da equipe que cuidam de gestantes, mães e bebês estão cientes da importância do aleitamento materno e das políticas da unidade e serviços destinados a proteger, promover e apoiar a amamentação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes (ou todos os integrantes, caso ocupem com freqüência cargos com esta responsabilidade) receberam treinamento até seis meses após a contratação, a não ser que tenham recebido treinamento equivalente em outro lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|
| 2.4 | O treinamento abrange todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, <i>Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4a | Existem documentos escritos com o conteúdo ou a estrutura de cursos de <u>capacitação sobre as Políticas (Normas e Rotinas) e Capacitações da IHAC</u> (<i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)?</i>) | | |
| 2.5 | O treinamento do corpo clínico é de pelo menos 20 horas no total, incluindo um mínimo de 3 horas de prática clínica supervisionada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 | O treinamento da equipe não clínica é suficiente, tendo em vista seus papéis, para que adquiram as habilidades e os conhecimentos necessários para incentivar as mães a alimentarem seus lactentes com sucesso e conhecerem também, os outros critérios da Política da IHAC? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | NÃO AVALIADO | | |
| 2.8 | Os integrantes da equipe clínica que cuidam de gestantes, mães e lactentes estão aptos a responder a questões simples sobre promoção e apoio do aleitamento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 | A equipe não clínica, tais como atendentes, assistentes sociais, funcionários administrativos, dos setores de copa e limpeza, estão aptos a responder questões simples sobre aleitamento materno e sobre como fornecer apoio para mães na alimentação de seus bebês? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 | unidade providenciou treinamento especializado em gerenciamento da lactação para integrantes específicos da equipe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Critérios Globais - Passo Dois

A capacitação de toda a equipe (de acordo com seus cargos) inclui:

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno- Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (no mínimo 20 horas ou que aborde todos os tópicos essenciais, incluídas 3 horas de prática clínica);

Novos funcionários contratados há mais de 6 meses são capacitados.

Novos funcionários contratados há menos de 6 meses são orientados nas Políticas da IHAC .

O responsável pelo serviço de maternidade informa que todos os integrantes da equipe de cuidados de saúde que têm qualquer contato com gestantes, mães e/ou lactentes receberam orientação sobre a política de aleitamento materno/alimentação de lactentes, cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno- Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido As orientações oferecidas são suficientes.

Uma cópia dos conteúdos ou um resumo dos cursos para treinamento em promoção e apoio do aleitamento materno destinados a vários tipos de profissionais está disponível para análise, e um cronograma de treinamento para novos funcionários está disponível.

A documentação dos treinamentos indica que 80% ou mais dos integrantes da equipe clínica que têm contato com mães e/ou lactentes e exercem função com essa responsabilidade há pelo menos 6 meses receberam treinamento (no hospital ou antes da contratação) que abrange as Políticas da IHAC.

A documentação dos treinamentos também indica que os integrantes da equipe não clínica receberam treinamento adequado, tendo em vista seus papéis, para que possuam habilidades e conhecimentos necessários para apoiar as mães a alimentar seus lactentes com sucesso.

As categorias e o percentual de integrantes da equipe que receberam este treinamento são adequados, de acordo com as necessidades da unidade de saúde.

Dos integrantes da equipe clínica selecionados aleatoriamente*:

Pelo menos 80% confirmam que receberam o treinamento descrito ou, • caso trabalhem nos serviços de maternidade há menos de 6 meses, que receberam, no mínimo, orientação sobre a política e seus papéis na implementação desta política.

Pelo menos 80% são capazes de responder corretamente no mínimo 4 de 5 • questões sobre promoção e apoio à amamentação.

Pelo menos 70% confirmam que receberam orientações e/ou treinamento • relacionado ao aleitamento materno desde que começaram a trabalhar na unidade de saúde.

Pelo menos 70% são capazes de descrever ao menos uma razão pela qual o • aleitamento materno é importante.

Pelo menos 70% são capazes de mencionar uma prática aplicável no servi• ço de maternidade que apoiaria o aleitamento materno.

Pelo menos 70% são capazes de mencionar pelo menos uma coisa que po• dem fazer para apoiar mulheres a alimentar bem seus filhos

Passo 3: Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.

