



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

TAYNARA CAETANO LEME

**INQUÉRITO NACIONAL DE AUTOAVALIAÇÃO SOBRE A  
INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA EM UNIDADES  
NEONATAIS**

---

Londrina  
2019

TAYNARA CAETANO LEME

**INQUÉRITO NACIONAL DE AUTOAVALIAÇÃO SOBRE A  
INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA EM UNIDADES  
NEONATAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Assistência Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Londrina  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Leme, Taynara Caetano.

Inquérito nacional de autoavaliação sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança em unidades neonatais / Taynara Caetano Leme. - Londrina, 2019.  
157 f. : il.

Orientador: Edilaine Giovanini Rossetto.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.  
Inclui bibliografia.

1. Aleitamento materno - Tese. 2. Prematuro - Tese. 3. IHAC-Neo - Tese. 4. Políticas públicas - Tese. I. Rossetto, Edilaine Giovanini. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

TAYNARA CAETANO LEME

**INQUÉRITO NACIONAL DE AUTOAVALIAÇÃO SOBRE A  
INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA EM UNIDADES  
NEONATAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini  
Rossetto  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Mauren Teresa Grubisich Mendes  
Tacla  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Sarah Nancy Deggau Hegeto de  
Souza  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 18 de março de 2019.

## **DEDICATÓRIA**

*À minha mãe (in memoriam).*

*Aos bebês prematuros e suas famílias, que merecem assistência de qualidade e aos profissionais da saúde por atenderem ao chamado, dom de cuidar.*

## AGRADECIMENTOS

*Á Deus, por ter me dado sabedoria, perseverança e a oportunidade de realizar este sonho.*

*Aos meus pais, Deolindo e Maria Cleuza (in memoriam) que apesar de terem me deixado cedo, me deram a vida e sempre me motivaram a buscar conhecimento, independente das dificuldades.*

*Aos meus padrinhos, Silvano e Therezinha que desde pequena são meus companheiros nessa jornada chamada vida.*

*À Mustapha Rahouchen, que me trouxe luz durante momentos obscuros vividos nesses dois anos.*

*À Lesley Catherine, amiga querida que me deu força quando mais precisei.*

*À minha orientadora, Edilaine Rossetto, inspiração como profissional e docente. Muito compreensiva e humana, incentivou-me a buscar o melhor sempre. Obrigada pela confiança de deixar em minhas mãos uma pesquisa tão séria e relevante. Agradeço por compartilhar experiências que jamais serão esquecidas.*

*Às Professoras Doutoras Carmen Scochi, Mauren Tacla, Sarah de Souza por aceitarem o convite de compor a banca. É gratificante ouvir suas contribuições em busca do aprimoramento desta pesquisa.*

*À Dra. Laura Haiek e à enfermeira Dra. Ragnhild*

*Maastrup por suas contribuições como líderes da pesquisa internacional que norteou o desenvolvimento deste trabalho.*

*Às enfermeiras neonatologistas Bruna e Géssica, que na época eram residentes e ajudaram na coleta de dados para a realização deste estudo no país.*

*Aos responsáveis pelas instituições brasileiras pela confiança e por aceitarem o convite de participação.*

*Aos profissionais que responderam ao questionário, e sem dúvidas, trouxeram contribuições riquíssimas para a pesquisa de aleitamento materno nacional.*

*Aos docentes integrantes do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEL e meus colegas de classe, pela colaboração no meu conhecimento de pesquisadora.*

*“O temor do Senhor é o princípio da ciência.”*

*Provérbios 1:7.*

LEME, Taynara Caetano. **Inquérito Nacional de autoavaliação sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança em unidades neonatais**. 2018. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## RESUMO

Apesar de o leite materno estar bem estabelecido como alimento ideal para bebês prematuros, sabe-se que devido a essa condição clínica existem dificuldades no estabelecimento da amamentação nesse contexto, não somente pelas condições clínicas e fisiológicas, mas também pela necessidade de internação em ambiente neonatal propriamente dito. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) vem contribuindo no aumento dos índices de aleitamento materno exclusivo (AME), e, apesar dos impactos positivos que trouxe indiretamente às unidades neonatais, ainda não atende às necessidades e à complexidade desse público. Desde 2009, uma Expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo) tem sido proposta, a fim de fornecer melhorias na proteção, promoção e apoio do aleitamento materno (AM) de bebês prematuros e doentes. O objetivo deste trabalho foi avaliar a conformidade das unidades neonatais brasileiras com as práticas de promoção, proteção e apoio do aleitamento materno recomendadas pela IHAC-Neo. Estudo transversal, quantitativo do tipo survey eletrônico. O instrumento utilizado foi o questionário de autoavaliação da IHAC-Neo traduzido para o idioma português. As respostas foram resumidas em pontuações parciais e gerais de conformidade que variam de 0 a 100 por Princípio Norteador, Passo e Código e foram divididas por região e estados do país, natureza das unidades, bem como a acreditação prévia à IHAC convencional. Participaram 79 unidades das cinco regiões do país, distribuídas entre os três níveis existentes (I, II, III) sendo que 70,9% eram unidades de terapia intensiva (nível III); 57% eram instituições não públicas; a região Sul obteve maior número de respondentes (45,6%); 50,6% eram instituições já credenciadas IHAC; a categoria profissional predominante entre os respondentes foi de enfermeiros (65,9%). O escore geral global de adesão foi de 74; as regiões Nordeste e Sul obtiveram a mais alta pontuação (79); a região menos pontuada foi a Sudeste (63). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores parciais do Princípio Norteador 2 (Cuidado Centrado na Família), dos Passos 1 (política de AM escrita), 2 (treinamento da equipe), 3 (informação à gestante de risco), 5 (estabilidade do bebê como único critério), 6 (apenas AME), 7 (alojamento conjunto), 10 (continuidade após a alta hospitalar) e Código e nos escores gerais globais dos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e Pontuação de Adesão Geral. A implementação da IHAC-Neo em unidades neonatais ainda é um desafio organizacional, cultural e estrutural, entretanto, aproximadamente 50% dos respondentes demonstraram interesse em obter a certificação IHAC-Neo. A pontuação nacional alcançada, demonstra que o Brasil já avançou muito nas medidas de proteção e apoio ao AM, mas aponta a necessidade de direcionar esforços para promover o AM em unidades neonatais.

**Palavras-chave:** Recém-nascido prematuro. Aleitamento materno. Avaliação de serviços de saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Unidades de terapia intensiva neonatal.

LEME, Taynara Caetano. **Baby Friendly Hospital Initiative Self-Assessment in neonatal wards: a national survey**. 2018. 156 p. Dissertation (Masters Degree Nursing) – Universidade Estadual Londrina, Londrina, 2018.

## ABSTRACT

Although breast milk is well established as the best nutrition for premature infants, it is known that due to this clinical condition there are barriers in the process of implementation and establishment of breastfeeding in this context, by health conditions and not only clinical, but also physiological and the neonatal intensive ward environment itself. The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) adopted as a public policy, known as the "Ten Steps to Successful Breastfeeding", has contributed to increase exclusive breastfeeding rates, however, despite the positive impact it brought indirectly to neonatal wards, it still does not meet all the needs and complexity of neonatal public. Since 2009, the Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Units (Neo-BFHI) has been developed to provide improvements in the protection, promotion and support of breastfeeding of preterm and sick babies (breastfeeding's triad). However, a recent publication by The Lancet stated that no country fully meets the global criteria for successful breastfeeding. The aim of this study was to measure the compliance with the breastfeeding promotion, protection and support policies and practices' recommended by the Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Brazilian neonatal units. A quantitative, cross-sectional electronic survey. The instrument used was the Neo-BFHI self-assessment questionnaire in the Portuguese language. Responses were summarized in partial and global compliance scores ranging from 0 to 100 by The Three Guiding Principles, Ten Steps and Code were divided by country region and states, nature of the units, as well as prior BFHI accreditation. 79 wards from the five regions of the country participated; 70.9% were intensive care units distributed among the three existing levels (I, II, III); 57% were non-public institutions; the Southern region had the highest number of participants (45.6%); 50.6% were institutions already BFHI accredited and 49.4% did not have the accreditation; the predominant professional category among the participants was nurses (65.9%). Statistically significant differences were found on the partial scores of Guiding Principle 2 (Family Centered Care), Steps 1 (written breastfeeding policy), 2 (staff training), 3 (antenatal information), 5 (infant establishing as unique criterion), 6 (exclusive breastfeeding), 7 (rooming-in), 10 (hospital discharge) and Code; global overall scores of the Three Guiding Principles, Ten Steps and Global Scores. The implementation of the Neo-BFHI in neonatal wards is still an organizational, cultural and physical challenge, however with the involvement of the staff the process becomes more successful. The national score achieved shows that Brazil recognizes the importance of the theme and works to support breastfeeding; authorities and governments should increase their efforts to promote breastfeeding in neonatal wards; further research is needed from different perspectives (staff and parents) to better provide quality care.

**Keywords:** Infant premature. Breast feeding. Health services research. Baby Friendly Hospital Initiative. Neonatal intensive care units.

LEME, Taynara Caetano. **Encuesta nacional de autoevaluación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño en unidades neonatales**. 2018. 156 p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## RESUMEN

Aunque la leche materna está bien establecido como el mejor alimento para bebés prematuros, se sabe que debido a esa condición clínica existen dificultades en el proceso de implementación y establecimiento de la lactancia en ese contexto, no sólo por las condiciones clínicas y de salud, sino también fisiológicas y del ambiente neonatal propiamente dicho. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) adoptada como política pública, denominada los Diez Pasos para el Éxito de la Lactancia Materna, viene contribuyendo en el aumento de los índices de lactancia materna exclusiva, y, a pesar de los impactos positivos que traen indirectamente a las unidades neonatales, todavía no atiende las necesidades y la complejidad de ese público. Desde 2009, la Expansión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño para Unidades Neonatales (IHAN-Neo) ha sido trabajada para proporcionar mejoras en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna de bebés prematuros y enfermos (tríada de la lactancia materna). El objetivo de este trabajo fue evaluar la conformidad de las unidades neonatales brasileñas con las políticas y prácticas de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna recomendadas por la Expansión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Estudio transversal, cuantitativo del tipo survey electrónico. El instrumento utilizado fue el cuestionario de autoevaluación de la IHAN-Neo en portugués. Las respuestas fueron resumidas en puntuaciones parciales y generales de conformidad que varían de 0 a 100 por Principio Norteador, Paso y Código y fueron divididas por región y estados del país, naturaleza de las unidades, así como la acreditación previa a la IHAN convencional. Participaron 79 unidades de las cinco regiones del país; El 70,9% eran unidades de terapia intensiva distribuidas entre los tres niveles existentes (I, II, III); El 57% eran instituciones no públicas; la región Sur obtuvo mayor número de encuestados (45,6%); El 50,6% eran instituciones ya acreditadas a la IHAN; la categoría profesional predominante entre los respondedores fue de enfermeros (65,9%). La puntuación general fue de 74; las regiones Nordeste y Sur obtuvieron la más alta puntuación (79); la región menor puntuada fue la Sudeste (63). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los scores parciales del Principio Norteador 2 (Cuidado Centrado en la Familia), de los Pasos 1 (política de lactancia escrita), 2 (entrenamiento del equipo), 3 (información a la gestante de riesgo), 5 (estabilidad del bebé como único criterio), 6 (sólo leche materna), 7 (alojamiento conjunto), 10 (continuidad después del alta hospitalaria) y Código y en los scores globales de los Tres Principios Norteadores, Diez Pasos y Puntuación de Adhesión General. La implementación de la IHAN-Neo en unidades neonatales sigue siendo un desafío organizacional, cultural y estructural, sin embargo, aproximadamente el 50% de los encuestados demostraron interés en obtener la certificación IHAN-Neo. La puntuación nacional alcanzada demuestra que Brasil ya viene trabajando en la protección y el apoyo a la lactancia materna, pero apunta a las autoridades y gobiernos sobre la necesidad de dirigir sus esfuerzos para promover el AM en unidades neonatales.

**Palabras clave:** Recién nacido prematuro. Lactancia materna. Investigación en servicios de salud. Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Unidades de cuidado intensivo neonatal.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Expansão da Iniciativa Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo) .....	21
<b>ESTUDO 1</b>	
<b>Figura 1</b> – Fluxograma de busca nas bases de dados e referências bibliográficas com aplicação dos critérios de seleção .....	31
<b>Quadro 1</b> – Estudos de avaliação das práticas de AM em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal relacionados com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança .....	32
<b>ESTUDO 2</b>	
<b>Figura 1</b> – Escores gerais por estados brasileiros. Medianas com intervalos interquartis. ....	59

## LISTA DE TABELAS

### ESTUDO 2

<b>Tabela 1</b> – Caracterização das unidades neonatais participantes por região do país, complexidade, natureza, credenciamento IHAC e categoria profissional do entrevistado .....	55
<b>Tabela 2</b> – Escores parciais de adesão das unidades neonatais aos Princípios, Passos, Código e escore geral por estado e região do país .....	58
<b>Tabela 3</b> – Escores parciais das unidades neonatais de acordo com o credenciamento IHAC e natureza (publica ou não publica) da Unidade.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CCF	Cuidado Centrado na Família
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DP	Desvio Padrão
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHAC-Neo	Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PN	Princípio Norteador
RN	Recém-Nascido
PT	Prematuro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UN	Unidade Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1	<b>PERGUNTA DE PESQUISA</b> .....	<b>22</b>
1.2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>22</b>
1.3	<b>CONTRIBUIÇÕES ESPERADAS</b> .....	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
2.1	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>24</b>
2.2	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>ESTUDO 1</b> .....	<b>25</b>
3.1	<b>Introdução</b> .....	<b>26</b>
3.2	<b>Método</b> .....	<b>29</b>
3.3	<b>Resultados</b> .....	<b>31</b>
3.4	<b>Discussão</b> .....	<b>33</b>
3.5	<b>Conclusão</b> .....	<b>39</b>
3.6	<b>Referências</b> .....	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>ESTUDO 2</b> .....	<b>45</b>
4.1	<b>Introdução</b> .....	<b>47</b>
4.2	<b>Método</b> .....	<b>49</b>
4.3	<b>Resultados</b> .....	<b>53</b>
4.4	<b>Discussão</b> .....	<b>61</b>
4.5	<b>Conclusão</b> .....	<b>69</b>
4.6	<b>Referências</b> .....	<b>69</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>79</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE 2 – CARTA CONVITE</b> .....	<b>88</b>

<b>ANEXOS</b> .....	91
<b>ANEXO A</b> – AVALIAÇÃO DA ADESÃO COM A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES NEONATAIS (IHAC-NEO).....	92
<b>ANEXO B</b> – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	130
<b>ANEXO C</b> – RELATÓRIO DE CONFORMIDADE DA UNIDADE NEONATAL .....	136

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em nível mundial, 1 em cada 10 bebês nasce antes do termo, o equivalente a aproximadamente 15 milhões de prematuros (PT) por ano (WHO, 2015a). A mortalidade devido a complicações da prematuridade atingiu 45% no ano de 2015 (LIU et al., 2016). De acordo com a última atualização publicada no site da Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro de 2018, esses números crescem gradualmente, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal (WHO, 2018).

O Brasil está entre os 10 países com maiores índices de parto prematuro, o que torna o tema relevante para discussão na saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, visto que as consequências desses índices influenciam não somente no período neonatal, mas também durante o desenvolvimento do bebê e ao longo de sua vida (WHO, 2015a). Não obstante, esses índices elevam os custos com cuidados intensivos neonatais e também com as necessidades contínuas na saúde e educação (WHO, 2015b).

Uma análise abrangente da saúde em 2016, considerou que o aleitamento materno (AM) deveria ser um compromisso urgente e emergente por parte dos governos e autoridades de saúde, a fim de estabelecer um novo padrão de normalidade, fornecendo à toda mulher que espera amamentar apoio para fazê-lo (VICTORA et al., 2016). Além dos benefícios econômicos, devido à maior fragilidade, este compromisso deve incluir especialmente as mães com bebês internados nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), pois os prematuros e/ou bebês doentes podem não ser capazes de mamar desde o nascimento, mas podem, com o apoio adequado, fazê-lo quando se recuperarem (VICTORA et al., 2016).

Existem muitos fatores que predis põem o nascimento do bebê PT como idade materna, infecções, múltiplas gestações, fatores genéticos, psicológicos, estilo de vida, entre outros (ALVES et al., 2017; LIMA et al., 2018; SILVA et al., 2016). Um estudo brasileiro, multicêntrico, prospectivo, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), revelou que nascem aproximadamente 40 bebês PT por

hora (PASSINI JR et al., 2014). Segundo a OMS (2015b), existem três condições que podem ser prevenidas e tratadas que resultam em 80% de óbitos neonatais, que são: complicações da prematuridade, óbito intraparto (incluindo asfixia ao nascer) e infecções neonatais. Um estudo ecológico, realizado em mais de 67 países comprovou que o AM na primeira hora de vida está significativa e inversamente correlacionado à mortalidade neonatal (ODDY, 2013). Diante dessa realidade, várias evidências já foram apresentadas em relação ao leite materno como fonte de nutrição ideal para bebês e crianças pequenas (WHO, 2017) devido a suas inúmeras vantagens, além de auxiliar na redução da mortalidade neonatal (HAIR et al., 2016).

A amamentação é a maneira mais autêntica pela qual a mãe proporciona ao bebê os nutrientes dos quais necessita para seu crescimento e desenvolvimento saudável (WHO, 2017). A prática reafirma o binômio mãe e filho e traz benefícios para ambos, pois o leite humano tem ação imunológica, antimicrobiana, anti-inflamatória e antioxidante para o bebê e protege o recém-nascido (RN) contra complicações neonatais (WHO, 2015b), como infecções nosocomiais, sepse e enterocolite necrosante (HAIR et al., 2016). A amamentação também auxilia a mãe na prevenção de mastite (BURGIO et al., 2016; ENGSTROM; PATEL, MEIER, 2017). Um estudo comprovou que mães que não amamentam tem maior risco de desenvolver comorbidades como pré-menopausa, câncer de mama, câncer de ovário, retenção do peso gestacional e diabetes *mellitus* (MOSHER et al., 2016). O AM é a melhor fonte de nutrição para bebês a termo e traz inúmeros benefícios, como já citado anteriormente. Desta forma, entende-se que é essencial para a saúde do PT, já que auxilia na prevenção de condições crônicas futuras (HAIR et al., 2016).

Segundo Alonso-Diaz et al. (2016), o sucesso na amamentação é um tema muito complexo, principalmente em bebês PT e doentes. O processo de AM de bebês PT, baixo peso ou doentes envolve desafios maiores se comparados ao AM de bebês saudáveis a termo (ORAS et al., 2016). A amamentação em PT exige esforços diferenciados no sentido de atender as especificidades para o sucesso no estabelecimento e manutenção do AM (VICTORA et al., 2016). Conforme Kair e Colaizy (2016) apontaram em seu estudo, os PT são os maiores beneficiados pelo AM exclusivo (AME) quando comparados às crianças nascidas a termo.

Victora et al. (2016) reforçam que nenhuma criança ou mãe deve ser excluída das atividades de promoção à amamentação. A falta ou demora do contato pele a pele, dificultado pelo parto cesariana, condições do bebê e internações de longa permanência, além da dificuldade do alojamento conjunto 24 horas em UTIN compreendem alguns dos inúmeros obstáculos que podem levar ao desmame precoce e a hipogalactia (HAKALA et al., 2017).

Considerando os benefícios provenientes do AM e sua importância para a saúde pública, e devido à escassez de preocupação à época por parte de instituições governamentais sobre esse tema (BRASIL, 2008), aconteceu em 1990, em Florença, Itália, o encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, com a participação da OMS juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em prol da criação de ações em prol da proteção, promoção e do apoio ao AM (tríade do AM). Por meio da “Declaração de Innocenti”, autoridades nacionais foram estimuladas a planejar e instituir políticas de AM, mediante pesquisas com metas específicas, como o acompanhamento mundial e a avaliação das práticas (WHO, 1990).

Como fruto desse encontro, a OMS e o UNICEF criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), recomendando os Dez Passos para instituir a tríade do AM (WHO, 2015c), a saber: proteger, promover e apoiar as práticas e padronizações da amamentação. Uma revisão integrativa realizada em 2016 também confirmou o sucesso da IHAC em facilitar o estabelecimento e a exclusividade bem-sucedidos do AM (MUNN et al., 2016). Outro estudo realizado em Hong Kong, apontou que entre as mães sem intenção de manter o AME, aquelas que foram incentivadas a amamentar por demanda tinham maior probabilidade de amamentar sem o uso de fórmula no primeiro mês (HONGO et al., 2015). Esse diagnóstico ressalta a importância de se ter uma política instituída que incentive o AME e desencoraje o uso de fórmulas sem necessidade.

Indiretamente, a IHAC convencional trouxe impactos positivos para as unidades neonatais. Estudos relatam que após sua implantação, as taxas de adesão à amamentação melhoraram significativamente (GRGURIC et al., 2016; MOSHER et al., 2016; NOBARI et al., 2017; PERRINE et al., 2015). Em contrapartida, um número ainda maior de estudos reforçam a necessidade da

implementação de medidas específicas e eficazes para as peculiaridades do PT, devido a realidade complexa que são as unidades de internação neonatal (ALONSO-DÍAZ et al., 2016; CARVALHO et al., 2016; ERICSON et al., 2016; HUTCHINSON, 2015; MAASTRUP et al., 2014; MUNN et al., 2016; PEREIRA-SANTOS et al., 2017).

Em 2009, foi publicada uma atualização da IHAC convencional e desde então recomenda-se que o AM seja exclusivo (AME) até o 6º mês de vida e que prossiga até os dois anos de idade ou mais, enquanto possível (WHO, 2009). Na mesma época, um grupo de pesquisadores dos Países Nórdicos e Canadá criaram a Expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais, a IHAC-Neo, ao perceber que as medidas já existentes não eram suficientes para o público das unidades neonatais (NYQVIST et al., 2012; NYQVIST et al., 2013), devido a sua complexidade e peculiaridades (HUTCHINSON, 2015; LUZ et al., 2018; NYQVIST et al., 2013). O grupo de trabalho formado em Copenhague foi composto por profissionais de saúde da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia (alguns dos países que compõem os Países Nórdicos) e Canadá – Província de Quebec, para resolver a situação especial dos prematuros e bebês doentes e suas famílias. Visando manter a coerência com a IHAC convencional, a IHAC-Neo fundamentou-se em Três Princípios Norteadores (PN) (NYQVIST et al., 2012) que assentam as ações realizadas e Dez Passos Expandidos para o Sucesso do Aleitamento Materno (NYQVIST et al., 2013). A Expansão da Iniciativa também foi formulada de acordo com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno criado na década de 80 (WHO, 1981).

A Expansão foi baseada em evidências, na opinião de especialistas e em experiências da prática de instituições Amigas da Criança em unidades neonatais de alguns Países Nórdicos (Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia) além da Província de Quebec, Canadá (NYQVIST et al., 2015). Considerou-se que as unidades neonatais fornecem vários níveis de atenção ao neonato ou bebês doentes, que podem exigir um acompanhamento específico, de curta duração ou de intervenções médicas mais prolongadas. A fim de divulgar a criação da IHAC-Neo, o grupo publicou um pacote online com um documento de base, uma ferramenta de autoavaliação, materiais educativos e uma ferramenta (confidencial)

de avaliação externa (NYQVIST et al., 2015). Os três primeiros documentos do pacote podem ser baixados a partir do website da *International Lactation Consultant Association* (ILCA): <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>, após o preenchimento de um registro de interesse pelo programa. O processo de registro tem proporcionado uma clara indicação de que o IHAC-Neo tem uma pertinência global, pois o público de mais de 70 países já se registrou para baixar esses documentos. Os Três PN, Dez Passos e o Código que constituem a IHAC-Neo podem ser visualizados no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Expansão da Iniciativa Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-Neo).

<i>Três Princípios Norteadores</i>	
Princípio Norteador 1	A atitude da equipe para as mães deve focar e responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto.
Princípio Norteador 2	Fornecer cuidado centrado na família, apoiado pelo ambiente social e físico da unidade.
Princípio Norteador 3	O sistema de saúde deve assegurar a continuidade do cuidado, ou seja, a continuidade do cuidado pré, peri e pós-natal e após a alta hospitalar.
Passo 1	Ter uma política escrita de aleitamento materno que seja rotineiramente comunicada a todos da equipe de cuidado em saúde.
Passo 2	Educação e treinamento de toda a equipe em conhecimento e habilidades específicas necessários para implementar esta política.
Passo 3	Informar todas as gestantes hospitalizadas em risco de um parto prematuro ou nascimento de um bebê doente sobre o manejo da lactação e os benefícios do aleitamento materno.
Passo 4	Encorajar o contato pele a pele mãe-bebê (método mãe canguru) precoce, contínuo e prolongado sem restrições injustificáveis.
Passo 5	Apresentar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer precocemente o aleitamento materno com estabilidade do bebê como único critério.
Passo 6	Não oferecer ao recém-nascido qualquer outro alimento ou líquido a não ser o leite materno, ao menos que indicado pelo médico.
Passo 7	Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
Passo 8	Encorajar a alimentação em livre demanda ou, quando necessária, a alimentação em semi-demanda como uma estratégia de transição para prematuros e bebês doentes.
Passo 9	Usar alternativas à amamentação pelo menos até o aleitamento materno estar bem estabelecido e somente usar chupetas e protetores de mamilos com razões justificáveis.
Passo 10	Preparar os pais para continuar o aleitamento materno e assegurar acesso aos serviços/grupos de apoio depois da alta hospitalar.
Código	Adesão ao Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno.

Fonte: Nyqvist et al. (2015)

Apesar da importância dos hospitais na promoção e apoio à amamentação, isso não é suficiente para que as mães alcancem o objetivo de AME; ainda faltam medidas que possibilitem o cuidado holístico inclusive em UTIN com menos recursos para aderir à diretrizes como a IHAC-Neo (HUTCHINSON, 2015). Corroborando com o estudo de Kair e Colaizy (2016), cujos principais motivos citados pelas mães de RNPTs para a interrupção do AME foram a insuficiência na produção de leite e também dificuldades com a equipe de enfermagem, Alonso-Diaz et al., (2016) ressaltam a importância de uma equipe em treinamento constante para a diminuição dos índices de desmame precoce.

Diante dessa proposta de Expansão para as unidades neonatais, este estudo foi desenvolvido sob a **hipótese** de que, no Brasil, as práticas atuais para proteção, promoção e apoio ao AM em PT não estão em consonância com as práticas recomendadas como ideais para o bom desempenho e sucesso do AM em PT e RN doentes.

## **1.1 PERGUNTA DE PESQUISA**

Em que medida as diretrizes e práticas para proteção, promoção e apoio ao AM propostas pela IHAC-Neo estão sendo realizadas em unidades neonatais brasileiras?

## **1.2 JUSTIFICATIVA**

Realizar um diagnóstico situacional das ações de proteção, promoção e apoio praticadas em unidades neonatais na atualidade a fim de oferecer evidências necessárias que possam subsidiar um planejamento de metas e prioridades visando o aprimoramento da qualidade da assistência prestada ao prematuro e à sua família.

## **1.3 CONTRIBUIÇÕES ESPERADAS**

O diagnóstico de como estão as práticas relacionadas com a tríade do AM

em unidades neonatais brasileiras possibilita comparar a realização das recomendações propostas pela IHAC-Neo entre as diferentes regiões e estados brasileiros, o que contribuirá para um delineamento nacional, com vistas a direcionar o estabelecimento de políticas públicas em níveis local, regional e nacional. Para tal fim, as unidades podem basear-se no Relatório de Conformidade com as diretrizes da IHAC-Neo enviado a cada uma (ANEXO C). O relatório é composto de feedback individual e situa a unidade neonatal com base nas respostas fornecidas pelos participantes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o estado geral de unidades neonatais brasileiras com as diretrizes e práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno recomendadas pela IHAC-Neo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Sintetizar, por meio de uma revisão integrativa, o estado atual das práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, especialmente em bebês prematuros ou doentes internados em unidades neonatais;
- Caracterizar as unidades neonatais participantes do estudo brasileiro quanto a complexidade (UTIN e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais – UCIN), natureza (públicas e não públicas), por regionalidade (estados e localização no país), credenciamento IHAC e categoria profissional dos entrevistados;
- Comparar a adesão a cada Passo, Princípio Norteador e ao Código por meio de escores parciais e escores globais para os Três Princípios, os Dez Passos e o Código entre estados e regiões do país, credenciamento IHAC e a natureza dos hospitais (público e não público).

Os objetivos serão apresentados em forma de estudos científicos 1 e 2, com as seções Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão próprias de cada estudo. O primeiro estudo, que serviu de base para o estudo 2, se trata de uma revisão integrativa a fim de identificar na literatura o que já foi publicado a respeito do tema.

O segundo estudo demonstra os resultados da pesquisa propriamente ditos de acordo com os objetivos geral e específicos desta dissertação. Trata-se de um estudo brasileiro derivado de um estudo internacional, multicêntrico, com abrangência de 36 países de todos os continentes exceto Antártida, e foi publicado em 2018 em periódico científico com número DOI: *10.1111/mcn.12690* (MAASTRUP et al., 2018).

