FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA:
revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado

Módulo 1 – Histórico e Implementação

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Editora MS

Brasília – DF

2008

Título original: Baby-friendly hospital initiative [electronic resource]: revised, updated and expanded for integrated care. 2006 -- Preliminary version for country implementation.

Imagem da capa: *Maternidad*, 1963,
© 2003 Espólio de Pablo Picasso/Artists Rights Society (ARS), Nova York
© 2005 United Nations Children's Fund; World Health Organization. Edição em inglês.
© 2008 Ministério da Saúde. Edição em português
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 2.100 exemplares

Elaboração, edição e distribuição:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Sede, 6.º andar, Sala 625
CEP: 70058-900, Brasília/DF
Home-page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao

Autores:
World Health Organization
United Nations Children's Fund

Tradução:
Candombá – www.candomba.com.br

Organização (Edição em português):
Marina Ferreira Rea

Colaboração:
Ana Julia Colameo
Lucélia Fernandes
Natália F. Rea Monteiro
Rosana de Divitiis
Tereza Setsuko

Revisão Final:
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/
DAPES/SAS/MS

Apoio:
Unicef – Brasil
Ministério da Saúde – Brasil

As designações empregadas e a apresentação do material constantes desta publicação não implicam na expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde ou do Unicef quanto à situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou suas autoridades, ou quanto à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam fronteiras aproximadas em situações onde não houver acordos quanto ao seu traçado.

A menção a companhias ou a produtos específicas não implica que sejam endossados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde ou pelo Unicef em detrimento a outros de natureza semelhante não mencionados. Exceto por erros e omissões, os nomes de marcas são grafados com letras iniciais maiúsculas.

A Organização Mundial da Saúde e o Unicef não garantem que as informações contidas nesta publicação sejam completas e corretas e não devem ser responsabilizados por danos relacionados ao seu uso.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Fundo das Nações Unidas para a Infância.
Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
78 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Tradução de: Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 1, Background and Implementation
ISBN 978-85-334-1513-3

1. Aleitamento materno. 2. Administração hospitalar. 3. Avaliação de programa. 4. Saúde pública. I. Organização Mundial da Saúde. II. Título. III. Série.

CDU 613.95

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0712

Títulos para indexação:
Em inglês: Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 1, Background and Implementation
Em espanhol: Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez: revista, actualizada y ampliada para los cuidados integrados: módulo 1: histórico e implementación

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233 1774 / 2020
Fax: (61) 3233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page:www.saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Karla Gentil
Revisão: Mara Soares Pamplona
Diagramação e projeto gráfico: Convênio entre
Ministério da Saúde e Fundação Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

As orientações da IHAC originais de 1992 foram preparadas pela equipe do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), com a assistência do Wellstart International no estabelecimento dos Critérios Globais.

A revisão das Orientações do Histórico e da Implementação da IHAC foi realizada por:

Seção 1.1: Miriam Labbok, Consultora-Sênior de Nutrição e Cuidados a Lactentes e Crianças, Unicef – sede de Nova York

Seção 1.2: Ann Brownlee, UCSD, como consultora da *BEST Services*

Seção 1.3: Ann Brownlee, UCSD, como consultora da *BEST Services*

Seção 1.4: David Clark, Legal Programme Officer, Unicef – sede de Nova York

Seção 1.5: Miriam Labbok, Consultora-Sênior de Nutrição e Cuidados a Lactentes e Crianças Pequenas, Unicef – sede de Nova York

Seção 1.6: Miriam Labbok, Consultora-Sênior, Nutrição e Cuidados a Lactentes e Crianças, Unicef – sede de Nova York e Genevieve Becker, da *BEST Services*

Agradecemos a todos os escritórios regionais e nacionais do Unicef e da OMS, aos coordenadores da IHAC e aos profissionais e pessoal de saúde que, por meio de sua diligência e carinho, implementaram e melhoraram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança ao longo dos anos e, portanto, contribuíram para o conteúdo dessas orientações agora revistas.

Os comentários detalhados de Genevieve Becker e Ann Brownlee, *BEST Services*; Rufaro Madzima, Ministério da Saúde de Zimbábue; Mwate Chintu, Linkages Project; Miriam Labbok, do Center for Infant and Young Child Feeding and Care, Escola de Saúde Pública, Universidade da Carolina do Norte; Moazzem Hossain, Unicef e Randa Jarudi Saadeh, OMS, foram particularmente valiosos.

Azza Abul-Fadl, Egito; Carmen Casanovas, Bolívia e OMS ; Elizabeth Hormann, Alemanha; Elizabeth (Betty) Zisovka, Macedônia; Ngozi Niepuome, Nigéria; e Sangeeta Saxena, Índia revisaram o material e fizeram acréscimos.

Os agradecimentos a todos os que auxiliaram na revisão dos Critérios Globais e de outros componentes do pacote IHAC relacionados à auto-avaliação e ao acompanhamento estão listados nos Módulos 4 e 5 do conjunto de materiais.

Agradecimentos especiais a diversas equipes de governo e de ONGs, a autoridades nacionais e aos coordenadores nacionais da IHAC em todo o mundo que responderam à pesquisa de necessidades dos usuários e colaboraram para a revisão dos instrumentos de avaliação, além de compartilharem informações, generosamente, para desenvolver em nível nacional, em cada país, instrumentos de auto-avaliação e acompanhamento para a IHAC.

Essas contribuições multinacionais e multiorganizacionais foram fundamentais para ajudar a compor um conjunto de instrumentos e orientações destinado a abordar as necessidades atuais dos países e de suas mães e bebês, enfrentando uma grande gama de desafios nas mais diversas situações.

SUMÁRIO

PREFÁCIO **7**

1.1 IMPLEMENTAÇÃO EM ÂMBITO NACIONAL **9**
Antecedentes e fundamentos para as revisões 9
Como iniciar 11
Cinco Passos para a Implementação da IHAC em Nível Nacional 12
Critérios Nacionais para Credenciamento de Comunidade Amiga da Criança. 22
Anexos 23
Anexo A – Perguntas Sugeridas para Rápida Avaliação do País 23
Anexo B – Trechos de publicações recentes da OMS, do Unicef ou de outras publicações internacionais. 26
Anexo C – A Contribuição da Amamentação e da Alimentação Complementar para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio 28

1.2 IMPLEMENTAÇÃO NO NÍVEL HOSPITALAR **31**
Taxas de Amamentação 31
Oferta de Substitutos do Leite Materno 31
O HIV e a Alimentação de Lactentes 32
Cuidado Amigo da Mãe 33
Processo de Credenciamento de Hospital Amigo da Criança 33

1.3 CRITÉRIOS GLOBAIS DA IHAC. **37**
Critérios para os Dez Passos, o Código e os Componentes Opcionais. 37
Anexo – Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno 49

1.4 CONFORMIDADE COM O CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO. **53**

1.5 EXPANSÃO DA IHAC E POSSIBILIDADES DE INTEGRAÇÃO **57**
Comunidades amigas da criança: Criando o Passo Dez. 57
IHAC e Prevenção da Transmissão Mãe-Filho de HIV/AIDS 60
Unidades de saúde e comunidades Amigas da Mãe e do Bebê 61
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Unidades de Pediatria Amigas da Criança 63
Ambulatório Médico Amigo da Criança: Como Melhorar o Cuidado de Bebês e Crianças . . . 64
Alimentação Complementar Amiga da Criança 66
Cuidado de saúde amigo da mãe e da criança – em toda parte!. 70

1.6 RECURSOS, REFERÊNCIAS E *WEBSITES*. **71**

PREFÁCIO

Desde que foi lançada pelo Unicef e pela OMS em 1991-92, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) tem crescido, com mais de 20 mil hospitais credenciados em mais de 156 países nos últimos 15 anos. Neste período, diversos encontros regionais ofereceram orientação e proporcionaram oportunidades para a criação de redes de contatos e a troca de informações entre os profissionais envolvidos com a implementação da Iniciativa em seus países. Duas dessas reuniões aconteceram recentemente na Espanha (para profissionais da Europa) e em Botsuana (para profissionais do leste e do sul da África). Em ambas foram oferecidas recomendações para atualizar os Critérios Globais, os instrumentos de avaliação relacionados, além do "curso de 18 horas" à luz da experiência com a IHAC desde que esta começou, das orientações proporcionadas pela nova Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância e dos desafios apresentados pela pandemia do HIV. A importância de dar atenção ao "cuidado amigo da mãe" no âmbito da iniciativa também foi levantada por alguns grupos.

Como resultado do interesse e das solicitações pela atualização do conjunto (pacote) IHAC, o Unicef, juntamente com a OMS, empreendeu a revisão dos materiais usados em 2004-2005 (Genevieve Becker, Ann Brownlee, Miriam Labbok, David Clark e Randa Saadeh). Esse processo incluiu uma ampla "pesquisa com usuários" que contou com a participação de colegas de diversos países. Quando concluída a revisão do curso e dos instrumentos, o esboço inicial foi submetido à revisão de especialistas de todo o mundo e então testado em campo em países industrializados e em desenvolvimento.

O primeiro conjunto de rascunho dos materiais foi colocado nos *websites* do Unicef e da OMS como "Preliminary Version for Country Implementation" em 2006. Depois de mais de um ano de apreciações e apresentações em uma série de encontros regionais, além de *feedback* de dedicados usuários, a Unicef e OMS[1] discutiram com os co-autores acima[2] e solucionaram os assuntos técnicos que haviam sido apontados. A versão final foi completada no final de 2007.

O presente conjunto[3] IHAC inclui:

Módulo 1: Histórico e Implementação, que oferece orientações sobre os processos revisados e opções de expansão no país, unidade de saúde e comunidade, reconhecendo que a Iniciativa foi expandida e deve ser elevada a uma condição de sustentabilidade, e inclui:

1.1 Implementação em âmbito Nacional

1.2 Implementação em âmbito Hospitalar

1.3 Critérios Globais da IHAC

1.4 Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno

[1] Moazzem Hossain, Unicef NY, teve papel chave na organização de reuniões de vários paises, lançando os materiais revistos, assim como Randa Saadeh e Carmen Casanovas da OMS.

[2] Miriam Labbok é atualmente professora e diretora, Center for Infant and Young Child Feeding and Care, Escola de Saúde Pública, Universidade da Carolina do Norte.

[3] Os módulos 1 a 4 estão disponíveis no website do Unicef, no endereço http://www.Unicef.org/nutrition/index_24850.html, ou em buscas nos website do Unicef (http://www.Unicef.org) ou da OMS (www.who.int/nutrition).

1.5 Expansão da IHAC e Opções de Integração

1.6 Fontes, Referências e Websites

Módulo 2: Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Um curso para gestores, adaptada do curso da OMS "Promovendo a amamentação em unidades de saúde, um curso breve para administradores e criadores de políticas". Esse material pode ser usado para sensibilizar os tomadores de decisão de hospitais (diretores, administradores, gestores, etc.) e criadores de políticas quanto às diretrizes da Iniciativa e os impactos positivos que pode ter, e para conquistar seu comprometimento com a promoção e a manutenção da causa "Amigo da Criança". O Módulo 2 inclui um Guia do Curso e oito Planos de Seção com impressos e transparências.

Módulo 3: Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança, um curso de 20 horas para equipes de maternidade, que pode ser usado para fortalecer o conhecimento e a capacitação dessas equipes no sentido de uma boa implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Este módulo inclui:

3.1 Orientações para Facilitadores do Curso e Lista de Conferência para Planejamento do Curso

3.2 Modelos de Seções

3.3 Transparências para o Curso

Módulo 4: Auto-Avaliação e Monitoramento do Hospital oferecem instrumentos que podem ser inicialmente usados por gerentes e equipes para ajudar a determinar se as unidades estão prontas para se submeter à avaliação externa e, assim que credenciadas Amigas da Criança, monitorar a adequação aos Dez Passos. Este módulo inclui:

4.1 Instrumentos de Auto-avaliação Hospitalar

4.2 Orientações e Instrumentos para Monitoramento

Módulo 5: Avaliação e Reavaliação Externa, que oferece orientações e instrumentos para avaliadores externos, que usarão ambas, inicialmente, para avaliar se os hospitais atendem aos Critérios Globais e, portanto, respeitam integralmente os Dez Passos, e então para reavaliar, regularmente, se mantêm os padrões requeridos. Este módulo inclui:

5.1 Guia para Avaliadores

5.2 Instrumentos para Avaliação Externa de Hospitais

5.3 Orientações e Instrumentos para Reavaliação Externa

5.4. Instrumento para Avaliação Computadorizada (aplicativo) da IHAC

O Módulo 5: Avaliação e Reavaliação Externa, não está disponível para distribuição geral. Ela é distribuída apenas às autoridades nacionais que se encarregam da IHAC, para que a disponibilize a avaliadores credenciados a fazer a avaliação externa e a reavaliação. Instrumento para Avaliação Computadorizada (aplicativo) da IHAC para anotar, calcular e apresentar os resultados da avaliação também está disponível para as autoridades nacionais e para os avaliadores. O módulo 5 pode ser requisitado pelo país interessado aos escritórios regionais ou centrais do Unicef e OMS, Setor de Nutrição.

1.1 IMPLEMENTAÇÃO EM ÂMBITO NACIONAL

Antecedentes e fundamentos para as revisões

Quando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi concebida, no início da década de 1990, em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, havia poucos países com autoridades ou comitês preocupados com os padrões da alimentação infantil. Hoje, depois de 15 anos de trabalho voltado para o incentivo à alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância, mais de 150 países, em momentos variados, avaliaram hospitais e instituíram pelo menos uma unidade "Amiga da Criança". Apesar de a IHAC ter impacto mensurável e comprovado (KRAMER et al., 2001; MERTEN; DRATVA; ACKERMANN-LIEBRICH, 2005), está claro que apenas com um esforço abrangente, multisetorial e que envolva diversos níveis para proteger, promover e apoiar a alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância é possível conquistar e manter os comportamentos e as práticas necessárias para capacitar mães e famílias a oferecerem a todas as crianças o melhor início de vida.

A *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância,* criada em 2002 pela OMS/Unicef, busca apoio renovado – e urgente – à amamentação exclusiva, do nascimento aos 6 meses de vida, e à continuidade da amamentação, com introdução de alimentação complementar adequada e em momento oportuno, por dois anos ou mais. Esta Estratégia e o "Modelo de Planejamento para a sua implementação", que estão sendo preparados pela OMS e pelo Unicef, reafirmam a importância dos objetivos da Declaração de Innocenti e reforçam os esforços pelo incentivo à alimentação complementar, à nutrição materna e à ação comunitária.

As nove áreas operacionais da Estratégia Global são:

1. Nomear um coordenador nacional para ações relativas à amamentação e criar um comitê de amamentação.
2. Garantir que toda maternidade adote os *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*.
3. Agir para colocar em prática o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e de subseqüentes resoluções relevantes da Assembléia Mundial de Saúde.
4. Criar e colocar em prática legislações que protejam os direitos de amamentação de mães trabalhadoras.
5. Desenvolver, implementar, monitorar e avaliar uma política abrangente que cubra todos os aspectos da alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.
6. Garantir que o sistema de saúde e os outros setores relevantes assegurem, promovam e incentivem a amamentação exclusiva por seis meses e a amamentação continuada até os 2 anos de idade ou mais, enquanto oferecem às mulheres o apoio que precisam para alcançar esse objetivo nos ambientes familiar, comunitário e profissional.
7. Incentivar a alimentação complementar adequada, segura e em momento oportuno, com a continuidade da amamentação.

8. Oferecer orientações sobre a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância em circunstâncias difíceis, que incluem emergências e pais infectados pelo HIV.
9. Avaliar quais as novas leis ou outras medidas apropriadas que possam ser necessárias para atingir os princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e as subseqüentes resoluções relevantes da Assembléia Mundial de Saúde.

Este plano de implementação estimula todos os países a revitalizar programas de ação de acordo com a Estratégia Global, incluindo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC original contempla os objetivos 1, 2 e 8, enumerados anteriormente, e esta versão acrescenta clareza aos objetivos 1, 2, 6, 7 e 8.

Em 2003, nove agências da ONU se uniram no desenvolvimento e lançamento do documento "HIV e Alimentação de Lactentes – Modelo de Ações Prioritárias". Este documento recomenda aos governos ações-chave relacionadas à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, e contempla as circunstâncias especiais associadas ao HIV/AIDS. O objetivo dessas ações é criar e manter um ambiente que estimule práticas de alimentação adequadas para todas as crianças de primeira infância com expansão, em larga escala, de intervenções que reduzam a transmissão do HIV.

As ações recomendadas incluem a necessidade de garantir o estímulo à alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância, destacando a IHAC como requisito para o aconselhamento eficiente da mãe HIV positiva:

1. Desenvolver ou revisar (quando apropriado) uma política nacional abrangente relativa à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância que inclua a questão relativa ao HIV e à alimentação infantil.
2. Implementar e assegurar o cumprimento do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e as subseqüentes Resoluções da Assembléia Mundial de Saúde que forem relevantes.
3. Intensificar os esforços para assegurar, promover e apoiar práticas adequadas de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, reconhecendo o HIV como uma entre diversas circunstâncias difíceis.
4. Esta ação inclui, especificamente, um chamado para a revitalização e o crescimento, em larga escala, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, para que esta transcenda os hospitais, inclusive com a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno. Ela também encoraja o planejamento e a expansão de atividades de prevenção à transmissão do HIV em lactentes e crianças de primeira infância, em concomitância com a promoção dos princípios da IHAC.
5. As recomendações da OMS/Unicef para o treinamento em aconselhamento em HIV/Alimentação de Lactentes ressaltam que a IHAC ou outros treinamentos de incentivo ao aleitamento materno, devem preceder o treinamento em aconselhamento para a alimentação de lactentes de mães HIV positivas.
6. Oferecer o apoio adequado a mulheres HIV positivas para capacitá-las a escolher e a adotar a melhor opção de alimentação para elas e para os seus filhos.
7. Apoiar a pesquisa sobre HIV e alimentação de lactentes, inclusive pesquisas operacionais, educação, monitoramento e avaliação em todos os níveis, e divulgar os achados.

A IHAC Módulo 1– Histórico e Implementação apresenta a metodologia para atingir os propósitos da IHAC, incentivar e facilitar a transformação de unidades hospitalares de acordo com os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" da OMS e do Unicef. Os documentos originais de 1992 foram revisados para contemplar o contexto global atual, com considerações sobre HIV/AIDS, auxiliar na superação de obstáculos ao processo encontrados no decorrer dos anos e incluir descobertas recentes acerca da alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.

Como iniciar

Muitos países já tomaram medidas para organizar campanhas nacionais Amigas da Criança, com iniciativas como ampliação do incentivo à amamentação em hospitais, ações para assegurar o direito à amamentação por meio da implementação de políticas nacionais e campanhas públicas de promoção. Os passos e as recomendações a seguir são apresentados não para substituir, mas para fortalecer ou mesmo aprimorar tais iniciativas nacionais. Eles indicam como as conquistas de programas fortes podem ser reconhecidas internacionalmente com o uso do processo global IHAC.

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, um sumário das orientações para maternidades apresentado pela Declaração Conjunta da OMS/Unicef Protegendo, Promovendo e Apoiando a Amamentação: O Papel Especial dos Serviços de Maternidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1989) foram aceitos como critérios globais mínimos para atender à condição de Hospital Amigo da Criança.

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Toda e qualquer unidade que preste serviços de maternidade e cuidado neonatal deve:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação *médica*.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

O processo de qualificação como Hospital Amigo da Criança está descrito na Seção 1.2. Resumidamente, esse é um processo que começa com a auto-avaliação do hospital. Esse processo inicial leva à análise de práticas que incentivam ou desestimulam a amamentação, e então à ação, para colocar em prática as mudanças necessárias. Ele segue a seqüência triplo A (Avaliação, Análise, Ação) que caracteriza outros programas do Unicef. Depois que uma instituição garante atender a esses altos padrões, essa conquista é confirmada objetivamente por meio de uma avaliação externa que constata se os "Critérios Globais" da IHAC foram atingidos, ou quase atingidos, e se pode ser agraciada com a designação e a placa Hospital Amigo da Criança.

O Unicef e a OMS, com a assistência técnica da *BEST Services* e muitos revisores, revisaram os principais documentos usados como guias para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, como as diretrizes para a implementação da Iniciativa na Seção 1, a iniciação nos níveis nacional e hospitalar, diretrizes para conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e formas de incrementar a sustentabilidade e o alcance dos serviços; Seção 2, Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, um curso para tomadores de decisão foi adaptado do curso da OMS "Promovendo o aleitamento materno em unidades de saúde. Um curso breve para administradores e gestores"; Seção 3, Curso de Treinamento da IHAC e Seções 4 e 5, com instrumentos de auto-avaliação, monitoramento e avaliação externa.

Cinco Passos para a Implementação da IHAC em Nível Nacional

Atualmente, muitos países têm programas IHAC em andamento. Esta seção oferece, portanto, uma abordagem de cinco passos baseada em outras abordagens em uso por mais de uma década, modificada para se adequar às atuais circunstâncias. Esta seção se concentra tanto nas situações onde não há IHAC ou a Iniciativa perdeu força quanto naquelas onde a Iniciativa está em evolução. Cada passo inclui sugestões de atividades. Esses cinco passos essenciais ao processo e os *inputs* e *outputs* associados a eles estão sumarizados na página 20 .

Passo 1. Organizar, estimular ou planejar uma reunião do organismo nacional responsável por programas de Aleitamento Materno, Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância ou de Nutrição para definir ou avaliar sua função com relação à IHAC.

Se o seu país criou tais órgãos, garanta que eles estejam cientes dos padrões atuais, como descritos na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Se não, as orientações para a sua formação e as suas funções estão descritas a seguir.

1A. Quem são os membros do órgão nacional?