	SIM	NÃO
3.1 O hospital possui ambulatório e internação para assistência ao pré-natal de alto risco? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.2 | Em caso afirmativo, as gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal de alto risco, foram informadas sobre a importância e o manejo do aleitamento materno e as outras políticas da IHAC? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Existem documentos escritos com os padrões mínimos de informações sobre Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher, e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (PRN), a serem fornecidas a todas as gestantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | Os registros de pré-natal indicam se o aleitamento materno tem sido discutido com as gestantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 | As informações fornecidas durante o pré-natal (padrões e impressos) abordam adequadamente os seguintes tópicos: | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância da amamentação para a mãe e para o bebê | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância do contato pele a pele após o parto. | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância da iniciação da amamentação logo após o nascimento. | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância do alojamento conjunto 24 horas por dia. | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância da amamentação do bebê sob livre demanda. | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância de alimentar o bebê frequentemente para ajudar a garantir que lhe seja ofertado leite o suficiente. | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância do bom posicionamento e da “pega” correta durante a amamentação. | | |
| | <input type="checkbox"/> A importância da amamentação exclusiva nos 6 primeiros meses de vida, sem a oferta de outros alimentos ou líquidos. | | |
| | <input type="checkbox"/> O fato que a amamentação permanece importante depois dos 6 meses de idade quando são oferecidos outros alimentos. | | |
| | <input type="checkbox"/> Direito de acompanhante no pré-parto, parto e pós parto e boas práticas durante o trabalho de parto e parto | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao Recém nascido grave ou potencialmente grave | | |
| | Resumir: Ao menos 5 dos tópicos acima são contemplados adequadamente tanto nas conversas com as mulheres quanto em materiais impressos? | <input type="checkbox"/> | |
| 3.5 | As gestantes estão protegidas da promoção comercial (tanto verbal como escrita) e de reuniões em grupo sobre alimentação artificial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 | As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever os riscos da oferta de suplementos paralela à amamentação nos primeiros seis meses de vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.7 | As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever a importância do contato pele a pele desde cedo entre mães e filhos e do alojamento conjunto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.8 | Os registros do acompanhamento pré-natal da mãe são disponibilizados quando iniciado o trabalho de parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.9 | A unidade de saúde leva em conta a intenção da mulher de amamentar quando decide sobre o uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos (se usados), durante o trabalho de parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.10 | A equipe da unidade de saúde está ciente dos efeitos de tais medicamentos sobre o aleitamento materno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

*** Observação: Se o hospital não possui serviço de pré-natal de alto risco, as questões relacionadas ao Passo 3 não são aplicáveis e não precisam ser respondidas.**

Critérios Globais - Passo Três

Caso o hospital possua ambulatório e internação para assistência ao pré-natal de alto risco, o responsável pelos serviços materno-infantis ou de pré-natal informa que pelo menos 80% das gestantes, a quem foram oferecidos cuidados de pré-natal, receberam informação sobre os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006(NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido práticas relacionadasaleitamento materno.

Uma descrição escrita dos conteúdos mínimos das informações fornecidas durante o pré-natal está disponível. Essas informações abrangem a importância do aleitamento materno, a importância do contato pele a pele desde cedo, a iniciação desde cedo do aleitamento materno, o alojamento conjunto 24 horas por dia, o aleitamento sob livre demanda ou determinado pela vontade do bebê, a alimentação freqüente para ajudar a garantir leite suficiente, bom posicionamento e pega da mama, amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e o fato de que o aleitamento materno continua a ser importante após esses 6 meses, quando tem início a alimentação complementar.

Todas as gestantes são informadas sobre riscos da oferta de complementos alimentares ao bebê, especialmente, nos 6 primeiros meses de vida.

Passo 4: Ajudar as mães a iniciar a amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto.

Este Passo é agora interpretado como: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente (até 5 minutos) após o parto, por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.

	SIM	NÃO
4.1 Os bebês que nasceram de parto vaginal ou cesariana sem anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente ou cinco minutos após o nascimento e suas mães foram encorajadas a continuar esse contato por pelo menos uma hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Os bebês que nasceram por cesariana com anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães assim que elas ficaram alertas, e os mesmos procedimentos foram seguidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Todas as mães recebem, neste período, ajuda para reconhecer os sinais de que seus bebês estão prontos para mamar e recebem ajuda, se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 As mães de bebês em unidades de cuidados especiais são estimuladas a segurar seus bebês, com contato pele a pele, a menos que haja uma razão justificável para não fazê-lo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 As mães e pais ou responsáveis legais, com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal, são informada(o)s que podem permanecer 24 horas com o seu filho e sobre o livre acesso de ambos ou do responsável legal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal são informadas de que podem ajudar nos cuidados com o bebê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conforme a nova interpretação - portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014 - colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente (até 5 minutos) após o parto, por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar sinais de que o bebê está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.

Dentre mães que deram a luz por partos vaginais ou cesarianas sem anestesia geral nas alas materno-infantis selecionadas aleatoriamente:

Pelo menos 80% confirmam que seus bebês foram colocados em contato pele a pele com elas, imediatamente ou até 5 minutos após o parto, e que esse contato continuou por pelo menos 1 hora, ao menos que tenha havido razões médicas justificáveis para retardar o contato.

Pelo menos 80% confirmam que foram estimuladas a procurar pelos sinais de que seus bebês estão prontos para mamar durante este primeiro período de contato e foi oferecida ajuda, se necessário.

(O bebê não deve ser forçado a mamar, e, sim, apoiado a fazê-lo quando estiver pronto.)

(Observação: As mães podem ter dificuldade para estimar o tempo imediatamente após o nascimento. Se o tempo e a extensão do contato pele a pele logo após o nascimento forem listados nos registros das mães, isso pode ser usado como contraprova.)

Se entre as mães selecionadas aleatoriamente houver casos de cesarianas com anestesia geral, pelo menos 50% delas devem informar que seus bebês foram colocados em contato pele a pele com elas assim que ficaram responsivas e alertas e que os procedimentos-padrão foram obedecidos.