### 3 ESTUDO 1

TAYNARA CAETANO LEME<sup>1</sup>

EDILAINÉ GIOVANINI

ROSSETTO<sup>2</sup>

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Email: tayleme@live.com

2. Enfermeira. Doutora em Ciências. Orientadora. Professor Associado. Universidade Estadual de Londrina. UEL.

#### IMPACTO DA INICIATIVA AMIGO DA CRIANÇA EM UNIDADES NEONATAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

#### IMPACT OF BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE IN NEONATAL WARDS: INTEGRATIVE REVIEW

##### RESUMO

**Introdução:** A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) demonstrou efeitos significativos nos índices de amamentação que estão bem documentados na literatura. Entretanto, questiona-se sobre esse efeito especificamente em unidades neonatais (IHAC-Neo). **Objetivo:** Sintetizar as evidências disponíveis sobre os impactos da IHAC-Neo sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em unidades neonatais. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa. O período determinado para a busca foram os últimos 10 anos de publicação em quatro bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados em Enfermagem, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature e no PubMed. Os descritores e seus cruzamentos utilizados foram: *Neonatal Intensive Care Units, Premature, Evaluation Studies, Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI, Surveys and Questionnaires*. **Resultados:** Foram encontrados 9 artigos relacionados ao objetivo do estudo, sendo 77,8% de estudos internacionais. Os principais resultados foram: hospitais credenciados a IHAC convencional apresentam melhores índices de aleitamento materno; a IHAC-Neo se diferencia por ser uma proposta que engloba particularmente o cuidado centrado na família, que trabalha a separação mãe-filho dentro da instituição (alojamento) e o empoderamento positivo dos pais nas decisões; o treinamento e a motivação das equipes foram destacados por fazer diferença na efetividade da Iniciativa; o cumprimento do Passo 10, da continuidade da

assistência, foi relatado como um desafio a ser alcançado. **Conclusões:** Os resultados desta revisão demonstraram que a IHAC-Neo propõe ampliar as ações para atender algumas necessidades específicas da população e às demandas relacionadas com a realidade das unidades neonatais, as quais não são necessariamente alcançadas pela IHAC convencional. Existem barreiras que dificultam o sucesso da Iniciativa, contudo, este cenário pode ser modificado com o apoio e treinamento da equipe e mudanças institucionais e no contexto das unidades neonatais.

**Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Prematuro. Estudos de Avaliação. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. IHAC. Inquéritos e Questionários.

### ABSTRACT

**Background:** The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) has demonstrated significant effects in breastfeeding rates and it is well-documented in literature; however, there is a lack of this effect specifically in neonatal wards (Neo-BFHI). **Aim:** Summarize available evidences about the impact of the Neo-BFHI on protection, promotion and support of breastfeeding in neonatal wards. **Methods:** The periodicity of the last ten years of publications in four databases was determined: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Nursing Database, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature and PubMed. The keywords and their crosses between were: Neonatal Intensive Care Units, Premature, Evaluation Studies, Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI, Surveys and Questionnaires. **Findings:** There were 9 articles related to the aim of this study, being 77.8% international studies and 22.2% national. The main findings were: hospitals accredited to the BFHI have better rates in breastfeeding; the Neo-BFHI is a proposal that particularly encompasses family-centered care and works with rooming-in and parents empowerment in all decisions; trained and motivated staffs make difference in the effectiveness of the Initiative; step 10 was reported as a challenge to be achieved by the staff. **Conclusions:** The results of this review demonstrated that the Neo-BFHI proposes to approach the specific needs and available evidences about the reality of neonatal wards, which are not necessarily achieved by the BFHI. There are barriers that hamper the success of the Initiative, however, this scenario can be modified with staffs support and training, institutional changes and in the current context of neonatal wards.

**Keywords:** Neonatal Intensive Care Units. Premature. Evaluation Studies. Baby-Friendly Hospital Initiative. BFHI. Surveys and Questionnaires.

### 3.1 Introdução

Mundialmente, 1 em cada 10 bebês nasce antes do termo, o equivalente a aproximadamente 15 milhões de prematuros (PT) por ano (WHO, 2015a). A mortalidade devido a complicações da prematuridade atingiu 45% no ano de 2015 (LIU et al., 2016). De acordo com a última atualização publicada no site da Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro de 2018, esses números

crecem gradualmente, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal (WHO, 2018).

O Brasil está entre os 10 países com maiores índices de parto prematuro, o que torna o tema relevante para discussão na saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, visto que as consequências desses índices influenciam não somente no período neonatal, mas também durante o desenvolvimento do bebê e ao longo de sua vida (WHO, 2015a). Não obstante, esses índices elevam os custos com cuidados intensivos neonatais e também com as necessidades contínuas na saúde e educação (WHO, 2015b).

Munn et al (2016), apontam a promoção do aleitamento materno (AM) como imperativo clínico, pela relação custo-benefício afim de reduzir a morbidade e mortalidade associadas. Várias evidências apontam o leite materno como fonte de nutrição ideal para bebês e crianças pequenas devido a suas inúmeras vantagens para saúde e desenvolvimento (WHO, 2017). Tais vantagens são potencializadas quando iniciada a amamentação na primeira hora de vida, pois as chances de mortalidade neonatal são menores (BOCCOLINI et al., 2015; ROCHA et al., 2018). Um estudo de coorte retrospectiva mostrou que o AME pode diminuir as mortes neonatais e reduzir as taxas de enterocolite necrosante (NEC) (HAIR e. al., 2016).

Há quase 30 anos, a estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) padronizou normas para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em todo o mundo (WHO, 2015c). Embora a IHAC tenha trazido melhoras significativas para a prática do aleitamento materno (GRGURIC et al., 2016; MOSHER et al., 2016; NOBARI et al., 2017; PERRINE et al., 2015), inclusive com impactos indiretamente positivos e melhorias nos índices de amamentação em unidades neonatais (UN) (ALONSO-DIAZ et al., 2016; BENOIT; SEMENIC, 2014; VANNUCHI et al., 2012), alguns autores clamam por medidas específicas e eficazes para as peculiaridades do prematuro e bebês doentes em uma realidade complexa que são as unidades de internação neonatal (ALONSO-DÍAZ et al., 2016; CARVALHO et al., 2016; HUTCHINSON, 2015; MAASTRUP et al., 2012; MUNN et al., 2016; TAYLOR et al., 2011).

Um survey conduzido na Dinamarca afirmou que nem todas as UN têm o

apoio ideal à amamentação e são necessárias melhorias especificamente relacionadas com a questão da separação mãe-bebê (MAASTRUP et al., 2012). Outro estudo realizado na Espanha apontou que apesar de UN credenciadas na IHAC possuem melhores índices de AM, não há garantia de efetividade da implementação de todas as medidas necessárias para o apoio da amamentação em UN (ALONSO-DÍAZ et al., 2016).

Em 2009, um grupo de pesquisadores de alguns dos Países Nórdicos (Suécia, Dinamarca, Finlândia e Noruega) e Canadá criaram a Expansão da IHAC convencional para UN, a IHAC-Neo (WHO, 2009), visando atender especificamente às suas peculiaridades e complexidade do processo de amamentar um PT ou recém-nascido doente (NYQVIST et al., 2015). A expansão baseou-se em Três Princípios Norteadores (PN): 1) As atitudes da equipe para com a mãe devem se concentrar individualmente na mãe e sua situação; 2) As instalações da unidade devem fornecer um ambiente favorável ao cuidado centrado na família e 3) O sistema de saúde deve garantir a continuidade dos cuidados desde a gravidez até após a alta da criança (NYQVIST et al., 2012). Além dos Três PN, os Dez Passos foram modificados para o Sucesso do AM dos PT e bebês doentes (NYQVIST et al., 2013).

Alguns Passos da Iniciativa convencional foram alterados para atender as características do PT com base nos relatos maternos e experiência dos profissionais da área (NYQVIST; KILBERG, 2008). Na Expansão, os Passos 3, 4, 5, 8 e 9 sofreram adaptações. O Passo 3 que na Iniciativa convencional se trata de informar as gestantes sobre os benefícios do aleitamento materno, na Expansão, informa as gestantes em risco de parto prematuro sobre os benefícios do AM para o PT. O Passo 4 que institui o início precoce na primeira hora de vida foi alterado para o incentivo de forma precoce, contínua e prolongada do contato pele-a-pele ou Método Canguru. O Passo 5 que no contexto convencional pede a instituição e manutenção do aleitamento mesmo em caso de separação mãe-bebê, na Expansão, afirma ser necessário estabelecer a estabilidade do bebê como o único critério para amamentação precoce. Já no Passo 8, que recomenda o incentivo do AM sob livre demanda, na versão para unidades neonatais inclui a semi-demanda como uma estratégia de transição para bebês PT e doentes. O Passo 9, que na versão convencional não libera o uso de mamadeiras, bicos artificiais ou chupetas,

na versão neonatal, permite esse uso aos bebês PT e doentes somente por razões justificáveis, pelo menos até o período em que a amamentação esteja bem estabelecida (NYQVIST et al., 2013).

Não obstante a IHAC-Neo não tenha sido adotada como uma política pública pelo Ministério da Saúde (MS), diversos autores clamam pela necessidade de estudos adicionais que elucidem melhor essa questão (ALONSO-DÍAZ et al., 2016; BENOIT; SEMENIC, 2014; HUTCHINSON, 2015). Embora, Hutchinson (2015) concluiu que a IHAC-Neo precisa ser incentivada e disseminada mundialmente.

Diante da relevância do tema e das considerações encontradas, este estudo teve o objetivo de sintetizar as evidências disponíveis sobre o impacto da IHAC na proteção, promoção e apoio ao AM especificamente em unidades neonatais.

### **3.2 Método**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa norteado pela seguinte pergunta: Qual o impacto na prática do aleitamento materno em bebês prematuros ou doentes internados em unidades neonatais mediante estudos relacionados com a IHAC?

Para a busca dos artigos, determinou-se a periodicidade dos últimos 10 anos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e no PubMed, mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM®). Os descritores utilizados nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa foram: “Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”, “Prematuro”, “Estudos de Avaliação”, “Inquéritos e Questionários” e a palavra-chave “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” e sua sigla “IHAC”, a qual, na língua portuguesa não está cadastrada como descritor. Os cruzamentos utilizados foram: Baby Friendly Hospital Initiative com o operador booleano “OR” e “BFHI” nas quatro estratégias de buscas acrescidos de: 1) “AND” Surveys and Questionnaires; 2) “AND” Surveys and Questionnaires “AND” Evaluation Studies; 3) “AND” Surveys and Questionnaires

“AND” Neonatal Intensive Care Units; 4) “AND” Surveys and Questionnaires “AND” Premature.

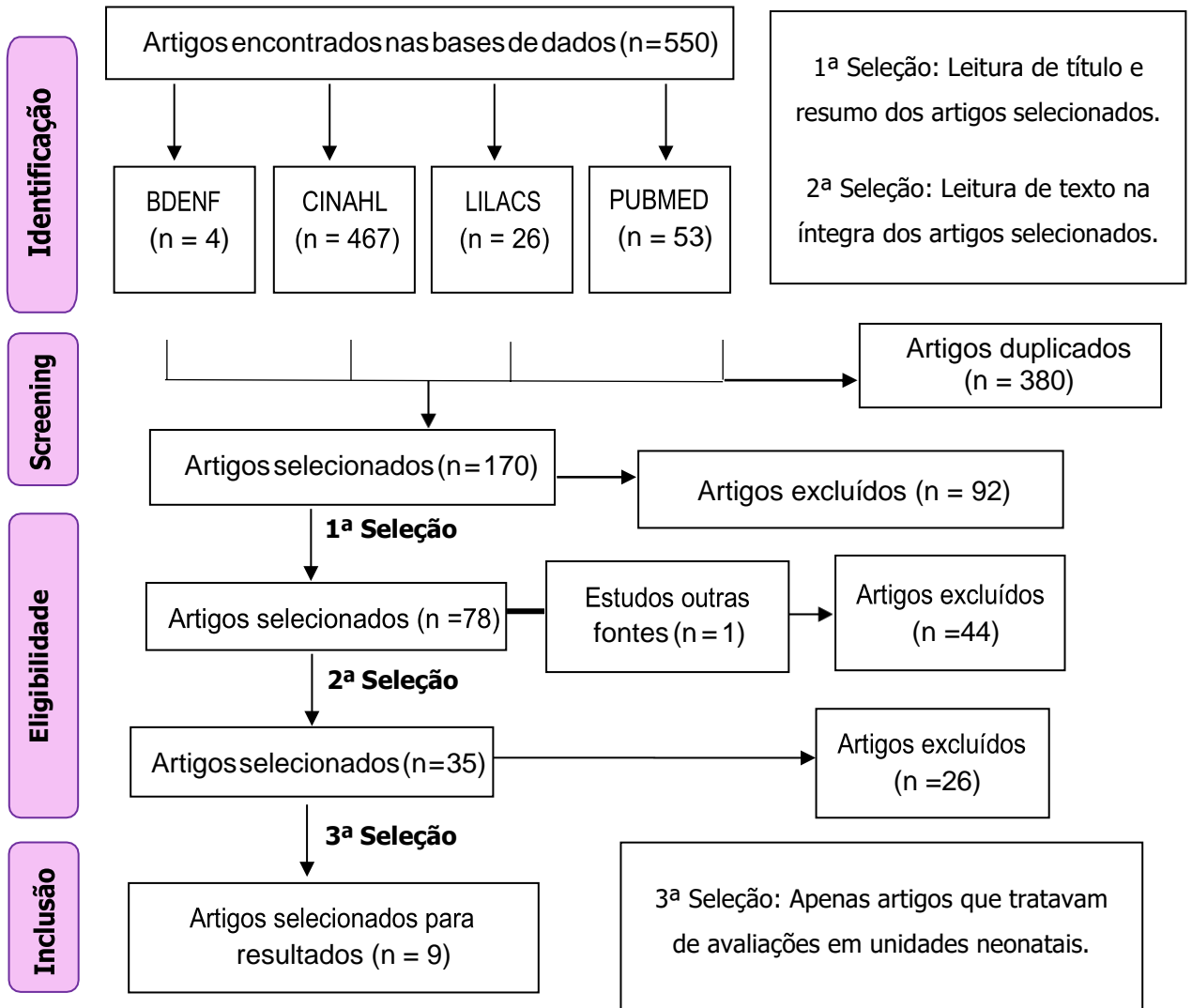
O descritor “Survey and Questionnaires” foi acrescentado em todas as estratégias de busca com a função de filtro visando identificar estudos de avaliação mais abrangentes e excluir aqueles que eram restritos a uma só instituição ou avaliação de apenas um Passo. Nas bases de dados LILACS e BDEF não foram encontrados estudos provenientes destes cruzamentos, entretanto, utilizando apenas a abreviação “IHAC” alguns resultados foram obtidos.

O primeiro critério de seleção foi aplicado por meio de leitura do título e resumo das publicações encontradas, excluindo-se os artigos que não atendessem especificamente ao critério de se tratar de avaliação da IHAC, e/ou fossem repetidos.

Entretanto, neste momento não se aplicou o critério de que se tratasse de estudos específicos em unidades neonatais. Na segunda seleção, aplicou-se os mesmos critérios da primeira, porém realizou-se leitura na íntegra dos estudos anteriormente selecionados. Além disso, durante a leitura, foi feita uma busca nas referências dos artigos selecionados e incluídos aqueles considerados relevantes à temática e relacionados com o objetivo desta revisão. Documentos oficiais, cadernos e manuais do MS também foram consultados. Na terceira seleção, além dos critérios anteriores, excluiu-se todos os estudos que não tratavam especificamente de unidades neonatais relacionadas com a IHAC. Os dados obtidos estão apresentados em forma de fluxograma na seção Resultados (Figura 1).

### 3.3 Resultados

Figura 1: Fluxograma de busca nas bases de dados e referências bibliográficas com aplicação dos critérios de seleção.



Fonte: o próprio autor (2018).

O quadro a seguir demonstra um resumo dos nove estudos encontrados após a busca nas bases de dados e aplicação dos critérios já mencionados acima.

Quadro 1: Estudos de avaliação das práticas de AM em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal relacionados com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, 2008-2018.

<i>Autor / Ano Local</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Amostra</i>	<i>Delineamento / Método</i>	<i>Recomendações / Considerações</i>
Alonso-Diaz et al. (2016), Espanha	Comparar o apoio ao AM em UTIN IHAC (Grupo 1) versus não IHAC (Grupo 2).	141 UTIN de hospitais públicos	Sem intervenção / Survey	Instituições credenciadas ao IHAC tem escores maiores no apoio ao AM em relação as não acreditadas.
Hutchinson (2015), Países Nórdicos	Descrever a trajetória que o Grupo IHAC-Neo seguiu para garantir apoio ao AM na área neonatal.	Grupo de Trabalho Nórdico e Quebec, composto por experts	Com intervenção / Relato de Experiência	Instituir em nível global o IHAC- Neo para auxiliar discrepâncias durante o período de AM entre neonatos prematuros.
Benoit; Semenic (2014), Canadá	Explorar as percepções de gestores, educadores e líderes clínicos sobre as barreiras e facilitadores na implementação da IHAC em 2 UTIN de um hospital-escola.	10 gerentes médicos e de enfermagem (educadores, consultores de lactação, enfermeiros neonatais)	Com intervenção / Qualitativa descritiva	Foram encontradas numerosas barreiras e facilitados na implementação da IHAC em UTIN, porém, destacam-se a educação, a colaboração multidisciplinar e o trabalho dos consultores de lactação.
Petruskavich et al. (2013), Ontario, Canadá	Descrever a implantação do IHAC em uma UTIN de um hospital da cidade de Ontario.	Equipe da UTIN	Com intervenção / Relato de experiência	Implementar o IHAC é um desafio em qualquer lugar, mas é possível com a ajuda da equipe multiprofissional.
Maastrup et al. (2012), Dinamarca	Descrever o apoio a amamentação em UTIN em nível Nacional.	Coordenadoras de 19 UTIN	Sem intervenção / Survey	Apesar dos altos índices de amamentação no país, o apoio ao aleitamento materno varia de acordo com as UTIN.
Vannuchi et al. (2012), Londrina, Brasil	Descrever o processo de implantação da IHAC no setor de neonatologia em um hospital terciário.	Equipe da Neonatologia	Com intervenção / Survey	A implantação dos Dez Passos contribuiu para o abandono das fórmulas e implementação do leite humano.
Pedras et al. (2012), Campinas Brasil	Comparar as taxas de AM em bebês de muito baixo peso ao nascer após alta hospitalar e durante o 1º ano de vida, antes e após a IHAC.	Neonatos nascidos de jan/01 a jun/02 (grupo 1) e de jul/02 a dez/03 (grupo 2)	Com intervenção / Coorte retrospectivo	A implementação da IHAC aumenta as taxas de aleitamento materno em lactentes egressos da UTIN, especialmente quando as taxas eram baixas.
Taylor et al. (2011), Austrália	Explorar as percepções, entendimentos e experiências da equipe da maternidade em relação à IHAC em UTIN.	Quatro maternidades metropolitanas australianas, das quais duas incluíram UTIN	Com intervenção / Survey	Equipe motivada, apoio educacional e diretrizes claras são essenciais para apoiar a implementação do IHAC em UTIN.
Nyqvist; Kylberg (2008), Suécia	Obter sugestões de mães de bebês muito prematuro sobre a IHAC	13 mães entrevistadas de 2 a 6 meses após alta hospitalar	Sem intervenção / Estudo prospectivo	Sugeridas 13 etapas para nortear diretrizes de promoção à amamentação em UTIN, na perspectiva conjunta de profissionais e mães.

Fonte: o próprio autor.

### 3.4 Discussão

Esta revisão englobou estudos realizados mundialmente. Apesar de muitas publicações encontradas, o número de estudos relacionados especificamente com UN, que era o objetivo final desta revisão, foi escasso com notável discrepância entre a quantidade de estudos encontrados relacionados com a IHAC convencional (n=35) *versus* a IHAC em UN (n=9). Convém ressaltar que a IHAC convencional foi instituída há aproximadamente 30 anos e a IHAC-Neo foi inicialmente pensada há 10 anos, um dos fatores que pode explicar parcialmente tal discrepância.

A considerável diversificação de metodologias pode ter dificultado a comparação dos estudos e suas análises. Por outro lado, beneficia a abordagem de diversas vertentes que necessitam ser estudadas sobre o tema (influência da equipe, opinião de mães, políticas públicas etc.). Os estudos selecionados foram diversificados no quesito delineamento, mesmo após aplicação de critérios que visavam selecionar estudos mais abrangentes.

Dos 35 estudos que restaram após a 2ª seleção com a aplicação dos critérios 1 e 2, 24 (68,6%) tratavam dos impactos nos índices de amamentação após implementação da IHAC convencional. Em um contexto geral, as conclusões encontradas foram similares. Vários estudos confirmaram que a IHAC é eficaz no aumento dos índices do aleitamento materno exclusivo (AME) (FORRESTER-KNAUSS et al., 2013; GRGURIC et al., 2016; LEVITT et al., 2011; MOSHER et al., 2016; PERRINE et al., 2015; VENANCIO et al., 2012), em especial nas populações de baixa renda (NOBARI et al., 2017). Entretanto, Brodribb et al. (2013) apontaram que em instituições onde os índices de amamentação já eram elevados, a IHAC pode não provocar esse aumento significativo nos índices de AME, pelo fato de já existir uma política de AM anterior à implantação.

Considerando que a IHAC auxilia no sucesso da amamentação não apenas para os bebês, mas também para suas mães (NYQVIST; KYLBERG, 2008), Taylor et al. (2011) descreveram muitas especificidades e barreiras relacionadas ao cenário neonatal e o fato de serem prematuros, o que reforça a necessidade de mais investigações específicas avaliando a nova proposta IHAC-Neo. Em adição,

Pedras et al. (2012) reforçaram que os impactos da IHAC-Neo em bebês de muito baixo peso trouxeram melhorias após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), mesmo quando os índices de amamentação já eram elevados. Considerando a prematuridade como um fator de risco para o desmame precoce, esse é um aspecto diferencial que a IHAC-Neo propõe ser trabalhado (KAIR; COLAIZY, 2016). O estado de saúde, o ambiente, o tempo de internação e a insegurança dos familiares relacionada ao medo da perda são outros fatores abordados pela Expansão da Iniciativa, por meio dos Passos 4, 5, 8 e 10 (NYQVIST et al., 2013). Um dos Três Princípios que norteiam a Expansão da IHAC é de que a família deve ser incorporada ao cuidado. No ambiente neonatal, a separação mãe-filho é comum e a IHAC-Neo engloba este aspecto como base essencial, a fim de diminuir o estresse materno e estimular o contato pele-a-pele precoce com a utilização do Método Canguru, além de incluir os pais nas decisões relativas ao cuidado de seu bebê (NYQVIST; KYLBERG, 2008).

Outro benefício encontrado foi o elevado grau de satisfação das mães após implementação dos Dez Passos, provavelmente relacionado ao contato pele a pele precoce e a amamentação por livre demanda referente aos passos 7 e 8 (HONGO et al. 2015).

Em relação às dificuldades encontradas na implementação da IHAC, os achados foram variados. Um apontamento importante foi o envolvimento da equipe de trabalho da unidade na implementação da Iniciativa que reflete diretamente nos índices de amamentação (ALBUQUERQUE; OSORIO, 2010). Um estudo brasileiro, realizado em Vitória (LOPES et al., 2013), com apenas 60% de adesão aos Dez Passos da IHAC, encontrou que o Passo 3 foi o de menor adesão (informar as gestantes sobre os benefícios do AM para mães e bebês). Em paralelo, os Passos 1 (ter uma política escrita sobre o AM), (LILLEHOJ; DOBSON, 2012; NIGAM et al., 2010) 2 (capacitar a equipe de cuidado) (NIGAM et al., 2010), 4 (contato pele-a-pele), 5 (iniciar e mostrar como manter a amamentação) (SOUZA et al., 2011) e 10 (grupos de apoio a amamentação mesmo após alta hospitalar) (LILLEHOJ; DOBSON, 2012; SOUZA et al., 2011) também foram apontados como os principais desafios a serem trabalhados pelas equipes. Podemos indagar que se os passos 3, 4 e 5 já eram considerados entre os mais difíceis, que dirá num contexto diferenciado das unidades neonatais. Convém reforçar que o envolvimento e

conhecimento do profissional que atua com a mãe-bebê faz diferença em todo o processo de antes, durante e na continuidade da amamentação.

Purdy et al. (2017) argumentaram que a orientação por meio de um consultor de lactação sobre os benefícios do AME durante o período pré e perinatal auxilia posteriormente no sucesso da amamentação. No caso dos PT precisa ser trabalhado antes do contexto estressante do processo de internação do bebê, pois de acordo com Naidon et al (2018) a falta de vínculo do profissional que atua no pré-natal com a gestante de risco ocasiona início tardio nas consultas e aumenta o risco de prematuridade e internação em UTIN.

Mosher et al. (2016) concluíram que o cumprimento rigoroso das práticas pela equipe diminuiu as fragilidades encontradas durante a implementação da IHAC. Um survey conduzido no Canadá destacou que as barreiras encontradas na implementação da IHAC podem ser eliminadas com a mudança em todo o sistema e capacitação da equipe (POUND et al., 2016). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo na Índia, que afirmou que capacitações regulares devem ser realizadas para com a equipe a fim de promover a sua sensibilização (NIGAM et al., 2010), reafirmando sobre a importância de estratégias que apostam na educação continuada. Não obstante, vários autores discutem sobre o fato da aplicação de uma intervenção ser capaz de modificar o contexto ao qual se aplica e trazer resultados positivos (FORRESTER-KNAUSS et al., 2013; LEVITT et al., 2011; NOBARI et al., 2017; VENANCIO et al., 2011; WALSH; PINCOBE; HENDERSON, 2011). Entretanto, muitas críticas advêm das dificuldades relacionadas à sustentabilidade das mudanças ocorridas.

Em relação ao delineamento, dos 35 estudos, 28 (80%) eram do tipo survey e os outros sete (20%) eram diversificados. Pesquisas do tipo survey tem múltiplas finalidades, mas são bem pertinentes quando se pretende identificar opiniões, atitudes, percepções, entre outros. Os surveys são úteis para auxiliar gestores no diagnóstico situacional, na formulação de políticas públicas e para o planejamento estratégico.

Dos 28 surveys, apenas quatro utilizaram o meio eletrônico ou on-line como estratégia de acesso aos entrevistados, os demais foram aplicados

presencialmente. Uma fragilidade metodológica dos estudos com modelos não presenciais (questionários autoaplicáveis) é, no geral, a problemática da baixa adesão de respostas. Além disso, se as questões não forem claras podem induzir a ambiguidade de entendimento, uma vez que o pesquisador não se faz presente. Por outro lado, o custo é mais baixo quando comparado ao presencial, e permite ampla abrangência de respondentes (análises multicêntricas) em menor tempo de aplicação. Já os surveys presenciais com entrevistas semiestruturadas geralmente são mais específicos de determinada região ou instituição devido às dificuldades de acesso ao entrevistado, tempo e custo elevados.

Embora tenha sido desenvolvido um instrumento aliado a um programa computadorizado para medir a conformidade com as práticas da IHAC-Neo que pode auxiliar e facilitar a avaliação dos resultados da implementação da Iniciativa (HAIEK, 2011) nenhuma pesquisa que utilizasse os mesmos critérios de adesão foi encontrado na busca dos estudos para esta revisão, mesmo após aplicação de critérios, conforme mencionado na seção Métodos.

Dos 35 estudos, após a aplicação do critério 3, somente 11 (31,4%) tinham relação com UN. Desses 11, dois (7,7%) eram estudos secundários, sendo um artigo teórico de recomendações sobre os Dez Passos para a IHAC-Neo (NYQVIST et al., 2013) e o outro uma revisão integrativa sobre o estado atual da amamentação em um país desenvolvido (CRAMTON et al., 2009). Portanto, foram excluídos dos resultados por não se tratarem de estudo primário. E, segundo as recomendações de uma revisão integrativa, os estudos secundários têm nos estudos primários sua fonte de dados. Não obstante, entende-se por estudos primários relatos ou resultados de pesquisa em primeira mão, ou seja, dados originais (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Os estudos selecionados para esta revisão foram realizados em diferentes países: Austrália, Brasil, Canadá, Dinamarca, Espanha, Suécia e um estudo com alguns dos Países Nórdicos em conjunto (Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia). Esta diversidade indica que o tema pesquisado foi comum entre nações reconhecidamente preocupadas com o avanço da prática do aleitamento materno, especialmente nessa população específica de maior vulnerabilidade. Vale ressaltar a predominância de países desenvolvidos, e o Brasil, como único país

em desenvolvimento. Embora não esteja entre o ranking de países desenvolvidos, o Brasil é considerado avançado nas práticas de AM, especialmente na tecnologia de bancos de leite humano, na qual é pioneiro da Rede Banco de Leite Materno, uma das iniciativas que tem como finalidade principal a amamentação dos prematuros e bebês doentes, em situações especiais.

Dos nove estudos selecionados, dois são nacionais (22,2%) e foram realizados na cidade de Londrina e Campinas no ano de 2012.

A predominância de publicações com referência às práticas nas UN ocorreu no Canadá e em alguns dos países nórdicos, cujas práticas de apoio e promoção da amamentação neste contexto são elevadas (MAASTRUP et al., 2012; NYQVIST et al., 2013). A maioria são estudos internacionais, sendo três publicações do Canadá (33,3%) e os demais na Austrália, Dinamarca, Espanha, Suécia e um estudo de alguns dos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia) (44,4%).

O período de 10 anos para investigação foi escolhido justamente devido à criação da IHAC-Neo em 2009, motivada pelas sugestões de mães de bebês muito prematuros em um estudo realizado previamente na Suécia (NYQVIST; KILBERG, 2008) e também baseada na experiência de especialistas da área (NYQVIST et al., 2013). Apenas um estudo realizado no Brasil tratou exclusivamente de bebês muito baixo peso, considerando o impacto da IHAC-Neo nos índices de amamentação antes e após a sua implementação (PEDRAS et al., 2012).

Em relação ao público entrevistado para avaliação da IHAC, sete (77,7%) estudos tratavam da avaliação da IHAC em UN e foram realizados com profissionais da área, incluindo médicos, enfermeiros, gerentes hospitalares e consultores de lactação. Os outros dois (22,3%) abordaram outros aspectos, sendo que um deles trata de publicação detalhada da trajetória do grupo nórdico que criou a Expansão da IHAC e o outro aborda a perspectiva das mães de bebês muito prematuros e suas opiniões em relação a IHAC no ambiente de uma UM e as suas especificidades.

