

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA (UNIALFA)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

FABIANA GALENO TEIXEIRA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO  
MATERNO, ATRAVÉS DA INICIATIVA DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA –  
IHAC, NO HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DA CIDADE DE  
IMPERATRIZ-MA

Goiânia-GO

2017

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA (UNIALFA)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

FABIANA GALENO TEIXEIRA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO  
MATERNO, ATRAVÉS DA INICIATIVA DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA –  
IHAC, NO HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DA CIDADE DE  
IMPERATRIZ-MA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Senso* do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Professor Dr. Edney Loiola

Linha de Pesquisa: Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional.

Goiânia-GO

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca FADISP

T266a Teixeira, Fabiana Galeno

Análise da implementação da política de incentivo ao aleitamento materno, através da iniciativa do hospital Amigo da criança – IHAC, no hospital regional materno infantil da cidade de Imperatriz -MA. / Fabiana Galeno Teixeira - 2017  
158 fls; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Desenvolvimento Regional – Linha de Pesquisa: Análise e políticas de Desenvolvimento Regional – Goiânia, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Edney Loiola

Inclui bibliografia

1. Aleitamento materno - AM. 2. Política nacional de aleitamento materno - PNAM. 3. Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC. I.  
2. Teixeira, Fabiana Galeno. II. UNIALFA – Mestrado em Desenvolvimento Regional. III. Título.

**CDU: 332.146(81)**

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA (UNIALFA)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

FABIANA GALENO TEIXEIRA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO  
MATERNO, ATRAVÉS DA INICIATIVA DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA –  
IHAC, NO HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DA CIDADE DE  
IMPERATRIZ-MA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Desenvolvimento Regional do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Professor Dr. Edney Loiola

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Edney Loiola  
Orientador

---

Prof. Dr. Fernando Negret Fernandez

---

Prof. Dr. Marcelino Santos Neto

Goiânia-GO

2017

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ser o meu maior professor, dedico a meu esposo e filhos por acreditarem em mim e me encorajar nas maiores dificuldades, dedico aos meus amigos e familiares pelo apoio dado durante toda a caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço meu trabalho a DEUS, obrigada por me permitir mais uma conquista, por me encorajar nos meus momentos de dificuldade, por me ajudar a superar meus medos e me capacitar diariamente para executar minhas atribuições que me foram confiadas

Agradecer nesse momento ao meu companheiro, meu amigo, meu esposo, obrigada por estar ao meu lado sempre, pela sua dedicação e paciência contribuindo para que eu tenha um caminho mais prazeroso, por você que me levantar quando ia fraquejar, eis minha fortaleza.

Agradeço aos meus filhos, Matheus, Vinicius, Ana clara e Ana Sofia, obrigada por terem tido paciência com a mamãe, desculpa por ter deixado de dar atenção a vocês meus amores, porque na verdade eu queria era estar me divertindo com vocês.

Agradeço a meu orientador Edney, as minhas amigas que torceram por mim durante a trajetória desse mestrado, minha mãe, Alice, Keila, todas da equipe do BLH, agradecimento especial para professor Negret que desde o início teve um carinho pelo meu trabalho e a minha mana Cristiane Galeno e amiga Vilmária Cavalcanti obrigada pelo carinho, pelo suporte, meu mais profundo agradecimento.

Minha amiga Vanessa Diniz, Jakeline Nogueira, unidas sofremos juntas, estudando, noites em claro, dias sofridos, viagens cansativas, porém prazerosas e hoje estamos aqui juntas sorrindo, muito obrigada também, por torcerem por mim e por cada palavra de incentivo.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas da turma do Mestrado em Desenvolvimento Regional, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso”.

John Ruskin

## RESUMO

TEIXEIRA, Fabiana Galeno. **Análise da implementação da política de incentivo ao aleitamento materno, através da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança – IHAC, no hospital regional materno infantil da Cidade de Imperatriz-MA.** Dissertação, 2017, 158f. Mestrado em Desenvolvimento Regional do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Goiânia-GO, 2017.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança é um eixo estratégico criado pela Política Nacional de Aleitamento Materno, com o intuito de melhorar os índices de amamentação no Brasil, através de práticas hospitalares planejadas, com a finalidade de contribuir para a melhoria na saúde infantil e redução dos índices de mortalidade. Nesse contexto, a presente pesquisa objetiva analisar o funcionamento e os resultados da execução do *Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC*, no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI). Foi analisado o contexto social de mazelas pela ausência de amamentação, os benefícios do aleitamento materno, para fundamentar a origem, a estrutura e a relevância da Política Nacional de Aleitamento Materno. Utilizou-se a metodologia da pesquisa de campo, realizada a partir de questionários aplicados aos coordenadores de equipes que atuam diretamente com a política investigada. A unidade hospitalar em análise atende a pacientes de alta complexidade, realiza em média 600 partos por mês com atendimento 24 horas, possui equipe multiprofissional, disponibiliza 82 leitos obstétricos e 60 leitos neonatais e possui Cinco dos 6 eixos estratégicos da Política Nacional, justificando-se, assim o interesse pela Unidade como objeto de estudo. Dos resultados obtidos a partir da aplicação do questionário, concluiu-se que 50% dos passos da política IHAC estão sendo respeitados pelo hospital, enquanto que 50% não se encontram em conformidade, os passos que não atenderam o mínimo de percentual aceito pelo Ministério da Saúde foram 2, 3, 5, 6 e 10, os quais deverão ser corrigidos para que a maternidade permaneça com o título Hospital amigo da criança.

Palavras-chave: Aleitamento Materno – AM. Política Nacional de Aleitamento Materno – PNAM. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC.



## ABSTRACT

TEIXEIRA, Fabiana Galeno. **Análise da implementação da política de incentivo ao aleitamento materno, através da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança – IHAC, no hospital regional materno infantil da Cidade de Imperatriz-MA.** Dissertação, 2017, 158f. Mestrado em Desenvolvimento Regional do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Goiania-GO, 2017.