Pelo menos 80% das mães de bebês em unidades de cuidados especiais selecionadas aleatoriamente informaram que tiveram a chance de segurar seus bebês pele a pele ou, caso isso não tenha acontecido, a equipe forneceu razões justificáveis para tanto.

A observação de partos vaginais, se necessária para confirmar a conformidade com o Passo 4, mostra que em pelo menos 75% dos casos os bebês foram colocados em contato pele a pele com suas mães nos primeiros 5 minutos após o parto, por pelo menos 60 minutos, e que as mães aprenderam a reconhecer, ou receberam ajuda nesse sentido, os sinais de que seus bebês estão prontos para mamar, ou houve razões justificáveis para que esses procedimentos não tenham sido seguidos.

Passo 5: Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.

	SIM	NÃO
5.1 A equipe oferece a todas as mães que amamentam ajuda com a amamentação de seus bebês na segunda mamada ou num intervalo de até 6 horas após o parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 equipe é capaz de descrever as informações que fornece e demonstrar as habilidades que ensina às mães que amamentam e não amamentam para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

assisti-las na alimentação bem sucedida dos seus bebês?

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 5.3 | Os integrantes da equipe ou conselheiros que têm treinamento especializado em manejo do aleitamento materno e lactação estão disponíveis em tempo integral para aconselhar as mães durante sua estadia na unidade de saúde e na preparação para alta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | A equipe oferece orientações sobre outras opções de alimentação e cuidados com os seios para mães de bebês em unidades de cuidados especiais que decidiram por não amamentá-los? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5 | As mães que amamentam são capazes de demonstrar o posicionamento e a pega corretos para a amamentação? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6 | As mães que amamentam sabem mostrar como extrair manualmente o leite materno ou recebem informações sobre essa prática e orientações quanto a onde obter ajuda com ela, caso necessitem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.7 | As mães que nunca amamentaram ou que já tiveram problemas com a amamentação no passado recebem atenção e apoio especiais da equipe nos períodos pré-natal e pós-parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Critérios Globais - Passo Cinco

O responsável pelos serviços de maternidade informa que as mães que nunca amamentaram ou já tiveram problemas com a amamentação no passado recebem atenção e apoio especiais da equipe nos períodos pré-natal e pós-parto.

Dos integrantes da equipe clínica selecionados aleatoriamente:

Pelo menos 80% informam que ensinam às mães o posicionamento e a • pega corretos para a amamentação e são capazes de descrever e demonstrar as técnicas corretas de ambas as técnicas ou de informar a quem encaminham as mães para que tenham acesso a essas informações.

Pelo menos 80% informam que ensinam as mães como fazer a expressão • manual e são capazes de descrever ou demonstrar técnicas aceitáveis para isso, ou de informar a quem encaminham as mães para que tenham acesso a essas informações.

Das mães selecionadas aleatoriamente (incluindo as submetidas a cesarianas):

Pelo menos 80% das mães que estão • amamentando informam que a equipe ofereceu assistência com a amamentação na segunda mamada ou nas 6 horas após o parto (ou quando elas estavam aptas a receber orientações).

Pelo menos 80% das mães que estão • amamentando são capazes de demonstrar ou descrever o posicionamento, a pega e a sucção corretos.

Pelo menos 80% das mães que estão • amamentando informam que foi mostrado a elas como fazer a expressão manual ou que receberam informações por escrito neste sentido, e que foram orientadas quanto a locais onde podem buscar ajuda, se necessário.

Das mães de bebês em unidades de cuidados especiais selecionadas aleatoriamente:

Pelo menos 80% daquelas que estão • amamentando ou pretendem fazê-lo informam que foi oferecida a elas ajuda para começar a amamentação e manter o suprimento de leite até 6 horas após o parto.

Pelo menos 80% daquelas que • amamentam ou pretendem fazê-lo informam que foi mostrado a elas como extrair o leite materno manualmente.

Pelo menos 80% daquelas • que amamentam ou pretendem fazê-lo são capazes de descrever e demonstrar adequadamente como fazer a expressão manual do leite materno.

Pelo menos 80% daquelas que • amamentam ou pretendem fazê-lo informam que foi dito a elas que é necessário amamentar ou extrair o leite 6 vezes ou mais a cada 24 horas para manter o suprimento. Todas as mães aprendem a extrair o leite com as mãos (ou recebem um folheto e indicações de locais onde buscar orientações sobre extração do leite de peito).

As mães de bebês em unidades de cuidados especiais, nas primeiras 24 horas ou tão logo estejam em condições, recebem ajuda para iniciar a lactação (ordenha) e manter o fluxo de descida do leite materno.

Aprendem a extrair o leite materno com as mãos de 6 a 8 vezes nas 24 horas para manter a lactação. Recebem explicações de que esse leite extraído será oferecido ao seu bebê, assim que ele tiver condições, e incentivada a amamentar ao peito assim que o bebê estiver pronto para sugar.

Passo 6: Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não o leite materno, a não ser por orientação *médica*.