Todos os estudos que avaliaram a implementação citaram benefícios e melhorias na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno quando

as instituições já eram credenciadas com a IHAC convencional. Estudo recente conduzido na Espanha afirmou que hospitais credenciados na IHAC alcançaram melhores índices na implementação de medidas de apoio ao AM em UTIN (ALONSO-DÍAZ et al., 2016). Por outro lado, alguns estudos apontam barreiras durante o processo como: estado de saúde do bebê, conhecimento da mãe sobre aleitamento (BENOIT; SEMENIC, 2014), além do contexto neonatal, onde mãe e filho ficam separados (SEMENIC, 2014; TAYLOR et al., 2011). A IHAC-Neo aborda justamente esses aspectos. Segundo Nyqvist et al. (2012), o conceito de cuidado centrado na família (CCF) está cada vez mais envolvido nos cuidados neonatais e se dá pela visão de que os pais são as pessoas mais importantes na vida do bebê.

Não obstante, a resistência à adesão às práticas de CCF por parte da equipe também foi citada como uma dificuldade (BENOIT; SEMENIC, 2014; VANNUCHI et al., 2012) e nem todas UTIN seguem um padrão facilitador para a promoção, proteção e apoio do AM dos bebês doentes (MAASTRUP et al., 2012), o que revela a necessidade de criação de novas estratégias para melhorar a adesão da Iniciativa em unidades neonatais.

As evidências comprovam que a IHAC convencional é complexa e possui muitas particularidades (SEMENIC et al., 2012). Considerando então o ambiente neonatal, as especificidades dos prematuros, seus familiares e da equipe, exige tempo de adaptação para uma implementação bem-sucedida com impactos satisfatórios no contexto de uma UTIN (VANNUCHI et al., 2012).

Embora o método do presente estudo tenha seguido o rigor necessário para uma revisão integrativa, esta foi realizada apenas por uma pessoa, o que pode ser considerado uma limitação. Apesar da escassez de estudos encontrados, os resultados apontaram os impactos positivos da IHAC convencional para a criação de uma cultura de amamentação institucional, para iniciar o processo do AM desde o nascimento e para o aumento dos índices de AME, quando comparados a unidades neonatais não credenciadas pelo IHAC convencional. Entretanto, foram identificados diferentes aspectos que se interpõe como barreiras para a implementação bem-sucedida da IHAC-Neo. Dentre eles se destacaram a estrutura, as especificidades do prematuro, o envolvimento da equipe de trabalho e modelo de cuidado vigente, os quais não são alvo da IHAC convencional. Tais

achados apontam para a necessidade de se criar novas estratégias para facilitar a implementação da IHAC-Neo e suprir essa lacuna.

### 3.5 Conclusão

Está bem documentado qualitativa e quantitativamente que a IHAC traz benefícios para proteger, promover e apoiar a amamentação. Entretanto, quando aplicadas ao contexto das UN existem poucas publicações específicas dessa natureza, com metodologias bem diversificadas que dificultam a comparação e conclusão. Embora estudos sobre a IHAC convencional também indiquem alguns benefícios para o público das UN, discutem sobre a demanda de mudanças e desafios organizacionais, culturais e estruturais, sendo imprescindível o envolvimento da equipe neste contexto.

As medidas de proteção, apoio e promoção da amamentação demonstraram que a efetividade da estratégia é maior quando existe colaboração entre maternidade e unidade neonatal a fim de garantir todas as ações necessárias desde o período perinatal até a interação da díade mãe-bebê e continuidade do AM nos casos dos bebês que precisam ficar internados.

Devido à escassez de pesquisas em UN em nível nacional e mundial, com abordagens metodológicas consagradas, mais estudos dessa natureza são necessários para melhor compreender essa situação.

### 3.6 Referências

ALBUQUERQUE, K. A; OSÓRIO, M. M. Cumprimento dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em “hospitais amigos da criança” em Recife-Pernambuco. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 4, n. 3, p. 1441-49, 2010.

ALONSO-DÍAZ, C. et al. Breastfeeding Support in Spanish Neonatal Intensive Care Units and the Baby-Friendly Hospital Initiative A National Survey. **Journal of Human Lactation**, v.32, n. 4, p. 613-26, 2016.

BENOIT, B.; SEMENIC, S. Barriers and facilitators to implementing the baby-friendly hospital initiative in neonatal intensive care units. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 43, n. 5, p. 614-24, 2014.

BOCCOLINI, C. S. et al. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría**, v. 54, n. 3, p. 141-147, 2015.

BRODRIBB, W.; KRUSKE, S.; MILLER, Y. D. Baby-friendly hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, p. 2012-556, 2013.

CARVALHO, K. E. G. et al. History and memories of the human milk bank of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) in Recife, Pernambuco, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 4, p. 477-81, 2010.

CARVALHO, M. L. et al. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 119, 2016.

FORRESTER-KNAUSS, C. et al. The baby-friendly hospital initiative in Switzerland: trends over a 9-year period. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 4, p. 510-6, 2013.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 183-184, 2014.

GRGURIĆ, J. et al. A multifaceted approach to revitalizing the baby-friendly hospital initiative in Croatia. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 3, p. 568-73, 2016.

HAIEK, L. N. Measuring compliance with the Baby-friendly Hospital Initiative. **Public health nutrition**, v. 15, n. 5, p. 894-5, 2011.

HAIR, A. B. et al. Beyond necrotizing enterocolitis prevention: Improving outcomes with an exclusive human milk-based diet. **Breastfeeding Medicine**, v. 11, n. 2, p. 70-4, 2016.

HONGO, H. et al. Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers? **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 6, p. 1252-62, 2015.

HUTCHINSON, B. Importance of establishing Neonatal BFHI standards in neonatal units. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 15, n. 4, p. 167-8, 2015.

KAIR, L. R.; COLAIZY; T. T. Breastfeeding continuation among late preterm infants: Barriers, facilitators, and any association with NICU admission? **Hospital pediatrics**, v. 6, n. 5, p. 261-8, 2016.

LEVITT, C. et al. Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals: comparing 1993 with 2007. **Birth**, v. 38, n. 3, p. 228-37, 2011.

LILLEHOJ, C. J.; DOBSON, B. L. Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative Steps in Iowa Hospitals. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 41, n. 6, p. 717-27, 2012.

LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 2016.

LOPES, S. S. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Avaliação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 4, p. 488-93, 2013.

MAASTRUP, R. et al. Breastfeeding support in neonatal intensive care: a national survey. **Journal of human lactation**: official journal of International Lactation Consultant Association. v. 28, n. 3, p. 370-9, 2012.

MOSHER, C. et al. Self-reported breastfeeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. **BMJ open**, v. 6, n. 12, p. p. e012890, 2016.

MUNN, A. C. et al. The impact in the United States of the baby-friendly hospital initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. **Breastfeeding Medicine**, v. 11, n. 5, p. 222-30, 2016.

NAIDON, A. M. et al. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

NIGAM, R. et al. Breastfeeding practices in baby friendly hospitals of Indore. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 77, n. 6, p. 689-90, 2010.

NYQVIST, K. H.; KYLBERG, E. Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. **Journal of Human Lactation**, v. 24, n. 3, p. 252-62, 2008.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289-96, 2012.

\_\_\_\_\_ et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 300-9, 2013.

\_\_\_\_\_ et al. Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. **Core document with recommended standards and criteria**. Nordic and Quebec Working Group, 2015.

NOBARI, T. Z. et al. Baby-Friendly Hospital Initiative and Breastfeeding Among WIC- Participating Infants in Los Angeles County. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 4, p. 677-83, 2017.

PEDRAS, C. et al. Breastfeeding of very low-weight infants before and after implementation of the baby-friendly hospital initiative. **Journal of tropical pediatrics**, v. 58, n. 4, p. 324-6, 2011.

PERRINE, C. G. et al. Vital signs: improvements in maternity care policies and practices that support breastfeeding—United States, 2007–2013. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 64, n. 39, p. 1112-7, 2015.

PETRUSKAVICH, S. et al. Leading the Baby Friendly Initiative in a NICU: One Hospital's Journey to Ignite the Change. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 13, n. 3, 133-6, 2013.

POUND, C. et al. Hospital Staff's Perceptions with Regards to the Baby-Friendly Initiative: Experience from a Canadian Tertiary Care Centre. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 4, p. 648-57, 2016.

PURDY, I. B.. et al. Neonatal Nurses NICU Quality Improvement. **Advances in Neonatal Care**, v. 17, n. 1, p. 33-44, 2017.

ROCHA, L. B. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 6, n. 3, 2018.

SEMENIC, S. et al. Barriers, Facilitators, and Recommendations Related to Implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI) An Integrative Review. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 317-34, 2012.

SOUZA, M. F. L. et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 502-8, 2011.

TAYLOR, C. et al. Staff perceptions and experiences of implementing the Baby Friendly Initiative in neonatal intensive care units in Australia. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 40, n. 1, p. 25-34, 2011.

VANNUCHI, M. T. O.; MONTEIRO, C. A.; RÉA, M. F. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 5, p. 102-7, 2012.

VENANCIO, S. I. et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, n. 2, p. 914- 8, 2012.

WALSH, A. D; PINCOMBE, J.; HENDERSON, A. An examination of maternity staff attitudes towards implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) accreditation in Australia. **Maternal and Child Health Journal**, v. 15, n. 5, p. 597-609, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. **Baby-friendly Hospital Initiative:** Revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital Self-Appraisal and Monitoring. 2009. Acesso em: 24/05/2018. Geneva, Suíça.

Disponível em:

<[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998\\_s4.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998_s4.pdf)>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Baby-friendly Hospital Initiative.** 2015c. Acesso em 24/05/2018. Disponível em:

<<http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>>

\_\_\_\_\_. **Every newborn action plan:** Progress Report. Geneva: WHO, 2015b.

\_\_\_\_\_ et al. **WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.** Geneva: WHO, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.** Geneva, Suíça: 2017. Acesso em: 16/11/2018. Geneva, Suíça. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;jsessionid=277992D9ABF461C1AA52493FA9C13605?sequence=1>>

\_\_\_\_\_. **The Ten Steps to Successful Breastfeeding.** Nutrition. 2018. Acesso em: 31/08/2018. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/bfhi-poster-A2.pdf?ua=1>

## ESTUDO 2

**TAYNARA CAETANO LEME<sup>1</sup>**

**EDILAINE GIOVANINI**

**ROSSETTO<sup>2</sup>**

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina  
UEL.

Email: tayleme@live.com

2. Enfermeira. Doutora em Ciências. Orientadora. Professor  
Associado. Universidade Estadual de Londrina.  
UEL.

**INQUÉRITO NACIONAL DE AUTOAVALIAÇÃO SOBRE A EXPANSÃO DA  
INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA PARA UNIDADES  
NEONATAIS BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE SELF  
ASSESSMENT IN NEONATAL WARDS: A NATIONAL SURVEY**

### **RESUMO**

Estudos apontam que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) trouxe, indiretamente, impactos positivos na amamentação em unidades neonatais. Entretanto, persiste a necessidade de implementação de medidas específicas que atendam às necessidades do prematuro. Desde 2012, a expansão da IHAC para unidades neonatais (IHAC-Neo) propõe recomendações para o apoio do aleitamento materno em prematuros e bebês doentes. Este estudo objetivou mensurar a conformidade das práticas das unidades neonatais brasileiras com aquelas preconizadas pela estratégia IHAC-Neo, por meio de inquérito de autoavaliação. Foi realizado estudo transversal, quantitativo do tipo survey eletrônico. O instrumento utilizado foi o questionário de autoavaliação da IHAC-Neo traduzido para o idioma português. As respostas foram analisadas em pontuações parciais e gerais de adesão que variaram de 0 a 100 por Princípio Norteador, Passo e Código e foram analisadas de acordo com o estado e região do país, a natureza das unidades, bem como a acreditação prévia à IHAC convencional. Participaram 79 unidades das 5 regiões do país; sendo 70,9% unidades de terapia intensiva dentre os três níveis existentes (I, II, III); 57% eram instituições não públicas; a região Sul obteve maior número de respondentes (45,6%); 50,6% eram instituições já credenciadas a IHAC convencional; e a categoria profissional predominante dos respondentes ao questionário era de enfermeiros (65,9%). O escore geral global foi 74; as regiões Nordeste e Sul obtiveram a mais alta pontuação (79) e a região com menor adesão foi a Sudeste (63). Foram encontradas diferenças estaticamente

significativas entre os escores parciais do Princípio Norteador 2 (Cuidado Centrado na Família), Passos 1 (política de aleitamento materno (AM) escrita), 2 (treinamento da equipe), 3 (informação à gestante de risco), 5 (iniciar e estabelecer o AM como critério único), 6 (aleitamento materno exclusivo), 7 (alojamento conjunto), 10 (continuidade após a alta hospitalar) e Código e nos escores gerais dos Três Princípios Norteadores, Dez Passos e Pontuação Geral. A implementação da IHAC-Neo é um desafio para promover mudanças de ordem estrutural, organizacional e cultural. A média da pontuação nacional alcançada demonstra a ineficácia das práticas referidas pelas unidades neonatais brasileiras para o apoio ao AM, e sugere para as autoridades e governos a necessidade de aumentar seus esforços para promover o AM em unidades neonatais.

**Descritores:** Prematuro. Aleitamento Materno. Avaliação de Serviços de Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

### ABSTRACT

Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) has indirectly brought positive impacts on breastfeeding rates in neonatal wards. Authors report the need for specific measures to premature context. Since 2012, the BFHI Expansion for Neonatal Units (Neo-BFHI) provides recommendations for support of breastfeeding in preterm and sick babies. This study aimed to measure the compliance of Brazilian neonatal units with the Neo- BFHI. A quantitative, cross-sectional electronic survey. The instrument used was the Neo-BFHI self-assessment questionnaire in the Portuguese language. Responses were summarized in partial and global compliance scores ranging from 0 to 100 by The Three Guiding Principles, Ten Steps and Code and were divided by country region and states, nature of the units, as well as prior BFHI accreditation. 79 wards from the 5 regions of the country participated; 70.9% were intensive care units distributed among the three existing levels (I, II, III); 57% were non-public institutions; the Southern region had the highest number of participants (45.6%); 50.6% were institutions already BFHI accredited and 49.4% did not have the accreditation; the predominant professional category among the participants was nurses (65.9%). The overall score was 74; the Northeast and Southern regions scored the highest scores (79); the lowest score was Southeast (63). Statistically significant differences were found on the partial scores of Guiding Principle 2 (Family Centered Care), Steps 1 (written breastfeeding policy), 2 (staff training), 3 (information antenatal), 5 (initiating and establishing the breastfeeding as unique criterion), 6 (exclusive breastfeeding), 7 (rooming-in), 10 (hospital discharge) and Code; in the general scores of the Three Guiding Principles, Ten Steps and Global Scores. The implementation of the Neo-BFHI in neonatal wards is still an organizational, cultural and physical challenge, however with the involvement of the staff the process becomes more successful. The national score achieved shows that Brazil recognizes the importance of the theme and works to support breastfeeding; authorities and governments should increase their efforts to promote breastfeeding in neonatal wards; further research is needed from different perspectives (staff and parents) to better provide quality care.

**Keywords:** Premature. Breastfeeding. Health Services Research. Baby Friendly Hospital Initiative. Neonatal Intensive Care Units.

## 4.1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alertado para os índices de prematuridade mundiais crescentes a cada ano (WHO, 2015a). A mortalidade devido a complicações causadas pelo parto prematuro ainda é alta, e é responsável por aproximadamente 45% das mortes neonatais (LIU et al., 2016). O Brasil ocupa o ranking entre os 10 países com os maiores índices de mortalidade neonatal. As consequências desses índices influenciam no crescimento e desenvolvimento dos bebês até a vida adulta (WHO, 2015a), além de elevar os custos com cuidados intensivos neonatais e também com a saúde e educação (LIU et al., 2016).

Editorial recentemente publicado na revista Lancet, afirma que nenhum país atende, em nível global, aos padrões recomendados para o investimento econômico e implantação de políticas para apoiar devidamente a amamentação (THE LANCET, 2017). Agências internacionais e organizações não-governamentais lideradas pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e pela OMS compararam tal desempenho de quase 200 países norteados por sete indicadores base: financiamento para programas de aleitamento materno (AM), implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, licença maternidade paga, práticas adequadas de AM nas maternidades, apoio à amamentação, apoio comunitário para amamentação e sistemas de monitoramento de desempenho das políticas nacionais; e nenhum país teve pontuação elevada em todos os indicadores (THE LANCET, 2017). O editorial apontou ainda, que, apenas seis países: Armênia, Cuba, Gâmbia, Guatemala, Nepal e Vietnã atingiram o padrão mínimo em mais da metade dos indicadores, o que chama atenção para os países desenvolvidos que não possuem registros sobre as práticas inerentes ao AM, permitindo concluir que esta prática não é valorizada com a importância que merece.

Ademais, a Aliança Global de Aleitamento Materno destaca as penalidades econômicas oriundas da falta de investimento nesta área (WHO, 2017b). Na China, por exemplo, apenas 21% das crianças completam 6 meses de AM, o que está associado a perdas econômicas na ordem de US\$ 66 bilhões/ano, devido aos

custos relacionados ao desenvolvimento cognitivo e dificuldade em reduzir a mortalidade materna e infantil. No mundo, seriam necessários investimentos de 5,7 bilhões de dólares nas sete áreas prioritárias para alcançar o objetivo proposto pela OMS, ou seja, garantir que 50% dos bebês sejam amamentados exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida até 2025 (UNICEF, 2018).

Uma das consequências e custos dessa falta de investimento é a redução da taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) pelo menos até os 6 meses e os prejuízos podem ser ainda maiores nas populações mais vulneráveis como são os prematuros (PT) ou bebês gravemente doentes. O estabelecimento do AM em bebês PT ou doentes é dificultado por muitas barreiras e limitações como a imaturidade fisiológica (pulmonar, suscetibilidade à infecção e complicações neurológicas) e a própria hospitalização (WHO, 2012; WHO, 2015c), a limitação do início precoce da ordenha e amamentação, a não permanência contínua das mães na unidade neonatal (UN), bem como a baixa adesão da prática do contato pele-a-pele ou Método Canguru (MC) e apoio da equipe, além da atenção voltada excepcionalmente à família (IKONEN et al., 2015; SMITH; LUCAS, 2016).

Entretanto, já está bem estabelecido que a amamentação é a melhor condição de promover ao bebê um desenvolvimento saudável, especialmente os PT ou doentes (WHO, 2017). Na década de 90, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi criada e padronizou normas para a proteção, promoção e apoio ao AM para todo o mundo (WHO, 2015a). Apesar das evidências de que a IHAC contribui para o aumento das taxas de AME (GRGURIC et al., 2016; MOSHER et al., 2016; NOBARI et al., 2017; PERRINE et al., 2015) até mesmo nas UN (ALONSO-DIAZ et al., 2016), não se conhece como tem sido o suporte oferecido às famílias pelas unidades de internação neonatal para o sucesso do AME em PT e bebês doentes, nem a magnitude do problema. Considerando todas essas peculiaridades, um grupo de pesquisadores de alguns dos Países Nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia) e Canadá – Província de Quebec se reuniu com a finalidade de propor medidas específicas na proteção, promoção e apoio ao AM para o público neonatal (NYQVIST et al., 2015).

Desde 2012, a Expansão da IHAC para Unidades Neonatais, a IHAC-Neo baseia-se em Três Princípios Norteadores: 1) As atitudes da equipe para com a mãe devem concentrar-se individualmente nela e sua situação; 2) As instalações

devem fornecer um ambiente favorável ao cuidado centrado na família e 3) O sistema de saúde deve garantir a continuidade dos cuidados desde a gravidez até após a alta da criança (NYQVIST et al., 2012). Estes princípios subsidiaram Dez Passos Expandidos para o Sucesso do AM (NYQVIST et al., 2013), que fornece recomendações para início e continuidade do AME no público PT.

Considerando a falta de informação a respeito do cenário internacional de implementação, certificação e sustentabilidade das práticas até mesmo da IHAC convencional, que dirá o conhecimento das práticas atuais em bebês doentes e PT. Para tanto, esse grupo também desenvolveu um instrumento de avaliação que permite mensurar, por meio de escores de adesão, a conformidade das práticas realizadas com as práticas recomendadas pela IHAC-Neo (HAIEK, 2011). A utilização de tal instrumento permitiria a comparabilidade entre as diferentes unidades, regiões, estados e até mesmo entre os diferentes países e continentes. Sob este enfoque, recentemente foi realizado um estudo multicêntrico internacional que utilizou essa ferramenta para avaliar a conformidade mundial com as recomendações da IHAC-Neo dentro de UN, sendo o Brasil um dos 36 países da investigação (MAASTRUP et al., 2018).

Devido à falta de evidências que subsidiem apropriadamente as lideranças políticas e apontem o financiamento necessário, sobretudo com a falta de informação a respeito da implementação e certificação da IHAC, um diagnóstico situacional das práticas estendidas às particularidades do PT, pode-se indicar a realidade atual dessa temática na saúde. Considerando todos estes aspectos, o objetivo deste estudo foi mensurar a conformidade das práticas em UN brasileiras com as diretrizes e práticas da IHAC-Neo para a proteção, promoção e apoio ao AM em prematuros, por meio de inquérito de autoavaliação.

## **4.2 Método**

Estudo tipo transversal na modalidade survey eletrônico, que mediu a adesão das unidades neonatais brasileiras aos Três Princípios Norteadores, aos Dez Passos e ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno baseados na Expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, IHAC-Neo (Quadro 1), na perspectiva de autoavaliação realizada pelos profissionais

responsáveis pela unidade.

Foi realizado um levantamento de UN brasileiras desde o atendimento básico (nível I) para o mais intensivo (nível III), bem como as instituições públicas e não públicas (filantrópicas e privadas). A classificação e a complexidade das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e unidades de cuidados intermediários neonatais (UCIN) brasileiras, teve como guia a Portaria 930, do Ministério da Saúde (MS) publicada em 10 de maio de 2012. As UN foram identificadas com base em um arquivo oficialmente fornecido pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde (CNES) gerenciado pelo MS brasileiro. A população inicial de UN cadastradas era de 1507. Não houve critérios para exclusão e as mesmas não precisavam ser credenciadas à IHAC. Na primeira fase, foi realizado uma busca por meio do site do CNES do nome do responsável e telefone de cada unidade contida no arquivo. Os contatos não encontrados, foram buscados por meio de consulta na internet.

Após essa busca, de agosto de 2017 a julho de 2018, foi realizado contato telefônico com todas as unidades não respondentes, a fim de convidá-las a participar do estudo. Foram desconsideradas as desativadas ou sem sucesso de contato após três tentativas. Durante os telefonemas eram solicitados o nome e e-mail dos responsáveis da instituição.

Posteriormente, os convites eram direcionados via e-mail ao responsável a cada três dias, por cinco tentativas no máximo. O responsável respondia o e-mail com o aceite e o contato do profissional mais adequado para responder ao questionário eletrônico. Os responsáveis eram instruídos a garantir que o questionário fosse respondido pela (s) pessoa (s) com o melhor conhecimento das práticas atuais de amamentação na unidade. Instituições que não retornaram foram consideradas como perdas após as cinco tentativas.

No segundo momento, os profissionais previamente indicados pelo responsável da instituição eram cadastrados em uma plataforma dinamarquesa online denominada EasyTrial. Os participantes foram alocados por números em ordem crescente em uma planilha de Excel® com todos os dados necessários para caracterização posterior como região, estado, e-mail, telefone etc. Cada UN

participante recebia o questionário a ser respondido pelo responsável devidamente cadastrado. O tempo estimado para completar o questionário era de uma hora. Lembretes de e-mail foram disparados em intervalos de uma, duas e três semanas após recebimento do questionário. Quando disponibilizados, foram realizados também telefonemas e lembretes por um período de tempo estendido devido à baixa adesão de respostas. Todos os dados foram tratados confidencialmente. Os questionários não respondidos (pendentes) ou incompletos foram desconsiderados. Portanto, restaram ao final da coleta apenas as UN que responderam 100% do questionário.

As diretrizes e práticas da IHAC-Neo foram medidas com um questionário baseado no Instrumento de Autoavaliação IHAC-Neo, um dos documentos do pacote IHAC-Neo (NYQVIST, 2015). A ferramenta inclui também uma investigação de dados do hospital usada para descrever a caracterização das unidades neonatais. A versão em Inglês do documento original está disponível em <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neobfhi>, a qual foi traduzida e validada para o português (NYQVIST et al., 2015). Embora tenha sido desenvolvido para medir a adesão na avaliação externa ou para monitorar a adesão contínua de instalações designadas, a ferramenta também pode ser usada para planejamento, investigação ou melhoria da qualidade das práticas.

Esse questionário de autoavaliação passou por um teste piloto em vários países, como no Reino Unido, Canadá e Dinamarca. Depois do piloto e também da publicação, foram realizadas algumas alterações na ferramenta que incluíram: conversão das questões de autoavaliação em afirmativas, substituindo a maioria de respostas “Sim / Não” como opções de resposta no documento original por escalas Likert.

A análise usada para avaliar a adesão foi baseada em uma metodologia criada por Haiek (2011). Considerou-se a adesão satisfatória a cada critério, no mínimo 80% de respostas desejáveis, bem como no IHAC convencional. Por exemplo, em relação ao Princípio Norteador 1, se o participante respondeu que 80% das mães relataram que foram adequadamente tratadas com empatia, respeito e sensibilidade, as duas possibilidades de pontuação seriam: 1) 0 (adesão parcial ou insatisfatória do critério) e 1 (critério implementado) (HAIEK,

2011). Respostas na escala Likert de 5 pontos relacionadas às práticas de AM foram numericamente equivalentes a pontuações descritas a seguir: 0 (Nenhum/Nunca), 25 (Não muitos/Raramente) 50 (Metade/Metade do tempo) 75 (Muitos/Frequentemente) e 100 (Todos/Sempre).

Respostas "Sim" equivaleram a 100 pontos; "Não" e "Não sei" a 0 pontos. "Não sei" e respostas "Não se aplica" não foram contabilizadas nos cálculos, visto que a prática apenas foi considerada se o participante estivesse ciente. A maioria dos indicadores foi medida por uma afirmação. Nove indicadores eram medidos por mais de uma afirmação e os pontos atribuídos ao indicador foi a média de cada afirmação. Três indicadores foram divididos em níveis e preenchendo o nível mínimo eram considerados em conformidade com as práticas propostas pela IHAC-Neo.

A adesão foi calculada para cada unidade como a média das medianas dos pontos obtidos para cada indicador medindo os Três Princípios Norteadores (3 PN), Dez Passos e o Código, resultando em 14 escores parciais da unidade. Escores parciais referem-se a cada Princípio Norteador (PN), cada um dos Dez Passos e o Código. Escores gerais referem-se a uma média das medianas dos escores parciais.

A pontuação geral do país foi calculada com a mediana dos escores gerais das unidades. Medianas (ao invés de médias) foram usadas para a pontuação nacional, pois alguns estados tinham números muito baixos de unidades participantes e outros tinham uma distribuição de escores que violavam a suposição de normalidade. Estatísticas descritivas foram utilizadas para analisar os dados por meio do software IBM SPSS Statistics® 20. As médias foram apresentadas em tabelas com valor de  $p$  e desvio padrão e as medianas com intervalo interquartil (Figura 1). Escores parciais e gerais foram calculados por estado e região do país, natureza da UN e credenciamento IHAC e também combinações entre eles. O teste  $t$  student para 2 amostras, ANOVA uma via e teste de pós Hoc de Dunnett foram usados para testar diferenças. O  $p$  menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Um relatório de feed-back e referência para cada UN participante foi enviado às unidades por e-mail constando os resultados da unidade e a sua comparação da unidade com o escore nacional

e internacional (Anexo C).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, no dia 02/08/2017 sob o número do parecer 2.197.608 e CAAE: 69249617.7.0000.5231 (Anexo B). Considerou-se autorizado pela instituição quando os responsáveis responderam o aceite da participação na pesquisa, após telefonema e recebimento da Carta Convite por e-mail, bem como a indicação do responsável da (s) unidade(s) neonatal (is).

Posteriormente, o responsável da unidade indicado previamente pelo responsável da instituição, recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado juntamente com o questionário por e-mail. Caso fosse respondido o questionário, foi considerado também o aceite do TCLE.

#### **4.3 Resultados**

No arquivo recebido do MS, constavam 1507 UN incluindo todos os níveis de complexidade, distribuídas entre as cinco regiões do Brasil. Após contato com cada instituição, 28 unidades foram excluídas devido à informação de não estarem ativas (instituição conhecidamente inexistente ou UTIN/UCIN desativada). Restaram 1479 unidades neonatais que correspondiam a 945 instituições brasileiras de natureza, pública ou não pública (filantrópica ou privada). Entretanto, 446 instituições sequer receberam o convite, pois todas as tentativas de contato telefônico e eletrônico foram sem sucesso, e, portanto, foram excluídas. As 499 instituições restantes, que de alguma forma foram contatadas, receberam a carta convite endereçadas ao responsável institucional. Recebemos 13 recusas de participação após o envio das cartas convite, sendo quatro da região Sul e nove da região Sudeste; 404 instituições sequer responderam ao e-mail após cinco tentativas, e somente então, foram excluídas. Restaram 82 instituições brasileiras que deram continuidade ao convite.

O número total de questionários enviados foi 133, pois uma instituição pode ter mais de uma unidade e cada uma deve responder com as suas especificidades. Destas, 46 unidades não responderam o questionário, mesmo

após envio de vários lembretes e telefonemas. Além disso, oito unidades não responderam o questionário por completo, sendo consideradas perdas para as análises. A amostra final foi de 79 unidades participantes, distribuídas em 57 instituições brasileiras das cinco regiões do Brasil. A região com menor número de instituições participantes foi a Centro-Oeste (3), seguida da Norte (6) e Nordeste (7). A região com maior número de instituições participantes foi a Sul (27) seguida da Sudeste (14).