De acordo com a Estratégia Global, o órgão ou organismo nacional deve ser multisetorial, não deve ser restrito aos setores médico e de saúde. Possíveis membros desse órgão podem incluir:

- servidores de órgãos do governo nacional ligados à saúde e à nutrição com iniciativas voltadas à saúde de mulheres e de crianças;
- servidores de órgãos do governo nacional voltados ao planejamento financeiro;
- servidores de órgãos do governo nacional voltados a questões sociais;
- membros da área acadêmica;
- lideranças sociais, como membros de ONGs e representantes de comitês que apóiem a IHAC e/ou a implementação do Código;
- especialistas em comunicações;
- especialistas em monitoramento e avaliação.

1B. Qual é o papel do órgão nacional em relação à IHAC?

O órgão nacional deve ter endosso governamental para supervisionar os nove objetivos operacionais, distribuídos por quatro áreas principais de ação: 1) política e legislação nacional; 2) padrões e reforma do sistema de saúde e ação multisetorial relacionada; 3) ação comunitária; e 4) circunstâncias especiais. Os principais papéis são:

- planejar e criar estratégias para as atividades voltadas à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância;
- supervisionar a implementação de áreas de atividade específicas, como a IHAC e o Código de Comercialização;
- monitorar e avaliar a situação das atividades, como esforços relacionados ao programa e aos resultados em termos de comportamentos alimentares.

Essas atividades envolvem avaliações e *feedback* permanentes. Portanto, o órgão nacional também deve advogar pela coleta de dados, tanto permanente no sistema de saúde quanto na forma de pesquisas periódicas. Para desempenhar essas funções, o órgão nacional deve ter autonomia e receber verbas, concedidas pelos governos estaduais ou nacional.

Entre os papéis e as responsabilidades específicos do órgão nacional estão:

- coordenar e fomentar a colaboração entre ministérios, criando um processo sustentável para reavaliações via, por exemplo, incentivos financeiros ou de tributos;
- incorporar o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar em ações já operacionais;
- atingir os objetivos estabelecidos sobre alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. Para tal, o governo deve incluir essas ações em seu orçamento e identificar a disponibilidade de recursos para apoiá-las;
- estabelecer metas baseadas em padrões internacionais. De modo geral:
  - as metas para a iniciação devem ser que os recém-nascidos devem ter contato pele a pele com as mães poucos minutos após o nascimento e com elas devem permanecer por pelo menos 60 minutos, estimulando-as a amamentar quando seus filhos derem sinais de estarem prontos;
  - a meta para a amamentação exclusiva, como determinada pelo Comitê Permanente de Nutrição da ONU, em 2004, deve ser elevar a amamentação exclusiva por seis meses a um patamar mínimo de 60% até 2015, com meta final próxima dos 100%.

Nota: em países onde as mulheres recebam aconselhamento voluntário sobre HIV/AIDS, um bom número dessas mulheres optará pela substituição adequada da alimentação. Apesar de algumas mulheres HIV positivas optarem pela amamentação exclusiva, em tais circunstâncias a meta final ficará abaixo dos 100%[1];

  - a meta para a alimentação complementar por 6 a 23 meses ou mais, como determinado pelo Comitê Permanente de Nutrição da ONU, em 2004, é que o leite materno forneça entre 350 e 500 calorias/dia, e que de 3 a 5 alimentações complementares/dia com suplementos ricos em nutrientes são necessárias, como descrito em "alimentação ideal".

- supervisionar os padrões de treinamento de trabalhadores em saúde e da legislação de proteção às práticas de alimentação infantil, como parte das exigências curriculares, trabalhando com organizações profissionais para atuálizar tanto os padrões da prática como as legislações para implementar o Código de Comercialização e as leis de proteção à maternidade;
- adaptar os critérios para a expansão da IHAC na comunidade e outras formas de expansão (ver seção 1.5);
- incorporar os princípios Amigos da Criança em todos os programas de saúde (como, por exemplo, Salvando as Vidas de Recém-Nascidos, AIDPI) ou sociais (Desenvolvimento Infantil Precoce – Early Child Development) relacionados;
- oferecer supervisão técnica às avaliações do Grupo de Coordenação da IHAC – incluindo como colocar em prática auto-avaliações, avaliações e reavaliações pelo menos uma vez a cada três a cinco anos;
- supervisionar a ética inerente ao processo de credenciamento e garantir que não haja conflito de interesses seja com fabricantes, programa de treinamento ou outros, que possam interferir em avaliações ou certificações;
- realizar, pelo menos uma vez ao ano, avaliação dos dados do serviço de saúde sobre aleitamento materno e alimentação complementar em ambientes amigos da criança e outros ambientes.

Além disso, o órgão nacional deve desenvolver um plano de ação plurianual com orçamento associado e apoio governamental, e realizar reuniões regulares para avaliar o progresso relativo a cada meta, além dos progressos de objetivos pré-estabelecidos.

Passo 2. Identificar – ou redefinir – metas e abordagens nacionais da IHAC.

Muitos países possuem comitês de IHAC e metas estabelecidas, mas eles podem ou não fazer parte de políticas e planos integrados. O primeiro passo é garantir que essas metas façam parte de planejamentos locais ou nacionais. Se não houver ações recentes em relação a essas metas, procure conduzir uma pesquisa rápida sobre práticas nacionais de aleitamento materno e alimentação complementar, atividades de apoio e situação de unidades previamente certificadas para avaliar a situação e os padrões atuais de prática entre os profissionais de saúde. (Ver modelo de questionário para avaliação rápida no Anexo A da seção 1.1.)

O conceito de IHAC já não é mais restrito aos Dez Passos em maternidades, ele tem muitas possibilidades de extrapolação para outras partes do sistema de saúde, entre

[1] O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positiva.

eles cuidado materno, pediatria, clínicas e consultórios médicos, e em comunidades e outros setores como comercial, rural e sistema de ensino. O cuidado amigo da criança também pode ser oferecido em conjunto com outras iniciativas internacionais, como programas AIDPI ou HIV/AIDS/Programa de Transmissão Vertical.

O órgão nacional deve considerar os componentes e a importância da maior abrangência do cuidado amigo da criança no contexto local. Alguns exemplos dessas opções são apresentados adiante, na seção 1.5: Possibilidades de Expansão e Integração.

Passo 3. Identificar, Designar ou Desenvolver um Grupo de Coordenação IHAC (GCI).

Este pode não ser considerado um papel adicional do órgão nacional de aleitamento materno, de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância ou nutrição. Mas é altamente recomendável que haja pelo menos dois grupos, ambos reconhecidos pelo governo, para que o órgão nacional possa supervisionar as atividades do outro, e para que haja um local que possa ser procurado por profissionais de unidades de saúde no caso de dúvidas quanto ao processo de credenciamento.

3A. Quem seleciona o Grupo de Coordenação IHAC?

O órgão nacional, seja ligado ao Ministério da Saúde ou a outro ministério ou a uma ONG designada pelo governo, deverá criar um Grupo de Coordenação IHAC (e supervisionar sua operação) com o objetivo de garantir a manutenção da qualidade e o respeito ao código de ética. O governo pode preferir designar esse grupo, sancionado por ele.

3B. Quais são os papéis desse Grupo?

O Grupo de Coordenação IHAC (GCI) é responsável por coordenar os processos e os procedimentos de facilitação do credenciamento. O GCI pode ou não desempenhar as avaliações para credenciamento, a depender do número de unidades no país, da estrutura do grupo e dos recursos disponíveis. Caso isso não seja possível, o GCI deve garantir que todos os Comitês de Credenciamento ou Processos de Credenciamento IHAC usem procedimentos padronizados (ver Passo 5).

O GCI é responsável por adquirir os pôsteres de credenciamento IHAC por meio do catálogo de suprimentos do Unicef ou produzi-los, e por providenciar as placas de credenciamento. As especificações das placas estão disponíveis com representantes do Unicef ou da OMS.

Os Comitês de Credenciamento IHAC (CCI) são braços do GCI onde necessário. Esses comitês são qualificados pelo GCI para realizar avaliações e recomendar o credenciamento de unidades. "Credenciamento" é o reconhecimento formal, por parte do GCI, de que existe conformidade com os Critérios de Avaliação Hospitalar IHAC (ver Seção 1.2).

Existem pelo menos oito modelos para a criação do Grupo de Coordenação IHAC e do processo de avaliação e credenciamento de hospitais e maternidades como "Amigas da Criança":

1. *Desenvolver, legislar e regulamentar padrões para unidades de saúde que contemplem a IHAC.* Neste modelo não existe GCI sem supervisão do órgão nacional. Legislar a IHAC traz sustentabilidade; mas, sem atividades que garantam a qualidade da atividade, esse modelo resultará em atividades superficiais. Portanto, este modelo requer monitoramento contínuo e regulamentações na legislação.
2. *Incorporar critérios de avaliação IHAC nos procedimentos da comissão de credenciamento da unidade* que sejam padrões nacionais para todos os hospitais e todas as maternidades. Em certos países, o credenciamento acontece com o amparo de sociedades profissionais; em outros, uma associação é criada especialmente para possibilitar um processo de qualidade. Neste caso, a comissão nacional desempenha as funções do GCI, e o recredenciamento regular deve ser assegurado. Essa é, provavelmente, a opção mais eficiente.
3. *Incentivar uma organização profissional ou rede profissional a incluir a IHAC em suas ações.* Na Austrália, por exemplo, a sociedade profissional de enfermeiras e parteiras é o GCI, além de se responsabilizar pelas avaliações. Isso pode acontecer com ou sem apoio governamental. A IHAC pode estar, logicamente, a cargo de qualquer profissão da área de Saúde que preste cuidados às mães e aos recém-nascidos, que também poderia cuidar dos credenciamentos com supervisão do órgão nacional. Este modelo teoricamente ofereceria amplas possibilidades de controle de qualidade; entretanto, certos conselhos profissionais não têm base estrutural ou fiscal para assumir essa tarefa.
4. *Criar um sistema por meio do qual as unidades possam avaliar e ajudar umas às outras no processo de credenciamento.* Este modelo reduz os deveres e os custos da autoridade central (já que só são necessárias avaliações de rotina) e do GCI. Por outro lado, com essa redução da supervisão direta pode haver o risco de fraudes ou outros problemas.
5. *Atribuir a uma organização profissional ou ONG, independente do órgão nacional, a responsabilidade pelo credenciamento.* Essa abordagem, similar a três, sem supervisão, pode levar a problemas na garantia de qualidade e a conflitos de interesses como, por exemplo, se a ONG também oferecer e for remunerada por treinamentos, processos de preparação para avaliações e assessoria para unidades que não conseguiram se credenciar. Em certas situações, cobrar pela avaliação pode ser proibitivo, principalmente no caso de unidades menores e em ambientes mais pobres. Apesar disso, essa é uma alternativa que tem tido bons resultados em muitos países. As duas abordagens alternativas a seguir (6 e 7) proporcionam medidas para a conferência e o controle desta abordagem.
6. *Permitir que qualquer organização profissional ou ONG se candidate, perante o órgão nacional, ao direito de coordenar o processo de credenciamento (GCI) ou à condição de comitê de credenciamento (CCI).* Uma ou mais ONGs pode ser aprovada pelo órgão nacional para criar um sistema de CCIs ou realizar elas mesmas as avaliações e as certificações, a depender do número de unidades e da capacidade da ONG. O órgão nacional deve ser a organização que supervisiona o processo e ratifica os credenciamentos. A possibilidade de competição entre as ONGs pode ser minimizada por uma responsabilização regional e por supervisão atenta (ver 7, a seguir).

7. *Permitir que qualquer organização profissional ou ONG interessada se candidate, perante o órgão nacional, ao direito de coordenar o processo de credenciamento (GCI) ou à condição de comitê de credenciamento (CCI) para uma região específica do país.* Essa abordagem é similar aos itens 5 e 6, anteriormente citados, mas inclui aspectos de supervisão e reduz a possibilidade de atividades de competição inadequadas. Essa abordagem pode implicar numa maior carga de trabalho administrativo do órgão nacional.
8. Apesar disso não ser o ideal, *escritórios nacionais do Unicef podem auxiliar* nessa função por um período de tempo limitado, até que sejam criados o GCI e o órgão nacional.

Independente da abordagem escolhida é essencial que todas as medidas necessárias sejam tomadas para evitar – a)qualquer comprometimento dos padrões exigidos para o credenciamento IHAC e b) qualquer conflito de interesses. Atenção especial deve ser dada quando o órgão nacional der ao grupo de credenciamento IHAC a responsabilidade por informar ou monitorar os padrões de cuidados clínicos, ou oferecer treinamentos a profissionais de saúde e /ou treinamentos específicos relacionados ao aleitamento materno. O órgão nacional (como descrito anteriormente) desempenha um papel essencial na supervisão da qualidade e de padrões éticos.

Passo 4. O órgão nacional deve:

A) garantir que o Grupo de Coordenação IHAC cumpra sua responsabilidade de prestar, direta ou indiretamente, as avaliações regulares iniciais das unidades;

B) ajudar a planejar treinamentos e avaliações curriculares;

C) assegurar que o sistema nacional de informações de saúde passe a registrar a situação alimentar de crianças menores de 2 anos em todos os contatos feitos com elas;

D) possuir um plano de monitoramento e avaliação.

Nota: Se o programa IHAC estiver em curso, pode ser necessário colocar em prática partes deste passo, tendo em vista que pode haver um registro da situação atual, uma equipe de capacitadores e assessores e um plano de treinamento em andamento, com revisões curriculares. Entretanto, a IHAC pode não possuir, ainda, informações atualizadas do sistema de saúde com registros da situação alimentar de crianças.

4A. Garantir que o Grupo de Coordenação IHAC (GCI) cumpra suas responsabilidades de oferecer, direta ou indiretamente, as avaliações contínuas iniciais das unidades.

Assim que o órgão nacional tiver criado o GCI, as avaliações iniciais das IHAC já estabelecidas devem ser a *próxima* atividade. Independente do modelo de GCI instituído, as avaliações iniciais devem ser realizadas por assessores locais ou externos especialmente treinados. Posteriormente à avaliação ou análise da situação atual, para definir se há uma equipe de indivíduos com experiência para trabalhar como 1) assessores locais, 2) capacitadores para cada um dos níveis de treinamento, 3) especialistas curriculares e 4) especialistas em sistemas de informação de saúde podem ser desenvolvidos planos para engajar tais indivíduos nessas tarefas. Se não houver um número suficiente de indivíduos em cada uma das áreas necessárias, avalie a possibilidade de realizar treinamentos ou encaminhar profissionais para cursos de treinamento regionais ou mundiais.

Consultas sobre o cronograma de cursos de treinamento regionais e mundiais podem ser feitas em:<http://www.Unicef.org/nutrition/index_events.html> ou <http://www.who.int> ou na publicação quadrimestral sobre nutrição *Nutrition Quarterly*, última seção, encontrada na coluna da direita de: <http://www.Unicef.org/nutrition/index_bigpicture.html>

O órgão nacional tem autoridade para modificar ou mudar o GCI, se necessário, para manter a função regular de avaliação e credenciamento.

4B. Ajudar a planejar treinamentos e a revisão curricular

Assim que as necessidades e as equipes estiverem disponíveis, devem ser planejados as revisões curriculares e os treinamentos necessários. Baseado nas necessidades constatadas, deve ser desenvolvido um plano para realizar o treinamento de 20 horas em todas as unidades, além de atualizações curriculares periódicas. Além disso, deve ser assegurado treinamento especial para os profissionais de saúde que servirão como consultores especialistas em amamentação – realizado por profissionais capacitados e habilitados. É razoável desenvolver um planejamento em etapas, para que o pessoal treinado em uma unidade possa auxiliar nos treinamentos em unidades próximas. Também é importante que haja treinamentos práticos realizados regularmente por supervisores. Portanto, é necessário que cada unidade IHAC possua em seus quadros pessoal capacitado em outros treinamentos importantes, como consultores em lactação ou especialistas habilitados nessa área.

Se assessores da IHAC estiverem disponíveis e as unidades prontas, as avaliações podem começar imediatamente, sem espera pela implementação dos planos de treinamento. Se não houver pessoal suficiente para realizar as avaliações, todos os níveis de treinamento e/ou reformas curriculares, o plano deve contemplar essas necessidades.

Mesmo quando há poucos partos em determinadas unidades, o treinamento pode ser necessário para criar um padrão e para garantir que todo o quadro de pessoal de saúde esteja capacitado para assegurar, promover e incentivar a amamentação. Além disso, deve ser dada atenção ao desenvolvimento de programas de credenciamento de comunidade "amiga da criança" (ver seção 1.5), ou outros programas nacionais, para assegurar o incentivo à amamentação precoce, exclusiva e continuada, com alimentação complementar em idade adequada. Esses esforços podem ser diretamente associados a unidades, ou a sistemas sociais ou de saúde, para garantir a consistência das mensagens e das abordagens de suporte.

O trabalho em etapas deve começar imediatamente, com o desenvolvimento de materiais de treinamento e de revisões curriculares, e com a identificação de recursos suficientes para completar esse trabalho num prazo adequado.

Além dos materiais da IHAC, os órgãos nacionais deveriam considerar o fornecimento de manuais como: "Protegendo a saúde infantil: o guia dos profissionais da saúde sobre o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, um manual básico de apoio à amamentação, além de sumário sobre regulamentações, leis e políticas locais.

4C. Assegurar que o sistema nacional de informações de saúde passe a registrar a situação alimentar de crianças menores de 2 anos em todos os contatos feitos com elas.

Essa ação implica contatos com a comunidade acadêmica, os Ministérios da Saúde, Educação e Planejamento e os órgãos especializados em estatística, a depender do responsável pela coleta de dados. Os sistemas de informação de saúde existentes devem ser reformulados com os novos padrões de crescimento da OMS e para coletar informações sobre padrões alimentares de crianças menores de 2 anos de idade e suas mães, a cada contato, além de passar por avaliações planejadas realizadas por profissionais da área de saúde.

Além disso, o órgão nacional deve realizar análises dos sumários desses dados, como também pesquisas periódicas para avaliar os progressos e áreas onde possam ser necessários ajustes ao programa.

4D. Plano de monitoramento e avaliação

O órgão nacional é responsável por armazenar os registros e dar suporte ao planejamento necessário para garantir que todas as unidades sejam incentivadas ou orientadas a seguir os critérios da IHAC. Esse órgão deverá, ainda, revisar todos os dados disponíveis e garantir que sejam analisados, com a colaboração dos responsáveis pelo sistema de informações de saúde e de organismos oficiais de estatística, e que as informações serão usadas para auxiliar o planejamento de objetivos futuros sobre Alimentação de Lactentes e da Criança na Primeira Infância (ALCPI).

Passo 5. Grupo de Coordenação da IHAC coordena avaliações, reavaliações e credenciamentos de unidades.

As avaliações e os credenciamentos IHAC podem começar assim que o Grupo de Coordenação IHAC, com ou sem Comitê de Credenciamento IHAC, for criado pelo órgão nacional, e depois que as unidades realizarem as auto-avaliações e se considerarem em conformidade com os "Dez Passos". Os credenciamentos devem ser baseados em uma avaliação de acordo com orientações nacionais e, quando necessário, estabelecidos períodos probatórios. Quando alcançado o credenciamento, esse é definido por um período pré-estabelecido de meses ou anos, baseado em padrões nacionais de permanência em conformidade. A data de credenciamento, além do seu prazo de duração, deve ser registrada na placa de credenciamento. Se o programa for novo, a sugestão é que o período de credenciamento não exceda três anos.

Se alguma unidade não conseguir o credenciamento quando reavaliada, ela deverá ter uma nova oportunidade para atingir os padrões necessários. Se alguma unidade falhar em apenas poucos passos dos *Critérios Globais*, ela poderá ser reavaliada apenas nesses componentes específicos. Se as áreas onde não conseguiram conformidade forem importantes, deve ser agendada uma "reavaliação" completa. A segunda reavaliação (seja parcial ou plena) determinará se o credenciamento como "amiga da criança" deve ser negado ou se uma nova placa com uma nova data de validade de credenciamento pode ser concedida.

A reavaliação é necessária antes que o prazo de credenciamento expire. O órgão nacional deve manter registros com a situação de todas as maternidades do país e devem ser empreendidos esforços para atingir uma taxa de credenciamento de 100%.

Se uma unidade tiver o credenciamento expirado ou for avaliada como em não conformidade aos Dez Passos, o GCI, ou o CCI como seu agente, deverá agendar uma reavaliação. As datas de expiração devem constar dos registros do GCI/CCI e as ações

de reavaliação deverão ser iniciadas em tempo adequado. Se um agente de saúde ou outro observador referir deterioração entre as avaliações, a unidade deve ser comunicada e orientada a reportar-se sobre o assunto. Se o GCI/CCI considerar a resposta inadequada, pode ser agendada uma visita oficial.

Se o credenciamento houver expirado ou for constatada a não conformidade da unidade durante o prazo de validade do credenciamento, o órgão nacional deverá providenciar a remoção de quaisquer placas de credenciamento e excluir o hospital da lista de unidades "amigas da criança" até que seja realizada uma reavaliação com constatação de conformidade e conseqüente credenciamento. Pode ser concedido à instituição um período probatório, com o envio de uma equipe de avaliação se necessário, e uma reavaliação agendada, antes de remover a placa. Esses passos dependerão em parte do modelo de avaliação estabelecido pelo órgão nacional.

Na maioria dos casos, o órgão nacional é responsável pela apresentação formal do credenciamento, mas pode delegar esse papel ao GCI, que fica então responsável por adquirir os pôsteres de credenciamento do catálogo de suprimentos do Unicef e por produzir as placas de credenciamento. As especificações das placas estão disponíveis na pagina eletrônica do Unicef.