	SIM	NÃO
6.1 Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo que receberam alta no ano anterior foram amamentados exclusivamente (ou alimentados exclusivamente com leite materno) do nascimento à alta ou, caso contrário, que houve Razões Médicas Aceitáveis (OMS), documentados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Os bebês são amamentados e não recebem alimento ou bebida que não o leite materno, a não ser por razões médicas aceitáveis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 6.3 | A unidade de saúde cuida para que não sejam divulgados ou distribuídos quaisquer materiais que recomendem a alimentação com substitutos do leite materno, mamadas com tempo determinado ou outras práticas inadequadas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 | O hospital possui instalações /espaço e equipamentos adequados para fazer demonstrações do preparo de fórmulas infantis e outras opções alimentares fora das vistas de mães lactantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 | Pelo menos 80% dos bebês observados foram alimentados exclusivamente com leite materno, ou houve motivos médicos aceitáveis para justificar que isso não ocorresse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 | As Políticas da IHAC (Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN), estão em sintonia com os padrões da IHAC e das diretrizes baseadas em provas científicas sobre as razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do leite materno (OMS)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Crítérios Globais - Passo Seis

Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo que receberam alta no ano anterior foram amamentados exclusivamente (ou alimentados exclusivamente com leite materno) do nascimento à alta ou, caso contrário, que houve razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas.

A análise de todos os procedimentos e padrões clínicos relacionados à amamentação e alimentação de lactentes usados pelos serviços materno-infantis indica que eles estão em conformidade com os padrões da IHAC e com diretrizes baseadas em evidências científicas.

Nenhum material que recomende alimentação com substitutos do leite materno, mamadas com tempo determinado ou outras práticas inadequadas são distribuídos às mães.

As observações nos quartos/alas de pós-parto e áreas de observação de bebês indicam que pelo menos 80% dos bebês estão sendo alimentados exclusivamente com leite materno ou há razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas para que isso não aconteça.

Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que seus bebês foram alimentados exclusivamente com leite materno ou, caso tenham recebido algo mais, isso ocorreu em virtude de razões médicas aceitáveis, informadas pela equipe.

Os complementos ou alimentos substitutos do leite materno são oferecidos aos bebês apenas se houver Razões Médicas Aceitáveis (OMS).

Passo 7: Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.

	SIM	NÃO
7.1 A Mãe e o bebê ficam juntos e/ou alojados conjuntamente imediatamente após o nascimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 As mães que tiveram partos cesarianos ou outros procedimentos com anestesia geral ficam junto com seus bebês e/ou iniciam o alojamento conjunto assim que estão aptas a responder às necessidades dos seus bebês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 As mães e os lactentes permanecem juntos (alojamento conjunto ou cama conjunta) 24 horas por dia, a menos que a separação seja plenamente justificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critérios Globais - Passo Sete

As observações nas alas de pós-parto e em quaisquer áreas de observação de bebês e as entrevistas com as mães e com a equipe confirmam que pelo menos 80% das mães estão em alojamento conjunto com seus bebês ou, caso contrário, existem razões justificáveis para tanto. Mães e bebês ficam em alojamento conjunto, durante as 24 horas

Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que seus bebês ficaram com elas em seus quartos/camas desde que nasceram ou, caso contrário, houve razões justificáveis para tanto.

Passo 8: Incentivar o aleitamento sob livre demanda.

	SIM	NÃO
8.1 As mães são orientadas a como reconhecer os sinais que indicam quando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- seus bebês estão com fome?
- 8.2 Pelo menos 80% informam que foram orientadas a alimentar seus bebês • sempre e por quanto tempo os bebês quiserem,
- 8.3 As mães que amamentam são informadas de que se seus bebês dormirem muito elas devem acordá-los e tentar a amamentação e que se seus seios ficarem cheios elas também devem tentar amamentá-los?

Critérios Globais – Passo Oito

Das mães selecionadas aleatoriamente:

Pelo menos 80% informam que foi dito a elas como reconhecer quando • seus bebês estão com fome e são capazes de descrever pelo menos dois sinais disso.

Pelo menos 80% informam que foram orientadas a alimentar seus bebês • sempre e por quanto tempo os bebês quiserem, ou algo parecido. As mães aprendem a reconhecer os sinais de prontidão para mamar.

Não são determinadas restrições para a frequência ou a duração da amamentação. A amamentação será feita em livre demanda

Passo 9: Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a lactentes.

- | | SIM | NÃO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9.1 Os bebês recebem cuidados sem o uso de mamadeiras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.2 A equipe fornece às mães informações sobre os riscos associados à alimentação com leite ou outros líquidos em mamadeiras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3 Os bebês recebem cuidados sem o uso de chupetas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Critérios Globais - Passo Nove

As observações nas salas/alas de pós-parto e quaisquer áreas de observação de bebês indicam que pelo menos 80% dos bebês amamentados observados não usam mamadeiras ou bicos ou, caso estivessem usando, suas mães tinham sido informadas dos riscos associados.

Pelo menos 80% das mães que amamentam selecionadas aleatoriamente informam que, até onde sabem, seus lactentes não haviam sido alimentados com mamadeiras com bicos artificiais.