The Baby-Friendly Hospital Initiative is a strategic axis created by the National Breastfeeding Policy in Brazil to improve the Com-Con indexes through planned hospital practices, with the purpose of contributing to the improvement of infant health and reduction of Mortality In this context, the present study aims to analyze the functioning and results of the implementation of the Initiative Child Friendly Hospital Initiative (IHAC), at the Maternal infant hospital of empress - (HRMI). The social context of malaise was analyzed for lack of breastfeeding, Of breastfeeding, to support the origin, structure and relevance of the National Breastfeeding Policy. The qualitative bibliographical, documentary and field methodology was used, based on questionnaires to the coordinators of teams that act directly with the policy investigated, attending to the area of high research. The hospital unit complexity, perform in half 600 deliveries per month, 24 hours a day, has a multi professional team, provides 82 obstetric beds and 60 ca National neonatal etiology and has 5 of the 6 strategic axes of the Po, justifying the interest of the Unit as Object of study. The results obtained from the application of the questionnaire, it was concluded that 50% of the IHAC policy steps are being respected by hospital, while 50% are not in conformity, the steps don't have attended the percentage minimum accepted by the Ministry of health were 2, 3, 5, 6 and 10, which shall be fixed so that maternity stays with the title baby friendly Hospital.

Key words: Breastfeeding – AM. National Breastfeeding Policy – PNAM. Baby-Friendly Hospital Initiative - IHAC.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCOM	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto ou Parcial
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AMS	Assembleia Mundial de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
BLH	Banco de Leite Humano
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DNE	Departamento Nacional de Educação
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HACCP	Análise de Ponto Crítico de Controle
HIV ou IHV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRMI	Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IGA	Imunoglobulina A
IGD	Imunoglobulina D
IGE	Imunoglobulina E
IGG	Imunoglobulina G
IGM	Imunoglobulina M
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMI	Instituto Materno Infantil
IMIP	Instituto Materno Infantil em Pernambuco

INAI	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
IUBC	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança
MAS	Assembléia Mundial de Saúde
MC	Método canguru
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTA	Mulher Trabalhadora que Amamenta
NBCAL	Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan Americana de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAM	Política Nacional de Aleitamento Materno
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	Postos de Saúde da Família
RBLH	Rede Global de Bancos de Leite Humano
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIU/SUS	Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SMAM	Semana Mundial de Aleitamento Materno
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBAM	Unidade Básica Amiga da Amamentação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Evolução do <i>design</i> das mamadeiras .....	30
Figura 2 –Ciclo de Políticas Públicas.....	43
Figura 3 – Eixos Estratégicos da Política Nacional de Aleitamento Materno.....	58
Figura 4 – Símbolo da Rede Amamenta e Alimenta Brasil .....	61
Figura 5 – Imagem oficial da placa de credenciamento de Hospital Amigo da Criança .....	63
Figura 6 – Sinais de fome .....	65
Figura 7 – Mostra o pai e um dos filhos com seus RNBP's em posição de canguru	68
Figura 8 – 1º Lactário (Banco de Leite) implantado em São Paulo em 1943.....	69
Figura 9 – Modelo de atuação da Rede Brasileira de Banco de Leite .....	72
Figura 10 – Capa de cartilha orientadora para a mulher trabalhadora que amamenta .....	79
Figura 11 – Madrinhas das campanhas de doação de leite humano.....	84
Figura 12 – Fluxograma de monitoramento da IHAC.....	87
Figura 13 – Distribuição dos HAC no Brasil 2016 - Total de 326 Hospitais Credenciados.....	94
Figura 14 – Credenciamento por Região - Porcentagem dos hospitais credenciados por região.....	94

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – 10 passos para o sucesso do aleitamento materno .....	39
Tabela 2 – Etapas do Ciclo de Política Pública.....	43
Tabela 3 – Principais Políticas de Saúde no Brasil Abordadas no Capítulo .....	52
Tabela 4 – Dados Estatísticos da Produção dos BLH do Brasil por região em 2010	74
Tabela 5 – Dados Estatísticos da Produção dos BLH do Brasil por região em 2013	74
Tabela 6 – Dados Estatísticos da Produção dos BLH do Brasil por região em 2016	74
Tabela 7 – Temas Brasileiros Trabalhados na Semana Mundial de aleitamento Materno.....	82
Tabela 8 – Procedimentos clínicos e percentuais de incremento .....	96
Tabela 9 – Demonstrativa do numero de cidades e dos estados atendidos no HRMI de Imperatriz-MA. ....	116

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Produção dos BLH do Brasil comparativo de 6 anos .....	75
Gráfico 2 – Redução da taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) no período de 1990 a 2012.....	95
Gráfico 3 – Resultados das ações com cumprimento acima de 80% no 1º passo .	102
Gráfico 4 – Item que não atingiu critério de 80%no passo 1.....	103
Gráfico 5 – Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 2º passo	104
Gráfico 6 – Itens que não atingiram o critério de 80% no passo 2.....	105
Gráfico 7– Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 3º passo .	106
Gráfico 8 – Itens que não atingiram o critério de 80% no passo 3.....	107
Gráfico 9 – Resultados das ações com cumprimento de 100% no 4º passo.....	108
Gráfico 10 – Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 5º passo .....	109
Gráfico 11 – Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 6º passo .....	110
Gráfico 12 – Resultados das ações com cumprimento de 100% no 7º passo.....	111
Gráfico 13 – Resultados das ações com cumprimento de 100% no 8º passo.....	112
Gráfico 14 – Resultados das ações com cumprimento de 80% no 9º passo.....	113
Gráfico 15 – Resultados das ações cumprimento abaixo de 80% no 10º passo ....	114
Gráfico 16 – Distribuição dos 7.087 atendimentos por estado realizados entre junho de 2016 e fevereiro de 2017 em percentuais.....	118
Gráfico 17 – Distribuição dos 7.087 atendimentos realizados entre junho de 2016 a fevereiro de 2017 em percentuais.....	119