O GCI deve desenvolver um plano, a ser aprovado pelo órgão nacional, para garantir o credenciamento de todas as unidades públicas e privadas em nível nacional, e o descredenciamento daquelas que não mantiveram os padrões.

Cinco Passos para a Implementação da IHAC em Nível Nacional

Passo	Entradas	Saídas
1. Organizar, estimular ou planejar uma reunião do órgão nacional (responsável por programas de Aleitamento Materno, Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância ou Nutrição) para definir ou avaliar suas funções relacionadas à IHAC.	Comprometimento governamental com a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, inclusive a IHAC, evidenciado pela disposição para incorporar esse apoio ao orçamento nacional ou outra forma de garantir recursos. Análise dos dados existentes relativos à amamentação e, se o programa IHAC já existir, que seja concluído. Se não houver disponibilidade de dados, realizar pesquisas rápidas para avaliar a situação das práticas, do apoio e das estatísticas relativas à amamentação, com uso de questionários breves ou uso da análise do instrumento de implementação de planejamento da OMS.	Criação de órgão nacional, apoiado ou endossado pelo governo comprometido com o desenvolvimento/ fortalecimento da IHAC. Análise da situação atual da ALCPI e da IHAC, com a listagem de todas as unidades nacionais e sua situação relativa à IHAC.
2. Identificar – ou redefinir – metas e abordagens nacionais da IHAC.	Reuniões e encontros organizados pelo órgão nacional para identificar metas nacionais, objetivos e indicadores específicos e mensuráveis e possíveis abordagens de expansão/integração com a IHAC no contexto local.	Plano estratégico qüinqüenal com orçamento para o órgão nacional e criação de atividades associadas à IHAC.

Continua

Continuação

Passo	Entradas	Saídas
3. Identificar, designar ou criar um Grupo de Coordenação IHAC (GCI).	Identificação, por parte do órgão nacional, da opção de GCI mais adequada a sua estrutura e recursos, baseada nas decisões relativas à IHAC e possíveis áreas de expansão. Plano de ação do GCI em resposta ao plano estratégico qüinqüenal apresentado para aprovação e apoio do órgão nacional.	Uma abordagem sustentável foi selecionada. GCI e/ou procedimentos e processos de credenciamento criados e aprovados pelo órgão nacional e reconhecidos pelo governo. GCI ativado.
4. Garantir: A) que o Grupo de Coordenação IHAC cumpra sua responsabilidade de prestar, direta ou indiretamente, as avaliações regulares iniciais das unidades, B) o desenvolvimento de um plano de revisões curriculares (se necessário) e de treinamentos, C) que o sistema nacional de informações de saúde passe a registrar a situação alimentar de crianças menores de 2 anos em todos os contatos feitos com elas e D) a criação de um plano de monitoramento e avaliação.	Relatórios regulares do GCI para o órgão nacional. Reuniões e encontros, quando necessários, para a análise curricular das atribuições de todo o pessoal de saúde e pessoal de apoio, incluindo pessoal da área rural, convocados pelo órgão nacional. Apoio para análise de currículos identificada, com apoio do órgão nacional se necessário. Cobertura e análises discutidas/asseguradas por meio de reuniões do órgão nacional com a diretoria do sistema de informações de saúde e de órgãos oficiais de estatística.	O órgão nacional dá retorno ao GCI, ao governo e à sociedade civil. Atualização curricular e de treinamentos. Registros de padrões de alimentação e crescimento de todas as crianças menores de 2 anos disponíveis no SI e analisados. Pesquisas periódicas sobre padrões de alimentação realizadas. Análises para identificar necessidades de ajustes no programa.
5. Coordenar avaliações, reavaliações e certificações de unidades "amigas da criança".	GCI institui plano de ação, do qual faz parte o treinamento de CCIs para atingir os objetivos nacionais, com assistência do órgão nacional, se necessário.	A estrutura e a função do GCI, com CCI se necessário, estão definidas e o Grupo operacional, Unidades, comunidades etc., são assessoradas e os credenciamentos são feitos de acordo com um plano. O plano é revisado regularmente para ajustes e adaptações, se necessário.

Critérios Nacionais para Credenciamento de Comunidade Amiga da Criança

Para garantir o apoio da comunidade, como descrito no Passo 10 da IHAC, é necessário envolvê-la no incentivo à alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância. O conceito de "Comunidades Amigas da Criança" surgiu do reconhecimento dessa necessidade. Em certos países, existem critérios estabelecidos para Serviços Comunitários de Saúde Amigos da Criança. Essa abordagem é aplicável quando nem toda a população tem fácil acesso a unidades, e tem maior chance de sucesso quando os serviços comunitários estão ao alcance de todas as mulheres e crianças.

Em situações onde o alcance do sistema de saúde é restrito, um esforço nacional pela criação de Comunidades Amigas da Criança pode ser necessário para se conseguir práticas ideais de alimentação. O modelo de Comunidade Amiga da Criança apresentado abaixo serve como base para discussões sobre as necessidades da comunidade que reflitam todos os Critérios Globais aplicáveis à IHAC (os Dez Passos, o Código, HIV e alimentação infantil e cuidado materno). Os critérios criados localmente devem incluir, no mínimo:

1. Lideranças políticas e sociais da comunidade, tanto homens quanto mulheres, comprometidas com a mudança proporcionada pelo apoio à ALCPI ideal.
2. Todas as unidades de saúde, ou serviços de saúde locais, são certificados como "amigos da criança" e apóiam ativamente a amamentação precoce exclusiva (de 0 a 6 meses).
3. Acesso da comunidade a local (is) de referência que disponibilizem apoio à amamentação precoce, exclusiva e continuada.
4. Disponibilizar na comunidade apoio à alimentação complementar em idade adequada, freqüente e responsiva, com amamentação continuada. (Isso geralmente implica na disponibilidade de oferta de micronutrientes ou alimentos de origem animal.)
5. Disponibilidade de sistema de apoio de mãe para mãe ou similar. (Em situações de alta incidência de HIV entre mulheres em idade reprodutiva, deve haver apoio adicional a mães HIV positivas.)
6. A não existência de práticas promocionais, distribuições, lojas ou serviços que violem o Código Internacional (como aplicável) na comunidade.
7. Organização, criação e apoio à implementação, por parte do governo local ou da sociedade civil, de pelo menos uma mudança normativa política ou social e/ou ação adicional que ativamente apóie mães e famílias em práticas eficazes de amamentação imediata e exclusiva (como por exemplo, dividir tarefas, viabilizar o transporte de mães que estejam amamentando para consultas se necessário, identificar "protetores da amamentação" entre os líderes da comunidade, locais de trabalho que incentivam a amamentação etc.).

Os detalhes sobre a abordagem do desenvolvimento de Comunidades Amigas da Criança e outras abordagens de expansão, estão disponíveis na seção 1.5.

Anexos

Anexo A – Perguntas Sugeridas para Rápida Avaliação do País

Quando houver um órgão nacional estabelecido responsável pela IHAC, garantir que haja dados disponíveis para responder às seguintes perguntas:

1. Qual a situação da IHAC?
   Como são realizadas as avaliações?
   Que grupo ou quem concede os credenciamentos?
   De onde vêm os recursos?
   Existem conflitos de interesse em potencial em suas funções?
   Quantos e que percentual de hospitais foram certificados?
   Qual o percentual de partos que ocorrem em unidades atualmente certificadas?
   Quantas dessas unidades foram avaliadas ou reavaliadas nos últimos três a cinco anos e considerados em conformidade?
   Que percentual de unidades permanece em conformidade?
2. Existe uma lista com nomes e localização de todas as maternidades do país, baseadas ou não em hospitais?
3. Existe uma lista com nomes, localização e profissionais de contato de todas as unidades certificadas como "amigas da criança", com datas de credenciamento e reavaliação?
4. Quais os nomes e endereços dos assessores externos e avaliadores da IHAC treinados, além de outros especialistas, como consultores em amamentação certificados ou membros da Academia de Medicina sobre Amamentação?
5. Quais são o panorama atual e a regulamentação relativos ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno?
6. Quais são os padrões de prática atualmente propagados por organizações médicas e de saúde?
7. Quais são as tendências e os níveis atuais de amamentação imediatamente pós-parto? Amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida? Amamentação continuada por até dois anos?
8. Quais são as práticas locais de alimentação complementar? Os Dez Princípios da Alimentação Complementar foram adotados/iniciados?
9. Quais são os nomes, descrições e contatos de todos os programas de estímulo à ALCPI do país, inclusive de aconselhamento sobre HIV e alimentação infantil, programas de apoio nas situações de emergência, trabalhadores comunitários nas áreas rurais e social etc.?
10. Que serviços e estruturas adicionais relacionados podem ajudar a incentivar a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância?

Quando não houver um programa IHAC ativo, colete informações de base

Abordagem sugerida: Entreviste 25 pessoas informadas e influentes, selecionadas dos setores público e privado, de ONGs com atuação na área de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, ou outras pessoas familiarizadas com atividades hospitalares, e solicite cópias dos padrões de prática, programas, rotinas, leis ou contatos mencionados.

1. Foram desenvolvidos estudos sobre práticas alimentares de lactentes e crianças de primeira infância por órgãos ou instituições de nutrição, saúde, reprodução ou outros grupos de interesse?
2. Pesquisas ou outro tipo de coleta de dados foram usadas para avaliar:
    - Taxas de amamentação imediata pós-parto,
    - Taxas de amamentação exclusiva por 6 meses,

    e/ou
    - Amamentação continuada com alimentação complementar?
    - Existem dados relativos a tendências de qualquer um desses padrões?
3. Existem políticas governamentais ou leis relativas à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância aplicáveis:
    - a hospitais/maternidades?
    - ao setor comercial? Existe uma lei nacional para a implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e subseqüentes resoluções da AMS?
    - ao local de trabalho?
    - a emergências?
    - a HIV/AIDS?
4. Que cursos de treinamento ou programas existem para treinar:
    - o pessoal de saúde em "Promoção e Apoio à Amamentação em Hospitais amigos da criança"- um curso de 20 horas?
    - os capacitadores do curso de 20 horas?
    - especialistas em incentivo à lactação para agirem como pessoal de referência?
    - assessores ou conselhos de credenciamento?
    - pessoal de saúde treinado no curso integrado de 6 horas em Amamentação/Alimentação Complementar/HIV?
    - outros? Especifique.
5. Existe algum centro acadêmico envolvido no apoio à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância? (Enumere os contatos.)
6. Que conselhos profissionais agem na área de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância e quem são os contatos? Eles têm padrões de prática para sua especialidade?
7. Que grupos ou quem certifica hospitais e maternidades?
8. Você conhece ONGs que atuam no apoio à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância? (Enumere os contatos.)
9. Você conhece instituições governamentais que atuam no apoio e/ou monitoramento:
    - de atividades relacionadas a lactentes e crianças de primeira infância?
    - da IHAC?

- do Código Internacional de Comercialização?
- de quaisquer outros temas relacionados a mães, seja nos setores de saúde, social ou outro?

10. Você conhece bases de dados regulares que armazenem informações sobre ALCPI?
11. Você conhece indivíduos, ou grupos de indivíduos, com
    - experiência em conduzir avaliações IHAC?
    - treinamento especializado e experiência em lidar com situações de amamentação especiais ou difíceis?
    - treinamento em técnicas de incentivo à amamentação?
    - treinamento em oferecer apoio à alimentação infantil no contexto HIV e apoio à criança que não recebe amamentação?
    - treinamento em questões relacionadas ao Código, como o desenvolvimento de legislação pertinente, o monitoramento e o cumprimento do Código?
    - treinamento em situações de emergência, inclusive relactação e alimentação terapêutica?
    - experiência no treinamento de pessoal de saúde em técnicas de amamentação?
12. Que recursos estão disponíveis para apoiar a IHAC? De que fontes? Esse apoio é sustentável?
13. Existem outras atividades de apoio à amamentação em outros programas de saúde/nutrição/sociais/de desenvolvimento?
14. Você conhece instituições governamentais ou indivíduos interessados em apoiar a ALCPI?

Anexo B – Trechos de publicações recentes da OMS, do Unicef ou de outras publicações internacionais.

Ocasionalmente, aqueles que implementam a IHAC em um país podem precisar consultar trechos de fontes mundialmente reconhecidas para embasar seus planos e ações. Esta seção busca atender essa necessidade.

***Comunicado de imprensa* do Unicef, agosto de 2004**

> As análises do Unicef sobre sobrevivência infantil demonstram que a amamentação pode salvar mais vidas do que qualquer outra medida preventiva de saúde isolada. A cada ano, mais de 10 milhões de crianças morrem de causas, em grande parte evitáveis, como diarréia, pneumonia, sarampo e malária. Se todos os bebês fossem exclusivamente amamentados do nascimento aos 6 meses de vida, estima-se que 3,5 mil crianças seriam salvas a cada dia.
>
> De acordo com Carol Bellamy, ex-Diretora Executiva do Unicef, 'de modo geral, se uma criança morre por causa evitável, isso ocorre por negligência. O mundo tem o poder, o dinheiro e as ferramentas para manter essa criança viva. Isso é verdade principalmente no que diz respeito à amamentação, e as crianças de todo o mundo têm a necessidade absoluta desse direito e dessa chave para a sua sobrevivência'.
>
> Para conseguir isso, observa Bellamy, toda mãe que opta por amamentar exclusivamente por seis meses necessita de assistência social e de saúde oferecidas por governos, comunidades e famílias.

Excerto de Artigo da Diretora Executiva do Unicef, Ann M. Veneman. Semana Mundial da Amamentação 2005

> Se quisermos cumprir a promessa da Declaração do Milênio e das Metas de Desenvolvimento do Milênio, devemos renovar nossa atenção a intervenções eficazes, disponíveis e que tenham impacto significativo. A intensificação da atenção à amamentação e à alimentação complementar é essencial para melhorar os panoramas de sobrevivência infantil e redução da fome e para garantir que as crianças se desenvolvam de maneira a se beneficiar da melhor forma de educação e de oportunidades.
>
> O Unicef parabeniza o comprometimento de todos os envolvidos no apoio à sobrevivência infantil por meio de ações de alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância durante a celebração da Semana Mundial da Amamentação deste ano.

Trecho de "Como investir no Desenvolvimento: Um plano prático para atingir as Metas do Milênio (MDM)". Projeto do Milênio, Nova York, 2005, p. 26.

> "As Conquistas Rápidas necessárias a serem inseridas no modelo de políticas de investimento de longo prazo das MDM como estratégia de redução da pobreza."
>
> "[Ao elaborar] programas de nutrição comunitária que incentivem a amamentação, proporcionar acesso a alimentos complementares produzidos localmente e, onde necessário, a micronutrientes... suplementação alimentar para mulheres grávidas e que estejam amamentando..."

Da Assembléia Mundial de Saúde 2004

Da Estratégia Global relativa à dieta, às atividades físicas e à saúde A57/9 e AMS 57/17.

11. A saúde e a nutrição maternas, antes e durante a gravidez, e a nutrição de lactentes desde cedo podem ser importantes na prevenção de doenças não transmissíveis durante a vida. A amamentação exclusiva por 6 meses e a alimentação complementar adequada contribuem para o crescimento físico e o desenvolvimento mental ideais.

De Família e saúde no contexto do décimo aniversário do Ano Internacional da Família A57/12

6. Quase 50% das mortes de lactentes em países em desenvolvimento ocorrem durante os primeiros 28 dias de vida. Como a maioria das crianças nasce em casa nesses países, as melhorias em serviços prestados por unidades de saúde resolverão apenas parte do problema e devem ser complementadas por intervenções nos lares e nas comunidades. Algumas poucas intervenções simples, como o auxílio ao parto por técnicos habilitados, manter o recém-nascido aquecido, iniciar a amamentação desde cedo e reconhecer e tratar infecções comuns aumentará em muito as chances de sobrevivência neonatal.

De Atualizações Bianuais A57/18

E. Nutrição de Lactentes e Crianças de Primeira Infância: Relatório de Progresso Bianual 48

Apesar das melhorias gerais no que se refere à amamentação exclusiva, as práticas ainda estão distantes da recomendação mundial de saúde pública da OMS: amamentação exclusiva por seis meses seguida por alimentação complementar segura e adequada, com amamentação continuada até os 2 anos de idade ou mais (Resolução WHA54.2).

De: Qüinquagésima Sétima Assembléia Mundial de Saúde WHA57.14, item 12.1. 22 maio de 2004

Tratamento e cuidado em larga escala como parte de uma resposta ampla e coordenada à HIV/AIDS.

2. INSISTE com os Estados-Membros, como questão prioritária, que: (3) adotem políticas e práticas que promovam:

(h) a integração da nutrição em uma resposta ampla à HIV/AIDS;

(i) promoção da amamentação à luz do Modelo das Nações Unidas para Ação Prioritária em HIV e Alimentação Infantil e das Novas Diretrizes da WHO/Unicef para Gestores de Programas e Administradores de Saúde.

Anexo C – A Contribuição da Amamentação e da Alimentação Complementar para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio[2]

Número da Meta e Alvos	Contribuição da Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância[3]	
1	**Erradicar a pobreza e a fome extremas** Erradicar pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção de pessoas com renda diária menor de US$ 1 e que sofrem com a fome.	A amamentação reduz significativamente os custos de alimentação da criança, e a amamentação exclusiva reduz pela metade o custo da amamentação (BHATNAGAR; JAIN; TIWARI, 1996). A amamentação exclusiva e a amamentação continuada por dois anos estão associadas à redução da incidência de peso inferior ao normal (DEWEY, 1998) e é uma excelente fonte de calorias de boa qualidade. Em virtude de reduzir a fertilidade, a amamentação exclusiva reduz o estresse reprodutivo. O leite materno é um alimento de baixo custo, alta qualidade e é produzido localmente, o que proporciona segurança alimentar sustentável à criança.
2	**Atingir a educação fundamental universal** Garantir que, até 2015, as crianças de todo o mundo, meninos e meninas, sejam capazes de concluir a educação fundamental.	A amamentação e a alimentação complementar adequada são requisitos para a disposição para aprender (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1990). A amamentação e os alimentos complementares de qualidade contribuem significativamente com o desenvolvimento e a capacidade cognitivos. Além dos ácidos graxos de cadeia longa presentes no leite materno, que estimulam o desenvolvimento neurológico, a amamentação exclusiva e a alimentação complementar atendem as necessidades de micronutrientes e ferro e, portanto, estimulam o bom desenvolvimento neurológico e o desempenho escolar no futuro.

continua

[2] Desenvolvido pelo Grupo de Trabalho em Amamentação e Alimentação Complementar do Comitê Permanente da ONU para Nutrição, 2003/4.

[3] A amamentação desde cedo e exclusiva, amamentação continuada com alimentação complementar e nutrição materna relacionada.

continuação

3	**Promover a igualdade entre os sexos e empoderar a mulher** Erradicar a disparidade entre os sexos nas educações primária e secundária, preferivelmente até 2005, e em todos os níveis de educação até 2015.	A amamentação é o grande nivelador, já que dá a todas as crianças um início de vida equiparado. A maioria das disparidades de crescimento entre os sexos começa quando os alimentos complementares são acrescentados à dieta, quando entram em cena as preferências de gênero. A amamentação também empodera a mulher: - intervalos maiores entre partos em virtude da amamentação ajudam a minorar a depleção causada por partos sucessivos; - ela é exclusiva às mulheres, o que aumenta a sua capacidade de alimentar seus filhos; - aumenta o foco na necessidade de melhoria da alimentação da mulher.
4	**Reduzir a mortalidade infantil** Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.	Em virtude de reduzir a incidência e a gravidade de doenças infecciosas, a amamentação pode rapidamente reduzir a taxa de mortalidade em cerca de 10%, e a alimentação complementar de qualidade pode reduzir essa taxa em 6%. Além disso, cerca de 50 a 60% (JONES et al., 2003) das mortes de crianças menores de 5 anos são causadas por desnutrição advinda de alimentação complementar inadequada conseqüente a más práticas de amamentação (PELLETIER; FRONGILLO, 2003) e, também, por baixo peso no nascimento. Esse impacto é ampliado em ambientes com má higiene. Os micronutrientes do leite materno, principalmente durante a amamentação exclusiva, e dos alimentos complementares proporcionam micronutrientes essenciais em quantidades adequadas, além dos níveis necessários de proteína e carboidratos.

continua

continuação

5	**Melhorar a saúde materna** Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.	As atividades propostas pela Estratégia Global incluem atenção especial às necessidades nutricionais e sociais da mãe. Além disso, a amamentação é associada, na mãe, à redução da perda de sangue pós-parto, câncer de mama, ovário e endométrio, além da probabilidade de redução da perda de massa óssea pós-menopausa. A amamentação ainda contribui para a duração de intervalos entre partos, a redução de riscos de gravidez muito próximas diminuindo, inclusive, a depleção materna com o encadeamento de gestações próximas. A amamentação contribuiu para a restauração do corpo da mãe ao estado pré-gravidez, além de uma involução acelerada do útero e de uma perda de peso mais rápida, prevenindo a obesidade.
6	**Melhorar as escolhas de alimentação infantil entre mães não testadas pelo HIV**	Baseado em uma extrapolação da literatura publicada sobre o impacto da amamentação exclusiva na transmissão vertical do HIV, a amamentação exclusiva em uma população que amamenta e não testada para o HIV pode estar associada a uma redução significativa e mensurável de transmissão vertical.
7	**Proteger o meio ambiente**	A amamentação está associada à redução da emissão de dejetos por laticínios, lixo farmacêutico, plástico e latas de alumínio, redução no uso de lenha/combustíveis fósseis para o preparo de alimentos (LABBOK, 1994) e menor emissão de CO^2 com a redução na queima de combustíveis na cozinha e por menor uso de caminhões de transporte, uma vez que o leite humano é produzido localmente.
8	**Desenvolver parceria global para o desenvolvimento**	A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância fomenta a colaboração multisetorial e se beneficia de parcerias existentes pelo apoio ao desenvolvimento de práticas de amamentação e alimentação complementar. Em termos de produtividade econômica, a alimentação ideal de lactentes tem grandes implicações.