A predominância dos respondentes foi da categoria profissional “enfermeira” (52) e uma pequena maioria das instituições não eram públicas, com representatividade proporcional das duas situações (públicas e não públicas). Em relação ao credenciamento IHAC, os resultados mostram que pouco mais de 50% das unidades participantes já eram credenciadas como Hospitais Amigo da Criança (HAC) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das unidades neonatais participantes por região do país, complexidade, natureza, credenciamento IHAC e categoria profissional do entrevistado. Londrina, Pr – BR. 2018.

Características		Frequência	%
<b>Complexidade</b>	UCIN (Canguru/Convencional)	23	29,1
	UTIN (I, II e III)	56	70,9
<b>Natureza</b>	Pública	34	43,0
	Não pública	45	57,0
<b>Região</b>	Centro-Oeste (DF, MT)	5	6,3
	Norte (AM, PA, TO)	7	8,9
	Nordeste (AL, BA, PE)	11	13,9
	Sudeste (SP, RJ, ES)	20	25,3
	Sul (PR, SC, RS)	36	45,6
<b>Credenciado IHAC</b>			
	Centro-Oeste	2	5,0
	Norte	2	5,0
	Nordeste	4	10,0
	Sudeste	7	17,5
	Sul	25	62,5
	<i>Total</i>		50,6
	Centro-Oeste	3	7,7
	Norte	5	12,8
	Nordeste	7	18,0
Sudeste	13	33,3	
Sul	11	28,2	
<i>Total</i>		49,4	
<b>Categoria profissional</b>	Equipe de Aleitamento	3	3,8
	Médico	4	5,0
	Mais de 1 categoria	7	8,9
	Outros profissionais*	13	16,4
	Enfermeira	52	65,9

\* Profissionais que atuam com ensino e pesquisa, como responsável técnico ou ainda na coordenação da unidade ou instituição, cujas categorias profissionais estão relacionadas a área da saúde exceto médicos e enfermeiras.

Fonte: O próprio autor.

A média da pontuação nacional foi de 74 com escores gerais que variaram entre 53 (menor) no Espírito Santo e 92 (maior) no Rio de Janeiro (Tabela 2 e Figura 1). A variabilidade dos intervalos interquartis foi maior no Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul (Figura 1).

As regiões não apresentaram diferenças significativas entre si quando comparado os escores parciais dos passos, exceto no Passo 1 (política de AM escrita),  $p=0,005$ . Entretanto, se comparado os escores das unidades entre os estados, há diferenças significativas não somente no Passo 1, mas também nos Passos 2 (treinamento da equipe), 3 (informação pré-natal), 7 (alojamento conjunto) e 10 (alta hospitalar), além da adesão global aos 10 Passos e escore geral. Entre os Três Princípios Norteadores, o Princípio Norteador (PN) 2 (cuidado centrado na família) obteve a menor adesão em todas as unidades participantes com mediana 75. Entre os 10 Passos, os Passos 3 e 7 foram os piores colocados, com medianas 50 e 67, respectivamente. Ambos tiveram variações diferenciadas entre os estados, sendo que no Passo 3 houve variação de 0 (ES, SP e RS) a 100 (RJ) e de 17 (ES) a 100 (AM e PE) no Passo 7.

Em um outro contexto, considerando a pontuação do Brasil, de 74 pontos, 57,1% dos estados brasileiros e DF pontuaram acima da média nacional. A predominância foi da região Nordeste, já que os três estados (AL, BA e PE) desta região ultrapassaram a mediana brasileira. A região Sul ficou em segundo lugar, com pontuações maiores que a pontuação nacional, e contou com a participação de dois (PR e SC) dentre os três estados para este resultado. É importante ressaltar que a maioria das unidades que pontuou acima da média dessas duas regiões já possuía credenciamento IHAC. Nas demais regiões, apenas três estados ultrapassaram a média nacional (TO, DF e RJ).

No geral, as UN já credenciadas à IHAC convencional comparadas às não credenciadas, apresentaram melhores escores globais (mediana 81 *versus* 63). O Princípio Norteador 2, Passos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10 e Código tiveram diferença significativas nos valores de  $p$  ( $<0,05$ ). Os escores globais dos Princípios Norteadores e dos 10 Passos e o escore geral também diferiram estatisticamente nessa comparação (Tabela 3). Cabe assinalar que a região Sudeste foi a pior pontuada com escore geral de 63 (Tabela 2) e o estado de São Paulo tinha o menor número de unidades com credenciamento IHAC.

Quanto à natureza, as UN públicas e não públicas também mostraram diferenças de adesão às práticas referentes ao PN 2, Passos 1, 2, 3, 5, 6, 7, além dos 10 Passos, Código e escore geral global (77 *versus* 68,  $p=0,001$ ) conforme a

### Tabela 3.

A maioria das unidades públicas participantes já eram certificadas na IHAC convencional e este fato é inversamente proporcional para as unidades neonatais não públicas participantes.

Os Três Princípios Norteadores tiveram escores parciais (88, 75 e 83, respectivamente) e geral (82), ou seja, a média dos 3 PNs ficou acima da média nacional (74). Dos estados participantes, cinco (TO, AL, BA, SP e RJ) pontuaram 100 no Princípio Norteador (PN) 1 que se baseia na atenção especial voltada a mãe e suas especificidades. Em relação aos 10 Passos, os melhores pontuados no geral foram os Passos 6 (AME) e 9 (uso de chupetas e mamadeiras) com escores parciais 88 e 95, respectivamente (média das medianas dos estados) (Tabela 2).

O Código obteve escore de adesão de 82, com variações entre 57 (ES) a 86 (TO, AL, RJ, PR, SC e RG). Não foram encontradas diferenças significativas entre as regiões e entre estados (Tabela 2). Porém, quando analisada a natureza da unidade enquanto pública ou não pública, bem como em relação ao credenciamento prévio IHAC (Tabela 3), houve diferença estatisticamente significativa no Código, sendo que as UN públicas e credenciadas na IHAC atingiram melhores escores médios de adesão à IHAC-Neo que aquelas que não eram instituições públicas ou que não possuíam certificação IHAC previamente.

Tabela 2. Escores parciais (medianas) por Princípio, Passos, Código e escore geral (média das medianas) das unidades neonatais por estados e região do país. Londrina, Pr. 2018.

Região	Estado	PN 1	PN 2	PN 3	3 PN	Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 4	Passo 5	Passo 6	Passo 7	Passo 8	Passo 9	Passo 10	10 Passos	Código	Escore geral
<b>Norte</b>		88,0	68,0	83,0	77,0	50,0	84,0	63,0	71,0	80,0	88,0	67,0	88,0	92,0	63,0	67,0	82,0	70,0
	Amazonas	88,0	68,0	75,0	75,0	0,0	56,0	25,0	69,0	69,0	100,0	100,0	75,0	100,0		69,0	82,0	70,0
	Pará	88,0	65,0	83,0	78,2	50,0	84,0	63,0	71,0	80,0	88,0	58,0	88,0	81,0	66,0	76,6	82,0	70,0
	Tocantins	100,0	85,0	75,0	85,0	63,0	85,0	88,0	86,0	89,0	75,0	67,0	88,0	100,0	50,0	85,0	86,0	81,0
<b>Nordeste</b>		100,0	81,0	92,0	85,0	75,0	88,0	69,0	80,0	83,0	75,0	75,0	88,0	100,0	63,0	75,0	71,0	79,0
	Alagoas	100,0	81,0	100,0	100,0	92,0	90,0		86,0	97,0	75,0	67,0	100,0	100,0	100,0	92,0	86,0	90,0
	Bahia	100,0	80,5	67,0	82,4	0,0	69,0	69,0	80,0	80,5	75,0	71,0	91,0	100,0	50,0	76,5	64,0	75,0
	Pernambuco	94,0	78,0	100,0	94,0	83,5	82,5	56,5	40,0	74,0	81,5	100,0	84,5	100,0	69,0	83,0	78,5	80,0
<b>Centro-Oeste</b>		88,0	64,0	83,0	78,0	25,0	56,0	50,0	69,0	83,0	88,0	67,0	88,0	95,0	69,0	63,0	71,0	66,0
	Distrito Federal	88,0	73,0	83,5	83,0	100,0	77,5	100,0	70,0	81,5	88,0	83,5	84,5	97,5	75,0	84,5	62,5	83,5
	Mato Grosso	88,0	58,0	83,0	77,7	0,0	43,0	25,0	64,0	83,0	88,0	25,0	88,0	95,0	63,0	62,7	71,0	64,0
<b>Sudeste</b>		100,0	71,5	83,0	80,5	0,0	45,5	6,5	65,0	76,5	75,0	54,5	75,0	83,0	75,0	55,0	84,0	63,0
	Espírito Santo	75,0	64,0	83,0	75,0	0,0	88,0	0,0	62,0	58,0	50,0	17,0	69,0	60,0	63,0	59,0	57,0	53,0
	São Paulo	100,0	64,0	75,0	82,4	0,0	37,5	0,0	64,5	74,0	75,0	42,0	72,0	81,0	69,0	62,2	84,0	60,0
	Rio de Janeiro	100,0	82,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	85,0	90,0	100,0	67,0	94,0	100,0	94,0	98,0	86,0	92,0
<b>Sul</b>		88,0	75,5	83,0	84,0	96,0	83,0	63,0	71,0	80,0	88,0	67,0	81,0	94,5	81,0	77,5	86,0	79,0
	Paraná	88,0	70,5	92,0	81,9	96,0	89,0	63,0	68,5	83,0	88,0	58,0	88,0	97,5	81,0	81,1	86,0	79,0
	Santa Catarina	94,0	84,0	83,0	88,9	100,0	81,5	63,0	74,5	78,0	88,0	87,5	81,0	89,0	84,5	82,4	86,0	81,0
	Rio Grande do Sul	94,0	71,0	75,0	82,5	25,0	51,5	0,0	69,0	81,5	75,0	33,0	75,0	82,5	56,5	63,9	80,5	61,0
	Valor de p entre os 14 estados	0,859	0,070	0,425	0,385	0,000	0,003	0,005	0,505	0,224	0,217	0,008	0,099	0,095	0,025	0,002	0,481	0,000
	<b>Pontuação Nacional</b>	<b>88,0</b>	<b>75,0</b>	<b>83,0</b>	<b>82,0</b>	<b>75,0</b>	<b>80,0</b>	<b>50,0</b>	<b>71,0</b>	<b>80,0</b>	<b>88,0</b>	<b>67,0</b>	<b>81,0</b>	<b>95,0</b>	<b>75,0</b>	<b>73,0</b>	<b>82,0</b>	<b>74,0</b>
	Valor de p entre as 5 regiões	0,737	0,109	0,973	0,568	0,005	0,060	0,183	0,718	0,623	0,514	0,126	0,224	0,115	0,298	0,066	0,353	0,140

Fonte: O próprio autor.

Figura 1. Escores gerais por estados brasileiros. Medianas com intervalos interquartis. Brasil 2018.

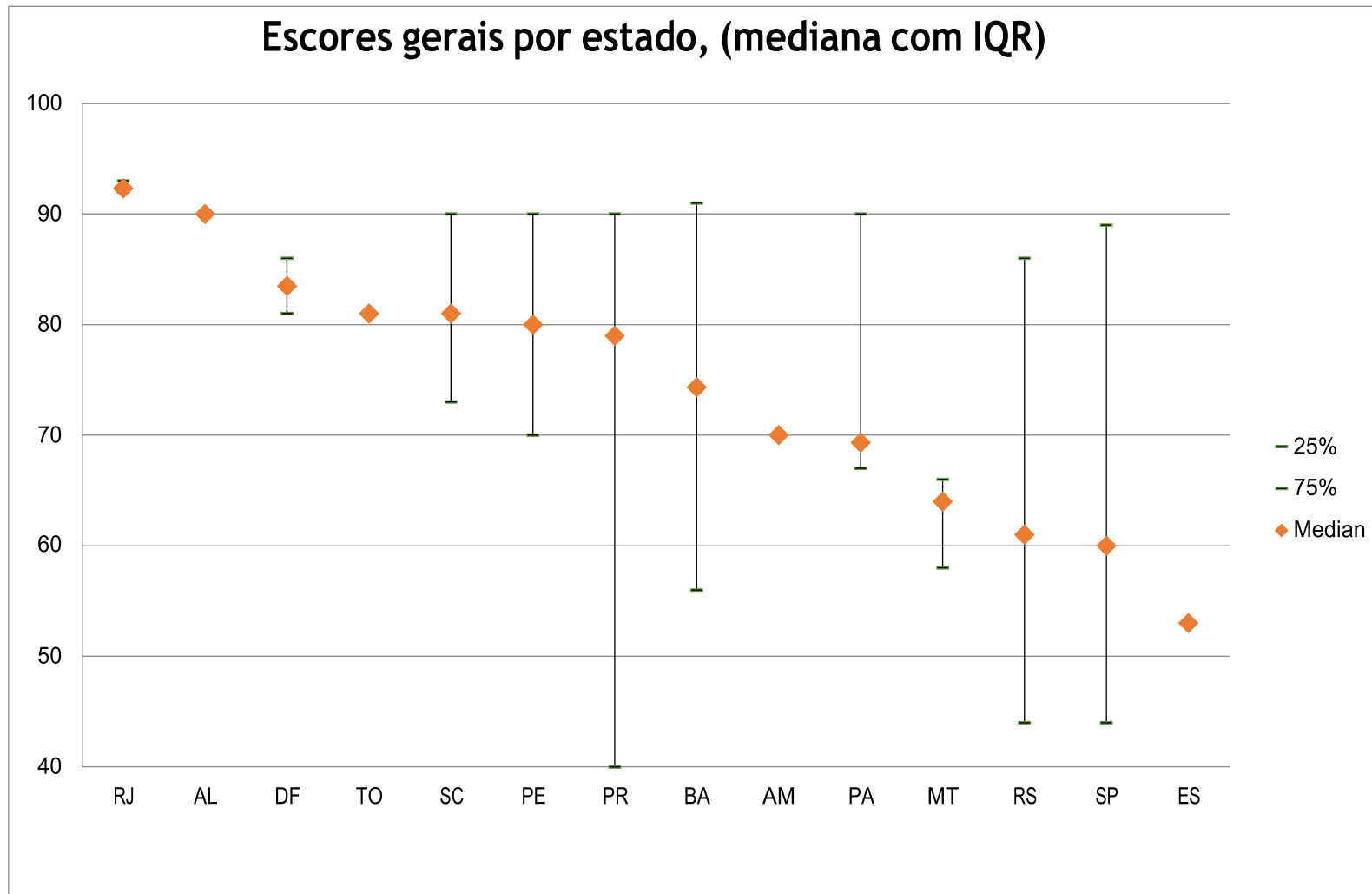


Tabela 3. Escores parciais medianos das unidades neonatais credenciadas IHAC *versus* não credenciadas e unidades de natureza pública e não pública. Londrina, Pr – BR. 2018.

	IHAC (DP) n = 40	Não IHAC (DP) n = 39	Valor de p	Pública(DP)n=35	NãoPública(DP)n=44	Valor de p
PN 1	90,1 (11,6)	89,6 (11,9)	0,841	88,7 (13,5)	90,7 (10,1)	0,469
PN 2	77,0 (10,7)	65,7 (66,7)	0,001	75,1 (12,9)	68,5 (16,1)	0,046
PN 3	84,6 (18,2)	79,5 (16,5)	0,196	82,3 (13,9)	81,8 (20,0)	0,901
3 PN	84,0 (10,5)	78,2 (08,6)	0,010	82,1 (10,2)	80,4 (9,7)	0,441
Passo 1	90,8 (18,7)	16,7 (31,7)	0,000	72,4 (37,2)	39,8 (46,3)	0,001
Passo 2	84,7 (16,7)	55,7 (25,7)	0,000	78,2 (22,0)	64,1 (27,4)	0,013
Passo 3	68,3 (33,6)	25,5 (31,2)	0,000	58,1 (36,7)	38,3 (38,6)	0,028
Passo 4	68,4 (24,1)	60,7 (20,6)	0,134	66,9 (23,7)	62,8 (21,9)	0,436
Passo 5	81,4 (11,4)	74,5 (12,4)	0,012	81,1 (9,8)	75,5 (13,6)	0,038
Passo 6	84,9 (14,8)	75,8 (22,2)	0,036	86,3 (17,0)	75,7 (19,8)	0,013
Passo 7	71,9 (24,0)	49,6 (31,0)	0,001	73,8 (22,6)	50,5 (30,8)	0,000
Passo 8	82,8 (16,7)	77,9 (16,6)	0,185	81,1 (15,0)	79,8 (17,2)	0,739
Passo 9	90,9 (12,8)	82,2 (19,3)	0,022	90,6 (12,9)	83,5 (18,8)	0,051
Passo 10	81,1 (15,9)	60,7 (21,3)	0,000	75,3 (16,6)	67,6 (24,1)	0,137
10 Passos	80,5 (1,11)	58,3 (14,0)	0,000	76,3 (18,2)	64,1 (11,9)	0,001
Código	79,4 (11,0)	68,7(18,9)	0,003	79,5 (1,4)	69,8 (18,2)	0,005
Escore Geral	81,0 (10,0)	63,3 (11,4)	0,000	77,7 (10,0)	68,0 (15,0)	0,001

Nota: PN: princípio norteador; DP: desvio padrão; IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Fonte: O próprio autor.

#### 4.4 Discussão

Este foi o primeiro estudo a avaliar as práticas de apoio, proteção e promoção realizadas comparando com as diretrizes recomendadas pela IHAC-Neo nas UN oriundas de todas as regiões do país.

O critério da adesão de pelo menos 80 pontos para se considerar a estratégia IHAC-Neo satisfatoriamente implementada demonstra que os escores gerais das UN não atingiram, em sua maioria, a recomendação, uma vez que tivemos como escore médio mais baixo a pontuação 53. Dos estados participantes, apenas seis pontuaram acima do mínimo. Entende-se desta forma que as Este recomendações propostas pela IHAC não estão implementadas, ou estão sendo seguidas parcialmente ou ocasionalmente, quer dizer, não são práticas consolidadas. Esse critério pode parecer arbitrário, mas é um ponto de corte que assegura que ao encontrarmos as respostas desejáveis em 80% das vezes, quer dizer que na maioria das vezes é aquilo que acontece e somente por exceção ou motivos justificáveis, encontraremos situação adversa àquela recomendada.

Por se tratar de autoavaliação, quando o trabalhador afirma que sempre ou na maioria das vezes ocorre determinada situação, esta é a prática considerada implementada. Afinal, a exceção não pode ser encontrada tão frequentemente, e se deixar de ser exceção, indica falta de padronização ou consolidação das práticas, divergências nas condutas e situações. No caso do processo de amamentar um PT, o qual é demasiadamente complexo, as divergências podem gerar insegurança materna, familiar, enfraquecimento do papel familiar, desânimo e desmotivação, que contribuem para o insucesso do AME (SMITH; LUCAS, 2016).

A pontuação nacional, ou seja, o escore geral global também ficou abaixo do preconizado de 80% (74), e é resultante da média do escore geral de cada estado. O escore geral de cada estado foi calculado por meio da média das medianas de todos os 14 indicadores (3 PN, Dez Passos e Código) das unidades participantes de cada estado. Os escores de cada Passo, PN e Código (escores parciais) foram calculados pela média das medianas das unidades participantes de todo o Brasil. Isso significa que todos os passos são igualmente importantes e

estão interligados entre si, devendo apresentar seus escores próximos do critério satisfatório. Para tanto, não basta que 50% dos passos estejam totalmente implementados e os demais não. A estratégia está organizada de tal forma que um conjunto de ações são necessárias para o sucesso da amamentação nessa população tão vulnerável. Estudos apontam vários fatores percebidos para o sucesso da implementação da IHAC e afirmam que são necessárias diversas medidas para alcançá-lo (LUBOLD, 2017; LUZ et al., 2018; MAASTRUP et al., 2018; PURDY et al., 2017). Tais informações reforçam a relevância não somente de um ou outro Passo, mas de toda a política e práticas postuladas pela IHAC-Neo.

Se compararmos o escore geral de adesão ao escore geral do estudo internacional realizado com a mesma metodologia envolvendo 36 países de todos os continentes, incluindo o Brasil, este ficou abaixo do escore médio internacional que foi 77 (MAASTRUP et al., 2018). Esperava-se que o nosso país estivesse entre os maiores índices, considerando que é mundialmente reconhecido pelos avanços no desenvolvimento de ações de apoio, proteção e promoção do AM. Com destaque para ações diretamente envolvidas com essa população neste contexto de UN, o Brasil ocupou posição de destaque em número de Hospitais Amigos da Criança (HAC) (LUZ et al., 2018), foi pioneiro na criação da Rede de Bancos de Leite Humano por meio da Portaria MS nº 322/88 e da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças, Lei nº 11.265/2006.

Não obstante, o Método Canguru é uma política pública adotada desde 2007 como modelo assistencial voltado para o cuidado humanizado do prematuro de baixo peso, que além de fortalecer o vínculo da mãe/pai com o bebê, influencia positivamente nas taxas de AM conforme regulamenta a Portaria nº 1.683/2007. Os achados dessa investigação podem indicar que apesar de todas as ações e políticas desenvolvidas, dada a complexidade do processo de amamentar um PT e bebê gravemente doente, há que se adotar políticas especificamente voltadas para o fortalecimento do papel familiar bem como mudanças estruturais nesse contexto, conforme previsto nos PN que embasam os 10 Passos preconizados pelo IHAC-Neo a fim de alcançar o sucesso desejado.

As diferenças observadas entre os estados brasileiros também mostram a diversidade das realidades atuais no país. Os maiores escores de unidades

credenciadas na IHAC em relação às não credenciadas confirmam os benefícios da IHAC convencional repercutindo positivamente sobre o apoio ao AM nas UN, em acordo com as evidências de publicações anteriores (ALONSO-DIAZ et al., 2016; FORRESTER-KNAUSS et al., 2013; GRGURIC et al., 2016; LEVITT et al., 2011; MAASTRUP et al., 2018; MOSHER et al., 2016; NOBARI et al., 2017; PERRINE et al., 2015; VENANCIO et al., 2012). O fato de 50% das unidades participantes serem credenciadas como IHAC pode ser considerado um fator importante na implementação da IHAC-Neo, já que a cultura de AM já existente facilita a possibilidade de ajustes inerentes à especificidade do PT. Segundo relatos de Petruskavich et al. (2013), a implementação da IHAC-Neo é um desafio estendido a qualquer local, porém é possível com a ajuda da equipe multiprofissional. Qualquer nova intervenção nas unidades neonatais demanda tempo e treinamento adequado (BENOIT; SEMENIC, 2014). Porém, podemos dizer que as instituições que já conhecem e aplicam as propostas e práticas da IHAC convencional não demandam intensos esforços para sensibilização a respeito deste tema quando voltado ao PT. Outro fator importante é que a IHAC convencional possui algumas recomendações que são aplicáveis tanto à maternidade quanto às UN, como por exemplo, o Passo 6 contribuir para o abandono do uso de fórmulas e priorizar o leite materno, apesar de demandar ações diferenciadas para cada contexto (VANNUCHI et al., 2012).

Um estudo de 2012 que avaliou a continuidade do AME em bebês PT de muito baixo peso, encontrou que o fato de uma instituição ser credenciada na IHAC influenciou positivamente nos índices de AME após a alta hospitalar (PEDRAS et al., 2012). O Passo 1 (política de AM escrita) que apresentou diferenças significativas em todos os critérios avaliados, demonstra a importância de se ter uma política que oriente e sustente a prática com diretrizes claras, conforme já citado por Taylor et al. (2011). Principalmente porque é importante o seguimento do AM de PT após a alta hospitalar, exatamente como recomenda o Passo 10 da IHAC-Neo (NYQVIST et al., 2013). Pesquisas tem frequentemente evidenciado que esses índices caem gradativamente após a alta hospitalar, inclusive, uma coorte publicada identificou que, após a alta hospitalar de prematuros, os índices de aleitamento diminuiram 15% ao longo de duas semanas (LUZ et al., 2018). Um estudo de 2016 já havia encontrado que o

cumprimento rigoroso de todos os Passos propostos pela Iniciativa, poderiam trazer melhores resultados, mesmo em instituições acreditadas (MOSHER et al., 2016), ou seja, o credenciamento IHAC em uma instituição não garante o aumento nas taxas de AM, mas contribui e facilita o processo, principalmente se houver uma equipe alinhada e o cumprimento rigoroso de cada critério.

A padronização por meio de uma política escrita que embasa a exclusividade da amamentação, fortalece as práticas cotidianas adicionadas ao treinamento constante da equipe, a fim de sustentar evidências trazidas pela Iniciativa (NYQVIST et al., 2015). É provável que as melhores pontuações observadas nas regiões Nordeste e Sul estejam relacionadas com a maior proporção de unidades credenciadas IHAC, uma vez que outros estudos afirmaram que ter uma política instituída sobre aleitamento materno contribui no aumento dos índices de amamentação (ALONSO-DIAZ et al., 2016; LEVITT et al., 2011; NIGAM et al., 2010; SOUZA et al., 2011; VENANCIO et al., 2012;).

Em relação às diferenças encontradas no Passo 2 (treinamento da equipe), o apoio e a proteção e promoção do AM demanda uma equipe capacitada continuamente na orientação e manejo da amamentação em prematuros que lhes permita dar apoio prático e de qualidade a essas mães (BENOIT; SEMENIC, 2014; NIGAM et al., 2010; TAYLOR et al., 2011). Estas orientações são bastante específicas e requerem muita consistência entre os diferentes membros da equipe. Relatos sobre a importância desse apoio já foram consistentemente encontrados pelas pesquisas, afirmando que essas “especialistas” fizeram a diferença no incentivo do AME (MUNN et al., 2016; PURDY et al., 2017; SMITH; LUCAS, 2016). O apoio eficaz é importante desde o início do AM, quando as mães vivenciam pela primeira vez essa experiência do amamentar, durante toda a internação quando o processo de estabelecer o AM deve ocorrer até o período após a alta hospitalar, quando frequentemente surgem as dúvidas pela ausência da equipe e a sua manutenção precisa ser assegurada.

Sobre o Passo 3 (informação a gestantes de risco) as diferenças encontradas podem estar relacionadas a diversos fatores. Um deles é que as mães costumam se informar por meio do conhecimento de seus familiares e não da equipe de saúde (GOMES et al., 2015). O Passo 3 é um componente

primordial proposto pela IHAC-Neo, pois, se orientada previamente, a gestante pode ser preparada nos aspectos emocionais e psicológicos para o enfrentamento do contexto de um bebê internado, muitas vezes impossibilitado de mamar. Para este enfoque, uma das possibilidades de ação é levá-la a conhecer a realidade de uma UN, local que seu bebê pode ser encaminhado posteriormente, antecipando essa realidade.

A responsabilidade de fornecer informações sobre amamentação a essas mães cabe à equipe, visto que desempenham um elo vital para encorajar a gestante e também sua família a respeito do tema (PURDY et al., 2017) e pode contribuir no fortalecimento do binômio mãe- bebê. Apesar da efetividade do apoio da equipe de saúde para o sucesso da IHAC, ainda existe uma falta de compreensão das responsabilidades e práticas entre equipes diferentes, que podem gerar tensões entre as unidades e impor barreiras no sucesso de sua implementação (ANTUNES et al., 2017; NYQVIST et al., 2015; TAYLOR et al., 2011). Estudo recente que avaliou internações de bebês doentes e PT em UTIN apontou que algumas mães foram comunicadas da necessidade de internação do bebê na UTIN apenas no momento do nascimento do seu filho, enquanto outras já haviam sido informadas previamente devido às intercorrências durante a gestação (NAIDON et al., 2018).

Não há dúvidas que a amamentação deve ser iniciada o mais breve possível (BOCCOLINI et al., 2015; LEITE et al., 2016; REIS et al., 2017; ROCHA et al., 2017) devido seu potencial para influenciar na redução da mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2015). O Passo 5 preconiza a estabilidade do bebê como único critério decisório para o início da sucção. As diferenças nas práticas das unidades referentes a este passo foram encontradas entre as unidades de natureza pública ou não pública e/ou também credenciadas ou não à IHAC, bem como ocorreu com o Passo 6, que trata sobre não oferecer alimentos ou outras bebidas a não ser leite humano aos RNs, salvo a critério médico. É provável que essas duas práticas nas instituições de natureza pública, reconhecidas como Amigas da Criança estavam mais avançadas em acordo com as políticas e práticas propostas pela IHAC convencional.

Em relação ao Passo 7 que preconiza o alojamento conjunto (AC), no caso

da IHAC-Neo, requer uma mudança substancial para promover a permanência da mãe continuamente com o seu bebe internado. A maior parte dos estudos demonstra maior prevalência de AC em países do Norte Europeu e países nórdicos, ou seja, países desenvolvidos, quando comparado com países da América Latina, África e Ásia (ALONSO-DIAZ et al., 2016; MAASTRUP et al., 2012; MAASTRUP et al., 2018; PALLÁS-ALONSO et al., 2012). Um estudo apontou que as taxas de AC em UTIN aumentaram significativamente nos países desenvolvidos nos últimos 9 anos (FORRESTER-KNAUSS et al., 2013). Os hospitais devem promover o ambiente propício para que o AME ocorra (PERRINE et al., 2012) e fica praticamente inviável estabelecê-lo consistentemente em livre demanda se o bebe estiver separado de sua mãe.

O AC promove a amamentação, pois fornece subsídios que fortalecem o vínculo familiar e empoderamento dos pais nas decisões (MAASTRUP et al., 2012; NYQVIST et al., 2015) e tem relação com um dos princípios fundamentais da IHAC-Neo, que é o Cuidado Centrado na Família (CCF), que torna a família mais segura e capaz de participar e opinar nas decisões clínicas e de condutas (NYQVIST et al., 2015), além de evitar o estabelecimento do vínculo mãe-bebê (NAIDON et al., 2018). Para uma implementação bem-sucedida, o CCF deve ser integrado à cultura e ao funcionamento de uma UN e o ambiente físico precisa atender a presença dos pais no cuidado de seus bebês (NYQVIST et al., 2012).