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1 ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Aspectos históricos e socioculturais do aleitamento materno .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Contextualização e os Primeiros Passos da Política Nacional de Aleitamento Materno no Brasil. ....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Categorias e fases do Aleitamento Materno.....</b>	<b>22</b>
1.3.1 Benefícios do aleitamento.....	26
1.3.1.1 <i>Benefícios do aleitamento materno para a mãe.....</i>	26
1.3.1.2 <i>Benefícios do aleitamento materno para o bebê.....</i>	27
<b>1.4 Desafios da Política Pública de Aleitamento Materno.....</b>	<b>28</b>
<b>1.5 O Papel da UNICEF e a origem do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC .....</b>	<b>34</b>
<b>1.6 Iniciativa Global – Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC .....</b>	<b>38</b>
<b>1.7 O Conceito de Política Pública e Sua Relação Com o Aleitamento Materno .....</b>	<b>40</b>
<b>1.8 Políticas Públicas de Saúde Desenvolvidas no Brasil .....</b>	<b>49</b>
<b>2 A POLÍTICA NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO: PROGRAMAS E EIXOS ESTRATÉGICOS.....</b>	<b>55</b>
<b>2.1 Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e os Eixos Estratégicos .....</b>	<b>55</b>
<b>2.2 Atenção Básica e sua contribuição para o aumento da prevalência do Aleitamento Materno.....</b>	<b>59</b>
2.2.1 Estratégia amamenta e alimenta Brasil.....	60
<b>2.3 Atenção Hospitalar: Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e o Método Canguru .....</b>	<b>62</b>
2.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC .....	62
2.3.2 Método canguru – MC.....	65
<b>2.4 Banco de Leite Humano - BLH.....</b>	<b>68</b>
2.4.1 Atribuições do Banco de Leite Humano.....	70
<b>2.5 Proteção Legal ao Aleitamento Materno.....</b>	<b>76</b>

2.5.1 Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL .....	76
2.5.2 Mulher trabalhadora que amamenta – MTA.....	78
2.5.3 Sala de apoio à amamentação .....	79
<b>2.6 Estratégias de informação, educação e comunicação.....</b>	<b>80</b>
2.6.1 Semana mundial de aleitamento materno- SMAM.....	81
2.6.2 Dia nacional de doação de leite humano .....	83
<b>2.7 Monitoramento dos eixos estratégicos.....</b>	<b>84</b>
<b>2.8 Atribuições dos Governos Federal, Estadual e Municipal Sobre a Aplicação da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.....</b>	<b>89</b>
<b>2.9 A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC: Estratégia da Política Nacional de Aleitamento Materno .....</b>	<b>91</b>
2.9.1 Do financiamento público da estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC .....	96
<b>3 A APLICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO EM IMPERATRIZ: RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO E SUGESTÕES .....</b>	<b>98</b>
<b>3.1 Metodologia e Pesquisa de Campo.....</b>	<b>98</b>
<b>3.2 Estrutura e Organização do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA para Aplicação da Estratégia de Iniciativa do Hospital Amigo da Criança – IHAC, sob a ótica das normas e critérios do ministério da saúde e do UNICEF.....</b>	<b>100</b>
<b>3.3 Resultados da Avaliação da Aplicação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC Através dos 10 Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno.....</b>	<b>101</b>
3.3.1 Passo 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.....	102
3.3.2 Passo 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.....	104
3.3.3 Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno. ....	106
3.3.4 Passo 4 – Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.....	108



3.3.5 Passo 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.....	109
3.3.6 Passo 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.....	110
3.3.7 Passo 7 - Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.....	111
3.3.8 Passo 8 – Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.....	112
3.3.9 Passo 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas. ....	113
3.3.10 Passo 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta da maternidade.....	114
<b>3.4 Mapeamento e Espacialização Territorial Alcançado Pelo Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC da Região Tocantina .....</b>	<b>115</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE134</b>	
<b>APÊNDICE B – resultados da COLETA DE DADOS.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXO B – CONFIRMAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DA CIDADE DE IMPERATRIZ-MA .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO C – NORMAS E SUGESTÕES DE ROTINA PARA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA – IHAC NOS SETORES.....</b>	<b>150</b>

## INTRODUÇÃO

A história e a ciência comprovaram que o leite materno, sendo o único alimento ofertado nos primeiros seis meses de vida, funciona como um fator determinante na saúde da criança, contribuindo para o desenvolvimento nutricional, individual e imunológico. Tal prática traz consideráveis benefícios individuais e coletivos para a saúde pública, com a redução da desnutrição, epidemias e da mortalidade infantil, dentre outras.

Porquanto, o leite materno possui constituintes adequados e suficientes para que a criança inicie sua dieta logo após o nascimento, sem a necessidade de qualquer outro alimento até os seis meses. Ao passo que, a oferta de outro tipo de alimento, pode implicar em consequências danosas, uma vez que a criança ainda não possui amadurecimento metabólico suficiente, pois inexistem enzimas digestivas responsáveis pela quebra dos macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) além daqueles presentes no leite materno (CALIL E FALCÃO, 2003).

Além dos aspectos nutricionais e imunológicos que beneficiam a criança nesta fase de amamentação, confirmou-se que tais benefícios, estendiam-se para além da criança, alcançando outros atores envolvidos, como a mãe, a família, a sociedade e o Estado (ALMEIDA, 1999).

Entretanto, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o percentual de crianças que são alimentadas exclusivamente com leite materno, ainda é muito abaixo do recomendado (amamentação exclusiva até os seis meses e complementar até os dois anos) pela Organização Mundial de Saúde – OMS e do Ministério da Saúde do Brasil – MS (UNICEF, 1990).

Em consequência dos inúmeros e amplos benefícios da amamentação para toda sociedade e diante dos desafios a serem enfrentados, julga-se relevante desenvolver uma análise a respeito das políticas públicas destinadas à promoção e proteção do aleitamento materno.

A investigação em apreço justifica-se outros sim, na necessidade da análise das políticas públicas governamentais no âmbito hospitalar vez que, o programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC se desenvolve por meio de um ciclo contínuo, de permanente avaliação e monitoramento, para que seja possível visualizar os obstáculos e as possíveis falhas ocorridas dentro do processo, como

combater práticas hospitalares negativas que afastam os recém-nascidos do leite materno, utilização desnecessária de formulas industrializadas, dentre outros.

Assim, o objetivo geral dessa pesquisa consiste em analisar o funcionamento e os resultados da execução da Política Nacional de Aleitamento Materno - Pnam, com ênfase no eixo estratégico da atenção hospitalar implementado pelo Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, no Hospital Regional Materno Infantil na cidade de Imperatriz-MA.

Os objetivos específicos que guiam o desenvolvimento da presente pesquisa encontram-se estruturados conforme se seguem:

Desenvolvimento da análise da política pública de aleitamento materno: origem, desafios, contextualização, benefícios do aleitamento e políticas públicas de saúde por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

Em seguida a realização da análise sobre os eixos estratégicos que orientam o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM, escolhendo para delimitar a presente pesquisa, o eixo da atenção hospitalar, com ênfase no programa IHAC e as atribuições dos governos federais, estaduais e municipais frente à política.