1.2 IMPLEMENTAÇÃO NO NÍVEL HOSPITALAR

Taxas de Amamentação

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) busca proporcionar a mães e bebês um bom começo da amamentação, aumentar a probabilidade de amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida e a oferta de alimentos complementares adequados, com a continuidade da amamentação por dois anos ou mais.

Para propósitos de avaliação de uma unidade de maternidade, o número de mulheres que amamentam exclusivamente até receberem alta pode servir como um bom indicador quanto à adequação da proteção, da promoção e do apoio à amamentação na unidade. As estatísticas anuais de unidades de maternidade devem indicar que pelo menos 75% das parturientes do ano anterior amamentam exclusivamente ou alimentam seus filhos exclusivamente com leite materno do nascimento à alta ou, caso isso não aconteça, que seja por motivos médicos justificados ou escolhas plenamente informadas. (Mães HIV positivas que tomaram uma decisão informada pela substituição adequada da amamentação são consideradas como tendo feito uma "escolha informada" e, portanto, atendem ao critério)[1]. Se menos de 75% das parturientes em uma unidade amamentaram do parto à alta, os administradores e a equipe podem analisar os resultados da *Auto-Avaliação*, estudar os *Critérios Globais* atentamente e trabalhar, com a ajuda do processo de avaliação, análise e ação (Triplo A), para aumentar as taxas de amamentação exclusiva. Quando a meta de 75% for alcançada, uma avaliação externa deve ser agendada.

A IHAC não é capaz de garantir que mulheres que começam a amamentar exclusivamente continuarão a fazê-lo pelos seis meses recomendados. Entretanto, algumas pesquisas demonstraram que mulheres cujos bebês receberam alimentação complementar ainda no hospital são muito pouco propensas a adotar a amamentação exclusiva. Ao estabelecer um padrão de amamentação exclusiva durante a internação na maternidade, o hospital dá um passo significativo em direção à amamentação exclusiva mais duradoura depois da alta.

Se a equipe do hospital acredita que o cuidado pré-natal oferecido em algum outro lugar contribui para taxas menores do que 75% de amamentação, ou que práticas comunitárias precisam dar mais apoio à amamentação, pode ser necessário trabalhar com pessoas que prestam cuidados pré-natais para melhorar a orientação relativa à amamentação e com defensores da amamentação para a melhoria das práticas comunitárias. (Uma discussão sobre estratégias para fomentar Comunidades Amigas da Criança é abordada na Seção 1.5.)

Oferta de Substitutos do Leite Materno

Pesquisas demonstram claramente que as práticas de *marketing* relativas a substitutos do leite materno influenciam o comportamento de profissionais de saúde e mães quanto à alimentação de lactentes. Práticas proibidas pelo *Código Internacional*

[1] O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positiva.

de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (o *Código*) se mostraram prejudiciais a lactentes, haja vista que aumentam a probabilidade de que sejam alimentados com fórmulas infantis ou outros itens constantes do *Código,* diminuindo, assim, as práticas ideais de alimentação. O Comitê Executivo do Unicef de 1991 apelou pelo fim da oferta de fórmulas gratuitas ou de baixo custo em todos os hospitais e unidades de maternidades até o final de 1992. A conformidade com o *Código* é exigida de unidades de saúde que desejam se credenciar como Amigas da Criança.

Foram acrescentadas perguntas ao Instrumento *de Auto-Avaliação* que ajudará o GCIs e unidades de maternidade a determinar se seus serviços de maternidade estão em conformidade com o *Código* e as resoluções subseqüentes da Assembléia Mundial de Saúde (AMS) e quais ações são necessárias para atingir tal conformidade.

O HIV e a Alimentação de Lactentes

O aumento da incidência de HIV entre mulheres em idade reprodutiva em muitos países tornou importante dar orientações sobre como oferecer informações e apoio adequados sobre HIV no âmbito da IHAC. Portanto, como mencionado antes, conteúdos sobre HIV e alimentação de lactentes foram acrescentados ao *Curso de 20 horas*, aos *Critérios Globais* e aos instrumentos de avaliação.

O material do curso tem por objetivo aumentar a conscientização dos participantes quanto aos motivos que levam a IHAC a permanecer importante em áreas com alta incidência de HIV e a maneiras de assistir mães HIV positivas como parte dos cuidados regulares oferecidos pela unidade de saúde.

É recomendado que os GCIs de cada país trabalhem com outros importantes tomadores de decisão para determinar se os componentes da avaliação, relacionados ao HIV, são necessários e se essa necessidade se aplica a todas as unidades ou apenas àquelas que atendem a critérios especificados[2]. Essa decisão deve ser baseada na incidência de HIV entre mulheres grávidas e mães e, portanto, na necessidade de informação e apoio. Se essa informação não estiver disponível, pesquisas podem ser necessárias para determinar o percentual de grávidas e mães HIV positivas entre as mulheres que usam os serviços pré-natais em unidades de maternidade. É sugerido que, se uma maternidade tem uma incidência de mulheres HIV positivas superior a 20% e/ou possui um Programa de Transmissão Vertical[3], este componente da avaliação deve ser solicitado. Se a incidência for superior a 10%, o uso desse componente é fortemente aconselhável. Tomadores de decisão no nível nacional em países com alta incidência de HIV podem decidir incluir outros critérios e perguntas relacionados ao HIV, dependendo das necessidades.

Os *Critérios Globais*, *os Instrumentos de Auto-avaliação* e *o Instrumento de Avaliação Externa de Hospital* foram complementados com itens relacionados ao HIV que podem ou não ser incluídos, a depender da necessidade. Os critérios de HIV e Alimentação de Lactentes estão listados em separado nos *Critérios Globais*. As perguntas relacionadas ao HIV incluídas na *Auto-avaliação* e em muitas entrevistas *do Instrumento de Avaliação* estão presentes em seções separadas ou ao final das respectivas

[2] No Brasil, não fará parte dos critérios de avaliação da IHAC o tópico "HIV e alimentação de lactentes".

[3] Nota do Tradutor (NT) PMTCT = Prevenção da transmissão de mãe para criança, em alguns países chamada PTV (Prevenção da Transmissão Vertical).

entrevistas. Uma Folha-Resumo em separado com os resultados relativos ao HIV foi encartada no *Instrumento de Avaliação*.

Cuidado Amigo da Mãe[4]

Novos *Critérios Globais* e perguntas foram acrescentados para garantir que sejam respeitadas as práticas de trabalho de parto e parto amigo da mãe. Essas práticas são importantes para a saúde física e psicológica das mães e, assim como a amamentação, propiciam um melhor começo de vida para as crianças. Muitos países incluíram critérios amigos da mãe na Iniciativa, e em alguns casos, renomearam as iniciativas nacionais como "amigas da mãe e da criança". Outros países adotaram iniciativas "amigas da mãe" plenas. Novas perguntas de auto-avaliação e avaliação sobre esse tópico oferecem uma forma, para países que ainda não o fizeram, de acrescentar um componente concentrado em critérios "amigos da mãe" necessários para o "cuidado continuado" ideal de mães e bebês dos períodos pré-natal ao pós-parto[5].

Processo de Credenciamento de Hospital Amigo da Criança

A IHAC é iniciada, em nível nacional, com o governo, Unicef, OMS, grupos de amamentação e partes interessadas como catalisadores. Os *Critérios Globais* e o *Instrumento de Auto-Avaliação* estão disponíveis para todos os interessados no *website* do Unicef. O Unicef e a OMS orientam autoridades governamentais e GCIs a acessá-lo e incentivam unidades de saúde a se juntar ou a continuar a participar da iniciativa. Para conhecer os detalhes da implementação em nível nacional, leia a Seção 1.1 deste documento.

No âmbito das unidades de saúde, a avaliação e o processo de credenciamento incluem alguns passos, com unidades distintas seguindo caminhos diferentes, a depender dos resultados dos vários estágios do processo. Assim que a unidade tiver usado o *Instrumento de Auto-Avaliação* para conduzir uma "auto-avaliação" ou estiver em conformidade com os padrões da IHAC e tiver analisado os *Critérios Globais* para determinar se uma avaliação externa deve produzir os mesmos resultados, ela definirá se está ou não pronta para a avaliação externa.

Se for concluído que a unidade está pronta para a avaliação externa, o próximo passo em alguns países seria uma pré-avaliação obrigatória ou opcional, durante a qual um consultor externo julga se a unidade está ou não pronta para a avaliação externa com o auxílio do *Instrumento de Auto-Avaliação* e dos *Critérios Globais*. Isso pode ser feito por meio de uma visita pessoal ou de uma entrevista/pesquisa por telefone, se os custos de transporte forem muito elevados. Esse passo intermediário pode ser extremamente útil, já que muitos hospitais superestimam sua conformidade com os *Critérios Globais* e, assim, esse tipo de visita, seguido pela adequação a quaisquer medidas necessárias, pode economizar bastante tempo, dinheiro e problemas tanto do hospital quanto do GCI nacional.

---

[4] No Brasil, não fará parte dos critérios de avaliação da IHAC o tópico "cuidado amigo da mãe."

[5] Veja o *site* Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) <http://www.motherfriendly.org/MFCI/> para uma descrição de práticas de parto e nascimento amigos da mãe.

Se a unidade usou o *Instrumento de Auto-Avaliação*, analisou os *Critérios Globais* e recebeu realimentações durante a visita de pré-avaliação, se agendada, e concluiu que ainda não está em conformidade com os padrões IHAC e reconhece a necessidade de melhorias, ela deve analisar suas deficiências e desenvolver planos para solucioná-las. Essas ações podem incluir a realização do *Curso de 20 horas* (apresentado no Módulo 3 destes materiais IHAC) com a equipe da maternidade, se esse treinamento ainda não tiver sido oferecido ou se tiver sido oferecido há muito tempo.

A unidade também pode solicitar um *Certificado de Compromisso* enquanto trabalha para se tornar Amiga da Criança, caso o GCI o forneça para unidades neste estágio do processo. Quando pronta, a unidade deve então solicitar uma avaliação externa, seguindo o processo descrito no parágrafo acima.

O próximo passo, como descrito acima, deve ser a solicitação de um avaliador externo. O GCI pode estudar os resultados da *Auto-avaliação*, de quaisquer documentos de apoio usados, e os resultados da visita de pré-avaliação, caso tenha havido uma, para julgar se a unidade está pronta. A avaliação externa determinará se a unidade está em conformidade com os *Critérios Globais para Hospitais Amigos da Criança*. Caso isso seja verdade, o grupo de coordenação deve credenciar a unidade com o Prêmio Global IHAC e Placa para um período específico.

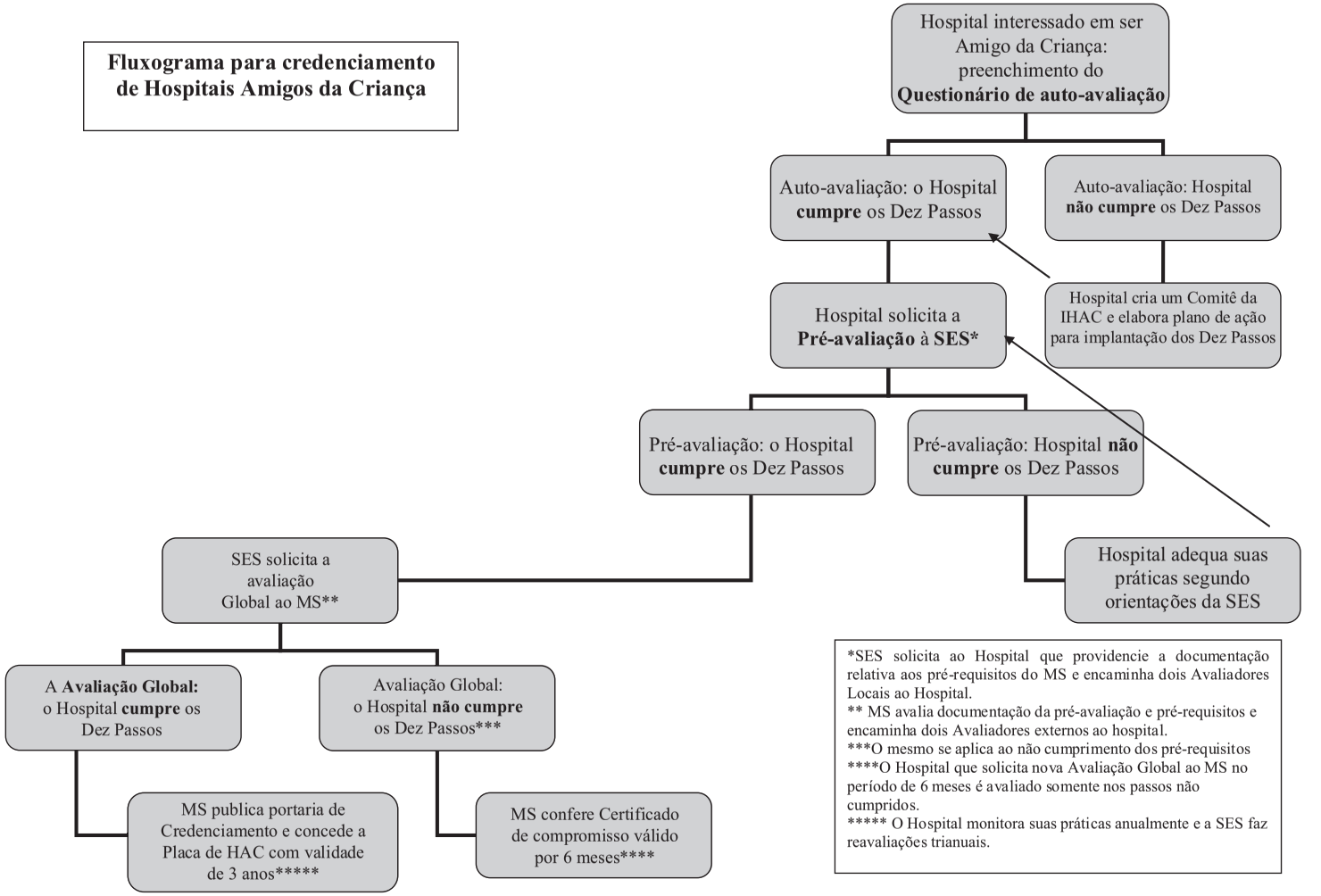
Por outro lado, se a unidade não estiver em conformidade com os *Critérios Globais*, deve ser agraciada com o *Certificado de Compromisso* em tornar-se Amiga da Criança e estimulada ou auxiliada a realizar análises sobre seus pontos fracos, a tomar as ações necessárias para alcançar a conformidade e a solicitar uma nova avaliação. Essa avaliação poderá ser plena ou apenas parcial, focada nos critérios não cumpridos pela unidade, a depender da conclusão dos assessores e do GCI durante a avaliação inicial.

Se o GCI nacional tiver conhecimento de hospitais que foram avaliados e reprovados mais de uma vez e não concordam com as conclusões dos assessores, ele pode concluir ser necessário empregar um processo de apelação com uma revisão dos resultados por grupos de assessores não envolvidos nas avaliações.

Reavaliações devem ser agendadas para hospitais Amigos da Criança depois do período de certificação especificado. Se a unidade for aprovada na reavaliação, deve ser concedida uma renovação. Caso contrário, ela precisará trabalhar para solucionar os problemas identificados e então solicitar uma nova reavaliação.

Este processo está ilustrado no fluxograma da próxima página.

Fluxograma para credenciamento de Hospitais Amigos da Criança



*SES solicita ao Hospital que providencie a documentação relativa aos pré-requisitos do MS e encaminha dois Avaliadores Locais ao Hospital.
** MS avalia documentação da pré-avaliação e pré-requisitos e encaminha dois Avaliadores externos ao hospital.
***O mesmo se aplica ao não cumprimento dos pré-requisitos
****O Hospital que solicita nova Avaliação Global ao MS no período de 6 meses é avaliado somente nos passos não cumpridos.
***** O Hospital monitora suas práticas anualmente e a SES faz reavaliações trianuais.

1.3 CRITÉRIOS GLOBAIS DA IHAC

Critérios para os Dez Passos, o Código e os Componentes Opcionais

Os *Critérios Globais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança* servem como padrão para aferir a aderência a cada um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Os critérios listados a seguir quanto a cada um dos Dez Passos e ao Código são os requerimentos globais mínimos para a designação *amigo da criança*. Para os temas "HIV e Alimentação de Lactentes" e "Cuidado Amigo da Mãe", são fornecidos critérios adicionais, com a recomendação de que os tomadores de decisões relevantes de cada país decidam se esses critérios devem ou não ser exigidos, dependendo da prevalência do HIV entre as mulheres usuárias de serviços de maternidade e da necessidade de incluir critérios relacionados a trabalho de parto e parto amigos da mãe.[1]

O Instrumento de Auto-Avaliação da IHAC, apresentada no Módulo 4 deste material, oferece um instrumento para que os serviços de maternidade possam fazer uma aferição preliminar quanto ao sucesso da implementação dos Dez Passos e da conformidade ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, bem como do atendimento aos critérios relacionados ao HIV e à amamentação e ao cuidado amigo da mãe. Os Critérios Globais, na verdade, descrevem como o nível de "amigo da criança" será julgado durante a avaliação externa, e, portanto, podem ser muito úteis para as equipes dos serviços de maternidade, que poderão estudá-los enquanto se preparam para essa avaliação. Os Critérios Globais estão listados aqui e também após suas respectivas seções no Instrumento de Auto-Avaliação, para fácil referência durante a avaliação.

É importante que o hospital considere a possibilidade de acrescentar o conjunto de estatísticas de aleitamento materno e a implementação dos Dez Passos em seu banco de dados, se ainda não o fez. O ideal é que o processamento desses dados esteja integrado ao sistema de banco de dados já existente e em funcionamento no hospital. Se o hospital necessitar de orientação para como reunir esses dados e as possíveis formas de usá-los, a equipe responsável poderá consultar os modelos de instrumentos de coleta de dados disponíveis na Seção 4.2: Orientações e Instrumentos para Monitorar a IHAC.

[1] No Brasil não farão parte dos critérios de avaliação da IHAC os tópicos "HIV e alimentação de lactentes" e "cuidado amigo da mãe".

PASSO 1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.

Critérios Globais – Passo Um

A unidade de saúde deve possuir uma política escrita de amamentação ou alimentação de lactentes que atenda a todos os Dez Passos e proteja o aleitamento materno, ao aderir ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Ela também exige que as mães HIV positivas recebam aconselhamento quanto à alimentação de seu filho e orientação para selecionar opções que sejam adequadas à sua situação.

Essa política deve estar disponível a todas as equipes que cuidem de mães e bebês, para que elas possam consultá-la sempre que necessário. Resumos dos seus principais tópicos, cobrindo no mínimo os Dez Passos, o Código e as subseqüentes Resoluções da OMS devem estar dispostos de maneira visível em todas as áreas da unidade de saúde que atendam gestantes, mães, lactentes e/ou crianças. Essas áreas incluem as de cuidado pré-natal, parto e trabalho de parto, quartos e enfermarias de maternidade, e todas as áreas dedicadas ao cuidado de lactentes, incluindo os berçários (se existirem) e quaisquer áreas de cuidados especiais. Os resumos devem estar escritos em linguagem e termos facilmente compreensíveis para as mães e as equipes.

PASSO 2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.

Critérios Globais – Passo Dois

Os responsáveis pelos serviços de maternidade devem citar que todos os membros das unidades de saúde que tiveram contato com gestantes, mães e/ou lactentes receberam orientação quanto à política de amamentação/alimentação de lactentes. A orientação fornecida deve ser satisfatória.

Uma cópia dos conteúdos curriculares ou dos tópicos enfatizados nos cursos de treinamento em promoção e apoio ao aleitamento materno para diversos tipos de equipe deve estar disponível para revisão, assim como um programa do treinamento para novos funcionários.

A documentação do treinamento deve indicar que 80% ou mais da equipe clínica da unidade com contato com mães e/ou lactentes há seis meses ou mais na equipe receberam treinamento (seja no hospital ou antes de sua contratação) que abrange os Dez Passos, o Código e as subseqüentes resoluções da OMS. Provavelmente, serão necessárias no mínimo 20 horas de treinamento direcionado, a fim de desenvolver o conhecimento e as habilidades necessárias para apoiar as mães adequadamente. São exigidas três horas de prática clínica supervisionada.

A documentação do treinamento deve também indicar que o pessoal não técnico das unidades recebeu treinamento adequado, de acordo com as suas funções, capaz de lhe fornecer as habilidades e o conhecimento necessários para apoiar as mães na alimentação de seus bebês.

O treinamento sobre como apoiar mães que não estão amamentando também deve ser fornecido às equipes. Uma cópia dos tópicos das seções do curso de treinamento sobre como apoiar as mães que não estão amamentando também deve estar disponível para consulta. Dentre os tópicos abordados no curso, deverão constar:

- os riscos e benefícios de diversas formas de alimentação;
- como ajudar a mãe a escolher o que é aceitável, factível, acessível, sustentável e seguro (AFASS) em suas circunstâncias;
- a preparação, o armazenamento e a alimentação higiênicos e seguros dos substitutos do leite materno;
- como ensinar a preparar as diversas opções de alimentação; e
- como minimizar a probabilidade de que as mães lactantes sejam influenciadas a usar fórmulas infantis para lactentes.

O tipo e a porcentagem da equipe que receberá o treinamento devem ser adequados de acordo com as necessidades da unidade de saúde.