A maior diferença entre a IHAC convencional e a Expansão da Iniciativa são os Três Princípios Norteadores. O termo “Princípios Norteadores” enfatiza o contexto de atitudes e todos aspectos da prática relacionados à amamentação em UN, com atenção especial ao PN 2, ou seja, o CCF (NYQVIST et al., 2012). Sendo assim, a diferença estatística também encontrada na adesão geral dos Três PN em unidades credenciadas IHAC e unidades não IHAC, bem como o escore de conformidade com os Dez Passos, reforça a necessidade de adaptação e expansão proposto pela IHAC-Neo, devido às diferentes situações enfrentadas por bebês prematuros e doentes e suas mães, em comparação com bebês a termo e suas famílias (NYQVIST et al., 2015). Não obstante, pelo fato da IHAC convencional comprovadamente contribuir diretamente nos índices de AM (ALONSO-DIAZ et al., 2016; LEVITT et al., 2011; NIGAM et al., 2010; ROSENBERG et al., 2008; SOUZA et al., 2011; VENANCIO et al., 2012), a

adesão às recomendações da IHAC em UTIN se mostrou maior em instituições que já eram credenciadas à IHAC convencional, isto é, a implementação prévia de uma política pública de AM pode facilitar a adesão as práticas específicas das UN.

O Passo 10 que preconiza a continuidade da assistência após a alta hospitalar é semelhante ao Passo 10 da IHAC convencional, porém, sabe-se da grande dificuldade em estabelecer e manter o AME dos PT, principalmente após a alta hospitalar (LUZ et al., 2018). Conforme publicações anteriores (AZEVEDO; CUNHA, 2013; FREITAS et al., 2016; LUZ et al., 2018; MÉIO et al., 2018; WALTY; DUARTE, 2017), o seguimento da amamentação no domicílio já havia sido relatado como um dos maiores desafios encontrados em relação à manutenção do AME. É necessário ampliar discussões a respeito do tema, que pode ser confirmado com as discrepâncias demonstradas entre os 14 estados participantes. No Brasil, há carência de acesso a serviços, particularmente de maior complexidade, acentuadamente em regiões como Norte e Centro-Oeste. A região Sul obteve os melhores escores no geral e em relação ao Passo 10 e quanto mais próximo do extremo Norte, menores foram os índices de adesão a este passo.

Em relação ao Código, o fato de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre as unidades, pode estar relacionado ao investimento do país em fórmulas infantis, ocupando a décima posição nos rankings mundiais (ROLLINS et al., 2016). Em contrapartida, o Brasil é referência em aleitamento materno em nível global, e para ser Amigo da Criança, o hospital deve cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL) – que corresponde ao nosso Código brasileiro. Esperávamos que os escores de conformidade estivessem bem estabelecidos em todos os estados. Dos 14 estados, apenas oito pontuaram acima de 80% de adesão nesse quesito, ou seja, o equivalente a pouco mais da metade (57,1%).

Este estudo conseguiu abranger UN das cinco regiões de um país tão continental pela sua magnitude, com metade dos participantes já credenciados à IHAC, o que permitiu uma comparação das diferenças encontradas entre os dois grupos (IHAC e não IHAC) e permitiu demonstrar alguns impactos dessa política

pública em nosso cenário atual.

Apesar de não excluir qualquer UN brasileira, o desconhecimento nacional do número exato de unidades existentes no país, bem como a falta de acesso a todas elas, e ainda, baixa adesão de respostas, contribuíram para que esse estudo não possa representar a realidade do país. É importante ressaltar que apesar do grande número de unidades/instituições que constavam no arquivo do MS, acredita-se que possíveis inconsistências inerentes ao cadastro das instituições no CNES ou mesmo da disponibilização em arquivo não estavam completamente atualizadas, devido à enorme dificuldade encontrada quanto ao retorno dessas instituições em relação à participação, mesmo após realização de telefonema prévio para explicar sobre o estudo e solicitar os dados para envio ao diretor. Algumas instituições não forneceram o e-mail e dados do responsável pela instituição e pediam que fosse enviado ao e-mail da secretária, a fim de repasse. O processo de respostas tornou-se moroso e é provável que algumas informações foram perdidas nesse processo, o que justifica o grande número de instituições sem resposta.

Pesquisas futuras devem ser realizadas a fim de avaliar os mesmos critérios por outras perspectivas, como por exemplo, a visão dos pais e também do restante da equipe atuante, a fim de promover o direcionamento para um cuidado holístico e uma assistência de qualidade. É importante ressaltar ainda, que as respostas foram obtidas por meio da perspectiva de profissionais de instituições, isto é, não existiu observação por avaliador externo, bem como entrevistas estruturadas com os profissionais ou as mães dos bebês.

Considerando a proposta da IHAC-Neo e a hipótese inicial de que, no Brasil, as práticas atuais para proteção, promoção e apoio ao AM em PT não estão em consonância com as práticas recomendadas como ideais para o bom desempenho e sucesso do AM em PT e RN doentes, podemos considerá-la verdadeira, já que a pontuação nacional não atingiu o mínimo de 80% de adesão estabelecido pelos critérios das diretrizes para que seja considerado em conformidade com as recomendações da IHAC-Neo.

## 4.5 Conclusão

Uma pontuação nacional de adesão as práticas recomendadas pela IHAC-Neo de 74 demonstra que as UN brasileiras investigadas reconhecem a importância do AM e trabalham efetivamente na promoção e apoio a este tema. Entretanto, não foi atingido a adesão satisfatória, de 80% no mínimo, conforme recomendado pelos critérios da Iniciativa especificamente para o AM dos PT e bebês doentes, o que indicaria uma adesão satisfatória.

Devido ao reconhecimento global a respeito do investimento do país no que diz respeito às políticas públicas de amamentação e ao grande número de instituições credenciadas à IHAC, a investigação nacional possibilitou identificar nós críticos assistenciais ao comparar o cumprimento das recomendações propostas pela IHAC-Neo. Percebe-se que ainda há muito a trilhar em relação ao foco principal da Iniciativa que é o CCF. Mudanças organizacionais, estruturais e culturais necessitam ser implementadas, mudanças visivelmente apontadas pelas diferenças encontradas entre as práticas dos 10 Passos nos diferentes locais. A integração entre as equipes (maternidade e UN) bem como entre a equipe e a família, o conhecimento e seguimento rigoroso da política de AM escrita, além da dificuldade estrutural de manter mãe-bebê na mesma acomodação ou informar previamente desde a gestação de risco sobre os benefícios do AM são algumas delas, sem excluir a dificuldade no seguimento após a alta hospitalar. Portanto, esse diagnóstico poderá direcionar as instituições/unidades, assim como autoridades e governos na implantação de políticas públicas específicas que beneficiem ao prematuro e sua família.

## 4.6 Referências

ALONSO-DÍAZ, C. et al. Breastfeeding Support in Spanish Neonatal Intensive Care Units and the Baby-Friendly Hospital Initiative A National Survey. **Journal of Human Lactation**, v.32, n.4, p. 613-26, 2016.

ANTUNES, M. B. et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 1, p. 19-29, 2017.

AZEVEDO, M., CUNHA, M. L. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após alta hospitalar. **Revista HCPA**. Porto Alegre, RS. Vol. 33, n. 1 (2013), p. 40-49, 2013.

BENOIT, B.; SEMENIC, S. Barriers and facilitators to implementing the baby-friendly hospital initiative in neonatal intensive care units. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 43, n. 5, p. 614-24, 2014.

BOCCOLINI, C. S. et al. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría**, v. 54, n. 3, p. 141-147, 2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS-05. Normas para comercialização de alimentos para lactentes. **Diário Oficial da União** 1988. 21 dez. 1988.

BRASIL. Lei nº 11265, de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Baby-Friendly Hospital Initiative [electronic resource]: revised, updated and expanded for integrated care**. 2006 -- Preliminary version for country implementation. World Health Organization e Unicef. Traduzido Marina Ferreira Rea, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1683 de 12 de Julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2193 de 14 de Setembro de 2006. Define a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 set. 2006.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5418:brasil-e-referencia-mundial-em-aleitamento-materno-diz-opasoms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5418:brasil-e-referencia-mundial-em-aleitamento-materno-diz-opasoms&Itemid=820)>. Acesso em: 10/12/18.

CARVALHO, K. E. G. et al. History and memories of the human milk bank of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) in Recife, Pernambuco, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 4, p. 477-81, 2010.

CARVALHO, M. L. et al. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 207-15, 2016.

ENGSTROM, J. L.; PATEL, A. L.; MEIER, P.P. Eliminating disparities in mother's milk feeding in the neonatal intensive care unit. **The Journal of pediatrics**, v. 182, n. 16, p. 8-9, 2017.

FREITAS, B. A. C. et al. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 2, p. 189-196, 2016.

FORRESTER-KNAUSS, C. et al. The baby-friendly hospital initiative in Switzerland: trends over a 9-year period. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 4, p. 510-6, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo I: Histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde. 78 p, 2008.

GRGURIĆ, J. et al. A multifaceted approach to revitalizing the baby-friendly hospital initiative in Croatia. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 3, p. 568-73, 2016.

HAIEK, L. N. Measuring compliance with the Baby-friendly Hospital Initiative. **Public health nutrition**, v. 15, n. 5, p. 894-05, 2011.

IKONEN, R. et al. Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding. **Advances in neonatal care**, v. 15, n. 6, p. 394-406, 2015.

LEITE, M. F. F. S.. et al. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 20, n. 2, 2016.

LEVITT, C. et al. Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals: comparing 1993 with 2007. **Birth**, v. 38, n. 3, p. 228-37, 2011.

LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 2016.

LUBOLD, A. M. The effect of family policies and public health initiatives on breastfeeding initiation among 18 high-income countries: a qualitative comparative analysis research design. **International breastfeeding journal**, v. 12, n. 1, p. 34, 2017.

LUZ, L. S. et al. Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, n. 6, p. 2876-82, 2018.

MAASTRUP, R. et al. Breastfeeding support in neonatal intensive care: a national survey. **Journal of human lactation**: official journal of International Lactation Consultant Association, v. 28, n. 3, p. 370-9, 2012.

MAASTRUP, R.; HAIEK, L. N.; NEO-BFHI SURVEY GROUP. Compliance with the “Baby- friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards” in 36 countries. **Maternal & child nutrition**, p. e12690, 2018.

MÉIO, M. D. B. B. et al. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2403- 2412, 2018.

MONTEIRO, A. L. M. et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém- nascidos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, 2015.

MOSHER, C. et al. Self-reported breastfeeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. **BMJ open**, v. 6, n. 12, p. e012890, 2016.

MUNN, A. C. et al. The impact in the United States of the baby-friendly hospital initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. **Breastfeeding Medicine**, v. 11, n. 5, p. 222-30, 2016.

NAIDON, A. M. et al. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

NIGAM, R. et al. Breastfeeding practices in baby friendly hospitals of Indore. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 77, n. 6, p. 689-90, 2010.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289-96, 2012.

\_\_\_\_\_. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 300-9, 2013.

\_\_\_\_\_ et al. Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. **Core document with recommended standards and criteria**. Nordic and Quebec Working Group, 2015.

NOBARI, T. Z. et al. Baby-Friendly Hospital Initiative and Breastfeeding Among WIC- Participating Infants in Los Angeles County. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 4, p. 677- 83, 2017.

PALLÁS-ALONSO, C. R. et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. **Pediatric critical care medicine**, v. 13, n. 5, p. 568-577, 2012

PEDRAS, C. et al. Breastfeeding of very low-weight infants before and after implementation of the baby-friendly hospital initiative. **Journal of tropical pediatrics**, v. 58, n. 4, p. 324-6, 2011.

PERRINE, C. G. et al. Baby-friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. **Pediatrics**, v. 130, n. 1, p. 2011-3633, 2012.

PERRINE, C. G. et al. Vital signs: improvements in maternity care policies and practices that support breastfeeding—United States, 2007–2013. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 64, n. 39, p. 1112-7, 2015.

PETRUSKAVICH, S. et al. Leading the Baby Friendly Initiative in a NICU: One Hospital's Journey to Ignite the Change. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 13, n. 3, 133-6, 2013.

PURDY, I. B.. et al. Neonatal Nurses NICU Quality Improvement. **Advances in Neonatal Care**, v. 17, n. 1, p. 33-44, 2017.

REIS, T. S. et al. A Importância da Educação em Saúde Durante o Pré-natal para a Oferta do Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017.

ROCHA, L. B. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 6, n. 3, 2018.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016.

SMITH, R L.; LUCAS, R. Evaluation of nursing knowledge of early initiation of breastfeeding in preterm infants in a hospital setting. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 22, n. 3, p. 138-143, 2016.

SOUZA, M. F. L. et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 502-8, 2011.

TAYLOR, C. et al. Staff perceptions and experiences of implementing the Baby Friendly Initiative in neonatal intensive care units in Australia. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 40, n. 1, p. 25-34, 2011.

THE LANCET. Breastfeeding: achieving the new normal. **The Lancet**. v. 387, n. 10017, p. 387- 04, 2016

THE LANCET. Breastfeeding: a missed opportunity for global health. **The Lancet (London, England)**, v. 390, n. 10094, p. 532, 2017.

VANNUCHI, M. T. O.; MONTEIRO, C. A.; RÉA, M. F. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 5, p. 102-7, 2012.

VENANCIO, S.I. et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, n. 2, p. 914-8, 2012.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, p. 475-90, 2016.

WALTY C. M. F., DUART E. D. O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. **Revista de Enferm do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, p. e1689, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International code of marketing of breast-milk substitutes.** Geneva: Suíça, 1981.

\_\_\_\_\_, UNICEF. **Baby-friendly Hospital Initiative:** Revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital Self-Appraisal and Monitoring. 2009. Acesso em: 24/05/2018. Geneva, Disponível em:  
<[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998\\_s4.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998_s4.pdf)>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born Too Soon.** The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva, Suíça: 2012. Acesso em 19/11/2018. Disponível em:  
<[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998\\_s4.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998_s4.pdf)>

\_\_\_\_\_. **Baby-friendly Hospital Initiative.** 2015a. Acesso em 24/05/2018.

\_\_\_\_\_. **Every newborn action plan: Progress Report.** Geneva: Suíça, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.** Geneva, Suíça: 2017a. Acesso em: 16/11/2018. Geneva, Suíça. Disponível em:  
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;jsessionid=277992D9ABF461C1AA52493FA9C13605?sequence=1>>

\_\_\_\_\_. **Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding Global Breastfeeding Collective – Executive summary.** 2017b. Acesso em 30/08/2017. Disponível em:  
<<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collectiveinvestmentcase.pdf>>

\_\_\_\_\_. **The Ten Steps to Successful Breastfeeding Nutrition.** 2018. Acesso em: 31/08/2018. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/bfhi-poster-A2.pdf?ua=1>

## 5 CONCLUSÃO

A adesão à estratégia IHAC-Neo vem sendo seguida de forma parcial em todo o país se compararmos o escore nacional com o internacional. Entretanto, existe diferença quando observados os estados entre si, já que foram encontrados extremos com estados que pontuaram acima da média e outros abaixo da média dentro de uma mesma região. Além disso, apesar das diferenças significativas encontradas entre instituições credenciadas previamente à IHAC convencional em relação às não credenciadas, foi possível observar que o PN 2 que visa o CCF e os Passos 3 (informação à gestante de risco) e 7 (alojamento conjunto), bem como o Código não cumpriam os critérios considerados satisfatórios, ou seja, o mínimo de 80% de conformidade.

Esse diagnóstico mostra que a IHAC convencional não atende às demandas e especificidades do PT e sua família e que a interação entre as equipes de maternidade e UN é um desafio a ser trilhado, já que nenhuma delas trabalha de forma individual. A diferença significativa encontrada entre os Passos 1 e 2 também reforça essa ideia, considerando que é de extrema relevância a existência de uma política de AM detalhada, clara e concisa à disposição de todos, para sustentar as mudanças assistenciais que apoiam o AM em PT e bebês doentes, bem como a necessidade de frequentes capacitações das equipes.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado entre as diferenças encontradas em instituições públicas e não públicas, pois as públicas visam adequação de praticamente todas as políticas governamentais vigentes e aos projetos de governo, o que faz com que seu orçamento, seu direcionamento de verbas e seu tema de atuação estejam perfeitamente alinhados com o que o governo pretende. Motivados pela redução de custos com assistência remediativa, investimento em saúde e assistência de qualidade, podem servir de modelo para instituições não públicas, que não exige a conformidade com essas estratégias governamentais, porém sempre buscam os melhores resultados e indicadores.

Dessa forma, considera-se que a IHAC-Neo é uma estratégia efetiva que sustenta as mudanças das práticas assistenciais bem como a tríade do AM, com perfil adequado e potencial para se tornar uma política pública brasileira, a fim de

diminuir os desafios encontrados no estabelecimento e continuidade do AM em PT e bebês doentes.

## 6 REFERÊNCIAS

ALVES, N. C. C. et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.

ALONSO-DÍAZ, C. et al. Breastfeeding Support in Spanish Neonatal Intensive Care Units and the Baby-Friendly Hospital Initiative A National Survey. **Journal of Human Lactation**, v.32, n.4, p. 613-26, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Baby-Friendly Hospital Initiative [electronic resource]: revised, updated and expanded for integrated care**. 2006 -- Preliminary version for country implementation. World Health Organization e Unicef. Traduzido Marina Ferreira Rea, 2008.

BURGIO, M. A. et al. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. **Iranian Journal of Public Health**, v. 45, n. 8, p. 970-7, 2016.

CARVALHO, M. L. et al. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 119, 2016.

ENGSTROM, J. L.; PATEL, A. L.; MEIER, P.P. Eliminating disparities in mother's milk feeding in the neonatal intensive care unit. **The Journal of pediatrics**, v. 182, n. 16, p. 8-9, 2017.

ERICSON, J. et al. Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: a register study over 10 years. **BMJ open**, v. 6, n. 12, p. e012900, 2016.

GRGURIĆ, J. et al. A multifaceted approach to revitalizing the baby-friendly hospital initiative in Croatia. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 3, p. 568-73, 2016.

HAIR, A. B. et al. Beyond necrotizing enterocolitis prevention: Improving outcomes with an exclusive human milk-based diet. **Breastfeeding Medicine**, v. 11, n. 2, p. 70-4, 2016.

HAKALA, M. et al. The realization of BFHI step 4 in Finland—initial breastfeeding and skin-to-skin contact according to mothers and midwives. **Midwifery**, v. 50, p. 27-35, 2017.

HONGO, H. et al. Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers? **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 6, p. 1252-62, 2015.

HUTCHINSON, B. Importance of Establishing Neonatal BFHI Standards in Neonatal Units. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 15, n. 4, p. 167-8, 2015.

KAIR, L. R.; COLAIZY; T. T. Breastfeeding continuation among late preterm infants: Barriers, facilitators, and any association with NICU admission? **Hospital pediatrics**, v. 6, n. 5, p. 261- 68, 2016.

LIMA, A. A. et al. Caracterização de recém-nascidos prematuros nascidos em maternidade de referência de alto risco de Maceió, Alagoas. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 32-37, 2018.

LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 2016.

LUZ, L. S. et al. Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, n. 6, p. 2876-82, 2018.

MAASTRUP, R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. **PloS one**, v. 9, n. 2, p. e89077, 2014.

MAASTRUP, R.; HAIEK, L. N.; NEO-BFHI SURVEY GROUP. Compliance with the “Baby- friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards” in 36 countries. **Maternal & child nutrition**, p. e12690, 2018.

MOSHER, C. et al. Self-reported breastfeeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. **BMJ open**, v. 6, n. 12, p. e012890, 2016.

MUNN, A. C. et al. The impact in the United States of the baby-friendly hospital initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. **Breastfeeding Medicine**, v. 11, n. 5, p. 222-30, 2016.

NOBARI, T. Z. et al. Baby-Friendly Hospital Initiative and Breastfeeding Among WIC- Participating Infants in Los Angeles County. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 4, p. 677- 83, 2017.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289-96, 2012.

\_\_\_\_\_ et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 300-9, 2013.

\_\_\_\_\_ et al. Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. **Core document with recommended standards and criteria**. Nordic and Quebec Working Group, 2015.

PASSINI J.R. et al. **Estudo multicêntrico de investigação em prematuridade (EMIP): prevalência e fatores associados com parto prematuro espontâneo**. Hospital da Mulher Prof. Dr José Aristodemo Pinotti. Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS-SP), p. 79, 2014.

PEREIRA-SANTOS, M. et al. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 1, p. 59-67, 2017.

PERRINE, C. G. et al. Vital signs: improvements in maternity care policies and practices that support breastfeeding—United States, 2007–2013. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 64, n. 39, p. 1112-7, 2015.

ODDY, W. H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 109-11, 2013.

ORAS, P. et al. Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 105, n. 7, p. 783-9, 2016.

SILVA, G. R. et al. Prevalência, fatores maternos e aspectos neonatais relacionados à prematuridade em um hospital-maternidade no oeste do Pará. **Revista EM FOCO-Fundação Esperança/IESPES**, v. 2, n. 24, p. 43-56, 2016.

VICTORA, CG. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-90, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International code of marketing of breast-milk substitutes**. Geneva: Suíça, 1981.

\_\_\_\_\_. United Nations Children's Foundation. **Innocenti Declaration**. Florença: UNICEF/WHO,1990.

\_\_\_\_\_, UNICEF. **Baby-friendly Hospital Initiative**: Revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital Self-Appraisal and Monitoring. 2009. Acesso em: 24/05/2018. Geneva, Suíça. Disponível em: <[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998\\_s4.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594998_s4.pdf)>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Baby-friendly Hospital Initiative**. 2015c. Acesso em 24/05/2018. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>>

\_\_\_\_\_. **Every newborn action plan**: Progress Report. Geneva: WHO, 2015b.

\_\_\_\_\_ et al. **WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes**. Geneva: WHO, 2015a.

\_\_\_\_\_ et al. **Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. Geneva: WHO, 2017. Acesso em 24/05/2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>>

\_\_\_\_\_. **The Ten Steps to Successful Breastfeeding Nutrition**. 2018. Acesso em: 31/08/2018. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/bfhi-poster-A2.pdf?ua=1>

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde.

Uma vez que o gestor responsável pela vossa instituição assentiu a participação nesta pesquisa intitulada: “Avaliação da adesão à iniciativa Hospital Amigo da Criança em Unidades Neonatais (IHAC-Neo)”, gostaríamos de convidá-lo a participar como entrevistado (a) da mesma. Esse estudo faz parte de uma pesquisa Internacional de avaliação das políticas e práticas para proteger, promover e apoiar a amamentação em unidades neonatais, da qual o Brasil faz parte. O objetivo é avaliar o cumprimento das recomendações das práticas IHAC-Neo em unidades neonatais em um conjunto de países/regiões e realizar comparações nacionais entre as diferentes regiões, bem como subsidiar as comparações internacionais do nível de implementação das práticas recomendadas pelo IHAC-Neo. Para isto, a sua participação é fundamental, e ela se daria da seguinte forma: você responderá um questionário online em um local de sua preferência, em dia e horário determinado por você. Nesta ocasião, você deve responder a algumas perguntas através de um roteiro estruturado que enviaremos o link via email, composto por questões abertas e fechadas e você poderá interromper a qualquer momento, podendo retomar de onde parou sem perder as perguntas respondidas. Não estão previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis durante o questionário.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins de pesquisa, sendo que as respostas irão gerar dados e tabelas online por um programa estatístico. Ademais, as informações obtidas serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Cada unidade neonatal receberá um código, o que viabilizará a devolutiva para a sua unidade, constando o nível de adesão às práticas conforme as respostas apresentadas. Os benefícios esperados do projeto consistem em propiciar diagnóstico situacional das unidades neonatais em relação às políticas e práticas que protegem, promovem e apoiam o

aleitamento materno entre os prematuros e bebês doentes internados desde o nascimento. Esse diagnóstico pode direcionar o planejamento local, mas principalmente nacional para eleger as prioridades de ações para promover o aleitamento nessas situações em especial.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEL. Este termo pode

ser devidamente preenchido e assinado para ficar arquivado com você. Para nós, o acesso ao link, seguido das suas respostas ao questionário, significarão o seu aceite dos termos colocados aqui neste documento.

Eu,.....  
.....

... (nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edilaine Giovanini Rossetto.

\_\_\_\_\_ Data: .....

Eu, Géssica Silva Nocchelli, Bruna Carolina Ferreira, Taynara Caetano Leme e Edilaine Giovanini Rossetto declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

\_\_\_\_\_ Data: .....

Assinatura do pesquisador

Para dúvidas com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Bruna Carolina Ferreira, Residente em Enfermagem Neonatal (UEL),  
no telefone (24)999317307 email: brunacferreira@hotmail.com

Géssica Silva Nocchelli, Residente em Enfermagem Neonatal (UEL),  
no telefone (44)998434262 email: gessicanocchelli2@hotmail.com

Taynara Caetano Leme, Mestranda em Enfermagem (UEL),  
no telefone (43)999445658 email: tayleme@live.com

Ou então com o orientador da pesquisa:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edilaine Giovanini Rossetto, coordenadora e orientadora do estudo,  
no telefone (43)988376610 email: ediluizrossetto@gmail.com.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEL, no endereço:

Universidade Estadual de Londrina

Rodovia Celso Garcia Cid | Pr 445 Km 380 | Campus

Universitário Cx. Postal 10011 | CEP 86057-970 |

Londrina – PR

Email:

cep268@uel.br

Edilamar dos Anjos -

Secretária (43) 3371-

5455

## APÊNDICE 2

### CARTA CONVITE

Prezada Diretoria/Superintendência do Hospital,

Dirigimo-nos a vossa Senhoria para convidar vossa instituição a participar da pesquisa “Avaliação da adesão às práticas recomendadas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-NEO)”. Desde 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança fornece um conjunto de normas baseadas em evidências para a proteção, promoção e apoio da amamentação nas maternidades em todo o mundo. Em 2009, um grupo de trabalho nórdico e quebequense desenvolveu uma expansão unificada da IHAC para as Unidades neonatais ("IHAC-NEO") com base em evidências científicas, opiniões de especialistas e experiências de implementação de práticas amigas do bebê.

A IHAC-NEO solicita o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, três Princípios Norteadores que foram adicionados como princípios básicos para as etapas, e o Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno e resoluções subsequentes relevantes da Assembléia Mundial da Saúde. A IHAC-NEO visa garantir que todas as mães de bebês admitidos nas Unidades Neonatais, independentemente do método de alimentação, obtenham o apoio de que necessitam.

O objetivo deste projeto é avaliar a adesão às práticas relacionadas com o aleitamento materno propostas pela IHAC-NEO para os serviços de internação neonatal por meio de uma auto-avaliação preenchida eletronicamente pelo coordenador da unidade ou o profissional indicado como melhor capacitado para responder sobre tais práticas. Trata-se de um *Survey* internacional e multicêntrico com a finalidade de obter um diagnóstico situacional mundial, nacional e local sobre as políticas e práticas para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno realizadas em unidades neonatais. Esse estudo será conduzido em mais de 30 países, dos quais o Brasil, com o apoio do Ministério da Saúde, é um deles e conta com a sua autorização para que o profissional possa participar respondendo ao questionário, contribuindo para a viabilidade dessa pesquisa.

Todas as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal brasileiras, de todos os

níveis (tipo I, II e III), bem como as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal e as Unidades Canguru, sejam pública, filantrópica ou privada, estão sendo convidadas a participar, de maneira, que esse diagnóstico situacional servirá de subsídio para nortear a adoção de práticas e políticas que contribuam para o aprimoramento da assistência visando o fortalecimento do aleitamento materno em nosso país no contexto das unidades neonatais.

Além disso, os resultados deste projeto consistirão em: retorno dos seus próprios resultados para o país, por região, por estado, garantindo que as unidades neonatais não sejam identificadas individualmente, e ofereceremos um feed-back secreto dos escores de adesão para a instituição sobre cada unidade neonatal participante. Se o seu hospital tiver mais de uma unidade neonatal que esteja sob coordenação de diferentes gerentes ou tenha diferenças acentuadas de práticas e processo de trabalho (por exemplo, treinamento de enfermeiras e regime parental), cada unidade deve responder seu próprio questionário separadamente contemplando tais diferenças, ainda que seja pelo mesmo profissional.

O questionário deve ser preenchido eletronicamente pela (s) pessoa (s) com o melhor conhecimento das práticas de aleitamento materno na unidade. Em muitos contextos, o profissional mais indicado seria a enfermeira-chefe de unidade neonatal ou médico-chefe (que é a pessoa que tem responsabilidade direta para gerenciar a unidade neonatal) e um profissional experiente ou responsável pelo apoio à amamentação na unidade (se houver). Outros profissionais de saúde na unidade podem ser consultados, se necessário. O mais importante é que o questionário seja respondido com fidedignidade sobre as práticas que, de fato, são realizadas ATUALMENTE na unidade.

Observe que as unidades participantes NÃO precisam estar trabalhando para melhorar a implementação de práticas de amamentação, ou estar em um hospital certificado pela IHAC convencional, ou mesmo estar cientes do programa IHAC. De fato, para a maioria dos países, esta pesquisa servirá como uma medida inicial de base.

Sendo assim, solicito a vossa contribuição com a indicação de um nome por Unidade Neonatal que ficará responsável para responder ao questionário eletronicamente, bem como o seu contato (e-mail pessoal/institucional)

correspondente. A participação de vossa instituição será considerada autorizada mediante tal indicação, que pode ser feita respondendo a este e-mail informando os dados correspondentes.

Para qualquer dúvida, entre em contato com a pessoa responsável por esta pesquisa em seu país. [tayleme@live.com](mailto:tayleme@live.com) celular (43) 999445658.