Por conseguinte, a análise do funcionamento e dos resultados obtidos pelo programa IHAC implementado pelo Hospital Regional Materno Infantil situado na cidade de Imperatriz-MA, utilizando para tanto a aplicação de questionários com respostas fechadas, junto aos coordenadores dos setores (enfermagem, segurança do trabalho, médicos obstetra e pediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, dentre outros), com questões elaboradas a partir dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, formulados pelo Ministério da Saúde.

Ao final identificar se a estrutura do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, suas normas, assim como os critérios e as rotinas desenvolvidas pela unidade hospitalar no que tange ao Programa IHAC encontram-se em conformidade com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Os resultados dessa análise subsidiarão o mapeamento do espaço territorial alcançado pelo programa IHAC bem como servirão para propor sugestões que objetivem o melhoramento e o sucesso do aleitamento materno no município de Imperatriz-MA.

Ressalte-se a importância do presente estudo por importar-se em analisar o funcionamento e os resultados da execução da Política Nacional de Aleitamento

Materno – PNAM, com ênfase no eixo estratégico da Atenção Hospitalar implementado pelo Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, na cidade de Imperatriz-MA, como sendo a única política pública do Ministério da Saúde, no âmbito hospitalar, destinada especialmente para as crianças dessa cidade, que necessitam do amparo do Estado no início de suas vidas.

Afinal, a criança quando se encontra em condições favoráveis de saúde, a mãe fica despreocupada, a família psicologicamente tranquila, a sociedade com número reduzido de crianças hospitalizadas e o Estado com um menor custo de despesas hospitalares, e ainda eleva os Índices de Desenvolvimento Humano – IDH com a redução de mortalidade infantil e da desnutrição, desta forma todos serão beneficiados.

## **1 ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS**

### **1.1 Aspectos históricos e socioculturais do aleitamento materno**

O aleitamento materno tem fundamental importância para a sobrevivência e qualidade de vida de uma criança, especialmente no primeiro ano de vida, uma vez que a criança está no processo de amadurecimento, pois a substituição/ausência do aleitamento materno expõe as crianças às condições desfavoráveis, podendo desenvolver grandes prejuízos na qualidade de vida, sobretudo nas condições de saúde, podendo evoluir para o que chamamos de mortalidade infantil ou levar uma vida com deficiências.

Fortes são as evidências científicas quanto aos benefícios do aleitamento materno para a criança, para a mulher e também para toda sociedade, sobretudo por ser um dos fatores que ajudam positivamente na redução da mortalidade infantil.

Mesmo diante das comprovações das pesquisas científicas e do desenvolvimento das políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno, uma luta é travada entre o científico e os fatores culturais. A cultura equivocada de que o leite materno é fraco e que não sustenta o suficiente, desencadeia o desmame precoce e a inserção de outros alimentos.

Portanto, o panorama da amamentação é um processo histórico que envolve tanto os aspectos biológicos, quanto os aspectos ligados à cultura e a sociedade (ALMEIDA, 1999).

A evolução dos estudos do aleitamento materno sempre teve historicamente relação com o aspecto social e a mortalidade infantil.

Na história da mitologia grega já havia sinais do uso da amamentação, Rômulo e Remo foram amamentados por uma loba, e Zeus, por uma cabra. Na Idade antiga, os povos babilônios e egípcios, tinham como tradição amamentar seus filhos por três anos, e importaram dos Gregos e Romanos ricos, a cultura de alugar escravas como amas-de-leite (BITAR, 1995).

O primeiro médico a reconhecer e escrever sobre os benefícios da amamentação foi Hipócrates em 462 a.C, e já observara que a maior mortalidade ocorria entre bebês que não eram amamentados (BITAR, 1995).

Sorano médico grego de Éfeso cidade da Grécia, se interessou pelo aspecto da cor, odor, sabor e densidade do leite humano, e Galeno melhor médico depois de

Hipócrates, foi o primeiro a orientar que a alimentação infantil deveria ser feita sob a supervisão de um médico (CRESPIN, 1992, p. 921 apud VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001).

E assim, a amamentação foi ganhando espaço no meio da medicina, e com o surgimento do cristianismo o aleitamento materno passa a ser incansavelmente incentivado objetivando ainda a proteção de crianças órfãs e abandonadas. Contudo, a partir do descobrimento das Américas, o aleitamento materno entra em declínio, principalmente na França e na Inglaterra (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001).

Através da estruturação de uma nova sociedade com a chegada dos portugueses, foi inserida a cultura de amas de leite, pois as mulheres que faziam parte da aristocracia inglesa, portuguesa e francesa, não amamentavam seus filhos por acreditar que a amamentação as deixava envelhecidas antes do tempo (BOSI; MACHADO, 2005).

Com a chegada dos portugueses ao Brasil, observou-se que a amamentação era uma prática natural entre as índias, fato que chamou a atenção de Pero Vaz de Caminha, o qual relata na carta ao rei de Portugal que as indígenas andavam “com um menino ou uma menina ao colo, atado com um pano (não sei de que) aos peitos” (SILVA, 1990, p. 01).

As índias e, posteriormente as escravas negras, começaram a exercer a função de ama-de-leite dos filhos da nobreza, aumentando o valor mercadológico das escravas lactantes (BADINTER, 1985).

Aluga-se uma preta para ama com muito bom leite, de 40 dias e de primeiro parto, é muito carinhosa para as crianças, não tem vício algum e é muito sadia; e também se vende a cria (MAGALHÃES; GIACOMINI, 1983, p.77apud BARBIERI; COUTO, 2012, p. 61)

Deste modo, as mulheres iniciaram a busca pelo status social de possuir uma ama de leite, e o processo da lactação já era permeado de conteúdos ideológicos e mitos, tal a ideia de que enfraquecia a saúde da mulher e interferir na sexualidade do casal, pois acreditavam que as relações contaminavam o leite (BADINTER, 1985).

Iniciando assim a cultura do desmame, as índias cunhãs foram as primeiras saloias, posteriormente substituídas pelas escravas africanas, que eram chamadas de “MÃE PRETA” (ALMEIDA, 1999).