Dos membros do pessoal clínico selecionados ao acaso*:

- pelo menos 80% devem confirmar que receberam o treinamento descrito ou, caso estejam trabalhando nos serviços de maternidade há menos de seis meses, que tenham, no mínimo, recebido orientação quanto à política escrita e aos papéis que eles desempenham em sua implementação;
- pelo menos 80% devem ser capazes de responder corretamente quatro de cinco questões sobre apoio e promoção à amamentação;
- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever dois assuntos que devem ser discutidos com uma gestante caso ela sinalize que está considerando oferecer a seu bebê algo que não leite materno.

Dos membros do pessoal não técnico selecionados ao acaso**:

- pelo menos 70% devem confirmar que receberam orientação e/ou treinamento relacionado à amamentação desde que começaram a trabalhar na unidade de saúde;
- pelo menos 70% devem ser capazes de descrever ao menos um motivo pelo qual a amamentação é importante;
- pelo menos 70% devem ser capazes de mencionar uma prática possível nos serviços de maternidade, que seja de apoio à amamentação;
- pelo menos 70% devem ser capazes de mencionar ao menos uma medida ao seu alcance para incentivar as mulheres a alimentar adequadamente seus bebês.

* Incluem os membros da equipe da unidade que oferecem cuidado clínico para gestantes, mães e seus bebês.

** Incluem os membros da equipe da unidade que oferecem cuidado não-clínico para gestantes, mães e seus bebês ou que têm contato com eles de alguma maneira em seu trabalho.

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

Critérios Globais – Passo Três

Se o hospital é afiliado com alguma clínica de cuidado pré-natal, o responsável pelos serviços de pré-natal ou maternidade deve reportar que no mínimo 80% das mulheres que recebem cuidado pré-natal receberam informações sobre o aleitamento materno.

Uma descrição por escrito do conteúdo mínimo referente à educação pré-natal deve ser disponibilizada. Ela deve abranger a importância da amamentação, a importância do contato pele a pele com o bebê desde cedo, a amamentação precoce, o alojamento conjunto 24 horas por dia, a amamentação sob livre demanda, a amamentação freqüente para ajudar a assegurar uma quantidade suficiente de leite, a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses da criança e o fato de que o aleitamento materno continua sendo importante após os 6 meses de idade, quando outros alimentos são introduzidos na dieta.

Das mulheres em seu terceiro trimestre de gestação selecionadas ao acaso que vieram fazer pelo menos duas consultas pré-natais:

- pelo menos 70% devem confirmar que um membro da equipe da unidade de saúde conversou com ela sobre amamentação ou ofereceu que participasse de uma palestra sobre o assunto;
- pelo menos 70% devem ser capazes de descrever adequadamente o que foi discutido sobre dois dos seguintes tópicos: a importância do contato pele a pele, o alojamento conjunto e os riscos de suplementos ao aleitamento materno nos seis primeiros meses.

PASSO 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.

Este passo hoje é interpretado como:

Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário.

Critérios Globais – Passo Quatro

Das mães selecionadas ao acaso que deram à luz via parto normal ou cesariana sem anestesia geral nas alas de maternidade:

- pelo menos 80% devem confirmar que seus bebês foram colocados em contato pele a pele com elas imediatamente ou no prazo de cinco minutos após o parto e que esse contato se prolongou por no mínimo uma hora, a menos que houvesse razões médicas justificáveis para atrasar este contato;
- pelo menos 80% também devem confirmar que foram encorajadas a procurar, durante este primeiro período de contato, sinais de que seus bebês estavam prontos para mamar e a receber ajuda, se necessário;

(*Nota: As mães podem sentir dificuldade em estimar o tempo imediatamente seguinte ao parto. Se o tempo do contato pele a pele após o parto for listado nas fichas das mães, pode ser usado para o cruzamento das informações.)*

Se algumas das mães selecionadas ao acaso tiveram parto cesariana com anestesia geral, pelo menos 50% devem referir que seus bebês foram colocados em contato pele a pele com elas assim que elas estavam responsivas e alertas, tendo os mesmos procedimentos acima sido seguidos.

Pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso, cujos bebês estejam em alas de tratamento neonatal, devem reportar que tiveram a chance de segurar seus bebês pele a pele ou, caso contrário, a equipe deve fornecer razões justificáveis pelas quais isso não ocorreu.

Observações de partos normais, se necessárias para confirmar a aderência ao Passo 4, devem mostrar que em pelo menos 75% dos casos os bebês foram colocados em contato pele a pele com suas mães em até cinco minutos após o parto durante no mínimo 60 minutos, e que as mães foram orientadas a reconhecer os sinais de que os bebês estão prontos para serem amamentados e a oferecer-lhes ajuda. O não-seguimento desses procedimentos deve vir acompanhado de razões justificadas.

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

Critérios Globais – Passo Cinco

O responsável pelo serviço de maternidade deve reportar que as mães que nunca amamentaram ou que encontraram problemas para amamentar anteriormente receberam atenção e apoio especiais tanto no período pré-natal quanto no pós-parto.

Observações da equipe demonstrando como preparar e oferecer substitutos ao leite materno devem confirmar que em 75% dos casos as demonstrações foram precisas e completas, e que as mães foram solicitadas a realizar "demonstrações de aprendizado".

Dos membros do pessoal clínico selecionados ao acaso:

- pelo menos 80% devem mencionar que ensinam as mães a posicionar seus bebês para que sejam amamentados com uma pega eficaz e são capazes de descrever ou demonstrar técnicas corretas para os dois procedimentos (posição e pega)ou indicam corretamente às mães quem é capaz de fornecer essa orientação;
- pelo menos 80% devem referir que ensinam as mães a extração manual de leite e são capazes de descrever ou demonstrar uma técnica aceitável para esse procedimento ou indicam corretamente às mães quem é capaz de fornecer essa orientação;

- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever como as mães que não estão amamentando podem ser assistidas para preparar os alimentos dos filhos de forma segura ou indicam corretamente às mães quem é capaz de fornecer essa orientação.
- Das mães selecionadas ao acaso (inclusive as que passaram por cesariana):
- pelo menos 80% das que estão amamentando devem mencionar que a equipe de enfermagem ofereceu assistência em relação à amamentação na vez seguinte em que elas amamentaram seus bebês ou em até seis horas após o parto (ou quando elas puderam reagir às orientações);
- pelo menos 80% das que estão amamentando devem ser capazes de demonstrar ou descrever o posicionamento do bebê e a pega corretos para a amamentação;
- pelo menos 80% das que estão amamentando devem referir que foram ensinadas a extrair o leite com a mão ou que lhes deram informações por escrito de como fazê-lo, e que receberam a indicação de quem procurar se necessitassem de ajuda;
- pelo menos 80% das mães que decidiram não amamentar devem mencionar que receberam ajuda para aprender a preparar e a oferecer alimentos a seus bebês e que são capazes de descrever a orientação recebida e que foram solicitadas a demonstrar como preparar os alimentos, após terem aprendido a fazê-lo.

Das mães selecionadas ao acaso cujos bebês estão em unidades de tratamento neonatal:

- pelo menos 80% das que estão amamentando ou têm intenção de amamentar devem referir que receberam ajuda para estimular a produção de leite e para manter a produção em até seis horas após o parto;
- pelo menos 80% das que estão amamentando ou têm intenção de amamentar devem reportar que foram ensinadas a extrair o leite com as mãos;
- pelo menos 80% das que estão amamentando ou têm intenção de amamentar devem ser capazes de descrever e demonstrar adequadamente a orientação recebida para extração manual de leite;
- pelo menos 80% das que estão amamentando ou têm intenção de amamentar devem mencionar que foram orientadas a amamentar ou extrair o leite seis ou mais vezes a cada 24 horas, a fim de evitar a inibição da produção de leite.

PASSO 6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.

Critérios Globais – Passo Seis

Os dados hospitalares devem indicar que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo durante o último ano foram exclusivamente amamentados ou exclusivamente alimentados com leite extraído do seio, do parto à alta do hospital. Nos casos contrários, deve ser comprovada a existência de razões médicas documentadas ou de alternativas bem fundamentadas a essa alimentação.

A revisão de todos os protocolos ou padrões clínicos relacionados à amamentação e à alimentação de lactentes utilizados pelos serviços de maternidade deve indicar que estes estão de acordo com os padrões do IHAC e com normas atuais baseadas em constatações médicas.

Nenhum material que recomende a alimentação à base de substitutos do leite materno, a fixação de horários para a amamentação ou outras práticas inapropriadas deve ser distribuído às mães.

O hospital deve possuir espaços ou instalações adequados e o equipamento necessário para fazer demonstrações de como preparar fórmulas infantis para lactentes e alternativas à amamentação, localizados distantes das mães lactantes.

As observações das enfermarias e dos quartos destinados ao pós-parto, e quaisquer berçários existentes, devem mostrar que pelo menos 80% dos bebês estão sendo alimentados exclusivamente com leite materno e que, se estiverem recebendo outro alimento, que existem motivos médicos aceitáveis e que isso foi fruto de escolhas criteriosas.

Pelo menos 80% dos membros da equipe clínica selecionados ao acaso devem ser capazes de descrever duas informações diferentes que precisam ser discutidas com as mães que mostrem estar considerando a alimentação de seus filhos com substitutos do leite materno.

Pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso devem referir que seus bebês receberam apenas leite materno ou, caso tenham sido alimentados com outra coisa, que havia motivos médicos aceitáveis, descritos pela equipe ou que isso foi resultado de uma escolha consciente.

Pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso que decidiram não amamentar devem referir que a equipe discutiu com elas as diversas opções de alimentação e as ajudou a decidir a mais apropriada para a sua situação.

Pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso cujos bebês estão em unidades de tratamento neonatal e que decidiram não amamentar devem mencionar que a equipe discutiu com elas os riscos e benefícios de diversas alternativas de alimentação.

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

Critérios Globais – Passo Sete

Observações nas alas de pós-parto e em quaisquer berçários, bem como conversas com as mães e a equipe devem confirmar que pelo menos 80% das mães e seus bebês estão em alojamento conjunto e que, em caso contrário, existem razões justificáveis para isso.

Pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso devem referir que seus bebês ficaram com elas em seus quartos ou camas desde o nascimento e que, em caso contrário, havia razões justificáveis para isso.

PASSO 8. Incentivar a amamentação sob livre demanda.

Critérios Globais – Passo Oito

Das mães selecionadas ao acaso:

- pelo menos 80% devem relatar que foram ensinadas a reconhecer os sinais de que seus bebês estão com fome e são capazes de descrever pelo menos dois destes sinais;
- pelo menos 80% devem relatar que foram aconselhadas a alimentar seus bebês com a freqüência e a duração que eles desejassem ou algo similar.

PASSO 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

Critérios Globais – Passo Nove

Observações nas alas e nos quartos de pós-parto e em quaisquer berçários existentes devem indicar que pelo menos 80% dos bebês lactentes observados não estão fazendo uso de mamadeiras ou de bicos e, em caso contrário, que suas mães foram informadas dos riscos dessas práticas.

Pelo menos 80% das mães que amamentam, selecionadas ao acaso, devem reportar que, até onde sabem, seus bebês lactentes não receberam mamadeiras.

Pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso devem reportar que, até onde sabem, seus bebês lactentes não usaram chupetas.

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

Critérios Globais – Passo Dez

O diretor ou responsável pelo serviço de maternidade deve referir que:

- as mães recebem informações sobre onde obter apoio caso necessitem de ajuda para alimentar seus filhos após retornarem para casa. O responsável/diretor também deve ser capaz de mencionar pelo menos uma fonte de informação;

- a unidade de saúde estimula o estabelecimento de e/ou colabora com grupos de apoio a mães e outros serviços comunitários que forneçam apoio à amamentação/alimentação de lactentes. O diretor/responsável deve ser capaz de descrever no mínimo uma maneira de como isso é feito;
- a equipe encoraja as mães e seus bebês a se consultarem, logo após a alta (preferivelmente de 2–4 dias após o nascimento e novamente na segunda semana), com uma pessoa qualificada na prestação de serviços de apoio à amamentação, seja na própria unidade de saúde ou em organizações da comunidade. Essa pessoa deve ser capaz de oferecer ajuda quanto à alimentação, oferecer qualquer apoio necessário, descrever um sistema de referência apropriado e agendar consultas posteriores, com datas marcadas de acordo com o acompanhamento necessário ao desenvolvimento da criança.

A observação dos documentos deve indicar que, antes da alta, as mães recebem, se apropriado, material escrito sobre onde e como poderão encontrar ajuda para alimentar seus filhos após voltarem para casa, incluindo informação sobre pelo menos um dos tipos de ajuda disponíveis.

Das mães selecionadas ao acaso, pelo menos 80% devem mencionar que receberam informação de onde obter ajuda da unidade de saúde ou como contatar grupos de apoio, companheiras que oferecem orientação ou outros serviços de saúde comunitários, caso tenham alguma dúvida em relação à alimentação de seus bebês após a volta para casa. Elas devem ser capazes de descrever no mínimo uma espécie de ajuda disponível.

Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno

Critérios Globais – Conformidade com o Código

O responsável/diretor do serviço de maternidade deve mencionar que:

- nenhum funcionário de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas têm qualquer contato direto ou indireto com gestantes ou mães;
- o hospital não recebe presentes, literatura não-científica, materiais e equipamentos de serviço, dinheiro ou patrocínio em troca de apoio a projetos de educação ou eventos oriundos de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas;
- nenhuma gestante, mãe ou membros de suas famílias recebe quaisquer materiais de promoção comercial, amostras grátis ou *kits* da unidade de saúde que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras/bicos, chupetas, ou outros materiais ou cupons para a alimentação de lactentes.

A revisão dos registros e recibos deve indicar que nenhum substituto de leite materno, incluindo fórmulas infantis para lactentes e outros, é comprado pela unidade de saúde pelo preço de venda no atacado ou menos.

Observações realizadas nos serviços de cuidado pré-natal e de maternidade e outras áreas onde trabalham nutricionistas devem indicar que nenhum material de promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas, e outros produtos incorporados às leis nacionais, está em exibição ou é distribuído para mães, gestantes ou equipe profissional.

As latas de fórmulas infantis para lactentes e as mamadeiras preparadas devem ser mantidas fora do alcance visual.

Pelo menos 80% dos membros da equipe clínica selecionados ao acaso devem ser capazes de dizer dois motivos pelos quais é importante não distribuir às mães amostras grátis de fabricantes de fórmulas infantis para lactentes.

HIV e alimentação de lactentes (opcional)[2]

Observação: *O GCI e/ou outras autoridades nacionais pertinentes determinarão se os serviços de maternidade devem ou não ser avaliados quanto à existência de apoio relacionado à HIV e alimentação de lactentes.*

Critérios Globais – HIV e alimentação de lactentes[3]

O diretor/responsável do serviço de maternidade deve mencionar que:

- o hospital possui políticas e procedimentos que parecem adequados no tocante a: oferecer testes de HIV e aconselhamento a gestantes ou lhes indicar onde podem obter esse serviço; aconselhar mulheres em relação à prevenção da transmissão de HIV de mãe para filho (PMTCT ou TV transmissão vertical do HIV); oferecer aconselhamento individual e particular para gestantes e outras mães que são HIV positivas quanto às opções de alimentação de lactentes; e assegurar a confidencialidade;
- as mães HIV positivas ou preocupadas por acharem que estão em risco devem ser orientadas aos serviços de apoio comunitários, se estes existirem, para serem testadas para HIV e obterem aconselhamento em relação à alimentação de lactentes.

A revisão da política de alimentação de lactentes deve obrigatoriamente indicar que as mães HIV positivas recebem aconselhamento, incluindo informações sobre os riscos e benefícios de diversas alternativas de alimentação de lactentes e orientação específica para selecionar as melhores opções para o seu caso, sendo apoiadas em suas escolhas.

A análise disponível do conteúdo dos treinamentos em HIV e alimentação infantil deve indicar que o treinamento oferecido é adequado e suficiente, dada a porcentagem de mulheres HIV positivas e a equipe necessária para fornecer apoio em relação a HIV e alimentação de lactentes a gestantes e mães. Os pontos básicos desse treinamento deverão abordar:

- os fatos básicos sobre os riscos da transmissão de HIV durante a gravidez, o parto e a amamentação, e sua prevenção;
- a importância do teste de HIV e do aconselhamento;
- a disponibilidade local de alternativas de alimentação;

[2] No Brasil não fará parte dos critérios de avaliação da IHAC o tópico "HIV e alimentação de lactentes".
[3] O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positiva.

- as facilidades/suprimentos para aconselhamento a mulheres HIV positivas quanto às vantagens e desvantagens das diferentes alternativas de alimentação e quem as pode apoiar quanto ao uso de fórmulas infantis para lactentes (Observação: pode envolver indicações de conselheiros em alimentação de lactentes);
- como assistir mães HIV positivas que decidiram amamentar, incluindo como fazer a transição para alimentos de substituição no momento apropriado;
- os perigos do aleitamento misto;
- como minimizar a probabilidade de que uma mulher cuja condição seja desconhecida ou HIV negativo seja influenciada a usar alimentos substitutos do leite materno.

A revisão das informações pré-natais deve indicar que elas cobrem os tópicos importantes sobre o assunto, incluindo as vias de transmissão do HIV das mães para seus bebês; a proporção aproximada de bebês que irão (e não irão) ser infectados com a amamentação; a importância do aconselhamento e da testagem para HIV e onde obtê-los e a importância de as mulheres HIV positivas tomarem decisões conscientes em relação à alimentação infantil e onde podem obter o aconselhamento necessário.

A revisão dos documentos deve indicar que existe material de informação impresso disponível, nos casos apropriados, sobre as diversas alternativas de alimentação de lactentes e que este é distribuído ou discutido com mães HIV positivas antes de elas receberem alta. Ele deve incluir informações sobre como alimentar o bebê exclusivamente com alimentos substitutos do leite materno, como praticar a amamentação exclusiva, como interromper a amamentação quando apropriado e os perigos do aleitamento misto.

Dos membros da equipe clínica selecionados ao acaso:

- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever pelo menos uma medida que pode ser tomada para manter a confidencialidade e a privacidade das gestantes e mães HIV positivas;
- pelo menos 80% devem ser capazes de mencionar ao menos duas políticas ou procedimentos que ajudam a prevenir a transmissão de HIV da mãe para o bebê durante a amamentação nos primeiros seis meses;
- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever dois assuntos que devem ser discutidos ao aconselhar uma mãe HIV positiva em sua decisão de como alimentar seu bebê.

Das gestantes selecionadas ao acaso que estejam no terceiro trimestre de gestação e compareceram a pelo menos dois exames pré-natais ou se encontram internadas na enfermaria de tratamento pré-natal:

- pelo menos 70% devem mencionar que um membro da equipe conversou com elas ou deu uma palestra sobre HIV/aids e gravidez;
- pelo menos 70% devem referir que a equipe lhes informou que uma mulher HIV positiva pode transmitir o vírus para seu bebê;
- pelo menos 70% devem ser capazes de descrever pelo menos uma informação que a equipe lhes repassou sobre a importância, para gestantes, da testagem de HIV e do aconselhamento;
- pelo menos 70% devem ser capazes de descrever pelo menos uma orientação que a equipe lhes forneceu sobre o que a mãe HIV positiva deve considerar ao tomar a decisão de como alimentar seu filho.

Cuidado amigo da mãe (opcional) [4]

Observação: As autoridades do país determinarão se os serviços de maternidade devem ou não ser avaliados quanto à conformidade aos critérios do cuidado amigo da mãe.

Critérios Globais – Cuidado amigo da mãe

Observação: *O GCI e/ou outras autoridades nacionais pertinentes decidirão se os critérios relacionados a cuidado amigo da mãe serão ou não incluídos na avaliação do IHAC.*

Uma revisão das políticas hospitalares indica que suas normas requerem práticas de parto e nascimento amigos da mãe, incluindo:

- incentivo às mulheres para que elas tenham a presença de acompanhantes de sua escolha para lhes fornecer apoio físico e/ou emocional durante o parto, se o desejarem;
- permissão para que as mulheres comam ou bebam alimentos leves durante o parto, se desejarem;
- incentivo às mulheres para considerar o uso de métodos anestésicos que não medicamentos, a não ser que o uso de drogas anestésicas ou analgésicas seja necessário devido a complicações, respeitando as preferências pessoais de cada mulher;
- incentivo às mulheres para andarem e se movimentarem durante o parto, se desejarem, e assumirem posições de sua escolha ao darem à luz, a não ser que devido a alguma complicação haja a exigência de uma restrição específica e que o motivo seja explicado à mãe;
- cuidado que não envolve procedimentos invasivos, como a ruptura de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que, devido a alguma complicação, isso seja especificamente necessário e que o motivo seja explicado à mãe.

Dos membros da equipe clínica selecionados ao acaso:

- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever no mínimo duas práticas recomendadas que podem ajudar a mãe a ficar mais à vontade e ativa na hora do parto;
- pelo menos 80% devem ser capazes de listar no mínimo três procedimentos de parto que não devem ser usados rotineiramente, mas apenas se necessário em função de complicações;
- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever no mínimo duas práticas de parto que aumentam as probabilidades de que a amamentação comece bem.

Das gestantes selecionadas ao acaso:

- pelo menos 70% devem mencionar que foram informadas pela equipe que podem ter acompanhantes de sua escolha durante o parto e ao menos um motivo pelo qual isso pode ser de ajuda;
- pelo menos 70% devem referir que foram informadas pela equipe sobre maneiras de lidar com a dor e ficar mais à vontade durante o parto, e o que é melhor para mães, bebês e para a amamentação.

[4] No Brasil não fará parte dos critérios de avaliação da IHAC o tópico "cuidado amigo da mãe".

Anexo – Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno

ATUALIZAÇÃO – OMS, 2008

Quase todas as mães podem ser bem-sucedidas na amamentação, o que inclui iniciar a amamentação dentro da primeira hora de vida, amamentar exclusivamente nos primeiros 6 meses e continuar a amamentar (com alimentos complementares apropriados) até 2 anos de idade ou mais.