Certos de sua compreensão, agradecemos sua colaboração,

Taynara Caetano Leme

Membro da Equipe de Pesquisa Nacional

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### AVALIAÇÃO DA ADESÃO COM a Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-NEO)

#### Instruções para preencher o questionário de auto-avaliação

O questionário deve ser preenchido pela pessoa com o melhor conhecimento das práticas de aleitamento materno na unidade. Em muitos contextos, este seria o enfermeiro- chefe da unidade neonatal ou o diretor médico (que é a pessoa que tem responsabilidade direta na gestão da unidade neonatal) e / ou um profissional experiente ou responsável pelo apoio à amamentação na enfermaria (se houver um). Outros profissionais de saúde na unidade neonatal podem ser consultados, se necessário. O mais importante é que o questionário seja respondido por aqueles que conhecem as práticas atuais na unidade. O preenchimento deste

questionário significa o seu aceite pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi apresentado a você no início de seu cadastro no sistema.

As metas da IHAC-Neo visam todos os níveis de cuidados neonatais. Isso vai desde cuidados para bebês prematuros extremos e crianças com condições médicas / cirúrgicas graves, até o cuidar de recém-nascidos prematuros, bebês de baixo peso ao nascer e bebês a termo que podem precisar de monitoramento de curto prazo ou intervenções médicas. **Se o seu hospital tem mais de uma unidade neonatal, cada unidade deve responder ao seu próprio questionário.**

O questionário é organizado seguindo os componentes da IHAC-Neo. Foram formuladas afirmativas para três princípios norteadores, dez passos expandidos e o código para avaliar seu nível de implementação em sua unidade neonatal. Existem 3 tipos de opções de resposta:

- Sim ou Não (ou "Não sei" para determinadas afirmativas)
- Escala Likert variando de "Nunca" a "Sempre"
- Escala Likert variando de "Nenhum" a "Todos".

Você deve escolher a opção que melhor descreve as práticas em sua unidade neonatal.

Há uma seção no final do questionário para escrever comentários relacionados às

suas respostas.

É importante lembrar que para evitar a repetição e encurtar o texto, quando o termo "criança" é usado nas afirmativas, refere-se sempre a bebês em sua unidade neonatal, o termo "**mãe / pai / pais**" refere-se a mães / pais / casal de pais de bebês que são atendidos em sua unidade neonatal, e o termo "equipe" refere-se ao pessoal que trabalha em sua equipe neonatal.

**E lembre-se que este questionário tem como objetivo mensurar a adesão às práticas atualmente implementadas em sua unidade neonatal, e não aquelas que vocês estão trabalhando para alcançar.**

Se você tiver qualquer dúvida ou problemas com o questionário, envie um e-mail ao líder desta pesquisa (e-mail: ediluizrossetto@gmail.com).

**Princípio norteador 1: A atitude da equipe em relação à mãe deve ser focada na mãe individualmente e sua situação.**

Estas afirmativas aplicam-se a todas as mães de lactentes de sua unidade neonatal, se eles são amamentados ou não. Lembre-se que estamos interessados

	Respostas
PN1_1 A equipe clínica trata as mães com sensibilidade, empatia e respeito para a sua função materna. <input type="checkbox"/>	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN1_2 A equipe clínica apoia as mães na tomada de decisões informando sobre produção de leite, amamentação e alimentação infantil. <input type="checkbox"/>	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente

□

em mensurar as práticas atuais, ou seja, como □elas são implementadas atualmente em sua unidade neonatal.

**Princípio norteador 2: A instituição deve prover cuidado centrado na família, apoiados pelo contexto ambiental.**

Essas afirmativas se aplicam a todos os bebês admitidos em sua unidade neonatal, sejam eles amamentados ou não.

<p>PN2_1 A equipe clínica sabe como o cuidado centrado na família está integrado na Unidade neonatal em que trabalham. Os aspectos centrais do cuidado centrado na família são o respeito e a dignidade, informações compartilhadas, participação e colaboração.</p>	<p>Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente</p>
<p>PN2_2 Sua Unidade neonatal está aberta 24 horas por dia, 7 dias por semana, sem restrições:</p>	
<p>PN2_2 a. Para mães:</p>	<p>Sim</p>

	Não
PN2_2 b. Para pais/parceiros:	Sim Não
PN2_3 Os pais começam a participar dos cuidados aos seus bebês nas primeiras 24 horas após o nascimento	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN2_4 As mães são capazes de descansar à beira do leito de seus bebês:	
PN2_4a. Em uma cama/colchão:	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN2_4b. Em uma cadeira com braços ou em uma cadeira reclinável.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente

PN2_4c. Em uma cadeira sem apoio de braço	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
---	---

PN2_5 As mães são capazes de comer próximo de sua unidade neonatal (não importa quem fornece o alimento)	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN2_5a. Capaz de comer na unidade	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN2_5b. Capaz de comer muito perto da unidade (5 minutos a pé ou menos)	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN2_5c. Capaz de comer perto da unidade (6 a 10 minutos a pé).	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN2_6 A iluminação em sua unidade neonatal é individualizada para cada bebê.	Sim Não

PN2_7 O nível sonoro em sua unidade neonatal é baixo	Sempre  Nunca  Raramente
--	--------------------------------------

	Metade do tempo Frequentemente
PN2_8 O ambiente em sua unidade neonatal permite que as mães tenham privacidade.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente

**Princípio norteador 3: O sistema de saúde deve assegurar a continuidade dos cuidados desde a gravidez até a alta do bebê.**

Estas afirmativas aplicam-se a todos os lactentes admitidos na sua unidade neonatal, sejam eles amamentados ou não.

PN3_1 Sua unidade neonatal colabora com outras enfermarias que cuidam de mães e lactentes a fim de assegurar que o apoio à lactação, amamentação e alimentação infantil seja consistente de uma Unidade para outra.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
PN3_2 A equipe clínica sabe sobre o estado de saúde das crianças e plano de Cuidados (incluindo estratégias de apoio à lactação, amamentação e alimentação).	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente

PN3_3 Informações sobre a situação atual e plano de lactação, amamentação e alimentação são incluídos nos relatórios de sua unidade neonatal de quando os bebês são transferidos para a próxima fase de tratamento.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo
□	Frequentemente

**Passo 1: Ter uma política escrita de amamentação rotineiramente comunicada a toda equipe de saúde.**

P1_1 O seu hospital tem uma política escrita de amamentação / alimentação infantil. Se a resposta for Não, vá para a Etapa 2 - Pergunta P2_2	Não sei Sim Não
P1_2 Se a resposta for Sim, a política inclui:	
P1_2 a. Os Três Princípios Norteadores.	Não sei Sim Não
P1_2 b. Os Dez Passos que se aplicam aos cuidados neonatais.	Não sei Sim Não
P1_2 c. O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno se aplica às unidades neonatais.	Não sei Sim Não

P1_3 A política de aleitamento materno / alimentação infantil está disponível para que todos os funcionários que cuidam das mães e bebês possam consultá-lo	Sim Não
P1_4 Um resumo escrito ou uma imagem visual da política são postados ou exibidos em sua unidade neonatal.	Sim Não

P1_5 O resumo da política é publicado na(s) língua(s) mais comumente compreendido pelas mães e funcionários e escrito com palavras simples.	Sim Não
---	------------

**Passo 2: Educar e treinar todo o pessoal nos conhecimentos específicos e habilidades necessárias para implementar esta política**

Se o seu hospital ou Unidade neonatal não tiver uma política de aleitamento materno, vá para Pergunta P 2_2.	
P2_1 Equipe clínica que tenha qualquer contato com mães e seus bebês cuidados na Unidade neonatal, recebem orientação para o aleitamento materno / alimentação infantil quando começam a trabalhar em sua Unidade neonatal.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
P2_2 O pessoal clínico em sua unidade neonatal sabe a importância da Amamentação / aleitamento materno para lactentes prematuros / doentes, incluindo benefícios psicológicos para as mães.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
P2_3 A equipe clínica que trabalha em sua unidade neonatal por um período de 6 meses ou mais receberam um número suficiente de horas de treinamento par Amamentação e lactação.(Nota: O número de horas de treinamento exigido pode variar de acordo com o tipo de trabalho clínico).	

P2_3 a. Equipe de enfermagem:	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
P2_3 b. Equipe Médica:	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
P2_4 Parte deste treinamento inclui um número suficiente de horas de supervisão clínica na Unidade neonatal. (Nota: O número de horas de supervisão requeridas pode variar de acordo com o tipo de assistência clínica).	Sim Não
P2_5 A formação abrange:	
P2_5a Os Três Princípios norteadores.	Não sei Sim Não
P2_5b Os Dez Passos que se aplicam aos cuidados neonatais.	Não sei Sim Não
P2_5c Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno se aplica às Unidades Neonatais.	Não sei Sim Não

P2_5d como fornecer apoio para mães que não amamentam.	Não sei Sim Não
--	-----------------------

**Passo 3: Informar as gestantes hospitalizadas em risco de parto prematuro ou nascimento de uma criança doente sobre os benefícios da amamentação e do manejo da lactação e da amamentação.**

Lembre-se de que estamos interessados em medir as práticas atuais, isto é, como elas são implementadas agora em sua unidade neonatal.

P3_1 O seu hospital internou mulheres grávidas que correm risco de ter bebês admitidos em sua unidade neonatal. Se a resposta for Não, vá para o Passo 4, pergunta P4_1.	Sim Não
P3_2 Mulheres grávidas hospitalizadas que estão em risco de ter bebês admitidos sua unidade neonatal é visitada pelo pessoal clínico de sua unidade para oferecer-lhes informações sobre aleitamento materno e lactação específica à sua situação.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
P3_3 Sua unidade neonatal tem uma diretriz descrevendo as informações sobre amamentação e lactação que a equipe deve fornecer a essas mulheres	Sim Não

**Passo 4: Incentivar o contato pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado/ mãe Canguru.**

Essas afirmativas se aplicam a todos os bebês admitidos em sua unidade neonatal, se eles são amamentados ou não. Referem-se a todos os tipos de contato pele-a-pele (intermitente e contínuo) entre a mãe e o recém-nascido prematuro / baixo peso que necessitam de cuidados neonatais, incluindo contato pele-a-pele como um dos componentes do cuidado mãe canguru. O contato pele-a-pele significa que o bebê é colocado no peito com o pai. A criança deve estar nua, com exceção de uma fralda (touca e meias) para permitir que a face, peito, abdômen, braços e pernas permaneçam em contato pele a pele com o peito e abdômen do pai. O Pai ou outros familiares podem fornecer pele-a-pele / Canguru como um substituto para a mãe.

<p>P4_1 Os bebês são colocados em contato pele-a-pele / canguru com suas mães ou pais em sua unidade neonatal. Se a resposta for Nenhuma, vá para a Etapa 5, pergunta 5_1.</p>	<p>Sempre</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Metade do tempo</p> <p>Frequentemente</p>
<p>P4_2 O seu hospital tem uma sala de parto. Se a resposta for Não, vá para a pergunta P4_6.</p>	<p>Sim</p> <p>Não</p>
<p>P4_3 As próximas afirmações tratam de bebês prematuros estáveis, que nasceram com 28 semanas ou mais de gestação sem grave instabilidade fisiológica associada aos cuidados de rotina e manuseio.</p>	
<p>P4_3a Bebês prematuros estáveis 28-33 semanas de gestação nascidos de parto vaginal, mais frequentemente iniciam contato pele-a-pele com suas mães (pais como um substituto) em seu hospital / enfermaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imediatamente ou dentro de 5 minutos após o nascimento.</li> <li>2. Durante a primeira hora após o nascimento (após os primeiros 5 minutos, mas primeira hora).</li> <li>3. Durante a 2<sup>a</sup> a 24<sup>a</sup> hora de vida (mais de 1 hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida).</li> <li>4. Após o primeiro dia.</li> <li>5. Os bebês nascidos entre 28 e 33 semanas de gestação nunca são atendidos em sua Unidade nos primeiros dias de vida.</li> </ol>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

P4\_3b Crianças prematuras estáveis de 34 - 37 semanas de gestação nascidas de parto vaginal iniciam contato pele-a-pele com suas mães (pai como um substituto) em seu hospital / Unidade:



<p>1. Imediatamente ou dentro de 5 minutos após o nascimento.</p> <p>2. Durante a primeira hora após o nascimento (após os primeiros 5 minutos, mas primeira hora).</p> <p>3. Durante a 2ª a 24ª hora de vida (mais de 1 hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida).</p> <p>4. Após o primeiro dia.</p> <p>5. Os bebês nascidos de 34 -37 semanas de gestação nunca são cuidados na sua unidade nos primeiros dias de vida.</p>	<input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>
<p>P4_4 Os bebês nascem por cesariana sem anestesia geral (Isto é, usando anestesia espinal ou epidural) em seu hospital. Se a resposta for Não, vá para a pergunta P4_6.</p>	<p>Sim</p> <p>Não</p>
<p>P4_5 Bebês prematuros estáveis de 34 - 37 semanas de gestação nascidos de Cesariana sem anestesia geral são colocados no contato pele a pele / canguru com sua mãe (pais como substituto) em seu Hospital / unidade neonatal:</p> <p>1. Imediatamente ou dentro de 5 minutos após o nascimento.</p> <p>2. Durante a primeira hora após o nascimento (após os primeiros 5 minutos, mas primeira hora).</p> <p>3. Durante a 2ª e 24ª hora de vida (mais de 1 hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida).</p> <p>4. Após o primeiro dia.</p> <p>5. Os bebês nascidos de 34 -37 semanas de gestação nunca são cuidados na sua unidade nos primeiros dias de vida.</p>	<input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>
<p>P4_6 Um recém-nascido prematuro inicialmente instável é colocado na posição de contato pele-a-pele / canguru com sua mãe até que a criança tolere transferência para sua unidade neonatal. Se sua unidade não comporta bebês instáveis nascidos nas idades gestacionais nas categorias abaixo, indique que Não há bebês.</p>	

P4_6a Crianças nascidas com menos de 28 semanas de gestação: sem bebês	Sempre  Nunca  Raramente  Metade do tempo  Frequentemente
P4_6b Crianças nascidas entre 28 e 33 semanas de gestação: sem bebês	Sempre  Nunca  Raramente  Metade do tempo  Frequentemente
P4_6c Crianças nascidas entre 34 e 37 semanas de gestação: sem bebês	Sempre  Nunca  Raramente  Metade do tempo  Frequentemente
P4_7 Os recém-nascidos estáveis são autorizados a permanecerem na posição de canguru na sua unidade neonatal continuamente, ou por quanto tempo e tão frequentemente todos os dias quando os pais são capazes e dispostos a fazê-lo	Sim  Não

P4\_8 Em geral, os bebês pré-termo estáveis permanecem em contato pele-a-pele / canguru com os seus pais na sua unidade (por favor, estimar a quantidade total de horas adicionando a duração de todos os episódios em um determinado dia)?

1. Menos de 1 hora por dia

2. De 1 hora a 2 horas por dia

3. De 2 horas a 4 horas por dia

4. De 4 horas a 6 horas por dia

5. De 6 horas a 8 horas por dia

6. De 8 horas a 12 horas por dia	<input type="checkbox"/>
7. De 12 horas a 20 horas por dia	<input type="checkbox"/>
8. 20 horas ou mais por dia	<input type="checkbox"/>
P4_9 As mães são encorajadas a continuar fornecendo contato pele-a-pele / Canguru para os seus bebês estáveis ao longo de sua permanência hospitalar.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Frequentemente

**Passo 5: Mostrar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer o aleitamento materno precoce com estabilidade do bebê como o único critério.**

P5_1 As mães que amamentam têm acesso ao apoio a amamentação em sua Unidade neonatal Sempre que necessário.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Frequentemente
P5_2 A equipe clínica em sua Unidade neonatal ensina as mães como posicionar seus bebês para amamentação.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Frequentemente

<p>P5_3 A equipe clínica da sua Unidade de internação neonatal garante que as crianças que são capazes de sugar no peito não são impedidas de fazê-lo, mesmo durante a noite ou mudança de turnos da equipe.</p>	<p>Sempre</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Metade do tempo</p> <p>Frequentemente</p>
--	--

<p>P5_4 As mães que planejam amamentar são oferecidas informações, apoio e ajuda para a prática com o início da produção de leite dentro de 6 horas do nascimento de seu bebê.</p>	<p>Sempre</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Metade do tempo</p> <p>Frequentemente</p>
<p>P5_5 As mães que precisam iniciar a lactação por ordenha são informadas de que a estratégia ideal é ordenhar seu leite pelo menos 7 vezes nas 24 horas.</p>	<p>Sempre</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Metade do tempo</p> <p>Frequentemente</p>
<p>P5_6 As mães que estão amamentando ou que pretendem fazê-lo são mostradas como ordenhar seu leite à mão ou é dado informações impressas.</p>	<p>Sempre</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Metade do tempo</p> <p>Frequentemente</p>
<p>P5_7a O seu hospital tem uma ou mais bombas elétricas disponíveis para uso das mães. Se a resposta for Não, vá para a pergunta P5_9.</p>	<p>Sim</p> <p>Não</p>
<p>S5_7b As mães que não estão amamentando exclusivamente e que desejam amamentar são apresentadas ou recebem informações impressas / digitais sobre como usar uma bombas elétricas.</p>	
<p>P5_8 A estabilidade do bebê é o único critério para o início precoce da amamentação (isto é, sucção na mama). (Um bebê estável é aquele que responde aos cuidados de rotina e manuseio sem apresentar apneia grave, dessaturações ou bradicardia).</p>	<p>Sim</p> <p>Não</p>

P5_9a Os bebês nascidos entre 34 e 37 semanas de gestação podem ser admitidos em sua Unidade. Se a resposta for Não, vá para a pergunta P10.	Sim Não
P5_9b As mães de recém-nascidos prematuros (34 - 37 semanas de gestação) recebem o mesmo apoio no estabelecimento da lactação e amamentação que aquelas com bebês nascidos antes de 34 semanas.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
P5_10 As mães que decidiram não amamentar são mostradas individualmente como preparar e dar seus bebês fórmula infantil	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente

**Passo 6: Não dar aos recém-nascidos nenhum alimento ou bebida que não seja o leite materno, a menos que clinicamente indicado.**

<p>P6_1 Os bebês em sua unidade neonatal são alimentados apenas com leite materno (no peito, ordenhado ou doado (banco de leite), a menos que haja razões médicas aceitáveis.</p> <p>Nota: Para ser considerada "apenas leite materno", as crianças também podem receber soluções de reidratação oral, gotas, xaropes (vitaminas, minerais, medicamentos) ou líquidos intravenosos. Para fins desta pesquisa, os fortificantes são considerados um medicamento.</p>	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente
P6_2a Sua unidade neonatal usa fortificadores para aumentar a ingestão de proteínas e outros nutrientes. Se a resposta for Não, vá para a pergunta S6_3.	

P6_2b Quando viável e considerando a tolerância alimentar da criança, a ingestão de leite é aumentada antes da introdução de fortificantes.	Sempre Nunca
	Raramente Metade do tempo Frequentemente
P6_3 A equipe clínica discute as várias opções de alimentação disponíveis e os seus riscos e benefícios com as mães que decidiram não amamentar ou cujos lactentes recebem fórmulas e ajuda a decidir o que é adequado para a sua situação.	Sempre Nunca Raramente Metade do tempo Frequentemente

**Passo 7: Incentivar mães e bebês a permanecerem juntos 24 horas por dia.**

Estas afirmativas se aplicam a todas as crianças admitidas a sua unidade neonatal, sejam elas amamentadas ou não.	Respostas
P7_1 A presença das mães ao lado de seus bebês é irrestrita, e, mesmo em situações de emergências médicas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
P7_2 Mães estão autorizadas a permanecer na unidade neonatal enquanto seus bebês estiverem internados	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

<p>As próximas afirmativas são referentes à possibilidade de as mães dormirem perto de seus recém-nascidos internados em sua unidade neonatal.</p> <p>(Se não houver possibilidade de dormir nas situações abaixo, indique "Nunca")</p> <p>P7_3 Mães tem a possibilidade de dormir em uma cama na mesma sala que a criança:</p>	
P7_3a Toda internação do bebê	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_3b Pelo menos 50% do tempo de internação da criança.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_3c Pelo menos uma noite antes da alta hospitalar do bebê.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_4 As mães têm a possibilidade de dormir em uma cama em outra sala em sua unidade neonatal:	
P7_4a Toda internação do bebê	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_4b Pelo menos 50% do tempo de internação da criança.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo

	<input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_4c Pelo menos uma noite antes da alta hospitalar do bebê.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_5 As mães têm a possibilidade de dormir em uma cama em outra área do hospital ou perto do hospital (10 minutos a pé ou menos)	

P7_5a Toda internação do bebê	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_5b Pelo menos 50% do tempo de internação da criança.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P7_5c Pelo menos uma noite antes da alta hospitalar do bebê.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

**Passo 8: Incentivar o aleitamento materno em livre demanda ou, quando necessário, alimentação semi-demanda como uma estratégia de transição para bebês prematuros e doentes**

<p>P8_1 A capacidade e a estabilidade individual do bebê - não uma determinada idade gestacional / pós-natal / pós-menstrual/ peso - indica quando é possível interromper as refeições programadas e via sonda.</p>	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
<p>P8_2 A suplementação de rotina com volumes fixos de leite em horários programados (para bebês que não podem sugar) é descontinuada quando este é capaz de obter leite no peito e substituído por um plano de alimentação baseado no comportamento do aleitamento materno individual.</p>	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
<p>P8_3 As mães recebem orientações da equipe sobre como reconhecer os sinais de fome e as mudanças</p>	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente
<p>comportamentais de seus bebês, a fim de ajudar a determinar quando é apropriado amamentar.</p>	<input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
<p>P8_4 Medicamentos são administrados e os procedimentos são agendados de modo a causar o menor distúrbio possível à amamentação.</p>	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

**Passo 9: Use alternativas à mamadeira, pelo menos até que a amamentação esteja bem estabelecida, e use chupetas e protetores de mamilo apenas quando justificado.**

P9_1 As mães que estão amamentando, ou que pretendem fazê-lo, alimentam seus bebês em sua unidade neonatal sem usar mamadeiras.	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P9_2 A equipe clínica evita introduzir mamadeiras para bebês se o objetivo da mãe é amamentar exclusivamente	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P9_3a Os lactentes da sua unidade neonatal usam chupetas (pelo menos algumas vezes).  (Se a resposta for "nunca", vá para a pergunta S9_5a)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
P9_3b. As chupetas são usados somente em sua unidade neonatal por razões justificáveis (alívio da dor ou quando a criança não pode ser confortada no peito, pele-a-pele ou com outros métodos).	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P9_4 As mães que amamentam são informadas sobre as razões acima justificadas para o uso de chupeta em sua unidade neonatal.	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
P9_5a Sua unidade neonatal tem bico intermediário para uso da mãe (Se a resposta for Não, vá para a Etapa 10.)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
P9_5b Os bicos intermediário só são recomendados quando os problemas de amamentação persistem após ter recebido apoio de amamentação qualificada para resolver os problemas subjacentes de amamentação.	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

**Passo 10: Preparar os pais para a amamentação contínua e garantir o acesso aos serviços / grupos de apoio após a alta hospitalar**

<p>P10_1 Sua enfermagem neonatal pode dar alta aos bebês diretamente para sua casa. (Se a resposta for Nunca, vá para a seção Conformidade com o Código, pergunta C_1)</p>	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
<p>P10_2 As mães são informadas dos recursos disponíveis no hospital ou na comunidade no caso de terem dúvidas sobre a alimentação dos bebês após a alta.</p>	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
<p>P10_3 Sua unidade neonatal conta com grupos de apoio materno que fornecem apoio de amamentação / alimentação infantil.</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>P10_4 A alta hospitalar para lactentes atendidos em sua unidade neonatal é planejada em colaboração com os serviços de saúde da família e da comunidade.</p>	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
<p>P10_5 As mães são encorajadas a buscar acompanhamento para seus bebês logo após a alta hospitalar ou na comunidade, por pessoas qualificadas para o aleitamento materno que podem avaliar a alimentação e dar qualquer apoio necessário.</p>	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Metade do tempo <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

### **Cumprimento do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e da Assembléia Mundial da Saúde**

As afirmativas abaixo referem-se ao Código e como se aplica à enfermaria neonatal. Lembre-se de que estamos interessados em medir as práticas atuais, isto é, como elas são implementadas em sua unidade neonatal.

Código_1 Seu hospital / serviço de saúde recusa suprimentos gratuitos ou de baixo custo de substitutos do leite materno	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Código_2 Não há substitutos de amamentação, mamadeiras, bicos ou chupetas na unidade de internação.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Código_3 A sua unidade neonatal concede a mulheres grávidas, mães e suas famílias qualquer material de marketing, amostras ou pacotes de presentes que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras / bicos, chupetas ou outros equipamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Código_4 Os empregados de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas são proibidos de qualquer contato com mulheres grávidas ou mães em sua unidade neonatal.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Código_5 A sua unidade neonatal recusa brindes, literatura não científica, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para educação em serviço ou eventos de fabricantes ou distribuidores de produtos abrangidos pelo Código.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Código_6 A sua unidade neonatal mantém as latas de fórmula infantil e os frascos de fórmula pré-preparados fora da visão, a não ser que estejam em uso	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Código_7 A equipe clínica que trabalha na sua enfermaria neonatal entende por que é importante não dar amostras grátis ou materiais promocionais de empresas de fórmula para mães.	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Muitos <input type="checkbox"/> Metade <input type="checkbox"/> Não muitos <input type="checkbox"/> Nenhum



chefe  Equipe de amamentação  Diretor médico

Outro Especifique:

### Descrição da doença neonatal

N\_1 Data de preenchimento do questionário:

N\_2 Questionário respondido por (assinale todas as que se aplicam):  Enfermeira

<b>Serviços neonatais disponíveis</b>	Sim	Não	Número	Comentários
N_3 Consulte o nível mais alto de cuidados neonatais na sua unidade				
1. Cuidados básicos de recém-nascidos entre 35-37 semanas de gestação que são fisiologicamente estáveis e estabilização de recém-nascidos com menos de 35 semanas de gestação, ou que estão doentes até transferência para uma enfermaria com nível mais alto de atenção (nível 1).				
2. Cuidados especiais de bebês nascidos com pelo menos 32 semanas de gestação ou pesando pelo menos 1.500 gramas, com possibilidade de breve duração de ventilação mecânica ou CPAP (nível 2).				
3. Cuidados intensivos de subespecialidade de crianças nascidas com pelo menos 28 semanas de gestação ou pesando pelo menos 1.000 gramas, com possibilidade de ventilação mecânica (nível 3A).				

4. Cuidados intensivos subespecializados de crianças nascidas com menos de 28 semanas de gestação ou pesando menos de 1.000 gramas, com possibilidade de suporte respiratório avançado e acesso ao especialista cirúrgico pediátrico (nível 3B).				
5. Igual ao nível 3B, mas incluindo oxigenação da membrana extracorpórea e reparação cirúrgica de malformações cardíacas congênitas complexas (nível 3C).				

6. Se a sua enfermaria não se enquadra nestes níveis, descreva os cuidados prestados pela enfermaria, incluindo a idade gestacional e / ou peso no momento do nascimento ou da admissão (por exemplo, enfermaria cirúrgica):				
N_4 O que melhor descreve a unidade / unidade neonatal: Escolha apenas uma das 4 opções a seguir				
1. A enfermaria é exclusivamente neonatal.				
2. A unidade neonatal é mista- "maternidade / puerpério/ uci".				
3. A enfermaria é mista neonatal-pediátrica				
4. Outra combinação, por favor descreva:				
N_5 Autorizada / designada para capacitar crianças				
N_6 Número de bebês em sua unidade neonatal até ontem.				
N_7a Você tem um programa de alta precoce para bebês prematuros com sonda nasogástrica, a fim de estabelecer a amamentação em casa?				

N_7b Você tem um programa Mãe Canguru para recém-nascidos pré-termo em acompanhamento e de alta?				
N_8 A sua unidade tem acesso a leite humano em banco ou doador?				

N_9a Os bebês admitidos na sua sala de neonatal vêm de outras unidades / enfermarias no mesmo hospital.	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Muitos <input type="checkbox"/> Metade <input type="checkbox"/> Não muitos
---	---

	<input type="checkbox"/> Nenhum
N_9b Os bebês admitidos em sua ala neonatal são transferidos de outros hospitais	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Muitos <input type="checkbox"/> Metade <input type="checkbox"/> Não muitos <input type="checkbox"/> Nenhum

N_10 Indique o tipo e o número de diferentes funcionários que têm a responsabilidade direta de auxiliar mães com crianças internadas em sua unidade neonatal com lactação, aleitamento materno e alimentação infantil.	Sim	Número (Apenas para N_10a, b e c)
N_10a Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e enfermeiros obstetras que trabalham principalmente em sua unidade / unidade neonatal		
N_10b Consultores de lactação		
N_10c Médicos (neonatologistas, pediatras, obstetras ou outros)		
N_10d Dietistas / Nutricionistas		
N_10e Terapeutas ocupacionais / Fonoaudiólogos		
N_10f Serviço Social / conselheiros de pais		

N_10g Outros (especifique):		
N_10h Nenhum funcionário responsável		

N\_11 Em seu hospital, existem comitês para amamentação / alimentação infantil, IHAC, IHAC- Neo, Cuidado Mãe Canguru ou alimentação para crianças com HIV?

- Sim
- Não

Se sim, descreva:

--

## Informação adicional

<p>A_1 O seu hospital foi totalmente caracterizado como "Amigo da criança", ou seja, completou um processo de avaliação externa e foi credenciado pela autoridade nacional responsável pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.</p> <p>Se sim, por favor indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ano da primeira vez que foi totalmente credenciado (recebeu o prêmio):</li> <li>• Ano da última credenciação (se alguma vez):</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
<p>A_2 A sua equipe neonatal foi totalmente credenciada como "Amiga da criança", ou seja, completou um processo de avaliação externa SEPARADO DA UNIDADE PARA enfermarias DE MATERNIDADE e avaliada pela autoridade nacional responsável pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.</p> <p>Se sim, por favor indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ano da primeira vez que foi totalmente credenciado (recebeu o prêmio):</li> <li>• Ano da última credenciação (se alguma vez):</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
<p>A_3 Qual afirmativa descreve melhor a situação de sua unidade neonatal? Suponha que seja possível obter uma designação Amigo da criança para enfermarias neonatais.</p>	

Escolha apenas uma resposta entre as nove opções a seguir. A sua resposta não constitui qualquer compromisso de si ou da sua organização.