Pelo menos 80% das mães selecionadas aleatoriamente informam que, até onde sabem, não foram oferecidas chupetas aos seus filhos.

Passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade; conforme nova interpretação, encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e, estimular a formação e a colaboração com esses grupos ou serviços.

		SIM	NÃO
10.1	A equipe discute com as mães que estão perto de receber alta como elas alimentarão seus bebês após retornarem para casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	O hospital possui um sistema de cuidados continuados para mães após elas receberam alta, como consultas de pós-natal ou aconselhamento em lactação, visitas domiciliares ou telefonemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	A unidade promove a formação e/ou a coordenação de grupos de apoio à mãe e outros serviços comunitários que ofereçam apoio às mães na alimentação de seus bebês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4	Para que recebam apoio com a amamentação, as mães são encaminhadas a consultas de acompanhamento ou grupos de apoio à mãe, conselheiros comunitários ou outros serviços de apoio comunitário, como centros de cuidados primários de saúde ou de cuidados materno-infantis, se disponíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5	As mães têm acesso, antes da alta, a materiais impressos com informações sobre onde obter apoio continuado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.10.6	As mães são estimuladas a consultar, logo após a alta (de preferência de 2 a 4 dias após o parto e mais uma vez após a segunda semana), um profissional de saúde ou pessoa qualificada em apoio à amamentação na comunidade que possa avaliar como elas estão alimentando seus bebês e oferecer apoio, se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 10.7 A unidade permite o aconselhamento em amamentação/alimentação de lactentes oferecido por conselheiros de grupos de apoio à mãe em seus serviços materno-infantis?
-

Critérios Globais - Passo Dez

O responsável pelos serviços de maternidade informa que:

As mães recebem informações sobre onde podem conseguir apoio se precisarem de ajuda com a alimentação de seus bebês após a volta para casa; e são capazes de mencionar pelo menos uma fonte de informação.

A unidade promove a formação e/ou coordena grupos de apoio à mãe e outros serviços comunitários que ofereçam apoio às mães no que diz respeito à amamentação/alimentação de lactentes, e o responsável é capaz de descrever pelo menos uma forma de como isso é feito.

A equipe incentiva que as mães e seus bebês tenham acesso a consultas logo após a alta (de preferência de 2 a 4 dias após o nascimento e novamente na segunda semana), na unidade ou na comunidade, realizada por um pessoa qualificada em apoio ao aleitamento materno capaz de avaliar a alimentação e oferecer apoio, se necessário, além de encaminhar as mães para consultas especializadas em local e momento certos.

Uma análise de documentos indica que informações impressas são distribuídas para as mães antes da alta (se apropriado) sobre como e onde elas podem encontrar ajuda no que diz respeito à alimentação dos seus bebês após a volta para casa – com informações sobre pelo menos um tipo de ajuda disponível.

Das mães selecionadas aleatoriamente, pelo menos 80% informam que receberam informações relacionadas a como solicitar ajuda da unidade de saúde ou como entrar em contato com grupos de apoio, conselheiros comunitários ou outros serviços comunitários de saúde, caso tenham dúvidas sobre a alimentação de seus bebês após a alta e foram capazes de descrever pelo menos um tipo de ajuda disponível.

São oferecidas informações sobre como buscar ajuda em grupos de apoio à amamentação/alimentação de lactentes após a alta do hospital, podendo ser esta, no próprio Hospital, em Equipes de Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde, Bancos de Leite Humano, e em outros grupos de apoio ou serviços?

O hospital trabalha para fomentar a criação ou coordenar grupos de apoio a mães e/ou outros serviços comunitários que ofereçam apoio à alimentação de lactentes.

Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006- NBCAL

		SIM	NÃO
Código 1	A unidade de saúde recusa suprimentos gratuitos ou de baixo custo de substitutos do leite materno e em conformidade com o Código , substitutos do leite materno, bicos, chupetas e mamadeiras, e outros suprimentos contidos na NBCAL – Lei 11 265-2006, quando adquiridos são comprados ao preço de atacado ou ao menos 80% do preço de varejo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 2	Em conformidade com o Código, gestantes, mães e suas famílias não recebem materiais promocionais, amostras ou presentes da unidade que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras, chupetas, equipamento para preparar alimentos ou cupons de desconto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 3	Os funcionários de fabricantes ou distribuidoras de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas são proibidos de fazer qualquer contato com gestantes ou mães?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 4	hospital recusa brindes, impressos não científicos, materiais, equipamentos, dinheiro ou apoio para treinamentos ou eventos de fabricantes ou distribuidores de produtos contemplados pelo Código?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 5	As latas de fórmulas infantis e as mamadeiras são preparadas e mantidas longe das vistas das mães?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 6	O hospital se abstém de oferecer a gestantes, mães e seus familiares material promocional, amostras ou brindes que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos, chupetas ou outros equipamentos ou cupons?		
Código 7	Os integrantes da equipe entendem porque é importante não oferecer amostras grátis ou materiais promocionais das empresas para as mães?		

Crêterios Globais – Conformidade com o Código

A política proíbe a promo o de substitutos do leite materno.