Poucas condições de saúde da criança e da mãe justificam uma recomendação de não amamentar ou introduzir complementos nos primeiros seis meses de vida [*1*]. Essas condições são listadas abaixo, juntamente com outras condições de saúde da mãe que, embora sérias, não constituem razões médicas para complementar ou interromper a amamentação.

Sempre que estiver em jogo a decisão de interromper a amamentação ou não amamentar, os riscos da não amamentação devem ser pesados contra os riscos impostos pela presença de algumas das situações abaixo.

CONDIÇÕES DA CRIANÇA

Lactentes que não devem receber leite materno nem qualquer outro leite, exceto fórmulas especiais.

- Galactosemia clássica: é necessário uma fórmula especial isenta de galactose.
- Doença da urina de xarope do bordo (leucinose): é necessária uma fórmula especial.
- Fenilcetonúria: é necessária uma fórmula especial isenta de fenilalanina (alguma amamentação é possível, sob monitoramento cuidadoso).

Lactentes para os quais o leite materno é a melhor opção de alimento, mas que podem necessitar de complementação com outro leite por um período limitado.

- Recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (nascidos com menos de 1.500g).
- Recém-nascidos muito prematuros, isto é, nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional.
- Recém-nascidos com risco de hipoglicemia em virtude de adaptação metabólica comprometida ou demanda aumentada de glicose, como são os prétermos, pequenos para idade gestacional, que tenham experimentado significante estresse com hipoxia e isquemia intraparto, que estão doentes e cujas mães são diabéticas [2]; e se sua glicemia não melhorou com a amamentação ou leite materno.
- Lactentes menores de 6 meses que, a despeito de sucção freqüente e eficaz, e ausência de doença, mostram falha de crescimento persistente (identificada por uma curva plana ou em declínio) [3, 4].

CONDIÇÕES DA MÃE

Mães que devem evitar amamentar de forma permanente

- Infecção pelo HIV[5] – quando a substituição da alimentação é aceitável, factível, acessível, sustentável e segura (AFASS) [5].
- HTLV-I (vírus da leucemia humana T-cell) – se houver opções disponíveis de substituição da amamentação.
- Quimioterapia citotóxica – usualmente requer que a mãe deixe de amamentar permanentemente porque é raro haver alternativas disponíveis.

Mães que devem evitar amamentar de forma temporária

- Medicações maternas – a mãe pode voltar a amamentar cerca de dois meses após ter recebido iodo-131 radioativo (esta substância deve ser evitada, já que existem alternativas mais seguras).
- Outras medicações maternas que podem causar efeitos colaterais como tontura e depressão respiratória, ex. drogas sedativas, psicoterápicas, antiepilépticas e opiáceos e suas combinações – essas substâncias devem ser evitadas se existirem alternativas mais seguras [6].
- Uso de certas substâncias – após uma única dose de cocaína ou anfetamina, ou grandes doses de álcool, as mães devem ser aconselhadas a extrair e descartar seu leite e usar alternativas. É necessária a avaliação individual no caso de usuárias constantes, para se avaliar o risco da amamentação e da capacidade da mãe de cuidar de seu bebê. [7].
- Vírus do *Herpes simplex* tipo 1 (HSV-1) – o contato direto entre as lesões mamárias da mãe e a boca do bebê deve ser evitado até que as lesões estejam curadas.
- Abscesso mamário – a amamentação deve ser mantida na mama não afetada; quanto à mama afetada, deve-se retornar somente após a drenagem do abscesso e início do tratamento com antibióticos [8].

Mães para as quais amamentar não é contra-indicado, embora elas apresentem problemas de saúde que causam preocupação.

- Hepatite B – os lactentes devem receber vacina contra a hepatite B nas primeiras 48 horas ou assim que possível [9].
- Hepatite C.
- Infecção pelo HIV[6] – quando a substituição da alimentação *não* é aceitável, factível, acessível, sustentável e segura (AFASS) [5].
- Mastite – se a amamentação for muito dolorosa, o leite deve ser removido por ordenha para prevenir a continuidade da mastite [8].
- Tuberculose – a mãe e o bebê devem ser tratados conjuntamente de acordo com as recomendações nacionais. [10].

[5] A opção de alimentação infantil mais apropriada para uma mãe infectada pelo HIV vai depender de suas circunstâncias individuais e do seu filho, incluindo sua situação de saúde; deve-se também levar em consideração os serviços de saúde disponíveis e o apoio e aconselhamento que ela provavelmente recebe. Quando a substituição da alimentação é aceitável, factível, acessível, sustentável e segura (AFASS), recomenda-se evitar totalmente a amamentação de mulheres HIV +. O aleitamento misto nos primeiros 6 meses de vida (ou seja, amamentar e ao mesmo tempo dar outros fluidos, fórmulas ou outros alimentos) deve sempre ser evitado por mães HIV+.

[6] O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positiva.

Referências

1. EXECUTIVE BOARD SESSION, 81., Geneva, 1988. *Infant and Young Child Nutrition (Progress and Evaluation Report; and Status of Implementation of the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes)*. Geneva: WHO, 1987.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Hypoglycaemia of the newborn:* Review of the literature. Geneva, 1997. (WHO/CHD/97.1).
3. _____. *The optimal duration of exclusive breastfeeding*: Report of an expert consultation. Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001. (WHO/NHD/01.09) and (WHO/FCH/CAH/01.24).
4. EMERGENCY NUTRITION NETWORK. *Infant feeding in emergencies.* Module 2: for health and nutrition workers in emergency situations: Manual for training, practise and reference. Ireland, 2004.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *HIV and infant feeding:* update based on the technical consultation held on behalf of the Inter-agency Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva, 25-27 October 2006.[7]
6. _____. *Breastfeeding and Maternal Medication*: Recommendations for Drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs. Geneva, 2003.
7. NEW SOUTH WALES GOVERNMENT. Department of Health. *National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn Commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy under the Cost Shared Funding Model.* North Sidney, 2006.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Child and Adolescent Health and Development. *Mastitis:* Causes and management. Geneva, 2000. (WHO/FCH/CAH/00.13).
9. _____. *Hepatitis B and breastfeeding*. Geneva, 1996.
10. _____. *Breastfeeding and Maternal tuberculosis.* Geneva, 1998.

Publicações da OMS estão disponíveis em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubnutrition.htm> e <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html>

Outras informações sobre as curvas de crescimento da OMS estão disponíveis em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

Outras informações sobre medicação materna e amamentação estão disponíveis em: United States National Library of Medicine (NLM) website: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>

[7] NT: Disponível o texto em Português.

1.4 CONFORMIDADE COM O CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO

O que é o Código?

O Código foi adotado em 1981, pela Assembléia Mundial de Saúde (AMS), para promover a nutrição segura e adequada de lactentes por meio da proteção e da promoção da amamentação e assegurar o uso de substitutos do leite materno adequados, quando necessários. Um dos princípios centrais do Código é que unidades de saúde não devem ser usadas para promover substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas. Resoluções subseqüentes da AMS esclareceram temas não muito claros e controversos do Código.

Como o Código é relevante para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança?

Ao lançarem a IHAC, em 1991, o Unicef e a OMS esperavam garantir que todas as maternidades se transformassem em centros de apoio à amamentação. Para atingir esse objetivo, os hospitais não devem ser usados para a promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas, ou para a distribuição de fórmulas infantis gratuitas. O Código, em conjunto com as Resoluções subseqüentes da AMS, explicita os princípios básicos necessários para tal. Além disso, ao adotar o Código, em 1981, a AMS instigou os profissionais de saúde a incentivar e proteger a amamentação e a se familiarizarem com as responsabilidades inerentes ao Código.

Que produtos são cobertos pelo Código?

O Código se aplica a substitutos do leite materno, como fórmulas infantis para lactentes; outros derivados do leite, inclusive alimentos complementares oferecidos em mamadeira, quando comercializados ou forem apresentados como apropriados, com ou sem modificação, ao uso como substituto parcial ou total do leite materno; mamadeiras e chupetas.

Tendo em vista que a amamentação exclusiva deve ser incentivada até os 6 meses, qualquer comida ou bebida adequada a alimentar um bebê durante esse período é um substituto do leite materno e, portanto, contemplado pelo Código. Isso inclui chás, sucos e água. As fórmulas infantis para lactentes com necessidades médicas ou nutricionais especiais também são contemplados pelo Código.

Tendo em vista que a amamentação continuada deve ser incentivada até os 2 anos ou mais, qualquer derivado do leite que substitua a parcela de leite materno na dieta da criança entre os 6 meses e os 2 anos de idade, como as fórmulas infantis de seguimento, é um substituto do leite materno e, portanto, contemplado pelo Código.

O que diz o Código?

Os principais pontos do Código incluem:

- NÃO a propagandas de substitutos do leite materno ou outros produtos para o público.
- NÃO à oferta de amostras grátis para as mães.

- NÃO à promoção de substitutos do leite materno em unidades de saúde.
- NÃO às doações de suprimentos gratuitos ou subsidiados de substitutos do leite materno ou outros produtos em qualquer parte do sistema de saúde.
- NÃO ao contato de funcionários de empresas comerciais com as mães.
- NÃO aos presentes ou amostras para o pessoal de saúde.
- NÃO a fotografias de lactentes ou outras imagens ou textos que idealizem a alimentação artificial nos rótulos dos produtos.
- As informações oferecidas ao pessoal de saúde devem ser apenas científicas e factuais.
- As informações sobre alimentação artificial devem explicar os benefícios da amamentação e os custos e perigos associados à alimentação artificial.
- Produtos inadequados, como leite condensado adoçado, não devem ser promovidos para bebês.

Quem é o "pessoal de saúde" no âmbito do Código?

De acordo com o Código, qualquer pessoa que trabalhe no sistema de saúde, tenha formação técnica ou não, incluindo voluntários e pessoal não remunerado, em serviços públicos ou privados, é um agente de saúde e, portanto, faz parte do pessoal de saúde. Sob essa definição, assistentes, trabalhadores de serviços gerais, enfermeiras, parteiras, assistentes sociais, nutricionistas, conselheiros, farmacêuticos de hospitais, obstetras, administradores, trabalhadores administrativos etc. são profissionais de saúde.

Quais são as responsabilidades dos profissionais de saúde no âmbito do Código?

1. Incentivar e proteger a amamentação. Profissionais envolvidos com a nutrição materna, de lactentes e de crianças de primeira infância devem se familiarizar com as responsabilidades inerentes ao Código, e terem conhecimentos técnicos sobre:

- os benefícios e a prevalência da amamentação;
- nutrição materna, preparo para a amamentação e sua manutenção;
- o efeito negativo causado à amamentação pela introdução parcial da alimentação com mamadeira;
- a dificuldade de reverter a decisão de não amamentar; e
- quando necessário, sobre o uso de fórmulas infantis adequadas, tanto industrializadas quanto caseiras.

Quando oferecerem informações sobre o uso de fórmulas infantis para lactentes, os profissionais de saúde devem ser capazes de explicar:

- as implicações sociais e financeiras do seu uso;
- os riscos à saúde provocados por alimentos ou práticas alimentares inadequadas; e
- os riscos à saúde provocados pelo uso desnecessário ou inadequado de fórmulas infantis para lactentes e outros substitutos do leite materno.

2. Garantir que produtos contemplados pelo Código não sejam expostos em unidades de saúde, inclusive pôsteres ou cartazes desses produtos. Garantir que embalagens de substitutos do leite materno e outros suprimentos comprados pela unidade de saúde não sejam visíveis pelas mães.

3. Recusar presentes ofertados por fabricantes ou distribuidores.

4. Recusar amostras (em pequena ou grande quantidade) de fórmulas infantis para lactentes ou outros produtos contemplados pelo Código, ou equipamentos ou utensílios usados no preparo desses produtos, a não ser que necessários para a avaliação profissional ou pesquisa na instituição.

5. Nunca oferecer amostras a mulheres grávidas, mães de lactentes e crianças de primeira infância, ou membros de suas famílias.

6. Revelar qualquer contribuição feita por produtores ou distribuidores em bolsas, viagens de estudos, pesquisas, participação de congressos ou na administração da unidade de saúde.

7. Estar ciente de que apoio e outros incentivos a programas e profissionais de saúde que trabalham com lactentes e crianças de primeira infância não devem criar conflitos de interesses.

O Código baniu todas as fórmulas infantis para lactentes, gratuitas ou de baixo custo e outros substitutos do leite materno (inclusive fórmulas de alimentação complementar) das unidades de saúde?

Sim. Apesar de ambigüidades no texto dos Artigos 6.6 e 6.7 do Código, estas foram esclarecidas em 1994 pela Resolução 7.5 da AMS, que solicitou aos governos que:

> "Garantam que não haja doações, ofertas gratuitas ou suprimento subsidiado de substitutos do leite materno ou qualquer outro produto contemplado pelo Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno em qualquer área do sistema de saúde."

Os substitutos do leite materno devem ser obtidos por meio de "canais normais de compra" de modo a não interferir com a proteção e a promoção da amamentação.

Suprimentos gratuitos devem ser doados para lactentes prematuros e de baixo peso? Alguns argumentam que esses lactentes precisam de complementação alimentar e, portanto, as ofertas gratuitas devem ser permitidas.

Não. A proibição se aplica a todos os tipos de fórmulas infantis para lactentes, inclusive aquelas com propósitos médicos especiais. Qualquer que seja o caso, o leite materno é a indicação médica de alimentação para praticamente todos os bebês prematuros e de baixo peso.[1] Obter suprimentos gratuitos para esses bebês incentiva a alimentação com mamadeira (artificial), que futuramente ameaça a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento saudável.

Ademais, se os suprimentos gratuitos estiverem disponíveis nas maternidades e nos berçários, é extremamente difícil controlar seu uso e distribuição.

Devem ser feitas doações de suprimentos gratuitos para lactentes filhos de mães HIV positivas que escolheram alimentá-los com fórmulas infantis?

Não. Como afirmado acima, uma vez que os suprimentos gratuitos estejam disponíveis no sistema de saúde é praticamente impossível evitar seu mau uso e a ameaça à

[1] Ver World Health Organization y The United Nations Children's Fund (1986). A Assembléia Mundial da Saúde de 1986 baseou sua adoção da AMS 39.28 neste documento.

amamentação. Os governos devem obter as fórmulas infantis necessárias pelos canais normais de compra.

A proibição deve se estender a Unidades de Saúde Materna e Infantil, de Atenção primária e a Unidades Rurais?

Sim. O Código define o sistema de saúde como: "instituições governamentais, não-governamentais ou organizações engajadas direta ou indiretamente, nos cuidados de saúde oferecidos a mães, lactentes e mulheres grávidas; e berçários ou instituições de cuidado infantil. Isso também envolve profissionais de saúde do setor privado.

Por que não permitir suprimentos gratuitos em alas pediátricas, já que crianças mais velhas já podem estar sendo alimentadas com mamadeira?

Porque a existência de suprimentos gratuitos em serviços pediátricos ou outros serviços especiais para lactentes doentes pode ser um forte desestímulo à amamentação. As orientações da OMS/Unicef sugerem, no parágrafo 50:

> "Sempre haverá, é claro, um número pequeno de lactentes nessas unidades que precisarão ser alimentados com substitutos do leite materno. Substitutos adequados, comprados e distribuídos como parte do estoque regular de alimentos e medicamentos das unidades devem ser oferecidos a essas crianças."

Existe uma definição prática para suprimentos de "baixo custo"?

Sim. Há um consenso geral de que vendas de "baixo custo" ou "baixo preço" implica na venda praticada com preços abaixo do preço de atacado ou de 80% do valor do produto no varejo, na falta de um preço de atacado padrão. O motivo de acabar com as vendas de baixo custo é que elas levam ao uso exagerado de substitutos do leite materno.

O Código ainda é relevante tendo em vista a pandemia do HIV e a necessidade crescente de fórmulas infantis?

Sim. O Código ganha uma importância ainda maior no contexto do HIV, uma vez que o Código e as resoluções:

- estimulam os governantes a regular a distribuição de suprimentos gratuitos ou subsidiados de substitutos do leite materno para prevenir o "efeito cascata";
- proteger as crianças alimentadas com alimentos substitutos ao garantir que os rótulos dos produtos tenham alertas e instruções de preparo e uso;
- garantir que os produtos sejam escolhidos por intermédio de orientações médicas independentes.

O Código é relevante para mães HIV positivas, e atende completamente suas necessidades. Mesmo onde o Código ainda não foi implementado, suas diretrizes são aplicáveis.

1.5 EXPANSÃO DA IHAC E POSSIBILIDADES DE INTEGRAÇÃO

Nos últimos 15 anos de trabalho com a IHAC, muitas lições foram aprendidas. Talvez a mais clara tenha sido a necessidade de concentrar mais atenção no Passo 10 e na comunidade. Outro tema importante tem sido a necessidade de retificar as incompreensões quanto à propriedade da IHAC no contexto da pandemia do HIV. Outras questões que afloraram e têm recebido atenção em muitos países são a necessidade de assegurar o cuidado amigo da mãe, os cuidados pediátricos, as UTINs e os ambulatórios que apóiem a amamentação e, por fim, mas não menos relevante, a importância de apoiar a mãe da criança exclusivamente amamentada a entender a necessidade da adição de alimentos complementares em idade adequada, depois dos 6 meses de idade.

As tendências atuais dos sistemas de saúde e os planejamentos relacionados indicam a necessidade de maior flexibilidade, integração e complementaridade entre as intervenções. Por esse motivo, e para auxiliar os países a criarem sinergias em seus programas e a solucionar problemas identificados, abordagens alternativas variadas foram incluídas nos materiais da IHAC. Essas opções de expansão e integração têm por objetivo possibilitar um cuidado amigo da criança mais criativo e apoiador.

Algumas das muitas variações testadas em todo o mundo com o objetivo de levar a todos o verdadeiro Cuidado Amigo da Criança são apresentadas a seguir.

Comunidades amigas da criança: Criando o Passo Dez

O Passo Dez ainda não alcançou a implementação plena em contextos variados, mas muitas opções são sugeridas, como grupos de mães ou grupos da comunidade, apoio organizado de consultores de lactação certificados, atenção especial do pessoal da maternidade, principalmente nos primeiros dias pós-parto, indicação de centros comunitários de atenção primária à saúde com pessoal com treinamento especializado, serviços de assessoria por telefone, etc. Os esforços realizados até a presente data ainda não tiveram resultados ideais, em virtude de fatores diversos, dos quais um dos mais prementes é a falta de capacitação do pessoal da unidade para mobilizar a comunidade. Além disso, é freqüente confiar a voluntários a responsabilidade por atividades continuadas. É necessário, portanto, atualizações e atividades de apoio regulares para sustentar a motivação e a comunicação.

O mais importante para a conexão com as populações mais vulneráveis talvez seja a constatação de que a maioria dos partos em países em desenvolvimento acontece na comunidade, onde até mesmo os cuidados amigos da criança iniciais podem não ser praticados.

Uma nova iniciativa – Comunidades Amigas da Criança – desenvolvida em alguns países pode servir como modelo:

1. para expandir as práticas e os critérios da IHAC em serviços de saúde comunitários;
2. para expandir as práticas da IHAC a contextos onde não existem serviços de saúde comunitários;
3. para fortalecer o vital Passo 10, no sentido de assegurar as melhores práticas e o melhor apoio a cada mãe.

As sugestões para critérios nacionais podem ser aplicáveis nas três situações a seguir:

Estes componentes do Modelo de Comunidade Amiga da Criança são oferecidos como modelo para a discussão comunitária de necessidades, e refletem todos os Critérios Globais aplicáveis à IHAC (os Dez Passos).

Os critérios desenvolvidos localmente devem atentar, pelo menos, aos seguintes preceitos:

1. Lideranças comunitárias políticas e sociais, tanto homens quanto mulheres, se comprometerem em mudar o panorama do apoio à alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância.
2. Todas as unidades que ofereçam serviços de maternidade, ou serviços de saúde comunitários, se credenciarem "Amigas da Criança" e apoiarem ativamente a amamentação precoce e exclusiva (0 a 6 meses).
3. Se os partos em casa forem a norma, todos que auxiliam nesses partos devem ser informados quanto à importância de não cortar o cordão umbilical imediatamente após o nascimento, do contato pele-a-pele entre mãe e filho por pelo menos 60 minutos e do não oferecimento de alimentação pré-amamentação.
4. Todos que auxiliam em partos institucionais ou em residências serem informados sobre práticas de nascimento e parto amigo da mãe como: incentivar as mães a ter acompanhante para oferecer apoio, minimizar procedimentos invasivos (a não ser que clinicamente necessários), incentivar a mulher a se movimentar e a adotar posições de sua escolha durante o parto etc. (Ver seção sobre o tema "Amigo da Mãe".)
5. Existir acesso da comunidade a local (is) de referência com apoio qualificado para amamentação precoce, exclusiva e continuada.
6. Existir apoio na comunidade para práticas de alimentação complementar em idade adequada, freqüente e responsiva, com continuidade da amamentação. Isso geralmente implica na disponibilização de micronutrientes ou alimentos de origem animal e aconselhamento adequado para auxiliar as mães a fazerem as escolhas apropriadas.
7. Existirem sistemas de apoio de mãe para mãe, ou similares, na comunidade.
8. Não haver violação, por parte de distribuidores, lojas ou serviços, do Código Internacional (em termos aplicáveis) na comunidade.
9. Os governos locais ou a sociedade civil organizarem, criarem e apoiarem a implementação de pelo menos uma mudança normativa política, ou social e/ou atividade adicional que ativamente apóie mães e famílias a adotarem práticas de amamentação imediata e exclusiva (como por exemplo, divisão de tarefas, ajuda para transportar mães para consultas médicas, identificação de "defensores/protetores da amamentação" entre líderes comunitários, locais de trabalho que apóiem a amamentação, etc.).
10. Que sejam desenvolvidas técnicas simplificadas de auxílio ao parto (incluindo aquelas executadas por enfermeiras obstétricas e, se possível, por parteiras tradicionais).