A\_3a Não dispomos de informações suficientes sobre a iniciativa amigo da criança para os serviços de internação neonatal para decidir se pretendemos procurar uma credenciação.

A\_3b Ainda que tenhamos recebido a informação, não pretendemos registrar-nos para iniciar o processo de obtenção de credenciamento amigo da criança para neonatos, ou não antes de 2020.

A\_3c Gostaríamos de nos registrar para iniciar o processo de obtenção de credenciamento IHAC- Neo em 2017.

A\_3d em 2018...

A\_3e em 2019...

A\_3f Estamos já cadastrados para iniciar o processo de obtenção de credenciamento amigo da criança para unidades neonatais.

A\_3g Nossa unidade neonatal já está totalmente credenciada à iniciativa amigo da criança e queremos manter o credenciamento.

A\_3h As guardas neonatais já estão totalmente credenciadas como "Amigas da criança" e não queremos manter o credenciamento.

<input type="checkbox"/> A_3i Não sei	

A\_4: Este espaço é reservado para quaisquer comentários que você queira fazer sobre suas respostas à pesquisa, ou a expansão da Iniciativa Hospital Amigo-da-Criança para os serviços de internação neonatal.

--

Obrigado pela sua participação!

## ANEXO B

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Diagnóstico situacional das políticas e práticas propostas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança em Unidades Neonatais brasileiras

**Pesquisador:** EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69249617.7.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Residência em Enfermagem Neonatal

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.197.608

##### Apresentação do Projeto:

Resumo: Segundo a OMS, estima-se que 15 milhões de bebês (1 em cada 10 bebês) nascem prematuramente a cada ano. A amamentação é a maneira natural de fornecimento de nutrientes para lactentes e crianças jovens que necessitam do leite materno para o crescimento e desenvolvimento saudável, especialmente aqueles que nascem prematuros ou doentes. Atualmente, está bem estabelecido que a amamentação e o leite materno possuem particularidades importantes para estas crianças vulneráveis pelas propriedades enzimáticas, imunomoduladoras, anti-infecciosas e antiinflamatórias do leite humano que protege contra complicações graves, como infecções nosocomiais, sepse e enterocolite necrosante. Desde 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) forneceu um conjunto de normas para a proteção, promoção e apoio à amamentação nas maternidades em todo o mundo. Entretanto, essa iniciativa não tem sido eficaz

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Telefone:** (43)3371-5455

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.197.608

para atender às particularidades dos bebês prematuros e/ou gravemente doentes. Os países nórdicos e Quebec formaram um grupo de trabalho em Copenhague com profissionais de saúde da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e Quebec, no Canadá, para resolver essa situação especial de crianças prematuras e/ou doentes e suas famílias. Esse grupo de trabalho desenvolveu uma expansão unificada da IHAC específica para unidades neonatais ("IHAC-NEO"). Para manter a coerência com a IHAC original, a expansão segue com dez passos para o sucesso da amamentação, três princípios norteadores e critérios globais relacionados entre si e com a realidade das unidades neonatais. A expansão foi baseada em evidências, na opinião de especialistas e experiências de aplicação prática de hospitais amigos da criança em unidades neonatais dos países nórdicos e outros países. Essa adaptação leva em consideração que existem vários níveis de atenção nas unidades neonatais de acordo com a gravidade do neonato, que vão desde cuidados para prematuros extremos e lactentes com sérios riscos /condições médicas cirúrgicas, que pode exigir um acompanhamento episódico ou de curta duração ou de intervenções médicas. À semelhança do IHAC original, foram desenvolvidos todos os instrumentos de avaliação e certificação da estratégia. A partir do preenchimento do instrumento de auto avaliação é possível estimar o nível de adesão de uma unidade neonatal aos Dez passos e três princípios norteadores que compõem a estratégia. Essa pesquisa é parte de uma pesquisa internacional e multicêntrica que será realizada com aproximadamente 50 países com a finalidade de realizar um diagnóstico situacional mundial das políticas e ações para proteção,

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.197.608

promoção e apoio à amamentação praticadas em unidades neonatais a partir do preenchimento da auto avaliação pelo responsável de cada unidade neonatal. O objetivo desta pesquisa é realizar um diagnóstico situacional das políticas e práticas para proteção, promoção e apoio a amamentação em unidades neonatais brasileiras. A metodologia será exatamente a mesma do survey internacional. A população do presente estudo consistirá em 1507 unidades neonatais de todas as regiões do país. Todas as unidades neonatais, desde atendimento básico (nível I) para o mais intensivo (nível III), bem como as privadas, filantrópicas ou públicas são elegíveis e serão convidados a participar. Não existem critérios de exclusão identificados. O responsável pela unidade, que melhor tiver conhecimento sobre o processo de amamentar, responderá um questionário eletrônico baseado no instrumento de autoavaliação IHAC-NEO sobre as rotinas e funcionamento das práticas e políticas relacionadas com a IHACNEO. A versão em inglês do questionário foi traduzida para a língua portuguesa. A conformidade com cada critério será medido através da análise das respostas "corretas". No caso de respostas sim / não, a resposta sim será considerada "correto". Respostas na escala de likert serão dicotomizadas e as opções mais favoráveis serão consideradas corretas. Para resumir o cumprimento, serão construídos escores para cada princípio norteador (pontuações parciais) e para todos os três princípios norteadores, dez passos e o código (escores globais). Essa pesquisa não inclui dados de identificação pessoal. O diagnóstico proveniente do presente estudo pode direcionar o planejamento local, mas principalmente nacional para eleger as prioridades de ações a serem implementadas na direção de promover o aleitamento nessas situações em especial.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

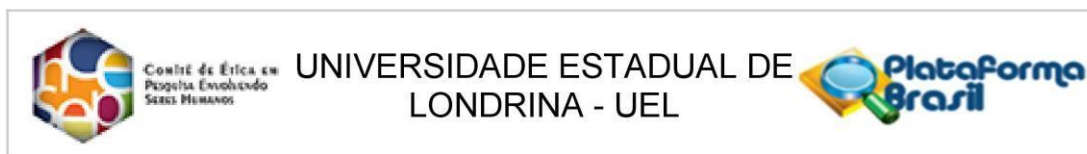
**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.197.608

Além

da possibilidade de comparação entre as diferentes unidades, regiões, estados e municípios, futuramente poderão ser comparados internacionalmente.

Hipótese: As práticas atuais para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em prematuros não estão em consonância com as práticas ideais necessárias para o bom desempenho da tríade do aleitamento materno em prematuros.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Avaliar a adesão às práticas de promoção e proteção do aleitamento materno recomendadas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança em unidades neonatais brasileiras. Objetivo Secundário: Caracterizar as instituições participantes do estudo quanto a complexidade, instituições públicas, privadas e/ou filantrópicas, por estados e regiões do país; Identificar a adesão para cada passo e princípio norteador por meio de escores parciais e escores globais para todos os 3 princípios e 10 passos, e o Código; Comparar os escores de adesão geral das práticas recomendadas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança em unidades neonatais de acordo com a complexidade das unidades, públicas e privadas, por estados e regiões do país.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Não estão previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis durante o questionário. O preenchimento do questionário requer tempo e dedicação, entretanto, permitem que o respondente escolha a melhor hora e

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

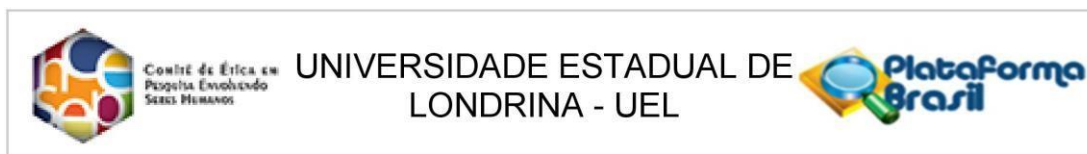
**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.197.608

circunstância para respondê-lo, podendo interromper a qualquer momento e retomar de onde parou quando melhor lhe aprouver. Benefícios: A revelação de como estão sendo realizadas as práticas e políticas relacionadas com a promoção, proteção e apoio à amamentação em unidades neonatais possibilita comparar o cumprimento das recomendações propostas pela IHAC-NEO com os diferentes locais e instituições, e pode ainda nortear mudanças necessárias em todos os níveis assistenciais. Além disso, o diagnóstico nacional contribuirá para um delineamento mundial, direcionando o estabelecimento de políticas públicas em nível local, nacional e também internacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados foram:

Folha de rosto corrigida adequadamente.

TCLE em forma de convite e com redação adequada.

Carta convite para os potenciais participantes.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UJEL.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR **Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.197.608

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Image080217130551_FR_Edilaine.pdf	02/08/2017 10:07:40	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_865701.pdf	05/07/2017 12:40:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PLBR.docx	02/06/2017 19:31:29	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	02/06/2017 19:30:46	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_IHACNEO_versao_3.doc	05/05/2017 18:58:21	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Outros	CARTA_CONVITE_HOSPITAL.docx	05/05/2017 18:18:35	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 02 de Agosto de 2017

**Assinado por:**

**Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli  
(Coordenador)**

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br

## ANEXO C RELATÓRIO DE CONFORMIDADE COM A IHAC-Neo

### Avaliação da adesão com o IHAC-Neo

Pesquisa internacional de  
práticas relacionadas à  
amamentação em unidades

## Relatório de Referência

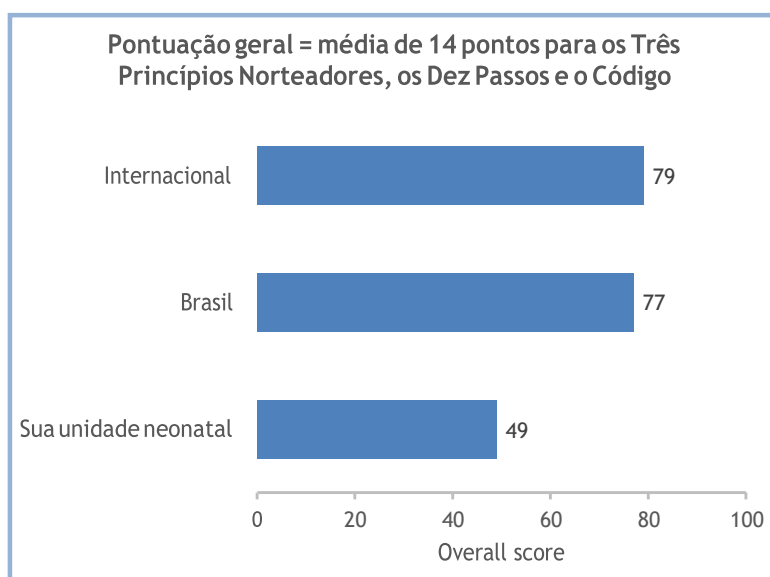


Unidade Neonatal

71-001

Brasil

<b>Pontuação Máxima</b>	<b>100</b>
<b>Pontuação da unidade:</b>	<b>49</b>
<b>Complexidade do cuidado</b>	<b>2</b>



#### O que é o IHAC-Neo?

É uma expansão da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) para unidades neonatais.

<http://www.ilca.org/learning/resources/neo-bfhi>

#### Como a pesquisa foi elaborada?

Questionários online respondidos por coordenadores ou encarregados de 910 unidades neonatais de 36 países.

#### Como foram pontuados os Três Princípios Norteadores, os Dez Passos e o Código?

A média dos pontos obtidos para cada indicador, sem considerar as respostas Não se Aplica (NA). As pontuações nacionais e internacionais são a mediana das pontuações aplicáveis com a mesma complexidade da unidade.

Para obter mais informações, consulte as notas abaixo de cada tabela e a seção "Métodos e Autoria".

## Princípio norteador 1

Atitude da equipe em relação à mãe deve ser focada na mãe individualmente e sua situação.

Sua Pontuação **100**

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
GP1_1	<b>GP1_1</b> A equipe clínica trata as mães com sensibilidade, empatia e respeito para a sua função materna.	Sempre	Sempre	100	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
GP1_2	<b>GP1_2</b> A equipe clínica apoia as mães na tomada de decisões informando sobre produção de leite, amamentação e alimentação infantil.	Sempre	Sempre	100	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
	<b>Sua unidade neonatal</b>			<b>100</b>	<b>Pontuação (Média dos 2 indicadores)</b>
	<b>Brasil</b>			<b>100</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
	<b>Internacional</b>			<b>94</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota: Estas afirmativas aplicam-se a todas as mães de lactentes de sua unidade neonatal, se eles são amamentados ou não.

## Princípio norteador 2

A instituição deve prover cuidado centrado na família, apoiados pelo contexto ambiental.

Sua Pontuação **57**

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
GP2_1	<b>GP2_1</b> A equipe clínica sabe como o cuidado centrado na família está integrado na Unidade neonatal em que trabalham. Os aspectos centrais do cuidado centrado na família são o respeito e a dignidade, informações compartilhadas, participação e colaboração.	Todos	Muitos	75	0 = Nenhum    25 = Poucos    50 = Cerca de metade    75 = Muitos    100 = Todos
GP2_2 (Média das 2 respostas)	<b>GP2_2</b> Sua Unidade neonatal está aberta 24 horas por dia, 7 dias por semana, sem restrições.				
	<b>GP2_2a</b> Para mães.	Sim	Não	0	0 = Não    100 = Sim
<b>GP2_2b</b> Para pais/parceiros.	Sim	Não			
GP2_3	<b>GP2_3</b> Os pais começam a participar dos cuidados aos seus bebês nas primeiras 24 horas após o nascimento.	Todos	Muitos	75	0 = Nenhum    25 = Poucos    50 = Cerca de metade    75 = Muitos    100 = Todos
GP2_4 (Melhor das 3 respostas)	<b>GP2_4</b> As mães são capazes de descansar à beira do leito de seus bebês na Unidade Neonatal:				
	<b>GP2_4a</b> Em uma cama/colchão. <b>(Ideal)</b>	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
	<b>GP2_4b</b> Em uma cadeira com braços ou em uma cadeira reclinável.	Sempre	Frequentemente		
<b>GP2_4c</b> Em uma cadeira sem apoio de braço.	Sempre	Nunca			
GP2_5 (Melhor das 3 respostas)	<b>GP2_5</b> As mães são capazes de se alimentar próximo da unidade neonatal (não importa quem fornece o alimento)				
	<b>GP2_5a</b> Capaz de comer na unidade. <b>(Ideal)</b>	Sempre	Nunca	100	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
	<b>GP2_5b</b> Capaz de comer muito perto da unidade (5 minutos a pé ou menos).	Sempre	Sempre		
<b>GP2_5c</b> Capaz de comer perto da unidade (6 a 10 minutos a pé)..	Sempre	Não se aplica			
GP2_6	As próximas afirmações referem-se ao ambiente da unidade neonatal.				
GP2_7 GP2_8 (Média das 3 respostas)	<b>GP2_6</b> A iluminação em sua unidade neonatal é individualizada para cada bebê.	Sim	Não	17	0 = Não    100 = Sim
	<b>GP2_7</b> O nível sonoro em sua unidade neonatal é baixo.	Sempre	Metade das vezes		
	<b>GP2_8</b> O ambiente em sua unidade neonatal permite que as mães tenham privacidade.	Sempre	Nunca		
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>57</b>	<b>Pontuação (Média dos 6 indicadores)</b>
<b>Brasil</b>				<b>76</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
<b>Internacional</b>				<b>85</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota 1: Estas afirmativas aplicam-se a todas as mães de lactentes de sua unidade neonatal, se eles são amamentados ou não.

Nota 2: Para o indicador GP2\_2, os pontos que contribuem para a pontuação são a média dos pontos para "a" e "b".

Nota 3: Para os indicadores GP2\_4 e GP2\_5, se "a" for Sempre, "b" e "c" não são aplicáveis (NA) e se "b" for Sempre, "c" não é aplicável (NA).

Nota 4: Para o indicador GP2\_4, os pontos que contribuem para a pontuação são iguais ao ponto mais alto de "a", "b" e "c". O mesmo se aplica ao indica

Nota 5: Para os indicadores GP2\_6, GP2\_7 e GP2\_8, os pontos que contribuem para o escore são a média dos pontos para esses indicadores.

### Princípio norteador 3

O sistema de saúde deve assegurar a continuidade dos cuidados desde a gravidez até a alta do bebê.

Sua Pontuação **100**

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
GP3_1	<b>GP3_1</b> Sua unidade neonatal colabora com outras enfermarias que cuidam de mães e lactentes a fim de assegurar que o apoio à lactação, amamentação e alimentação infantil seja consistente de uma Unidade para outra.	Sempre	Sempre	<b>100</b>	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
GP3_2	<b>GP3_2</b> A equipe clínica sabe sobre o estado de saúde das crianças e plano de Cuidados (incluindo estratégias de apoio à lactação, amamentação e alimentação).	Sempre	Sempre	<b>100</b>	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
GP3_3	<b>GP3_3</b> Informações sobre a situação atual e plano de lactação, amamentação e alimentação são incluídos nos relatórios de sua unidade neonatal de quando os bebês são transferidos para a próxima fase de tratamento.	Sempre	Sempre	<b>100</b>	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
				<b>100</b>	<b>Pontuação (Média dos 3 indicadores)</b>
				<b>96</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
				<b>92</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota: Estas afirmativas aplicam-se a todas as mães de lactentes de sua unidade neonatal, se eles são amamentados ou não.

## Passo 1 (Expansão neonatal)

Ter uma política escrita de amamentação rotineiramente comunicada a toda equipe de saúde.

Sua Pontuação **0**

Passo 1 Original IHAC: A mesma redação para o IHAC original e o IHAC-Neo.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
S1_1	<b>S1_1</b> O seu hospital tem uma política escrita de amamentação / alimentação infantil.	Sim	Não	0	0 = Não 100 = Sim 0 = Não sei
	<b>S1_2</b> A política inclui:				
S1_2 (Média das 3 respostas)	<b>S1_2a</b> Os Três Princípios Norteadores conforme afirmativas anteriores.	Sim	Não implementa	0	0 = Não 100 = Sim 0 = Não sei
	<b>S1_2b</b> Os Dez Passos que se aplicam aos cuidados neonatais.	Sim	Não implementa		
	<b>S1_2c</b> O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno se aplica às unidades	Sim	Não implementa		
S1_3	<b>S1_3</b> A política de aleitamento materno / alimentação infantil está disponível para que todos os funcionários que cuidam das mães e bebês possam consultá-lo.	Sim	Não implementa	0	0 = Não 100 = Sim
S1_4 S1_5 (Média das 2 respostas)	<b>S1_4</b> Um resumo escrito ou uma imagem visual da política são postados ou exibidos em sua unidade	Sim	Não implementa	0	0 = Não 100 = Sim
	<b>S1_5</b> O resumo da política é publicado na (s) língua (s) mais comumente compreendido pelas mães e funcionários e escrito com palavras simples.	Sim	Não implementa		
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>0</b>	<b>Pontuação (Média dos 4 indicadores)</b>
<b>Brasil</b>				<b>69</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
<b>Internacional</b>				<b>75</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota 1: Se o seu hospital ou unidade neonatal não tem (ou não sabe se tem) uma política de amamentação / alimentação de bebês, os indicadores S1\_2, S1\_3, S1\_4 e S1\_5 são considerados não implementados e contribuem com 0 pontos para a pontuação.

Nota 2: Para o indicador S1\_2, os pontos que contribuem para o escore são a média dos pontos para "a", "b" e "c".

Nota 3: Para os indicadores S1\_4 e S1\_5, os pontos que contribuem para o escore são a média dos pontos para esses indicadores. Se o indicador S1\_4 for Não, o indicador S1\_5 é considerado não implementado e contribui com 0 pontos para a média.

## Passo 2 (Expansão neonatal)

Educar e treinar todo o pessoal nos conhecimentos específicos e habilidades necessárias para implementar esta política.

Sua Pontuação **53**

Passo 2 IHAC Original: Treine todas as equipes de saúde nas habilidades necessárias para implementar esta política.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
S2_1	<b>S2_1</b> A equipe clínica que tenha qualquer contato com mães e seus bebês cuidados na Unidade neonatal, recebem orientação para o aleitamento materno / alimentação infantil quando começam a trabalhar em sua Unidade neonatal.	Todos	Não se aplica	0	0 = Nenhum    25 = Poucos    50 = Cerca de metade    75 = Muitos    100 = Todos
S2_2	<b>S2_2</b> O pessoal clínico em sua unidade neonatal sabe a importância da Amamentação / aleitamento materno para lactentes prematuros / doentes, incluindo benefícios para as mães.	Todos	Todos	100	0 = Nenhum    25 = Poucos    50 = Cerca de metade    75 = Muitos    100 = Todos
S2_3 (Média das 2 respostas)	<b>S2_3</b> A equipe clínica que trabalha em sua unidade neonatal por um período de 6 meses ou mais receberam um número suficiente de horas de treinamento para amamentação e lactação. (Nota: O número de horas de treinamento exigido pode variar de acordo com o tipo de assistência clínica).				
	<b>S2_3a</b> Equipe de enfermagem.	Todos	Cerca de metade	38	0 = Nenhum    25 = Poucos    50 = Cerca de metade    75 = Muitos    100 = Todos
	<b>S2_3b</b> Equipe Médica.	Todos	Poucos		
S2_4	<b>S2_4</b> Parte deste treinamento inclui um número suficiente de horas de supervisão clínica na Unidade neonatal. (Nota: O número de horas de supervisão requeridas pode variar de acordo com o tipo de assistência clínica).	Sim	Não	0	0 = Não    100 = Sim
S2_5 (Média das 4 respostas)	<b>S2_5</b> A formação abrange:				
	<b>S2_5a</b> Os Três Princípios norteadores conforme afirmativas anteriores.	Sim	Sim	75	0 = Não    100 = Sim    0 = Não sei
	<b>S2_5b</b> Os Dez Passos que se aplicam aos cuidados neonatais.	Sim	Sim		
	<b>S2_5c</b> O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno se aplica às Unidades	Sim	Não sei		
<b>S2_5d</b> Como fornecer apoio para mães que não amamentam.	Sim	Sim			
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>53</b>	<b>Pontuação (Média dos 5 indicadores)</b>
<b>Brasil</b>				<b>78</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
<b>Internacional</b>				<b>72</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota 1: Se o seu hospital ou unidade neonatal não tem (ou você não sabe se tem) uma política de aleitamento materno / alimentação infantil (S1\_1 = Não), o indicador S2\_1 não é aplicável (NA).

Nota 2: Para o indicador S2\_3, os pontos que contribuem para a pontuação são a média dos pontos para "a" e "b".

Nota 3: Para o indicador S2\_5, os pontos que contribuem para a pontuação são a média dos pontos para "a", "b", "c" e "d".

Nota 4: Para o indicador S2\_3, se "a" e "b" forem Nenhum, os indicadores S2\_4 e S2\_5 são considerados não implementados e contribuem com 0 pontos para a pontuação.

### Passo 3 (Expansão neonatal)

Informar as gestantes hospitalizadas em risco de parto prematuro ou nascimento de uma criança doente sobre os benefícios da amamentação e do manejo da lactação e da amamentação.

Sua Pontuação **0**

IHAC original Passo 3: Informar todas as mulheres grávidas sobre os benefícios e o manejo da amamentação.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação	
S3_1	S3_1 O seu hospital costuma internar mulheres grávidas que correm risco de ter bebês admitidos em sua unidade neonatal.					
S3_2	S3_2 Mulheres grávidas hospitalizadas que estão em risco de ter bebês admitidos sua unidade neonatal é visitada pelo pessoal clínico de sua unidade para oferecer-lhes informações sobre aleitamento materno e lactação específica à sua situação.	Sempre	Nunca	0	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre	
S3_3	S3_3 Sua unidade neonatal tem uma diretriz descrevendo as informações sobre amamentação e lactação que a equipe deve fornecer a essas mulheres.	Sim	Não	0	0 = Não    100 = Sim	
				<b>Sua unidade neonatal</b>	<b>0</b>	<b>Pontuação (Média dos 2 indicadores)</b>
				<b>Brasil</b>	<b>88</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
				<b>Internacional</b>	<b>50</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota 1: Resposta não mostrada para o indicador S3\_1 porque não contribui com pontos para a pontuação.

Nota 2: Se o seu hospital não tiver mulheres grávidas hospitalizadas em risco de ter bebês internados em sua unidade neonatal (S3\_1), os indicadores S3\_2 e S3\_3 não são aplicáveis (NA) e a etapa não contribui para a pontuação geral.

## Passo 4 (Expansão neonatal)

Incentivar o contato pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado/ mãe Canguru.

Sua Pontuação **43**

Passo 4 IHAC original: Ajudar as mães a iniciar a amamentação dentro de meia hora após o nascimento. Essa etapa foi interpretada na revisão de 2009 da IHAC como: Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por pelo menos uma hora. Incentivar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para mamar e oferecer ajuda, se necessário.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
S4_1	<b>S4_1</b> Os bebês são colocados em contato pele-a-pele / canguru com suas mães ou pais em sua unidade	Sim	Sim	<b>100</b>	0 = Não 100 = Sim
S4_2	<b>S4_2</b> O seu hospital tem uma sala de parto.				
S4_3 (Média das 2 respostas)	<b>S4_3</b> As próximas afirmações tratam de bebês prematuros estáveis, que nasceram com 28 semanas ou mais de gestação sem grave instabilidade fisiológica associada aos cuidados de rotina e manuseio.				
	<b>S4_3a</b> Bebês prematuros estáveis nascidos de parto vaginal entre 28 e 33 semanas de gestação, mais frequentemente iniciam contato pele-a-pele com suas mães (ou pai como um substituto) pela primeira vez em seu hospital / na unidade neonatal: 1. Imediatamente ou dentro de 5 minutos após o nascimento. <b>(Ideal)</b> 2. Durante a primeira hora após o nascimento (após os primeiros 5 minutos, mas primeira hora). 3. Durante a 2ª e 24ª hora de vida (mais de 1 hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida). 4. Após o primeiro dia. 5. Os bebês nascidos entre 28 e 33 semanas de gestação nunca são atendidos em sua Unidade nos primeiros dias de vida.	1 2 3	4	<b>0</b>	100 = 0 = Não se aplica = 1, 2 ou 3 4 5
	<b>S4_3b</b> Bebês prematuros estáveis nascidos de parto vaginal entre 34 e 37 semanas de gestação iniciam contato pele-a-pele com suas mães (ou pai como um substituto) pela primeira vez em seu hospital / Unidade neonatal: 1. Imediatamente ou dentro de 5 minutos após o nascimento. <b>(Ideal)</b> 2. Durante a primeira hora após o nascimento (após os primeiros 5 minutos, mas primeira hora). 3. Durante a 2ª a 24ª hora de vida (mais de 1 hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida). 4. Após o primeiro dia. 5. Os bebês nascidos entre 34 e 37 semanas de gestação nunca são cuidados na sua unidade nos primeiros dias de vida.	1 2 3	4		
S4_4	<b>S4_4</b> Os bebês nascem por cesariana sem anestesia geral (isto é, usando anestesia espinal ou epidural) em				
S4_5	<b>S4_5</b> Bebês prematuros estáveis nascidos de parto cesárea sem anestesia geral entre 34 e 37 semanas de gestação, iniciam contato pele-a-pele com suas mães (ou pais como um substituto) pela primeira vez em seu hospital / na unidade neonatal: 1. Imediatamente ou dentro de 5 minutos após o nascimento. <b>(Ideal)</b> 2. Durante a primeira hora após o nascimento (após os primeiros 5 minutos, mas primeira hora). 3. Durante a 2ª e 24ª hora de vida (mais de 1 hora após o nascimento, mas durante o primeiro dia de vida). 4. Após o primeiro dia. 5. Os bebês nascidos entre 34 e 37 semanas de gestação nunca são cuidados na sua unidade nos primeiros dias de vida.	1 2 3	4	<b>0</b>	100 = 0 = Não se aplica = 1, 2 ou 3 4 5

	Indicadores ( <i>continuação</i> )	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
S4_6 (Média das 3 respostas)	S4_6 Um recém-nascido prematuro inicialmente instável é colocado na posição de contato pele-a-pele / canguru com sua mãe até que a criança tolere transferência para sua unidade neonatal.				
	S4_6a Crianças nascidas com menos de 28 semanas de gestação.	Sempre	Nunca	0	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
	S4_6b Crianças nascidas entre 28 e 33 semanas de gestação.	Sempre	Nunca		
S4_6c Crianças nascidas entre 34 e 37 semanas de gestação.	Sempre	Nunca			
S4_7	S4_7 Os recém-nascidos estáveis são <b>autorizados a permanecerem</b> na posição de canguru na sua unidade neonatal continuamente, ou por quanto tempo e tão frequentemente todos os dias quando os pais são capazes e dispostos a fazê-lo.	Sim	Sim	100	0 = Não    100 = Sim
S4_8	S4_8 Em geral, quantas horas por dia os bebês pré-termo estáveis permanecem em contato pele-a-pele / canguru com os seus pais na sua unidade (por favor, estimar a quantidade total de horas somando a duração de todos os episódios que um bebê estável costuma permanecer na posição canguru/contato pele a pele em um determinado dia)? 1. Menos de 1 hora por dia 2. De 1 hora a 2 horas por dia 3. De 2 horas a 4 horas por dia 4. De 4 horas a 6 horas por dia 5. De 6 horas a 8 horas por dia 6. De 8 horas a 12 horas por dia 7. De 12 horas a 20 horas por dia 8. 20 horas ou mais por dia	Não se aplica	3	25	0 = 1    25 = 2 ou 3    50 = 4 ou 5    75 = 6 ou 7    100 = 8
S4_9	S4_9 As mães são encorajadas a continuar fornecendo contato pele-a-pele / Canguru para o seus bebês estáveis ao longo de sua permanência hospitalar.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>43</b>	<b>Pontuação (Média dos 7 indicadores)</b>
<b>Brasil</b>				<b>66</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
<b>Internacional</b>				<b>82</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota 1: Essas afirmativas se aplicam a todos os bebês admitidos em sua unidade neonatal, se eles são amamentados ou não.