O número de crianças amamentadas por amas de leite foi expressivo. No entanto, foi associado à morte dos neonatos o fato de mulheres pobres e escravas estarem alimentando esses bebês. Assim, a amamentação por amas de leite foi se extinguindo por acreditar que elas eram responsáveis pela transmissão de doenças (SILVA, 1990).

Entretanto, em seguida foram surgindo às práticas de substituição do aleitamento materno, com o uso da utilização de recipientes inadequados, tais como vasilhas de barro, chifres, materiais encontrados em escavações e em tumbas de recém-nascidos e outros recipientes precursores das mamadeiras (SILVA, 1996).

## **1.2 Contextualização e os Primeiros Passos da Política Nacional de Aleitamento Materno no Brasil.**

As primeiras propostas das políticas públicas de saúde no Brasil iniciaram em 1920, foram resultados de um processo histórico de lutas contra as doenças de massa no que as autoridades públicas e privadas passaram a dar sinais de preocupação com a saúde pública.

O Brasil no período da primeira revolução industrial, na década de 1930, provocou alterações estruturais na sociedade brasileira e na dinâmica familiar. Modificando assim, o papel das mulheres, como mães, em razão de sua participação intensa, na força de trabalho.

Nesse período, a criança não era percebida pela família e pelo Estado, pois, eram tratadas como adultos sem que fossem consideradas as suas necessidades nutricionais e individuais, conforme a sua faixa etária, ou seja, não havia uma política voltada especialmente para proteger as crianças.

Assim, o quadro sanitário da sociedade foi considerado emergente, por propiciar uma intensificação das chamadas doenças de massa, como as verminoses, a malária, a tuberculose, a doença de chagas, a lepra e a desnutrição.

As crianças fizeram parte da população mais afetada pela desnutrição, em razão de sua fragilidade de produção de anticorpos suficientes para minimizar os sintomas das patologias adquiridas, bem como sua vulnerabilidade em resistir à falta de nutrientes, devida ausência de alimento ou da péssima oferta.

Nesse contexto, as discussões sociais e políticas a respeito do aleitamento materno, tornaram-se extremamente importantes ganhando proporções, pois era um alimento de fácil acesso, sem custos, e sem riscos.

O Governo Federal em 1979 lançou a Política Nacional de Aleitamento Materno – PNAM, com o auxílio do Fundo das Nações Unidas pela Infância – UNICEF. Dois anos depois, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, ambos com a missão de combater a desnutrição na primeira infância.

Partindo desse princípio vários eixos estratégicos foram desenvolvidos e derivados do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, dentre eles destaca-se o programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC. Porém, a Política Nacional de Aleitamento Materno, seus programas e eixos, serão apreciados de modo mais detalhado nos itens 3.3.1 e 3.9.

No início da década de 1980, surgiram movimentos privados e governamentais de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira, através de campanhas nos meios de comunicação de massa. Podemos destacar a, 33ª Assembléia Mundial de Saúde, na qual foi rediscutido sobre a alimentação para lactentes e crianças na fase da primeira infância, destacando a necessidade do estímulo, fomento e apoio às práticas do aleitamento materno, assim como a promoção da saúde das mulheres, na fase da amamentação.

Assim, após o reconhecimento da necessidade social de garantir à criança um melhor padrão de saúde, foi aprovado o Decreto Federal nº 99.710 de 21 de novembro de 1990, o qual em seu artigo 24 concedeu a garantia legal de melhorar a qualidade de vida da criança, com medidas voltadas para a redução da mortalidade infantil, do combate à desnutrição, assegurando que a sociedade tenha amplo conhecimento e informação a respeito da saúde, da nutrição infantil, das vantagens da amamentação e do direito de receber apoio para a aplicação e ampliação desses conhecimentos.

Com o reconhecimento legal da necessidade de se elevar a qualidade de vida da criança, com medidas voltadas para a redução da mortalidade infantil e combate à desnutrição, o governo passou a adotar ações com o intuito de propagar as vantagens e os benefícios do aleitamento materno.

Amorim (2008) cita que a promoção do aleitamento materno foi uma das primeiras intervenções estatais voltadas para a saúde infantil, com a qual se iniciou



a possibilidade da mãe ter acesso às informações dos benefícios do aleitamento materno, para fins de assegurar a saúde e o desenvolvimento de seu filho recém-nascido.

Em 26 de agosto de 1993 foi aprovada a Portaria MS/GM n.º 1016, a qual foi ampliada para todo o território nacional. Foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde, algumas regras básicas para a organização do sistema de alojamento conjunto a serem cumpridas por todas as unidades hospitalares do país, foi considerada facilitadora ao início da amamentação (lactação e o aleitamento materno), além de favorecer o relacionamento do binômio mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais<sup>1</sup>.

Segundo as regras de alojamento conjunto – ALCOM, as atribuições da equipe de saúde no ALCOM devem encorajar o aleitamento materno sob livre demanda, não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico, não fornecer bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas no seio especialmente no período de estabelecimento da lactação.

Uma orientação importante nas regras de alojamento conjunto é que outras mães não podem amamentar outros recém-nascidos que não os seus dessa maneira se proíbe a amamentação cruzada. Ou seja, as mães não podem permitir outras mães amamentar seu filho, essa medida visa à prevenção da contaminação de crianças com patógenos que podem ser encontrados no leite materno, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Com o escopo de atingir essa prescrição normativa é que visitas diárias são realizadas, esclarecendo, orientando e dando segurança à mãe quanto ao estado de saúde de seu filho.

Portanto, o reconhecimento da importância e dos benefícios do aleitamento materno pelo Estado (por meio de atos normativos e iniciativas de políticas públicas) e por organizações não governamentais, está diretamente relacionado com a necessidade de combater as doenças em massa, que assolaram a sociedade, quando não havia o incentivo e a prática do aleitamento materno.

---

<sup>1</sup>Esta é a finalidade do passo 7 dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Põe fim ao ciclo da política pública. Tem como resultado da avaliação que as políticas podem: extinguir, continuar ou serem substituídas. Tendo como causa da extinção, o problema que originou é percebido como resolvido, a visão de ineficácia dos programas, leis e ações que ativavam a política e por fim a perda progressiva da importância do problema.