O Exemplo de Gâmbia

Um ótimo exemplo de abordagem inovadora para esse problema, bem como suas soluções, pode ser encontrado em "*A Iniciativa Comunidade Amiga da Criança (ICAC) – Uma Visão Expandida para o Desenvolvimento desde Cedo da Infância em Gâmbia*". O texto completo deste documento pode ser encontrado via internet com o Unicef.

Resumidamente, a IHAC foi usada como modelo para o desenvolvimento da Iniciativa Comunidade Amiga da Criança (ICAC). A ICAC inclui dez passos para a alimentação bem sucedida de lactentes que incluem nutrição materna, nutrição de lactentes, medidas sanitárias e de higiene pessoal. Em outros ambientes, o parto seguro e a proteção à maternidade podem ter maior relevância. Em Gâmbia, cada comunidade identifica cinco mulheres e dois homens para serem treinados e credenciados como "Grupo Local de Apoio à Alimentação de Lactentes". Quando os dez passos desenvolvidos pela comunidade são implementados, esta é credenciada como "Comunidade Amiga da Criança".

O treinamento de representantes comunitários como Grupos Locais de Apoio à Alimentação de Lactentes foi considerado o elemento mais importante da ICAC. O envolvimento de homens na Iniciativa, tanto como membros dos grupos locais quanto parte da população-alvo, pode ser um elemento crucial para o sucesso e a sustentabilidade da intervenção. O envolvimento de homens numa área antes exclusiva das mulheres transmite a mensagem forte e clara de que a nutrição materna e infantil diz respeito tanto aos homens (pais) quanto às mulheres (mães).

O evento Semana Mundial da Amamentação pode ser usado como ferramenta para unir políticos e representantes do governo e de ONGs, além de agências internacionais, sensibilizando-os no sentido de promover um melhor entendimento quanto à importância da amamentação, discutir as iniciativas em andamento no país e o que pode ser feito, e criar uma rede de apoio de alto nível.

Em Gâmbia, um evento levou às seguintes recomendações:

1. Intensificar as atividades de informação, educação e comunicação (IEC) para erradicar tabus ou outras práticas tradicionais que afetam a prática da amamentação ideal.
2. Incluir a amamentação no currículo escolar e de instituições educacionais.
3. Criar grupos de apoio à amamentação.
4. Estender a licença maternidade para mães trabalhadoras.
5. Desenvolver políticas de amamentação.
6. Criar seminários similares no nível regional e comunitário.
7. Implementar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
8. Garantir o envolvimento da comunidade.

Os resultados dessa abordagem, em Gâmbia, foram: aumento de 60% para 100% no início da amamentação no primeiro dia de vida e declínio de 90% para praticamente zero na introdução de alimentos complementares antes dos 4 meses de vida.

Em Gâmbia, a IHAC também auxiliou na introdução de outros serviços comunitários que atendem as necessidades vitais de lactentes e crianças de primeira infância

para muitas abordagens de intervenções de saúde, crescimento e desenvolvimento, como mosquiteiros, consciência do HIV/AIDS, apoio à imunização e saúde reprodutiva. A abordagem promove e protege o direito das crianças à sobrevivência, ao crescimento e ao desenvolvimento.

Os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Comunidade

A Iniciativa da Comunidade Amiga da Criança de Gâmbia

Todas as comunidades devem ter um ambiente que apóie as mães na prática da amamentação ideal. Portanto, os Grupos Locais de Apoio à Alimentação de Lactentes:

1. Informam e aconselham todas as mulheres grávidas, as que estejam amamentando e seus companheiros sobre a importância da dieta adequada da mãe com os alimentos disponíveis, explicando os benefícios tanto para a saúde da mãe quanto do bebê.
2. Informam a todas as mulheres grávidas e aos seus companheiros sobre os benefícios do leite materno, inclusive do colostro.
3. Orientam e incentivam as mães a iniciarem a amamentação até uma hora depois do parto e a não oferecer alimentos pré-lacteos ao bebê, a não ser sob orientação médica.
4. Informam mães e pais sobre os benefícios da amamentação exclusiva e incentivam todas as mães de recém-nascidos saudáveis a amamentar exclusivamente até os 6 meses.
5. Informam mães e pais sobre os riscos e custos da alimentação com mamadeira, do uso de fórmulas infantis e da chupeta.
6. Garantem que os órfãos sejam alimentados com leite materno, incentivando "amas de leite" a alimentar crianças que tenham perdido suas mães ao nascer.
7. Orientam e incentivam as mães a introduzirem alimentos complementares disponíveis quando a criança completar 6 meses de idade.
8. Orientam e incentivam todas as mães a usarem cereais fermentados na preparação de alimentos complementares, explicando seus benefícios.
9. Ensinam todas as mães e os responsáveis pelos cuidados com as crianças quanto aos benefícios da higiene pessoal adequada e de medidas sanitárias para a saúde de lactentes e crianças de primeira infância.
10. Incentivam as mães a se apoiarem na prática da amamentação ideal, por meio da formação de seus próprios grupos de alimentação de lactentes.

IHAC e Prevenção da Transmissão Mãe-Filho de HIV/AIDS

Os textos da OMS/Unicef quanto à alimentação infantil de filhos de mães HIV positivas recomendam fortemente que o treinamento para apoiar a amamentação exclusiva preceda o treinamento em opções alimentares para mães HIV positivas[1]. Por

[1] O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positiva.

esse motivo, Malauí, entre outros países, decidiu que a IHAC deve ser implantada ao mesmo tempo que a implementação do aconselhamento de mães HIV positivas.

Essa lógica envolve pelo menos quatro aspectos:

1. Tendo em vista que a amamentação exclusiva é uma opção para todas as mães, o estabelecimento da excelência no apoio à amamentação exclusiva beneficia a todas.
2. No caso de mães HIV positivas para as quais a substituição adequada da alimentação não é aceitável, factível, acessível, sustentável e segura, a amamentação exclusiva é a opção recomendada.
3. Se todos os conselheiros entenderem a importância da amamentação exclusiva, o "efeito cascata" e o uso excessivo de alimentos artificiais serão reduzidos.
4. Descobertas recentes indicam que a amamentação exclusiva pode reduzir a transmissão do HIV via leite materno, se comparada ao aleitamento misto.

Se o último item se mostrar consistente em estudos posteriores, a amamentação exclusiva entre a grande população de mães HIV positivas não diagnosticadas se tornará um benefício duplo.

Unidades de saúde e comunidades Amigas da Mãe e do Bebê

A Iniciativa Parto Amigo da Mãe inclui os "*Dez Passos da Iniciativa Parto Amigo da Mãe para Hospitais, Maternidades e Partos Caseiros Amigos da Mãe*" e pode ser iniciada em concomitância com iniciativas amigas da criança e como um aspecto integrado do cuidado continuado da mãe e do bebê.

A Iniciativa Parto Amigo da Mãe foi desenvolvida em 1996 pela Coalizão pela Melhora dos Serviços de Maternidade e com a Iniciativa do Primeiro Consenso. A CIMS é uma coalizão de indivíduos e organizações nacionais que se concentra no cuidado e no bem-estar de mães, bebês e famílias. Sua missão é promover um modelo de cuidados na maternidade que melhore a qualidade dos partos e reduza seus custos substancialmente. O modelo das iniciativas amigas da mãe, da criança e da família se concentra na prevenção e na qualidade de vida como alternativas para programas de análise, diagnóstico e tratamento de alto custo. Os "Dez Passos" sugeridos se baseiam no reconhecimento de que algumas práticas aplicadas às mães e aos recém-nascidos produzem altos custos e qualidade inferior, como a aplicação inadequada de tecnologia e procedimentos de rotina não baseados em evidências científicas. Os princípios dessa abordagem são o respeito ao processo de nascer de parto normal (ou seja, não medicalizado), à autonomia e ao empoderamento da mulher, à responsabilidade do cuidador e ao não causar "danos".

Os dez passos para o cuidado da mãe e do bebê apresentados a seguir foram modificados para permitir a integração com abordagens de continuidade.

Dez Passos Amigos da Mãe e da Criança sugeridos para avaliação durante o desenvolvimento de critérios nacionais em coordenação com a IHAC

Hospitais, maternidades, casas de parto, ou partos caseiros amigos da mãe e do bebê:

1. Oferecem ou indicam onde a mãe pode ter cuidados pré-natais como suplementação de vitaminas/ferro/folato, profilaxia da malária, teste de HIV, monitoramento para sinais de perigo, e oferecem unidades de referência, quando necessário.
2. Oferecem em todos os nascimentos:
    - acesso irrestrito de acompanhantes de sua escolha, incluindo pais, companheiros, crianças, membros da família e amigos;
    - acesso irrestrito a apoio emocional e físico oferecido por uma mulher experiente e habilitada, doulas ou profissionais habilitados em trabalho de parto;
    - acesso aos melhores cuidados disponíveis, de preferência assistência especializada e acesso a unidades de referência, quando necessário;
    - liberdade para andar, movimentar-se e adotar as posições de sua escolha durante o parto e o nascimento (a não ser que a restrição seja necessária em virtude de complicações) e desestimula o uso da posição de litotomia.[2]
3. Mantêm registros que possibilitam avaliações externas e auto-avaliações e a produção de relatórios.
4. Oferecem cuidados culturalmente competentes, ou seja, cuidados sensíveis e responsivos a crenças, valores e costumes específicos da etnia ou da religião da mãe.
5. Têm políticas e procedimentos claramente definidos para:
    - higiene das técnicas de parto;
    - tempo apropriado para o corte do cordão umbilical;
    - remoção e destinação da placenta;
    - colaboração, consulta e indicação a outros serviços de maternidade, o que inclui manter contato com todos os responsáveis quando a indicação/transferência é necessária;
    - o contato da mãe e do bebê com os setores comunitários apropriados, inclusive acompanhamentos pré-natal e pós-alta e apoio à amamentação.
6. Não empregam rotineiramente práticas e procedimentos não apoiados por evidências científicas, incluindo os seguintes, mas não se limitando a eles:
    - raspagem; enemas; uso de cateter intravenoso; negar alimentação;
    - ruptura precipitada de membranas; monitoramento fetal eletrônico.

    Outras intervenções, mas de forma limitada, conforme apresentado:
    - possui uma taxa de indução de 10% ou menos;
    - possui taxa de episiotomia de 20% ou menos, objetivando 5% ou menos;

continua

[2] Deitar de costas com as pernas erguidas.

continuação

- possui taxa total de cesarianas de 10% ou menos em hospitais comunitários, e 15% ou menos em hospitais de cuidados terciários (de alto risco);
- possui taxa de parto vaginal após cesariana de 60% ou mais, objetivando os 75% ou mais.

7. Educam a equipe quanto aos métodos não medicamentosos de analgesia e não promovem o uso de drogas anestésicas ou analgésicas, a não ser que este seja especificamente requerido em função de alguma complicação.
8. Incentivam todas as mães e suas famílias, incluindo aquelas com bebês doentes, prematuros ou com problemas congênitos, a tocar, segurar, amamentar e cuidar de seus filhos, até onde for possível em suas condições.
9. Têm treinamento em controle de hemorragia, tanto manual quanto médico.
10. Esforçam-se por alcançar os *Dez Passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança* da OMS/Unicef a fim de promover a amamentação bem-sucedida.

Os aspectos centrais do "cuidado amigo da mãe" foram integrados no curso revisado de 20 horas de duração, nos *Critérios Globais* e também no processo de avaliação para a IHAC, como um módulo opcional. Isso fornece aos países uma maneira fácil de iniciar o processo de integração de práticas de parto amigas da mãe em seus serviços de maternidade, se eles ainda não possuírem uma iniciativa madura como o descrito acima.

Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Unidades de Pediatria Amigas da Criança

Embora a IHAC seja baseada em maternidades, seu impacto no apoio da amamentação após a alta hospitalar é limitado a seu alcance na comunidade – Passo Dez. Portanto, o conceito de pediatria amiga da criança foi levado em consideração. Os dez passos a seguir derivam dos 11 passos desenvolvidos na Austrália (DONOHUE; MINCHIN; MINOGUE, 1996), e se baseiam na IHAC:

Dez Passos para a Amamentação Ideal na Pediatria

1. Possuir uma política de amamentação escrita e treinar a equipe nas habilidades necessárias.
2. Quando um bebê é atendido, devido a uma simples consulta de acompanhamento ou em razão de alguma doença, avaliar a prática de alimentação infantil e ajudar no estabelecimento ou manejo da amamentação, conforme necessário.
3. Fornecer aos pais informações verbais e por escrito sobre amamentação.
4. Facilitar a amamentação à demanda ou, se necessário, a extração de leite pelas mães, independentemente da idade da criança.
5. Somente oferecer outros alimentos ou bebidas ao lactente na idade apropriada ou quando prescrito pelo médico e, em caso de indicação médica, usar apenas os métodos de alimentação alternativos que sejam mais condutivos ao retorno à amamentação.
6. Em caso de necessidade de hospitalização, assegurar que a unidade de saúde permita o alojamento conjunto 24 horas de mãe e filho.
7. Administrar medicamentos e agendar procedimentos causando o mínimo possível de transtorno à alimentação.
8. Manter um banco de leite materno, de acordo com os padrões preconizados.
9. Fornecer informação e contatos referentes aos serviços de apoio comunitário disponíveis.
10. Manter monitoramento adequado e procedimentos de coleta de dados e registros, de forma a permitir a avaliação de qualidade, as seções ou encontros da equipe e o *feedback*.

A transição do bebê do ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para casa também é extremamente importante. Alguns itens a considerar em relação ao tratamento amigo da criança prematura ou doente são os critérios ou cuidados padronizados, o exame antes da alta, a avaliação após alta e o apoio especial oferecido às mães.

A Academia de Medicina da Amamentação (ABM), em cooperação com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, a OMS e a Unicef, desenvolveu diversos protocolos que podem servir como base para o desenvolvimento nacional de critérios para as Pediatrias Amigas da Criança e para as UTINs Amigas da Criança. Tais protocolos são divulgados e atualizados regularmente. A ABM se dedica a continuar o desenvolvimento e a disseminação desses padrões em seu *website*: <http://www.bfmed.org/protocols.htm>

Ambulatório Médico Amigo da Criança: Como Melhorar o Cuidado de Bebês e Crianças

Estas orientações derivam do protocolo esboçado pela ABM, que está disponível na íntegra no *website* da associação. Estão aqui expostas para que sejam consideradas ao se estabelecerem os critérios para Consultórios Médicos Amigos da Criança.

Questões a considerar ao estabelecer os critérios para Consultórios Médicos Amigos da Criança[3]

1. Estabelecer uma política escrita do consultório amigo da amamentação e informá-la a todos os novos membros da equipe.
2. Encorajar as mães lactantes a praticar a amamentação exclusiva, instruir a mãe para que não utilize mamadeira ou chupeta até que a amamentação esteja bem estabelecida.
3. Oferecer cuidado cultural e etnicamente competente.
4. Oferecer uma consulta pré-natal e mostrar seu comprometimento com a amamentação durante esta consulta.
5. Colaborar com hospitais locais e profissionais de cuidado materno da comunidade. Transmitir a clínicas de parto e unidades de recém-nascidos as políticas de seu consultório em relação à iniciação da amamentação.
6. Marcar uma consulta de acompanhamento 48–72h após a alta hospitalar, ou antes, caso problemas relacionados à amamentação, tais como perda excessiva de peso (>7%) ou icterícia, estejam presentes no momento da alta.
7. Assegurar que fontes de informação educativas e adequadas estejam à disposição dos pais; esse material educativo não deve ser comercial e não deve fazer uso de propaganda de substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos.
8. Não interromper ou desencorajar a amamentação no consultório. Permitir e incentivar a amamentação na sala de espera. Garantir um ambiente de trabalho que demonstre o apoio e a promoção à amamentação.
9. Desenvolver e seguir protocolos de triagem que tratem de questões e problemas relacionados à amamentação.
10. Elogiar em cada consulta as mães que estão amamentando por terem escolhido e continuado a amamentação.
11. Incentivar as mães a praticarem a amamentação exclusiva por seis meses e continuar amamentando ao mesmo tempo em que oferecem alimentação complementar até pelo menos os 24 meses, e depois disso por quanto tempo ela e o bebê desejarem. Discutir a introdução de alimentos sólidos aos seis meses de idade, enfatizando a necessidade de sólidos ricos em ferro, e avaliar a necessidade de suplementação de vitamina D.
12. Possuir uma política de amamentação escrita e uma sala de lactação com equipamentos para suas funcionárias que amamentam ou ordenham no trabalho. Incentivar os empregadores da comunidade e as creches a apoiarem a amamentação.
13. Adquirir ou manter uma lista de recursos da comunidade e apoiar os grupos locais de apoio à amamentação.
14. Trabalhar junto a seguradoras para encorajar a cobertura dos custos de extração de leite e dos serviços de apoio à lactação.
15. Educar todos os médicos e clínicos em relação à amamentação. Oferecer-se para permitir que estudantes de medicina e residentes venham vê-lo em sua prática clínica. Participar da educação de estudantes de medicina e de residentes de clínica médica. Encorajar o estabelecimento de programas de treinamento formal em lactação para futuros e atuais profissionais de saúde.
16. Monitorar a iniciação da amamentação e os índices de duração das mamadas em sua prática e analisar que mudanças adicionais podem ser feitas para melhorar seu apoio à alimentação ideal de bebês e crianças pequenas.

[3] Modificado de Protocolo da Ama.

Alimentação Complementar Amiga da Criança

A amamentação e a alimentação complementar devem ser consideradas conjuntamente. Como o nome indica, alimentação *complementar* é um complemento à amamentação. A alimentação complementar é essencial para o desenvolvimento da criança após os seis meses de idade. As novas recomendações quanto ao acréscimo dos primeiros alimentos na dieta enfatizam proteínas e micronutrientes, além dos alimentos que fornecem energia.

Os Dez Princípios Centrais da Alimentação Complementar servem de guia para a alimentação e, como a IHAC, está integrada a outros programas, havendo um número cada vez maior de oportunidades para apoiar suas mensagens.

DEZ PRINCÍPIOS CENTRAIS DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR[4]

1. **DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA E IDADE DA INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES.** Pratique a amamentação exclusiva do nascimento aos 6 meses de idade e introduza alimentos complementares a partir dos 6 meses de idade (180 dias), e continue amamentando.
2. **CONTINUAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO.** Continue a amamentação freqüente e sob livre demanda até os 2 anos de idade ou mais.
3. **ALIMENTAÇÃO RESPONSIVA.** Pratique a alimentação responsiva, aplicando os princípios do cuidado psicossocial. Especificamente: a) alimente os lactentes diretamente e ajude as crianças mais velhas quando elas forem alimentar-se, sendo sensível aos seus sinais de fome e saciedade; b) alimente devagar e com paciência e incentive as crianças a comerem, mas não as obrigue; c) se as crianças recusarem muitos alimentos, experimente diferentes combinações de comida, gostos, texturas e métodos de incentivo; d) minimize distrações durante as refeições em crianças que perdem o interesse facilmente; e) lembre-se de que o momento da alimentação é de aprendizado e amor – converse com as crianças durante a alimentação, com contato olho a olho.
4. **PREPARO E ARMAZENAGEM SEGUROS DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES.** A prática da boa higiene e do manuseio adequado dos alimentos pode ser alcançada: a) com responsáveis e crianças lavando as mãos antes de preparar e comer alimentos, b) armazenando os alimentos com segurança e servindo os alimentos imediatamente após o preparo, c) usando utensílios limpos para preparar e servir alimentos, d) usando xícaras e tigelas limpas para alimentar a criança e e) evitando o uso de mamadeiras, que são difíceis de higienizar.

continua

[4] Fonte: Pan American Health Organization (2003). O documento completo pode ser baixado em <http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/infant.htm>.

continuação

5. **QUANTIDADES NECESSÁRIAS DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES.** Comece aos 6 meses de idade com pequenas quantidades de alimento e aumente a quantidade à medida que a criança vai ficando mais velha, com a manutenção da amamentação freqüente. As necessidades de energia proveniente de alimentos complementares de lactentes com ingestão "média" de leite materno em países em desenvolvimento é de aproximadamente 200kcal/dia para bebês entre 6 e 8 meses, 300kcal/dia entre os 9 e 11 meses de idade e 550kcal/dia entre 12 e 23 meses de idade. Em países industrializados, essas estimativas diferem (130, 310 e 580kcal/dia aos 6 a 8, 9 a 11 e 12 a 23 meses, respectivamente) em virtude das diferenças na ingestão média de leite materno.

6. **CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS.** Aumente gradualmente a consistência e a variedade na medida em que o lactente fica mais velho, adaptando-se às necessidades e habilidades da criança. Lactentes podem comer alimentos transformados em purê, amassados e parcialmente sólidos a partir dos seis meses de idade. Aos ¨8 meses, a maioria dos bebês também pode comer alimentos sozinhos, com as próprias mãos. Aos 12 meses, a maioria das crianças pode comer os mesmos alimentos consumidos pelo resto da família (com a manutenção da necessidade de alimentos ricos em nutrientes, como explicado no item oito, a seguir). Evite alimentos que possam causar engasgos (ou seja, alimentos com formatos que permitam que fiquem presos na traquéia, como nozes, uvas e cenoura crua).