Nota 2: Referem-se a todos os tipos de contato pele-a-pele (intermitente e contínuo) entre a mãe e o recém-nascido prematuro / baixo peso que necessitam de cuidados neonatais, incluindo contato pele-a-pele como um dos componentes do cuidado mãe canguru. O contato pele-a-pele significa que o bebê é colocado no peito com o pai. A criança deve estar nua, com exceção de uma fralda (touca e meias) para permitir que a face, peito, abdômen, braços e pernas permaneçam em contato pele a pele com o peito e abdômen do pai. O Pai ou outros familiares podem

Nota 3: Respostas não mostradas para os indicadores S4\_2 e S4\_4 porque não contribuem com pontos para a pontuação.

Nota 4: Se as crianças nunca são colocadas em contato pele-a-pele / Canguru com suas mães ou pais em sua unidade neonatal (S4\_1 = Não), os indicadores S4\_3, S4\_5, S4\_6, S4\_7, S4\_8 e S4\_9 são considerados não implementados e contribuem com 0 pontos a pontuação.

Nota 5: Se o hospital não tiver uma unidade / sala de parto (S4\_2), os indicadores S4\_3 e S4\_5 não são aplicáveis (NA).

Nota 6: Para o indicador S4\_3, os pontos que contribuem para a pontuação são a média dos pontos para "a" e "b".

Nota 7: Se nenhum recém-nascido nascer por cesariana realizado sem anestesia geral (ou seja, com anestesia espinal ou peridural) no hospital (S4\_4), o indicador S4\_5 não é aplicável (NA).

Nota 8: Se a sua unidade não se importar com os bebês instáveis nascidos nas idades gestacionais nos indicadores S4\_6a, b ou c, o indicador correspondente não é aplicável (NA).

Nota 9: Para o indicador S4\_6, os pontos que contribuem para a pontuação são a média dos pontos para "a", "b" e "c".

Nota 10: Os benefícios do contato pele a pele que duram pelo menos uma hora são bem documentados. Embora a duração ideal do contato pele a pele não seja conhecida, as evidências sugerem que mais horas de contato são melhores. Para o propósito desta pesquisa, os pontos do indicador S4\_8 aumentam de acordo com o número de horas de contato.

## Passo 5 (Expansão neonatal)

Mostrar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer o aleitamento materno precoce com estabilidade do bebê como o único critério.

Sua Pontuação **50**

Passo 5 da IHAC original: Mostrar à mãe como amamentar e como manter a lactação, mesmo que elas devam ser separadas de seus bebês.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação					
S5_1	S5_1 As mães que amamentam têm acesso ao apoio a amamentação em sua Unidade neonatal Sempre que necessário.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre	
S5_2	S5_2 A equipe clínica em sua Unidade neonatal ensina as mães como posicionar seus bebês para amamentação.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre	
S5_3	S5_3 A equipe clínica da sua Unidade de internação neonatal garante que as crianças que são capazes de sugar no peito não são impedidas de fazê-lo, mesmo durante a noite ou mudança de turnos da equipe.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre	
S5_4	S5_4 As mães que planejam amamentar são oferecidas informações, apoio e ajuda para a prática com o início da produção de leite dentro de 6 horas do nascimento de seu	Todos	Poucos	25	0 = Nenhum	25 = Poucos	50 = Cerca de metade	75 = Muitos	100 = Todos	
S5_5	S5_5 As mães que precisam iniciar a lactação por ordenha são informadas de que a estratégia ideal é ordenhar seu leite pelo menos 7 vezes nas 24 horas.	Todos	Muitos	75	0 = Nenhum	25 = Poucos	50 = Cerca de metade	75 = Muitos	100 = Todos	
S5_6	S5_6 As mães que estão amamentando ou que pretendem fazê-lo recebem a demonstração de como ordenhar seu leite à mão ou é dado informações impressas.	Todos	Muitos	75	0 = Nenhum	25 = Poucos	50 = Cerca de metade	75 = Muitos	100 = Todos	
S5_7	S5_7 As mães que não estão amamentando exclusivamente e que desejam amamentar são apresentadas ou recebem informações impressas / digitalizadas sobre como usar uma bomba elétrica.	Sempre	Nunca	0	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre	
S5_8	S5_8 A estabilidade do bebê é o único critério para o início precoce da amamentação (isto é, sucção na mama). (Um bebê estável é aquele que responde aos cuidados de rotina e manuseio sem apresentar apneia grave, dessaturações ou bradicardia).	Sim	Não	0	0 = Não 100 = Sim					
S5_9	S5_9 As mães de recém-nascidos prematuros (34 - 37 semanas de gestação) recebem o mesmo apoio no estabelecimento da lactação e amamentação que aquelas com bebês nascidos antes de 34 semanas.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre	
S5_10	S5_10 As mães que decidiram não amamentar recebem demonstração individualmente (uma a uma) de como preparar e dar fórmula infantil para seus bebês.	Sempre	Raramente	25	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre	
				<b>Sua unidade neonatal</b>	<b>50</b>	<b>Pontuação (Média dos 10 indicadores)</b>				
				<b>Brasil</b>	<b>88</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>				
				<b>Internacional</b>	<b>88</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>				

Nota 1: Se o hospital não tiver uma ou mais bombas para remoção de leite disponíveis para uso pelas mães, o indicador S5\_7 não é aplicável (NA).

Nota 2: Se não houver crianças nascidas com 34 a menos de 37 semanas de gestação que possam ser internadas em sua unidade, o indicador S5\_9 não é aplicável (NA).

## Passo 6 (Expansão neonatal)

Não dar aos recém-nascidos nenhum alimento ou bebida que não seja o leite materno, a menos que clinicamente indicado.

Sua Pontuação **38**

Passo 6 IHAC Original: O mesmo texto para a IHAC original e o IHAC - Neo.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação	
S6_1	<b>S6_1</b> Os bebês em sua unidade neonatal são alimentados apenas com leite materno (no peito, ordenhado ou doado (banco de leite), a menos que haja razões médicas aceitáveis para utilizar os substitutos do leite humano.	Todos	Nenhum	<b>0</b>	0 = Nenhum    25 = Poucos    50 = Cerca de metade    75 = Muitos    100 = Todos	
S6_2	<b>S6_2</b> Quando viável e considerando a tolerância alimentar da criança, a ingestão de leite é aumentada antes da introdução de fortificantes.	Sempre	Frequentemente	<b>75</b>	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre	
				<b>Sua unidade neonatal</b>	<b>38</b>	<b>Pontuação (Média dos 2 indicadores)</b>
				<b>Brasil</b>	<b>81</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
				<b>Internacional</b>	<b>88</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Nota 1: Para ser considerado "aleitamento materno exclusivo", os bebês também podem receber soluções de rehidratação oral, gotas, xaropes (vitaminas, minerais, medicamentos) ou fluidos intravenosos. Para o propósito desta pesquisa, os fortificadores são considerados um

Nota 2: As razões médicas aceitáveis para usar substitutos do leite materno podem ser encontradas no seguinte site: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?ua=1)

Nota 3: Se a sua unidade neonatal não usa fortificantes para aumentar a ingestão de proteínas e outros nutrientes pelos bebês, o indicador S6\_2 não é aplicável (NA).

## Passo 7 (Expansão neonatal)

Incentivar mães e bebês a permanecerem juntos 24 horas por dia.

Sua Pontuação **58**

Passo 7 da IHAC original: Permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
S7_1	<b>S7_1</b> A presença das mães ao lado de seus bebês é irrestrita, e, mesmo em situações de emergências médicas.	Sim	Não	0	0 = Não 100 = Sim
S7_2	<b>S7_2</b> Mães estão autorizadas a permanecer na unidade neonatal enquanto seus bebês estiverem internados.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca 25 = Raramente 50 = Metade das vezes 75 = Frequentemente 100 = Sempre
S7_3, S7_4 and S7_5 (Melhor das 9 respostas)	As próximas afirmativas são referentes à possibilidade de as mães dormirem perto de seus recém-nascidos internados em sua unidade neonatal.				
	<b>S7_3</b> Mães tem a possibilidade de dormir em uma cama na mesma sala que a criança:				
	<b>S7_3a</b> Toda internação do bebê. <i>(Ideal)</i>	Todos	Nenhum	100	0 = Nenhum 25 = Poucos 50 = Cerca de metade 75 = Muitos 100 = Todos
	<b>S7_3b</b> Pelo menos 50% do tempo de internação da criança.	Todos	Nenhum		
	<b>S7_3c</b> Pelo menos uma noite antes da alta hospitalar do bebê.	Todos	Todos		
	<b>S7_4</b> As mães têm a possibilidade de dormir em uma cama em outra sala em sua unidade neonatal durante:				
	<b>S7_4a</b> Toda internação do bebê. <i>(Ideal)</i>	Todos	Muitos		
	<b>S7_4b</b> Pelo menos 50% do tempo de internação da criança.	Todos	Muitos		
	<b>S7_4c</b> Pelo menos uma noite antes da alta hospitalar do bebê.	Todos	Todos		
	<b>S7_5</b> As mães têm a possibilidade de dormir em uma cama em outra área do hospital ou perto do hospital (10 minutos a pé ou menos) durante:				
<b>S7_5a</b> Toda internação do bebê. <i>(Ideal)</i>	Todos	Muitos			
<b>S7_5b</b> Pelo menos 50% do tempo de internação da criança.	Todos	Muitos			
<b>S7_5c</b> Pelo menos uma noite antes da alta hospitalar do bebê.	Todos	Todos			
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>58</b>	<b>Pontuação (Média dos 3 indicadores)</b>
<b>Brasil</b>				<b>67</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
<b>Internacional</b>				<b>90</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

- Note 1: Estas afirmativas se aplicam a todas as crianças admitidas a sua unidade neonatal, sejam elas amamentadas ou não.
- Note 2: Para os indicadores S7\_3, S7\_4 ou S7\_5, se "a" for Todos, o resto dos indicadores do Passo 7 não são aplicáveis (NA).
- Note 3: Para o indicador S7\_3, se "b" é All, então "c" não é aplicável (NA) e o indicador S7\_4 precisa ser respondido.
- Note 4: Para o indicador S7\_4, se "b" é All, então "c" não é aplicável (NA) e o indicador S7\_5 precisa ser respondido.
- Note 5: Para o indicador S7\_5, se "b" é Todos, então "c" não é aplicável (NA).
- Note 6: Para os indicadores S7\_3, S7\_4 e S7\_5, os pontos que contribuem para a pontuação são iguais ao ponto mais alto das respostas aplicáveis.

## Passo 8 (Expansão neonatal)

Incentivar o aleitamento materno em livre demanda ou, quando necessário, alimentação semi-demanda como uma estratégia de transição para bebês prematuros e doentes.

Sua Pontuação **50**

Pass 8 IHAC original: Incentivar a amamentação sob demanda.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
S8_1	<b>S8_1</b> A capacidade e a estabilidade individual do bebê - não uma determinada idade gestacional / pós-natal / pós-menstrual/ peso - indica quando é possível interromper as refeições programadas e via sonda.	Sempre	Metade das vezes	50	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
S8_2	<b>S8_2</b> A suplementação de rotina com volumes fixos de leite em horários programados (para bebês que não podem sugar) é descontinuada quando este é capaz de obter leite no peito e substituído por um plano de alimentação baseado no comportamento do aleitamento materno individual.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
S8_3	<b>S8_3</b> As mães recebem orientações da equipe sobre como reconhecer os sinais de fome e as mudanças comportamentais de seus bebês, a fim de ajudar a determinar quando é apropriado amamentar.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
S8_4	<b>S8_4</b> Medicamentos são administrados e os procedimentos (tal como coleta de exame de sangue, teste de olhos, exames de imagem) são agendados de modo a causar o menor distúrbio possível à amamentação.	Sempre	Nunca	0	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>50</b>	<b>Pontuação (Média dos 4 indicadores)</b>
<b>Brasil</b>				<b>88</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
<b>Internacional</b>				<b>88</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

## Passo 9 (Expansão neonatal)

Use alternativas à mamadeira, pelo menos até que a amamentação esteja bem estabelecida, e use chupetas e protetores de mamilo apenas quando justificado.

Sua Pontuação **55**

Passo 9 IHAC original: Não dar bicos artificiais ou chupetas a bebês em amamentação.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação				
S9_1	S9_1 As mães que estão amamentando, ou que pretendem fazê-lo, alimentam seus bebês em sua unidade neonatal sem usar mamadeiras.	Sempre	Raramente	25	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre
S9_2	S9_2 A equipe clínica evita introduzir mamadeiras para bebês se o objetivo da mãe é amamentar exclusivamente.	Sempre	Raramente	25	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre
S9_3	S9_3 As chupetas são usados somente em sua unidade neonatal por razões justificáveis (alívio da dor ou quando a criança não pode ser confortada no peito, pele-a-pele ou com outros métodos).	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre
S9_4	S9_4 As mães que amamentam são informadas sobre as razões acima justificadas para o uso de chupeta em sua unidade neonatal.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre
S9_5	S9_5 Os bicos intermediários só são recomendados quando os problemas de amamentação persistem após ter recebido apoio de amamentação qualificada para resolver os problemas subjacentes de amamentação.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca	25 = Raramente	50 = Metade das vezes	75 = Frequentemente	100 = Sempre
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>55</b>	<b>Pontuação (Média dos 5 indicadores)</b>				
<b>Brasil</b>				<b>94</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>				
<b>Internacional</b>				<b>78</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>				

Note 1: Se as crianças de sua unidade neonatal não usarem chupetas (pelo menos às vezes), os indicadores S9\_3 e S9\_4 não são aplicáveis (NA).

Note 2: Se a sua unidade neonatal não tiver protetores de mamilos para uso da mãe, o indicador S9\_5 não é aplicável (NA).

## Passo 10 (Neonatal expansion)

Preparar os pais para a amamentação contínua e garantir o acesso aos serviços / grupos de apoio após a alta hospitalar.

Sua Pontuação **44**

Passo 10 da IHAC Original: Incentivar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar a mãe na alta hospitalar ou clínica.

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação	
S10_1	<b>S10_1</b> Sua unidade neonatal pode dar alta aos bebês diretamente para sua casa.					
S10_2	<b>S10_2</b> As mães são informadas dos recursos disponíveis no hospital ou na comunidade no caso de terem dúvidas sobre a alimentação dos bebês após a alta.	Sempre	Sempre	100	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre	
S10_3	<b>S10_3</b> Sua unidade neonatal conta com grupos de apoio materno que fornecem apoio de amamentação / alimentação infantil.	Sim	Não	0	0 = Não    100 = Sim	
S10_4	<b>S10_4</b> A alta hospitalar para lactentes atendidos em sua unidade neonatal é planejada em colaboração com os serviços de saúde da família e da comunidade.	Sempre	Nunca	0	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre	
S10_5	<b>S10_5</b> As mães são encorajadas a buscar acompanhamento para seus bebês logo após a alta hospitalar ou na comunidade, por pessoas qualificadas para o aleitamento materno que podem avaliar a alimentação e dar qualquer apoio necessário.	Sempre	Frequentemente	75	0 = Nunca    25 = Raramente    50 = Metade das vezes    75 = Frequentemente    100 = Sempre	
				<b>Sua unidade neonatal</b>	<b>44</b>	<b>Pontuação (Média dos 4 indicadores)</b>
				<b>Brasil</b>	<b>59</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
				<b>Internacional</b>	<b>75</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Note 1: Resposta não mostrada para o indicador S10\_1 porque não contribui com pontos para a pontuação.

Note 2: Se a sua unidade neonatal nunca dá alta para os bebês diretamente para seus lares (S10\_1), os indicadores S10\_2 a S10\_5 não são aplicáveis (NA) e a etapa não contribui para a pontuação geral.

**Código Internacional**  
de Comercialização de Substitutos do Leite  
Materno e da Assembléia Mundial da Saúde.

Sua  
Pontuação **39**

	Indicadores	Resposta Ideal	Sua resposta	Pontos	Algoritmo de Pontuação
C_1	<b>Code_1</b> Seu hospital / serviço de saúde recusa suprimentos gratuitos ou de baixo custo de substitutos do	Sim	Não sei	0	0 = Não 100 = Sim 0 = Não sei
C_2	<b>Code_2</b> Sua unidade neonatal reprime a promoção de substitutos de amamentação, mamadeiras, bicos ou chupetas na unidade de internação.	Sim	Não	0	0 = Não 100 = Sim
C_3	<b>Code_3</b> A sua unidade neonatal concede a mulheres grávidas, mães e suas famílias qualquer material de marketing, amostras ou pacotes de presentes que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras/bicos, chupetas ou outros equipamentos.	Sim	Não	0	0 = Não 100 = Sim
C_4	<b>Code_4</b> Os empregados de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas são proibidos de qualquer contato com mulheres grávidas ou mães em sua unidade neonatal.	Sim	Não sei	0	0 = Não 100 = Sim 0 = Não sei
C_5	<b>Code_5</b> A sua unidade neonatal recusa brindes, literatura não científica, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para educação em serviço ou eventos de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite humano, mamadeiras, bicos ou chupetas.	Sim	Sim	100	0 = Não 100 = Sim
C_6	<b>Code_6</b> A sua unidade neonatal mantém as latas de fórmula infantil e os frascos de fórmula pré-preparados fora da visão, a não ser que estejam em uso.	Sim	Sim	100	0 = Não 100 = Sim
C_7	<b>Code_7</b> A equipe clínica que trabalha na sua enfermaria neonatal entende por que é importante não dar amostras grátis ou materiais promocionais de empresas de fórmula	Todos	Muitos	75	0 = Nenhum 25 = Poucos 50 = Cerca de metade 75 = Muitos 100 = Todos
<b>Sua unidade neonatal</b>				<b>39</b>	<b>Pontuação (Média dos 7 indicadores)</b>
<b>Brasil</b>				<b>86</b>	<b>Pontuação (Mediana por unidades por complexidade)</b>
<b>Internacional</b>				<b>86</b>	<b>Pontuação (Mediana dos países por complexidade)</b>

Note: Os indicadores referem-se ao Código conforme se aplica à ala neonatal.

## Pontuação geral

dos três princípios norteadores, os dez passos e o código

Sua  
Pontuação **49**

Sua unidade neonatal	49	Pontuação geral (Média dos 14 pontuações)
Brasil	77	Pontuação geral (Mediana por unidades por complexidade)
Internacional	79	Pontuação geral (Mediana por unidades por complexidade)

- Note 1: A pontuação geral da sua unidade neonatal é a média de todas as pontuações aplicáveis para os Três Princípios Norteadores, os Dez Passos e o Código.
- Note 2: A pontuação geral do seu país é a mediana das pontuações gerais das unidades neonatais participantes com o mesmo nível de atenção.
- Note 3: A pontuação global internacional é a mediana das pontuações gerais dos países participantes com o mesmo nível de atenção.

## Informação adicional para todos os níveis de cuidados

### Protocolos e Guidelines

Questionário preenchido em: 12/06/2017

Número de unidades neonatais - País 79

Número de unidades neonatais - Internacional 917

	Question	Internacional (%Sim)	País (%Sim)	Sua resposta
P_1	P_1 Nas afirmativas anteriores nós perguntamos sobre as práticas atuais em sua unidade neonatal. Nesta seção, gostaríamos que selecionasse os itens que estão incluídos ou são abordados nos protocolos e guidelines de sua unidade/ hospital.			
	1. Os pais são integrados como parceiros essenciais no cuidado de seus filhos.	82	84	Sim
	2. A unidade neonatal está aberta aos pais 24 horas por dia, 7 vezes por semana	78	73	Não
	3. O contato Pele-a-pele / Método canguru é promovido para todos os recém-nascidos prematuros e doentes se amamentados ou não.	82	72	Não
	4. Estabilidade infantil é o único critério para início da amamentação.	60	34	Não
	5. Os recém-nascidos não recebem comida ou bebida além do leite materno (no peito, ordenhado ou de doadora), a menos que haja razões médicas aceitáveis.	64	70	Não
	6. Crianças estáveis para sugar o seio materno, são amamentadas conforme sua capacidade e utilizada a estratégia semi demanda (dependendo da capacidade do lactente).	66	68	Não
	7. O uso adequado e seguro de métodos alternativos para aleitamento.	57	58	Não
	8. Razões justificáveis para uso de chupetas.	54	54	Não
	9. Outras questões relacionadas com amamentação (descrever):	13	4	Não
	10. Nenhuma destas questões são abordadas em protocolos ou guidelines.	3	6	Não
11. Não existem protocolos, diretrizes ou normas relacionadas com a lactação, amamentação ou	12	13	Não	

Note 1: As opções de resposta para a pergunta P\_1 são "Sim = 1" ou "Não = 0".

Note 2: Como a pergunta P\_1 permite mais de uma resposta, a soma dos resultados "Internacional" e "País" é igual ou superior a 100%.

Note 3: O resultado internacional indica a média de todos os países (% que respondeu sim).

## Informação adicional para todos os níveis de cuidados

### Descrição da unidade neonatal

	Descrição da unidade neonatal	Internacional (%Sim)	País (%Sim)	Sua resposta
N_2	<b>N_2</b> Questionário respondido por: <b>Deve selecionar de 1 a 4 opções.</b>			
	Enfermeira chefe	35	73	Não
	Equipe de amamentação	28	5	Não
	Diretor médico	27	10	Não
	Outro	33	20	Sim
N_3	<b>N_3</b> Consulte o nível mais alto de cuidados neonatais na sua unidade.			
	Nível 1	16	8	Não
	Nível 2	20	15	Sim
	Nível 3a	20	16	Não
	Nível 3b	38	56	Não
	Nível 3c	6	5	Não
N_4	<b>N_4</b> O que melhor descreve a unidade / unidade neonatal:			
	A enfermaria é exclusivamente neonatal.	59	71	Sim
	A unidade neonatal é mista- maternidade / puerpério/ uci.	27	8	Não
	A enfermaria é mista neonatal-pediátrica.	10	11	Não
	Outra combinação	4	10	Não
N_7	<b>N_7a</b> Você tem um programa de alta precoce para bebês prematuros com sonda nasogástrica, a fim de estabelecer a amamentação em casa?	19	8	Não
	<b>N_7b</b> Você tem um programa Mãe Canguru para recém-nascidos pré-termo em acompanhamento e de alta?	26	49	Não
N_8	<b>N_8</b> A sua unidade tem acesso a leite humano em banco ou doador?	45	73	Não
N_9	<b>N_9b</b> Os bebês admitidos em sua ala neonatal são transferidos de outros hospitais.			
	Nenhum ou Poucos	70	73	Não
	Cerca de metade	15	9	Não
	Muitos ou Todos	15	18	Sim
N_10	<b>N_10</b> Indique o tipo de profissional que têm a responsabilidade direta de auxiliar mães com crianças internadas em sua unidade neonatal com lactação, aleitamento materno e alimentação infantil. <b>Deve selecionar de 1 a 7 opções.</b>			
	Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e enfermeiros obstetras que trabalham principalmente em sua unidade / unidade neonatal.	97	99	Sim
	Consultores de lactação.	43	14	Não
	Médicos (neonatólogistas, pediatras, obstetras ou outros).	81	68	Não
	Dietistas / Nutricionistas.	24	38	Não
	Terapeutas ocupacionais / Fonoaudiólogos.	25	58	Não
	Serviço Social / conselheiros de pais.	7	10	Não
	Outros.	7	10	Não
Nenhum profissional responsável.	1	0	Não	
N_12	<b>N_12</b> Em seu hospital, existem comites para amamentação / alimentação infantil, IHAC, IHAC- Neo, Cuidado Mãe Canguru ou alimentação para crianças	54	49	Não

	Descrição da unidade neonatal (continuação)	Internacional (Média)	País (Média)	Sua resposta
N_5	N_5 Autorizada / designada para quantas crianças (número).	21	16	10
N_6	N_6 Número de bebês em sua unidade neonatal até ontem.	15	13	10
N_11	N_11 Por favor, descreva o número aproximado de:			
	N_11a Enfermeiros, ou equipe de enfermagem que trabalham diretamente nas unidades neonatais.	38	33	35
	N_11b Consultoras de lactação.	3	3	Não se aplica
	N_11c Médicos (neonatologistas, pediatras, obstetras ou outros).	11	18	Não se aplica

Note 1: Para as questões N\_2 a N\_10 e \_12, as opções de resposta são "Sim = 1" ou "Não = 0".

Note 2: Para as questões N\_5, N\_6 e N\_11, as opções de resposta são números de bebês (N\_5 e N\_6) e número de profissionais (N\_11).

Note 3: Para as questões N\_3, N\_4 e N\_9, uma vez que as respostas são mutuamente exclusivas, a soma dos resultados "Internacional" e "País" é

Note 4: Como as perguntas N\_2 e N\_10 permitem mais de uma resposta, a soma dos resultados "Internacional" e "País" é igual ou superior a 100%.

Note 5: Para a questão N\_3, o nível de atenção neonatal foi descrito como:

Nível 1: Atendimento básico de bebês nascidos com menos de 37 semanas de gestação e com estabilidade fisiológica, e estabilização de bebês nascidos com menos de 35 semanas de gestação, ou que estejam doentes até a transferência para uma enfermaria com maior nível de  
Nível 2: Atendimento especial de bebês com pelo menos 32 semanas de gestação ou pesando pelo menos 1.500 gramas, com possibilidade de ventilação mecânica de curta duração ou CPAP.

O nível 3 inclui três níveis de cuidado:

Nível 3A: Cuidados intensivos em subespecialidade de crianças nascidas com pelo menos 28 semanas de gestação ou pesando pelo menos

Nível 3B: Cuidados intensivos em subespecialidade de bebês nascidos com menos de 28 semanas de gestação ou com peso inferior a 1.000 gramas, com possibilidade de suporte respiratório avançado e acesso a especialista cirúrgico pediátrico.

Nível 3C: Igual ao nível 3B, mas incluindo oxigenação por membrana extracorpórea e correção cirúrgica de malformações cardíacas congênicas

Se a resposta dada for Outro, a informação foi usada para classificar a enfermaria / unidade em um dos níveis.

Note 6: Para a questão N\_10, se a resposta aos 3 primeiros tipos de pessoal (enfermeiros, consultores de lactação e fisiologistas) for Não, a questão correspondente N\_11a, N11\_b ou N11\_c é Não aplicável (NA).

Note 7: O resultado internacional indica a média de todos os países (% que respondeu sim para N2-4, N7-10 e N12, e a média para N5, N6 e N11).

**Informação adicional para  
todos os níveis de cuidados**  
Information about Baby-friendly designation and  
comments about the survey

	Informação adicional sobre IHAC	Internacional (%Sim)	País (%Sim)	Sua resposta
A_1	A_1 O seu hospital foi caracterizado como "Amigo da criança", ou seja, completou um processo de avaliação externa e foi credenciado pela autoridade nacional responsável pela IHAC?	35	51	Não
	A_1a Indique ano do último credenciamento (se alguma vez).			Não se aplica
	A_1b Indique ano do último credenciamento (se alguma vez).			Não se aplica
A_2	A_2 A sua equipe neonatal foi totalmente credenciada como "Amiga da criança", ou seja, completou um processo de avaliação externa SEPARADO DA MATERNIDADE e foi avaliada por autoridade nacional responsável pela IHAC?	13	25	Não
	A_2a Indique ano da primeira vez que foi totalmente credenciado (recebeu o prêmio).			Não se aplica
	A_2b Indique o ano do último credenciamento (se alguma vez).			Não se aplica
A_3	A_3 Qual afirmativa descreve melhor a situação de sua unidade neonatal? Suponha que seja possível obter uma designação Amigo da criança para enfermarias neonatais. <b>A sua resposta não constitui qualquer compromisso para você ou para sua organização.</b>			
	Não dispomos de informações suficientes sobre a iniciativa amigo da criança para os serviços de internação neonatal para decidir se pretendemos procurar uma credenciação.	15	14	Não
	Ainda que tenhamos recebido a informação, não pretendemos registrar-nos para iniciar o processo de obtenção de credenciamento amigo da criança para neonatos, ou não antes de 2020.	11	11	Sim
	Gostaríamos de nos registrar para iniciar o processo de obtenção de credenciamento IHAC- Neo em 2017.	9	1	Não
	em 2018...	17	20	Não
	em 2019...	12	9	Não
	Estamos já cadastrados para iniciar o processo de obtenção de credenciamento amigo da criança para	9	1	Não
	Nossa unidade neonatal já está totalmente credenciada à iniciativa amigo da criança e queremos manter o credenciamento.	13	37	Não
	As guardas neonatais já estão totalmente credenciadas como "Amigas da criança" e não queremos manter o	1	0	Não
Não sei.	12	6	Não	
A_4	A_4 Se voce tem comentarios, escolha "Sim" e va para o espaço para escrever os comentários que você queira fazer sobre suas respostas à pesquisa, ou a expansão da Iniciativa Hospital Amigo-da-Criança para as Unidades de internação neonatal. Se não tem comentários, escolha "Não".	23	14	Não
	<b>Se sim para A_4 Comentários dados pela sua unidade (mais 5000 caracteres):</b>			

Note 1: Para as perguntas A\_1 e A\_2, as opções de resposta são "Sim = 1", "Não = 0" ou Não sabe = 0".

Note 2: Para as questões A\_3 e A\_4, as opções de resposta são "Sim = 1" ou "Não = 0".

Note 3: Para as perguntas A\_1 e A\_2, se a resposta for Não ou Não sei, as perguntas correspondentes "a" e "b" são Não aplicável (NA).

Note 4: Para as perguntas A\_1 e A\_2, se não houver recredenciamento, a resposta a "b" será igual à resposta a "a" (ou seja, no mesmo ano). Note 5: Para as perguntas A\_3, como as respostas são mutuamente exclusivas, a soma dos resultados para

Internacional e País é igual a 100%. Note 6: Os resultados "País" e "Internacional" indicam o percentual que respondeu Sim.