### 1.3 Categorias e fases do Aleitamento Materno

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1991), imediatamente após o parto, as glândulas mamárias iniciam a produção do leite que muda de aparência e composição, seguindo basicamente três fases: do primeiro ao sétimo dia o leite materno é chamado de colostro, do sétimo ao décimo quinto dia, é denominado de leite de transição, e após a terceira semana, ocorre a secreção do leite maduro.

O colostro possui uma característica viscosa de aspecto cremoso, com altas concentrações de proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis, especialmente as vitaminas A, E, e K. Seu conteúdo energético varia de 58 kcal/100 ml, com concentração de 5,3g/dl de carboidrato, sua concentração lipídica é de 1,8 a 2,9 g/dl.

Possuem ainda no colostro, fatores de defesa para o recém-nascido, tais como imunoglobulinas e outros agentes antimicrobianos, substâncias imunomoduladoras, agentes antiinflamatórios, dentre os quais se destacam os fatores de crescimento.

O leite de transição para cada 100 ml produz 71 kcal e 1,2 g de proteína, possui 7g/dl de carboidrato e sua concentração de lipídeo varia de 3 a 4 g/dl, correspondente ao percentual de 40 a 45% do valor de caloria total do leite materno.

Na fase do leite de transição ocorre uma diminuição da quantidade de proteínas, enquanto os carboidratos e gorduras são ligeiramente elevados até atingir as características do leite maduro.

Atingindo a característica do leite maduro, é modificada a sua coloração para esbranquiçada e com aspecto mais consistente, é de fácil digestão e sua produção aumenta diante das necessidades da criança ao longo da lactação, produzindo de 700 a 900 ml/dia no primeiro semestre, reduzindo para 600 ml/dia no segundo semestre.

Santos, Soler e Azoubel (2005) orientam que após a fase do leite maduro é de extrema relevância que o bebê esvazie totalmente uma mama antes de utilizar a outra, pois assim, a criança estará recebendo o leite do final da mamada, que é rico em gordura.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (1991) recomenda que a amamentação seja exclusiva nos primeiros seis meses de vida, e somente após os seis meses seja possível a oferta de leite materno com a complementação de outro alimento, até os dois anos de idade.

Com efeito, a OMS define adequadamente as categorias e fases do aleitamento materno, que são seguidas pelo Ministério da Saúde e pelo mundo inteiro, vejamos então:

**Aleitamento Materno Exclusivo (AME):** que deve ocorrer nos primeiros seis meses de vida, quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;

**Aleitamento Materno Predominante (AMP):** que ocorre quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas;

**Aleitamento Materno Complementado (AMC):** se dá quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar;

**Aleitamento Materno (AM):** ocorre quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos;

**Aleitamento Materno Misto ou Parcial (AMM):** caracterizam-se quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2009, grifo nosso).

Conforme Cruz, Loures e Monteiro (2016), a criança que recebe a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida apresenta um ganho de peso contínuo. Tal fato se evidencia nos primeiros quatro meses de vida, garantindo crescimento e desenvolvimento adequado ao recém-nascido.

Contudo, infelizmente uma parcela significativa da sociedade ainda desconhece suas implicações positivas na saúde da criança, tal como o efeito protetor contra a desnutrição, obesidade, anemia, infecções e alguns outros fenômenos autoimunes e antialérgicos.

Segundo Dell Ciampo, Ricco e Almeida (2004) a cada dia surgem novas evidências de que os benefícios do aleitamento materno, não se restringem somente ao tempo de sua prática, mas também durante o desenvolvimento da pessoa humana, até a idade adulta. Prevenindo contra alergias, intolerância alimentar, aumento do coeficiente cognitivo, desenvolvimento cerebral e ocular, desenvolvimento de nervos, redução do nível de colesterol, diabetes dentre outros.

De acordo com Calil e Falcão (2003), a composição do leite materno é balanceada, incluindo todos os nutrientes eficazes, além de um grande número dos condicionantes essenciais e de aproximadamente 45 (quarenta e cinco) tipos

diferentes de fatores bioativos, que contribuem para a maturação do trato gastrointestinal do recém-nascido.

Ademais, Grassi, Costa e Vaz (2001) enfatizam que o colostro humano é definido como o primeiro produto da secreção láctea da nutriz (mulher que amamenta), até o sétimo dia pós-parto, e constitui o leite que possui maior quantidade de fatores anti-infecciosos como imunoglobulinas: IgA, IgM, IgG, IgD, IgE, Lisozima, lactoferrina, componentes do sistema complemento, peptídeos bioativos, oligossacarídeos e lipídios.

Para Hahn-Zoric e Cols (1990 Apud REGO, 2015), o efeito protetor de longo prazo do aleitamento materno exclusivo em crianças por 90 (noventa) dias advém de uma maior proporção de crianças com respostas vacinais acima do nível protetor, com maior resposta de anticorpos para tétano, difteria, poliovírus vivos e *Haemophilus Influenzae* tipo “B”, além de uma resposta de células “T” mais exacerbada ao BCG (vacina composta pelo bacilo de Calmette-Guérin – origem do nome BCG).

Pérez (2011, p. 01), estudando a influência do aleitamento materno sobre o desenvolvimento psicossocial, fez a seguinte observação sobre o desenvolvimento cerebral, motor e de crescimento da criança amamentada:

O aleitamento materno pode influenciar o desenvolvimento psicossocial da criança de diversas maneiras. Em primeiro lugar, o leite materno contém substâncias bioativas, tais como ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (AGPICL) que são essenciais para o desenvolvimento cerebral. De fato, dois derivados desses ácidos, conhecidos como ácido araquidônico (AA) e ácido docosa-hexaenoico (DHA) desempenham papel essencial na manutenção, no crescimento e no desenvolvimento do cérebro [...] Em segundo lugar, as propriedades biológicas e as diferenças na interação mãe-bebê durante o processo de amamentação podem levar a melhores resultados relacionados ao desenvolvimento motor e intelectual. Em terceiro lugar, o aleitamento materno parece ter efeito protetor contra o início da obesidade infantil, uma condição que traz enormes consequências psicossociais para a criança. Tendo em vista as implicações do desenvolvimento físico e intelectual adequado para a produtividade e o crescimento, tanto do indivíduo quanto da sociedade, este tema é de vital importância para a saúde pública.