A política proíbe a promo o de mamadeiras, bicos e chupetas.

A política proíbe a aceita o de presentes, impressos, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para eventos ou cursos, oferecidos por fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas

O responsável pelos serviços de maternidade informa que:

Nenhum funcionário de fabricantes ou distribuidoras de substitutos do • leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas tem contato direto ou indireto com gestantes ou mães.

O hospital não recebe brindes, impressos não científicos, materiais, equi• pamentos, dinheiro ou apoio para treinamentos ou eventos de fabricantes ou distribuidoras de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas.

As gestantes, mães ou seus familiares não recebem da unidade de saúde • materiais promocionais, amostras ou brindes que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos, chupetas, outros equipamentos de alimenta o infantil ou cupons.

Uma análise de documentos e recibos indica que substitutos do leite materno, incluindo fórmulas especiais e outros suprimentos, são comprados pela unidade de saúde pelo menos pelo preço de atacado.

As observa es nos serviços de pré-natal e de maternidade e outras áreas onde nutricionistas trabalham indicam que nenhum material que promova substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos, chupetas, ou outros produtos regulamentados por leis nacionais são exibidos ou distribuídos para mães e gestantes ou para a equipe.

As latas de fórmulas infantis e as mamadeiras preparadas são mantidas fora das vistas das mães.

Pelo menos 80% dos integrantes do corpo clínico selecionados aleatoriamente são capazes de citar duas razões pelas quais   importante não oferecer amostras grátis de empresas de fórmulas infantis para as mães.

HIV e Alimenta o Infantil : NÃO ADOTADO PELO BRASIL

Cuidado Amigo da Mulher(CAM)

		SIM	NÃO
CAM 1	<p>As políticas hospitalares requerem parto e práticas de parto amigos da mulher (OMS-1996), incluindo:</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir às mulheres um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e ou/emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;</p> <p><input type="checkbox"/> Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado a mulher;</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massagador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, orientados à mulher durante o pré-natal.</p> <p><input type="checkbox"/> Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas, e que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;</p> <p><input type="checkbox"/> Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, permitir apoiarem a mulher, de forma contínua, se for a vontade dela(Tópico Opcional)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAM 2	A equipe recebeu orientações ou treinamento relacionado ao trabalho de parto amigo da mulher e políticas e procedimentos de parto como as descritas acima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAM 3	As mulheres são informadas durante o pré-natal (se oferecido pela unidade de saúde) de que podem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto para oferecer apoio físico e/ou emocional, se desejarem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAM 4	Uma vez que as mulheres estão em trabalho de parto, seus acompanhantes são bem-vindos e incentivados a oferecer o apoio que elas quiserem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAM 5	Durante o pré-natal (se oferecido pela unidade de saúde), as mulheres recebem orientações sobre o uso de medidas de alívio da dor não medicamentosas durante o parto e aquelas que são melhores para mães e bebês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAM 6	As mulheres são informadas de que é melhor para as mães e os bebês se os medicamentos puderem ser evitados ou minimizados, a menos que necessários devido a complicações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAM 7	Durante o pré-natal (se oferecido pela unidade de saúde), as mulheres são informadas de que podem andar durante o trabalho de parto e adotar posições de sua escolha durante o parto, a menos que haja restrição em virtude de complicações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAM 8	As mulheres são incentivadas a andar e a se movimentar e a adotar as posições de sua escolha durante o parto, a menos que haja restrição em virtude de complicações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critérios Globais – Cuidado Amigo da Mulher

As políticas relativas às práticas do Cuidado Amigo da Mulher incluem:

- Garantir às mulheres um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e ou/emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;
- Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;
- Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado a mulher;
- Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
- Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massageador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, orientados à mulher durante o pré-natal.
- Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas, e que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;

Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, permitir apoiarem a mulher, de forma contínua, se for a vontade dela (Tópico Opcional)

Critérios Globais – Cuidado Amigo da Mãe (opcional)⁴

Observação: O grupo de coordenação nacional da IHAC ou outros gestores com atuação nacional decidirão se os critérios relacionados ao cuidado amigo da mãe devem ser incluídos

no processo de avaliação da IHAC.

Dos integrantes do corpo clínico selecionados aleatoriamente:

Pelo menos 30% são capazes de descrever pelo menos duas práticas recomendadas que possam ajudar uma mulher a ficar mais confortável e sob controle durante o trabalho de parto e o parto.

Pelo menos 30% são capazes de enumerar ao menos três procedimentos de trabalho de parto ou parto que não devem ser usados rotineiramente, mas somente se necessários, devido a complicações.

Pelo menos 30% foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância da participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave?