7. **FREQÜÊNCIA DAS REFEIÇÕES E DENSIDADE ENERGÉTICA.** Aumente o número de vezes de oferta dos alimentos complementares à criança, à medida que ela cresce. O número adequado depende da densidade energética dos alimentos e das quantidades consumidas a cada vez. Para bebês saudáveis, com ingestão "média" de leite materno, as refeições com alimentos complementares devem ser oferecidas de 2 a 3 vezes entre os 6 e 8 meses de idade e de 3 a 4 vezes entre 9 e 11 e 12 e 24 meses de idade, com lanches nutritivos adicionais (como um pedaço de fruta ou pão com pasta de nozes) oferecidos de 1 a 2 vezes ao dia, se desejado. Os lanches são definidos como alimentos oferecidos entre as refeições – geralmente do tipo que a criança possa segurar – e fáceis de preparar. Se a densidade energética ou a quantidade de alimento das refeições for baixa e a criança não se alimenta mais com leite materno, podem ser necessárias refeições mais freqüentes.

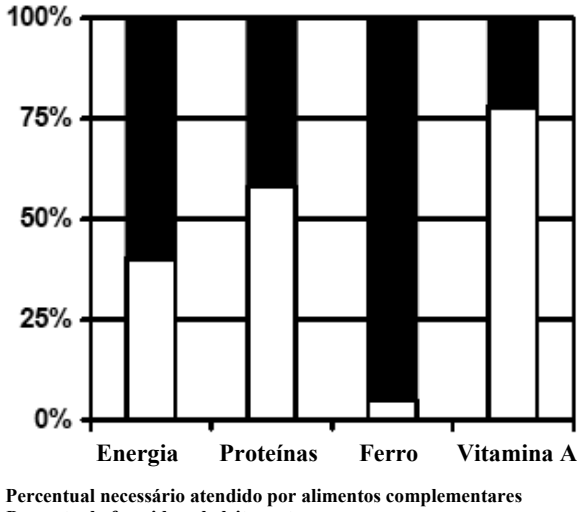
continua

continuação

8. **CONTEÚDO NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS COMPLEMENTARES.** Ofereça alimentos variados para garantir que sejam atendidas as necessidades nutricionais. Carnes vermelhas e de aves e peixes ou ovos devem ser oferecidos diariamente, ou sempre que possível. Dietas vegetarianas não são capazes de atender as necessidades nutricionais nessa fase da vida, a não ser que sejam usados suplementos ou alimentos enriquecidos (ver item 9, a seguir). Frutas e verduras ricas em vitamina A devem ser oferecidas diariamente. Mantenha dietas com conteúdo de gorduras adequado. Evite oferecer bebidas com pouco valor nutricional, como chás, cafés e bebidas adoçadas, como refrigerantes. Limite a quantidade de suco para evitar que ocupem o espaço de alimentos mais nutritivos.
9. **USO DE SUPLEMENTOS VITAMÍNICO-MINERAIS OU ALIMENTOS FORTIFICADOS POR CRIANÇAS E MÃES.** Ofereça alimentos complementares fortificados ou suplementos vitamínico-minerais para a criança, se necessário. Em algumas populações, mães que amamentam também podem precisar de alimentos fortificados ou suplementos vitamínico-minerais, tanto para a sua própria saúde como para garantir um nível de nutrientes (principalmente vitaminas) adequado no leite materno. [Esses produtos também podem ser benéficos para mães que desejam engravidar ou mulheres grávidas.]
10. **ALIMENTAÇÃO DURANTE E DEPOIS DE DOENÇAS.** Aumente a oferta de líquidos quando a criança estiver doente e amamente mais; incentive a criança a ingerir alimentos variados, gostosos e que mais aprecie. Durante a convalescença, ofereça mais alimentos do que o costume e estimule a criança a comer mais.

As duas figuras a seguir enfatizam a necessidade de apoio à amamentação continuada dos 6 meses aos 2 anos de idade ou mais para atender às necessidades de crescimento do bebê, além da oferta de alimentos complementares.

Figura 1. Porcentagem de nutrientes em 550ml de leite materno e necessidades que precisam ser atendidas por alimentos complementares no segundo ano de vida



■ **Percentual necessário atendido por alimentos complementares**
□ **Percentual oferecido pelo leite materno.**
Fonte: World Health Organization y The United Nations Children's Fund (2006).

Figura 2. Densidade alimentar mínima exigida para atingir o nível de energia necessário de alimentos complementares em 1 a 5 refeições por dia, de acordo com a idade e o nível (baixo, médio ou alto) de ingestão de energia no leite materno (IEL).

Energia	6 a 8 meses			9 a 11 meses			12 a 23 meses		
	Baixa IEL	Média IEL	Alta IEL	Baixa IEL	Média IEL	Alta IEL	Baixa IEL	Média IEL	Alta IEL
Total de energia necessária + 2 SD (Kcal/dia)[b]	769	769	769	858	858	1118	118	118	
IEL (kcal/dia)	217	413	609	157	379	601	90	346	602
Energia necessária de alimentos complementares (kcal/dia)	552	356	160	701	479	257	1028	772	516
Densidade energética mínima									
1 refeição/dia	2,22	1,43	0,64	5,46	1,68	0,90	2,98	2,24	1,5
2 refeições/dia	1,11	0,71	0,32	1,23	0,84	0,45	1,49	1,12	0,75
3 refeições/dia	0,74	0,48	0,21	0,82	0,56	0,30	0,99	0,75	0,50
4 refeições/dia	0,56	0,36	0,16	0,61	0,42	0,23	0,74	0,56	0,37
5 refeições/dia	0,44	0,29	0,13	0,49	0,34	0,18	0,60	0,45	0,30

a. Capacidade gástrica funcional presumida (30g/kg de peso corporal) é 249g/refeição com idades entre 6–8 meses, 285g/refeição entre 9 e 11 meses e 345g/refeição entre 12 e 23 meses.

b. As necessidades totais de energia baseiam-se em novas médias de dados longitudinais dos EUA mais 25% (2SD).

Fonte: Dewey y Brown (2003).

Essa figura reforça a necessidade de manter altos volumes de leite como fonte de energia, com a adição de um número suficiente de refeições, a depender da sua densidade nutricional.

Como as questões relativas à alimentação complementar podem ser abordadas no Cuidado Amigo da Criança? Existem muitas opções.

- Se a IHAC foi expandida para áreas pediátricas, ela pode incluir os "Dez Princípios" da alimentação complementar e o uso de planilhas de crescimento.
- Se existirem "comunidades amigas da criança", alimentos disponíveis localmente para a melhor alimentação nessa idade podem ser identificados.
- Se o Passo Dez da IHAC chegou aos trabalhadores comunitários, tanto nos setores de saúde, rural, educacional ou outros setores não técnicos, seus treinamentos e esforços podem incluir os dez princípios.

Em todos os casos, a coleta de dados sobre padrões e conteúdos alimentares por idade da criança, tanto contínuos quanto periódicos, fornecerá informações valiosas para a evolução do programa.

Cuidado de saúde amigo da mãe e da criança – em toda parte!

Os princípios do cuidado concentrado na mãe e na criança, proteção de condições ideais da mãe e da criança e reconhecimento da díade mãe-criança merecem respeito e apoio, e são princípios subjacentes a todas as possibilidades de expansão amigas da mãe e da criança, além de poderem ser transportados para uma grande variedade de ambientes, entre os quais:

- hospitais, incluindo todas as unidades pediátricas e de saúde da mulher, além das de medicina geral e cirúrgicas;
- outras unidades de saúde como clínicas, centros de saúde materno-infantil, etc.;
- programas com alcance comunitário e de mobilização comunitária;
- comunidades religiosas;
- consultórios médicos;
- iniciativas internacionais, como Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), atividades de parceria, Sobrevivência Infantil Acelerada, etc.

Atividades Amigas da Criança podem ser acrescentadas a muitos desses esforços, ou vice-versa. A prioridade deve ser criar uma abordagem mais ampla para apoiar a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, inclusive leis relativas ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, IHAC em todo o sistema de saúde e atividades de Comunidade Amiga da Criança, além de qualquer uma das atividades de sinergia descritas acima.

1.6 RECURSOS, REFERÊNCIAS E *WEBSITES*

No que se refere aos recursos, referências e *sites* listados abaixo, lembrem-se – *sites* mudam freqüentemente. Buscar as palavras-chave "IHAC", "amigo da criança", e "amamentação" nos *sites* de busca, e procurar localizar em Recursos, Publicações e Links dentro do *site*.

UNICEF

Para obter mais informações sobre o trabalho do Unicef sobre suporte à alimentação de bebês e crianças e apoiar os esforços do país para implementar as metas da Declaração de Innocenti e da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, assim como da Iniciativa Hospital Amigo da Criança como um todo, e para baixar cópias de materiais atualizados, consultar http://www.Unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html.

WHO

Nutrition for Health and Development (NHD).

http://www.who.int/nut/publications.htm#inf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* Geneva, 2003. Texto completo em PDF em Inglês, Árabe, Chinês, Francês, Russo, Espanhol.[1]

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WELLSTART INTERNATIONAL. *The Baby-friendly Hospital Initiative.* Monitoring and reassessment: Tools to sustain progress. Geneva: WHO, 1999. (Document WHO/NHD/99.2).

Department of Child and Adolescent Health (CAH)

<http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant.htm>

BUTTE, N. F.; LOPEZ-ALARCON, M. G.; GARZA, C. *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life.* Geneva: WHO, 2002.

HORMANN, E.; SAVAGE, F. *Relactation:* A review of experience and recommendations for practice. Geneva: WHO, 1998. (WHO/CHS/CAH/98.14).

NEWELL, M. L. *HIV transmission through breastfeeding.* A review of available evidence. Geneva: WHO, 2004.

ONNELA, T. *Persistent diarrhoea and breastfeeding.* Geneva: WHO, 1997. (WHO/CHD/97.8).

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, 2003.

VALLENAS C.; SAVAGE, F. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.* Geneva: WHO, 1998. (WHO/CHD/98.9).[2]

[1] NT: existe tradução para o português, disponível em: <http://www.ibfan.org.br>.
[2] NT: existe tradução para o português, disponível no escritório da OPS-Brasília.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Breastfeeding and maternal tuberculosis.* Geneva, 1998.

_____. *Complementary feeding of young children in developing countries:* A review of current scientific knowledge. Geneva, 1998. (WHO/NUT/98.1).

_____. *Complementary feeding:* Report of the Global Consultation, and Summary of Guiding Principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva, 2002.

_____. *Health aspects of maternity leave and maternity protection.* Statement to the International Labour Conference, 2 June 2000. Geneva, 2000.

_____. Hepatitis B and breastfeeding. *Indian Pediatrics*, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 518-20, Jun. 1996.

_____. *Hypoglycemia of the newborn.* Review of the literature. Geneva, 1997. (WHO/CHD/97.1).

_____. *Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding:* Report of a technical meeting. Geneva, 2003.

_____. *Not enough milk.* Geneva, March 1996.

_____. *Statement on the effect of breastfeeding on mortality of HIV-infected women:* WHO statement. Geneva, 2001.

_____. *The optimal duration of exclusive breastfeeding:* A systematic review. Geneva, 2002. (WHO/FCH/CAH/01.23).

_____. *The optimal duration of exclusive breastfeeding:* Report of an expert consultation. Geneva, 2002. (WHO/FCH/CAH/01.24).

_____. Department of Child and Adolescent Health and Development. *Mastitis:* Causes and management. Geneva, 2000. (WHO/FCH/CAH/00.13).

_____. Department of Child and Adolescent Health and Development; THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). Nutrition Section; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *HIV and infant feeding counselling:* A training course. Geneva: WHO, 2000. (WHO/FCH/CAH/00.2-4). English and Spanish versions.[3]

_____. Division of Child Health and Development. *Breastfeeding and the use of water and teas.* Geneva, 1997.

_____. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control; THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). *Breastfeeding counselling:* A training course. Geneva: WHO, 1993. (WHO/CDR/93.3-5).[4]

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. *HIV and Infant Feeding:* Framework for Priority Action. Geneva: WHO, 2003. Versões em Inglês e Francês.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). *Breastfeeding and maternal medication:*

[3] NT: existe tradução para o português, disponível no Instituto de Saúde, SES-SP.
[4] NT: existe tradução para o português, disponível no Instituto de Saúde, SES-SP.

Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. Geneva: WHO; New York: Unicef, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). *Guidelines concerning the main health and socioeconomic circumstances in which infants have to be fed on breastmilk substitutes*. Geneva, 1986. (A39/8 Add. 1, 10 April 1986).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). *Infant and Young Child Feeding Counselling*: An Integrated Course. Geneva, 2006.

Department of Reproductive Health and Research (RHR)

E-mail: reproductivehealth@who.int>.

<http://www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_maternal newborn.en.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Kangaroo Mother Care:* a practical guide. Geneva, 2003.

_____. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care:* a guide for essential practice. Geneva, 2003.

OUTRAS ORGANIZAÇÕES: POLÍTICAS DE APOIO E PROTOCOLOS

Academia de Medicina sobre Amamentação, Internacional: A Academia de Medicina sobre Amamentação (Academy for Breastfeeding Medicine, International: The Academy of Breastfeeding Medicine) é uma organização mundial de médicos dedicados à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e leite humano: http://www.bfmed.org>.

ABM Executive Office
191 Clarksville Road
Princeton Junction, NJ 08550
Toll free: 1 877-836-9947 ext. 25 Fax: 1 609-799-7032
Local/International: 1 609-799-6327
E-mail: ABM@bfmed.org http://www.bfmed.org

Protocolos selecionados disponíveis:
Hypoglycemia (English)
Hypoglykämie (German)
Hipoglucemia (Spanish)
Going Home/Discharge (English)
Alta (Spanish)
Supplementation (English)
Alimentación suplementaria (Spanish)
Mastitis (English)
Mastitis (Spanish)
Peripartum BF Management (English)

Manejo en el Periparto de la Lactancia (Spanish)
Cosleeping and BF
Model Hospital Policy
Human Milk Storage Information
Galactogogues
Breastfeeding the Near-term Infant
Neonatal Ankyloglossia
Transitioning from the NICU to Home

Australian National Breastfeeding Strategy,
<http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/brfeed/>

Coalition for Improving Maternity Services (CIMS),
Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)
National Office, PO Box 2346, Ponte Vedra Beach, FL 32004 USA
<www.motherfriendly.org info@motherfriendly.org>

Emergency Nutrition Network (ENN): rede que visa melhorar a eficácia das intervenções de emergência alimentar e nutricional, fornecendo um fórum para a troca de experiências de campo do pessoal que trabalha no setor alimentar e de nutrição em emergências. Visa reforçar a memória institucional entre agências de ajuda humanitária que trabalham neste Setor, ajudando o pessoal de campo a se manter a par das atuais investigações, avaliações e conclusões relevantes para melhor informar os seus trabalhos acadêmicos e os investigadores quanto a experiências, prioridades e limitações, também melhorando as agendas de investigação.
Unit 13, Standingford House, Cave Street, Oxford, OX4 1BA, UK
Tel.: +44 (0)1865 722886 Fax: 44 (0)1865 722886
E-mail: office@ennonline.net
<http://www.ennonline.net/>

The International Baby-Food Action Network (IBFAN) – trata-se de uma rede de interesse público com grupos de trabalho em todo o mundo, objetivando reduzir a morbidade e a mortalidade de bebês e crianças. Em seu trabalho, a IBFAN visa melhorar a saúde e o bem-estar dos bebês e das crianças pequenas, mães e suas famílias, por meio da proteção, promoção e do apoio ao aleitamento materno e às boas práticas de alimentação infantil.
<http://www.ibfan.org/.>

SOKOL, E. J. *The Code Handbook:* A Guide to Implementing the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Penang: ICDC, 1997.[5]

THE INTERNATIONAL BABY-FOOD ACTION NETWORK (IBFAN). *Protecting Infant Health:* A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Penang, Malaysia, 1996. Disponível numa variedade de línguas.[6]

[5] NT: existe tradução para o português, disponível em: <http://www.ibfan.org.br>.
[6] NT: existe tradução para o português, disponível em: <http://www.ibfan.org.br>.

International Lactation Consultant Association (ILCA)
<http://www.ilca.org>

International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)
<http://www.iblce.org/>

La Leche League International (LLLI)
<http://www.lalecheleague.org/>

LINKAGES: Programa financiado pela Fundação Usaid que provê informações técnicas, assistência e formação para organizações sobre amamentação, alimentação complementar relacionada à dieta materna e práticas, bem como ao método de amenorréia lactacional – um método de contracepção para mulheres que amamentam.
O *site* inclui publicações para serem baixadas:
<http://www.linkagesproject.org/>

> *Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need - Frequently Asked Questions:* Discute as conseqüências nutricionais e de saúde para os lactentes que recebem água durante os primeiros 6 meses, bem como o papel da amamentação e da utilização da água pela criança.
> Línguas disponíveis: Inglês (2004), Francês (2004), Espanhol, Português (2002).
>
> *Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries:* OMS e *LINKAGES* analisam o papel das iniciativas de base comunitária e recursos humanos no apoio às mães que amamentam. Esse relatório tem por base revisão da literatura e análise de três projetos, avaliando o impacto das intervenções e os mecanismos por meio dos quais os comportamentos podem ser alterados, bem como os fatores que são necessários para manter e maximizar os benefícios das intervenções.
> Autor(es): A. Morrow, OMS. Línguas disponíveis: Inglês (2004).
>
> *Infant Feeding Options in the Context of HIV:* Este documento identifica os comportamentos específicos exigidos de uma mãe ou cuidador para agir sobre a alimentação infantil e escolha informada, baseado nas recomendações da OMS, Unicef, Unaids e UNFPA. Línguas disponíveis: Inglês (2004).
>
> *Mother-to-Mother Support for Breastfeeding- Frequently Asked Questions:* sobre o grupo de apoio com experiência em modelos de práticas de amamentação, visando partilhar informações e experiências, bem como oferecer suporte a outras mulheres, em uma atmosfera de confiança e respeito. Línguas disponíveis: Inglês (2004), Francês (1999), Espanhol (1999).

World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), website inclui publicações a serem baixadas de: <http://www.waba.org.my/>.

Wellstart, International: o Wellstart Internacional tem a missão de fazer avançar o conhecimento, habilidades e capacidade de prestadores de cuidados de saúde no que se refere à promoção, proteção e apoio à saúde infantil e materna, e nutrição desde a concepção até a realização do desmame.

P.O. Box 80877 San Diego, CA 92138-0877
Phone: 619-295-5192 Fax: 619-574-8159
E-mail: info@wellstart.org www.wellstart.org

OUTRAS FONTES

ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am. J. Clin. Nutr.*, [S.l.], v. 70, p. 525-35, 1990.

BHATNAGAR, S.; JAIN, N. P.; TIWARI, V. K. Cost of infant feeding in exclusive and partially breastfed infants. *Indian Pediartr*., [S.l.], v. 33, p. 655-658, 1996.

DEWEY, K. G. Cross-cultural patterns of growth and nutritional status of breast-fed infants. *Am. J. Clin. Nutr*., [S.l.], v. 67, p. 10-7, 1998.

DEWEY, K.; BROWN, K. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. In: DAELMANS, B.; MARTINES, J.; SAADEH, R. (Eds.). Special Issue Based on a World Health Organization Expert Consultation on Complementary Feeding. *Food and Nutrition Bulletin*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 8, 2003.

DONOHUE, L.; MINCHIN, M.; MINOGUE, C. 11 Step Approach to Optimal Breastfeeding in the Paediatric Unit. *Breastfeeding Review*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 88, Nov. 1996.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet,* [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003.

KRAMER, M. S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA,* [S.l.], v. 285, v. 4, p. 413-20, Jan. 2001.

LABBOK, M. Breastfeeding as a women's issue: conclusions and consensus, complementary concerns, and next actions. *IJGO,* [S.l.], v. 47, p. S55-S61, 1994. Suppl.

MERTEN, S.; DRATVA, J.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics,* [S.l.], v. 116, n. 5, p. 702-8, Nov. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Protegendo, promovendo e apoiando a amamentação*: o papel especial dos serviços de maternidade. [S.l.], 1989.

PELLETIER, D.; FRONGILLO, E. Changes in child survival are strongly associated with changes in malnutrition in developing countries. *J. Nutr*., [S.l.], v. 133, p. 107-119, 2003.

Kangaroo Mother Care– Este *site* tem recursos para serem baixados da internet para investigação apoiando Cuidados Mãe Canguru e experiências de implementação desta prática.
<http://www.kangaroomothercare.com>.

Projeto da UE sobre a promoção do Aleitamento Materno na Europa, proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno na Europa: um plano de ação. Comissão Européia, Políticas de Saúde Pública e Avaliação de Riscos, Luxemburgo, em 2004
<http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm>.

REVISTAS E JORNAIS – *SITES* DE REFERÊNCIA
Medline--National Library of Medicine : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
O Google possui um *site* gratuito de buscas em revistas e jornais
http://scholar.google.com/
Os editores da maioria dos jornais têm uma *website* de pesquisa onde o resumo e, por vezes, o texto completo de um artigo pode ser visto ou baixado.

BFHI – IHAC – Comitês que desejam ser listados nesta edição:
Austrália http://www.acmi.org.au/
Canadá http://www.breastfeedingcanada.ca/
Irlanda http://www.ihph.ie/babyfriendlyinitiative/
Holanda: http://www.zvb.borstvoeding.nl
Suíça: www.allaiter.ch
Reino Unido: http://www.babyfriendly.org.uk/
Estados Unidos: www.babyfriendlyusa.org

Há mais de 50 comissões adicionais e autoridades nacionais que podem ser identificadas por um escritório local do Unicef ou da OMS.

Se sua comissão gostaria de ser incluída na lista, informe o Unicef, por *e-mail*: Coloque em assunto: Attn. Seção de Nutrição: pdpimas@Unicef.org

RECURSOS ADICIONAIS SERÃO DISPONIBILIZADOS CASO OS FUNDOS PERMITAM.