Desse modo, os estudos comprovam que o leite materno traz benefícios à saúde da criança, ajudando a melhorar sua imunidade, contribuindo para os desenvolvimentos físico, intelectual e de crescimento.

Outro relevante benefício, é que apesar da alimentação materna variar consideravelmente entre países e regiões, o leite materno apresenta composição

semelhante em todas as mulheres, independentemente de sua alimentação, condição social ou etnia.

Neste sentido, Gouveia (1996) apud Rego (2015), ao avaliar o conteúdo de cálcio, magnésio e fósforo no colostro de 53 (cinquenta e três) adolescentes de alto e baixo nível econômico, os lactentes eram de termo (bebês nascidos entre trinta e sete a quarenta e duas semanas), de peso adequado para idade gestacional, sem complicações nos primeiros três dias de vida. Identificou que, as diferenças socioeconômicas, nos grupos estudados não influenciaram na concentração de minerais, seus níveis encontrados atingiam as necessidades dos recém-nascidos.

Vitolo (1996) apud Rego (2015) investigaram um grupo de 43 (quarenta e três) nutrizes adultas e adolescentes, estas foram divididas conforme seu estado nutricional, eutróficas (normalidade) e desnutridas (desnutrição), nesse estudo foi avaliado a concentração de lactose (carboidrato) presente no colostro. O estudo demonstrou que não houve diferenças nas concentrações de lactose no colostro das nutrizes, independente da faixa etária e de seu estado nutricional, sugerindo então, que não ocorrem diferenças no desenvolvimento mamário causadas por imaturidade (adolescência) ou desnutrição.

Assim, os estudos científicos apontam a igualdade na composição do leite materno independente de faixa etária, condições socioeconômicas, estado nutricional, pois a fisiologia mamária é igual para toda mulher.

O recém-nascido pré-termo (premature), não possui capacidade de sintetizar aminoácidos por não produzir enzimas digestivas, devido sua prematuridade. Deste modo, o leite materno também é de grande valia por possuir altas concentrações de aminoácidos essenciais, de alto valor biológico, que são fundamentais ao desenvolvimento do sistema nervoso central, atuam como fatores de proteção e transportam hormônios e vitaminas.

Estruturalmente, o leite materno é composto por lipídios, proteínas e carboidratos (lactose), vitaminas e minerais, e sua composição varia de acordo com a idade do recém-nascido, ao longo do dia, com a alimentação da mãe e em cada fase da mamada.

Em assim sendo, não há dúvida que o leite materno é ideal e absolutamente suficiente para os lactentes nos primeiros 06 (seis) meses de vida, pois, é constituído de elementos que suprem inteiramente as necessidades nutricionais nessa faixa etária, tais como os agentes bioativos, com funções moduladoras sobre

o sistema imunológico, anti-inflamatório, com contribuição para os desenvolvimentos físico, intelectual e de crescimento.

### 1.3.1 Benefícios do aleitamento

#### *1.3.1.1 Benefícios do aleitamento materno para a mãe*

Os proveitos do aleitamento materno não se limitam aos bebês, eles também se prolongam para as mães, neste sentido, Accioly, Saunders e Lacerda (2009), destacam sua vantagem sobre o controle dietético, evitando a obesidade e favorecendo a perda gradual de peso, e ainda promove a supressão da ovulação pela secreção de prolactina (hormônio responsável pela produção do leite), que ocorre quando a amamentação for exclusiva, portanto, não haverá menstruação no período de seis meses com a amamentação exclusiva.

Caso haja interrupção na exclusividade do aleitamento materno, a mulher passará a ovular normalmente, ou seja, a amamentação exclusiva constitui-se como um método contraceptivo.

Amamentar logo que o bebê nasce diminui o sangramento da mãe após o parto e faz o útero voltar mais rápido ao tamanho normal, e a diminuição do sangramento previne a anemia materna, ou seja, quando o bebê suga adequadamente, a mãe produz dois tipos de substância: Prolactina, que faz os peitos produzirem o leite, e Ocitocina, que libera o leite e faz o útero se contrair, diminuindo o sangramento. Portanto, o bebê deve ser colocado no peito logo após o nascimento, ainda na sala de parto.

Sobre as vantagens maternas da amamentação Levy e Bértolo (2012), descrevem sobre as vantagens maternas da amamentação que o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce (retração do útero ao tamanho original), em razão da liberação da ocitocina (hormônio responsável pela saída do leite), e ainda possibilita uma menor probabilidade de adquirir câncer de ovário. O ato de amamentar possibilita, especialmente, que a mãe sinta o prazer único de amamentar, fortalecendo e fomentando o contato pele a pele, os olhos nos olhos, fortalecendo os laços entre mãe e filho. Por outro lado, o envolvimento do pai e demais familiares favorece o prolongamento da amamentação.

O contato pele a pele desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago, faz com que a mãe libere ocitocina, e esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. A ocitocina reduz a ansiedade materna, aumenta sua tranquilidade e responsabilidade social (TOMA; REA, 2008)

Assim sendo, vê-se que os benefícios do aleitamento materno para o filho, para a mãe, bem como para o Estado e toda sociedade (saúde pública), possuem amparo científico. Todavia, tais benefícios, só chegarão aos seus destinatários de modo eficaz e eficiente, somente se as políticas e os programas forem corretamente consagrados pelos governos e pelos agentes profissionais interlocutores. Daí a relevância de se analisar a aplicação da Política Nacional de Aleitamento Materno, através de seus programas e eixos estratégicos.

#### *1.3.1.2 Benefícios do aleitamento materno para o bebê.*

As implicações do aleitamento materno para a saúde da criança mostraram que a promoção do aleitamento materno exclusivo é a intervenção isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância.

Há fortes evidências de que, a amamentação protege as crianças, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos protegendo contra infecções do trato gastrointestinal e respiratório, principalmente quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado (TOMA; REA, 2008).

O leite materno possui vantagens para o bebe quando criança e, posteriormente, quando adulto, e como citada acima para a própria mãe, embora para o bebê seja tão importante quanto, pois devemos levar em consideração as necessidades de crescimento rápido e saudável.

O leite materno é alimento completo porque está presente na sua composição vitaminas, mineral, gorduras, açúcares, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê; Possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não se encontram no leite de vaca e em nenhum outro leite; O leite da mãe é adequado, completo, equilibrado e suficiente para o seu filho, sendo assim um alimento ideal, diante da sua composição não existe leite fraco; é perfeito especialmente para o estômago da criança, por ser de mais fácil digestão.