Das gestantes selecionadas aleatoriamente:

Pelo menos 30% foram capazes de descrever que nesta maternidade lhes é assegurado o direito de permanência e acesso 24 horas por dia para todos os bebês? Pelo menos 30% informam que foram incentivadas a andar e a se movimentar e a adotar as posições de sua escolha durante o parto, a menos que haja restrição em virtude de complicações? receberam da equipe ao menos uma informação sobre formas de lidar com a dor e estar mais confortável durante o trabalho de parto e o que é melhor para as mães, os bebês e para o aleitamento

Permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém nascido(PRN)

	SIM	NÃO
PRN 1		
As políticas escritas do hospital incluem os conteúdos e práticas exigidas quanto á permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido		
<input checked="" type="checkbox"/> Garantindo participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave		
<input checked="" type="checkbox"/> garantindo permanência da mãe e do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave		
<input checked="" type="checkbox"/> Garantindo livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Todos os tópicos são cumpridos adequadamente		
PRN 2	A política IHAC do hospital, inclui os conteúdos e práticas exigidas na permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém nascido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRN 3	Os integrantes do corpo clínico foram capazes de descrever pelo menos dois itens sobre os benefícios da permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRN 4	Os integrantes do corpo clínico foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância de garantir o acesso mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRN 5	Os integrantes do corpo clínico foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância da participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRN 6	As gestantes foram capazes de descrever que nesta maternidade lhes é assegurado o direito de permanência e acesso 24 horas por dia para todos os bebês.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRN 7	O diretor do Hospital descreveu que a política da IHAC inclui os conteúdos e práticas exigidos quanto a permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao RN grave ou potencialmente grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRN 8	Referente aos Recém nascidos em * UTIN/UCIN, observou-se a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN, bem como a permanência da mãe ou do pai e o livre acesso de ambos em quaisquer circunstâncias., ou em caso negativo, foram Justificadas as razões? Nota: * Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) compreendem: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa). circunstâncias. Não foram observados RNS – Justificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critério Brasileiro – Permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos, junto ao recém nascido (PRN)

As políticas escritas do hospital referentes aos conteúdos e práticas exigidas quanto à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido incluem :

autorizar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;

autorizar a permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave;

autorizar o livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN

Dos integrantes do corpo clínico selecionados aleatoriamente:

Pelo menos 30% foram capazes de descrever pelo menos dois itens sobre os benefícios da permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave?

Pelo menos 30% foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância de garantir o acesso mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave?

Pelo menos 30% são capazes de descrever ao menos duas práticas de trabalho de parto e parto que aumentem a probabilidade de que o aleitamento materno comece bem.

Das gestantes selecionadas aleatoriamente:

Pelo menos 30% informam que a equipe informou que as mulheres podem ter acompanhantes da sua escolha durante o trabalho de parto e o parto e pelo menos um motivo da utilidade dessa prática.

Pelo menos 30% informam que receberam da equipe ao menos uma informação sobre formas de lidar com a dor e estar mais confortável durante o trabalho de parto e o que é melhor para as mães, os bebês e para o aleitamento

Lista de Conferência da Política do Hospital com relação a IHAC

[Usada para avaliar critérios 1.2-1.3]

[Nota: A Política do hospital não precisa ter a mesma redação ou os mesmos tópicos desta lista de conferência, mas deve abordar a maioria ou todos os temas centrais abaixo. Deve-se dedicar atenção para que a Política não seja muito extensa. A prática demonstra que Políticas mais breves (de 3 a 5 páginas) são mais eficazes do que as longas, que nem sempre são lidas na totalidade.]

A política deve abordar claramente os tópicos abaixo:		
Passo 01	A política é rotineiramente transmitida a todos os integrantes da equipe.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Um resumo da política que aborda os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido é afixado em todas as áreas apropriadas numa linguagem que possa ser facilmente entendida por todas as mães e integrantes da equipe.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 02	A capacitação de toda a equipe (de acordo com seus cargos) inclui:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno- Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (no mínimo 20 horas ou que aborde todos os tópicos essenciais, incluídas 3 horas de prática clínica);	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Novos funcionários contratados há mais de 6 meses são capacitados.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Novos funcionários contratados há menos de 6 meses são orientados nas Políticas da IHAC .	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Passo 03	<p>Todas as gestantes são informadas sobre:</p> <p>Tópicos básicos referentes aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006(NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido práticas relacionadas;</p> <p>Sobre riscos da oferta de complementos alimentares ao bebê , especialmente, nos 6 primeiros meses de vida.</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
Passo 04	<p>Conforme a nova interpretação - portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014 - colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente (até 5 minutos) após o parto, por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar sinais de que o bebê está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 05	<p>Todas as mães aprendem a extrair o leite com as mãos (ou recebem um folheto e indicações de locais onde buscar orientações sobre extração do leite de peito).</p> <p>Todas as mães que amamentam aprendem o posicionamento e a “pega” correta para a amamentação de seus bebês.</p> <p>As mães de bebês em unidades de cuidados especiais, nas primeiras 24 horas ou tão logo estejam em condições, recebem ajuda para iniciar a lactação(ordenha) e manter o fluxo de descida do leite materno.</p> <p>Aprendem a extrair o leite materno com as mãos de 6 a 8 vezes nas 24 horas para manter a lactação. Recebem explicações de que esse leite extraído será oferecido ao seu bebê, assim que ele tiver condições, e incentivada a amamentar ao peito assim que o bebê estiver pronto para sugar.</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 06	<p>Os complementos ou alimentos substitutos do leite materno são oferecidos aos bebês apenas se houver Razões Médicas Aceitáveis (OMS).</p> <p>As razões para a oferta de complementos são justificáveis e</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

	documentados conforme “Razões Médicas Aceitáveis” (OMS).	
Passo 07	Todas as mães e bebês ficam em alojamento conjunto, durante as 24 horas. As separações ocorrem apenas em virtude de razões justificáveis com documentação por escrito.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 08	As mães aprendem a reconhecer os sinais de prontidão para mamar. Não são determinadas restrições para a frequência ou a duração da amamentação. A amamentação será feita em livre demanda	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 09	Os bebês não são alimentados com o uso de bicos ou mamadeiras. As mães são informadas sobre os riscos do uso de mamadeiras. Não são oferecidas chupetas aos bebês.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 10	São oferecidas informações sobre como buscar ajuda em grupos de apoio à amamentação/alimentação de lactentes após a alta do hospital, podendo ser esta, no próprio Hospital, em Equipes de Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde, Bancos de Leite Humano, e em outros grupos de apoio ou serviços. O hospital trabalha para fomentar a criação ou coordenar grupos de apoio a mães e/ou outros serviços comunitários que ofereçam apoio à alimentação de lactentes. As mães recebem informações sobre como buscar ajuda quanto à amamentação de seus bebês após a alta (preferivelmente durante a primeira semana ou quando apresentar dificuldades de amamentação).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006	A política proíbe a promoção de substitutos do leite materno. A política proíbe a promoção de mamadeiras, bicos e chupetas. A política proíbe a aceitação de presentes, impressos, materiais ou	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

(NBCAL)	equipamentos, dinheiro ou apoio para eventos ou cursos, oferecidos por fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Cuidado Amigo da Mulher -CAM	<p>As políticas relativas às práticas do Cuidado Amigo da Mulher incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir às mulheres um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e ou/emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem; • Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto; • Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado a mulher; • Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; • Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massageador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, orientados à mulher durante o pré-natal. • Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas, e que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher; • Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, permitir apoiarem a mulher, de forma contínua, se for a vontade dela (Tópico Opcional 	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)	<p>As políticas escritas do hospital referentes aos conteúdos e práticas exigidas quanto à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido incluem :</p> <p><input type="checkbox"/> autorizar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> autorizar a permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> autorizar o livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA

--	--	--

Anexo B – Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno⁵

Resumo dos Pontos Principais

Ausência de publicidade de substitutos do leite materno para o público. •
 Ausência de doações de substitutos do leite materno a maternidades. •
 Ausência de ofertas de amostras para mães. •
 Ausência de promoção no âmbito do sistema de saúde. •
 Ausência de contato de funcionários dos fabricantes com as mães. •
 Ausência de presentes ou amostras para profissionais de saúde. •
 Ausência de uso de espaço, equipamentos ou material educacional patrocinado ou produzido por fabricantes para transmitir informações sobre alimentação de lactentes para as mães. •
 Ausência de fotografias de lactentes ou que idealizem a alimentação artificial • nos rótulos de produtos. •
 As informações oferecidas para os profissionais de saúde devem ser científicas e factuais. •
 As informações sobre alimentação artificial, inclusive aquelas impressas em • rótulos, devem explicar os benefícios da amamentação e os custos e perigos associados à alimentação artificial. •
 Produtos inadequados, como leite condensado adoçado, não devem ser promovidos para bebês. •

O papel dos administradores e das equipes na defesa do Código

Suprimentos gratuitos ou de baixo custo de substitutos do leite materno não • devem ser aceitos em unidades de cuidados de saúde. •
 Os substitutos do leite materno devem ser comprados pela unidade de saúde • da mesma forma como outros alimentos e medicamentos, por um preço ao menos de atacado. •
 Materiais promocionais de alimentos ou bebidas para lactentes, que não o • leite materno, não devem ser permitidos na unidade de saúde. Gestantes não devem receber materiais que promovam a alimentação artificial. •
 A alimentação com substitutos do leite materno deve ser demonstrada apenas • nas por profissionais de saúde, e apenas para gestantes, mães ou familiares que precisem usá-los. •
 Os estoques de substitutos do leite materno da unidade devem ser mantidos • longe das vistas de gestantes e mães. •
 A administração da unidade de saúde não deve permitir a oferta de amostras • de substitutos do leite materno ou afins que interfiram com a amamentação, para gestantes ou mães. •

Contribuições financeiras ou materiais para promover produtos do âmbito • do Código não devem ser aceitas por profissionais de saúde ou suas famílias.

Os fabricantes e distribuidores de produtos contemplados pelo Código de• vem informar à unidade quaisquer contribuições feitas a profissionais de saúde na forma de bolsas de estudos, viagens de estudos, verbas para pesquisa, conferências, etc. Essas informações também devem ser fornecidas pelo profissional favorecido.

5 Adaptado de World Health Organization e Wellstart International ([1996]). Revisado e incluso no Módulo 2 desta série de materiais da IHAC. O Brasil possui um Código Nacional desde 1988, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.