O colostro possui maior densidade, seu valor calórico é mais baixo estimulando o apetite da criança, fornece ao recém-nascido anticorpo que o protege das infecções, tais como otites (inflamação do ouvido).

Os ácidos graxos presentes no leite materno favorecem o desenvolvimento psicomotor nas crianças, com o aumento do QI.

A criança ao nascer tem o maxilar inferior pequeno, ao sugar o seio o maxilar realiza quatro movimentos que estimulando o crescimento ósseo, ou seja, contribui para o desenvolvimento ósseo-muscular, proporcionando benefícios para a odontologia do bebê.

Na amamentação os músculos temporais e masseter têm maior atividade, ao passo que o músculo bucinador tem menor atividade, desta forma o lactente também terá benefícios no crescimento das estruturas dentárias e no desenvolvimento da função respiratória, da mastigação e posteriormente da fala.

#### **1.4 Desafios da Política Pública de Aleitamento Materno**

A prática da amamentação já era percebida na idade antiga, onde os povos da Babilônia (2500 a.C.) e do Egito (1500 a.C.) tinham por norma amamentar suas crianças por um período aproximado de dois a três anos, porém, já nessa época, havia as amas de leite, que eram as mulheres que amamentavam a criança de outra mulher, sempre na forma de aluguel, (MENDES, 2012). O que confirma que já havia uma cultura e um forte impedimento para que a própria mãe amamentasse os seus filhos.

No início do século XVII, iniciou a prática social de enviar os filhos para casa de uma ama de leite, sendo que esta se estendeu até o século XVIII para todas as camadas da sociedade urbana. Porém, nesse período, ocorreu um aumento crescente de mortes infantis, que estavam associadas às doenças adquiridas pelas amas de leite, pois as enfermidades presentes nas amas de leite contaminavam os bebês, através do leite materno conforme destacado por Badinter (1985).

Nos séculos XVII e XVIII, a sociedade brasileira admitia como fato corriqueiro a morte dos bebês, e naquela época, 20% a 30% morriam antes de completar o primeiro ano de vida, em razão da prática das amas de leite. Essa cultura prosperou até o final do século XIX.



O aleitamento mercenário é aquele em que as mulheres amamentavam a criança mediante um pagamento previamente estipulado, tanto é que os valores negociados com a ama de leite escrava iam para os seus respectivos proprietários, conforme relata Carneiro (2006).

Em seguida surgiu o aleitamento artificial, com a utilização de mamadeira com leite bovino, corriqueiramente chamado de leite de vaca, substituindo a amamentação mercenária das amas de leite, é o que sublinham Bosi e Machado (2005).

A história da amamentação artificial é documentada em um *site* britânico, o museu virtual *babybottle*, revela que ao longo de 400 anos de história, as mamadeiras evoluíram em termos de material e de *design*, a maioria destes primeiros objetos de amamentação parecia uma garrafa, com um parafuso na parte superior imitando um mamilo redondo e rígido. Peças inteiriças, não modulares, apenas adaptadas à finalidade da amamentação, elas não contavam com abertura frontal, lateral ou superior. Isso significa que não possibilitavam limpeza interna, comprometendo amplamente a higiene e a saúde das crianças.

A grande descoberta que veio a seguir, foi o alimentador de duas extremidades, criado por Allen e de Hanbury em 1894. O projeto envolvia um bico em uma extremidade e uma válvula no extremo oposto. Isto permitia um fluxo constante de leite, e possibilitava a limpeza da mamadeira, tornando o objeto um enorme sucesso. Para esse modelo era utilizado um bico feito de borracha vulcanizada, esse material era muito forte, mas alguns anos depois foi produzido, em larga escala, outro tipo de borracha menos prejudicial para essa finalidade, outros projetos similares vieram posteriormente.

Posteriormente foi realizada a introdução do popular *pyrex* – modelo de mamadeira comprida e estreita, muito parecida com as mamadeiras atuais; as mamadeiras ganharam cores, gravuras, tamanhos e formas diferentes, e são feitas de plástico ao invés de vidro como se identifica a evolução conforme figura 01, abaixo.

Figura 1 – Evolução do *design* das mamadeiras

Fonte: Museu Virtual Babybottle - <http://www.babybottle-museum.co.uk/>

Os processos de introdução de outros alimentos na dieta do bebê, seja de modo complementar ou substitutivo, denominado de desmame precoce provocaram uma epidemia que assolou o mundo também nos séculos XIX e XX, também em razão do uso de rotinas hospitalares que impediam o início do aleitamento natural. Neste período, os recém-nascidos ficavam alojados em berçários longe de suas mães, sem a prática de mamadas noturnas, e ainda era comum a substituição do leite materno com a utilização de utensílios (mamadeiras) na oferta de outros tipos de leite, sem nenhuma política pública que limitasse ou regulamentasse essas práticas hospitalares.

Por outro lado, a mãe ao deparar-se com a dificuldade do dia a dia, rapidamente utilizava outros mecanismos mais fáceis e práticos, desvinculando-se do aleitamento. Aliados a isso, ainda havia uma forte estratégia de marketing das empresas de alimentos infantis, que incentivavam o uso de utensílios e leites industrializados, sem que houvesse qualquer limitação pelo poder público, para tais práticas capitalistas. Nesse período surgiu o chamado leite condensado (leite desnatado, adoçado e condensado), produto utilizado como alimento inapropriado para os recém-nascidos que abriu a nova era de alimentação, a qual foi responsável por altas taxas de mortalidade infantil.

Para combater essas práticas negativas, foi utilizada como estratégia, a diluição do leite de vaca com a adição de compostos químicos variados, com o intuito de torná-lo mais próximo possível do leite materno. Contudo, não se obteve sucesso, pois o leite materno possui sua especificidade de acordo com o tempo de produção, além de a criança possuir suas necessidades que variam de acordo com a evolução e idade, segundo Alencar (2008).

O leite em pó foi desenvolvido em 1911, iniciando a era do aleitamento artificial, sem nenhum controle ou regulamentação governamental, nesta época era comum o uso de chuquinhas (pipos, chupetas) ou mamadeiras para ofertar o alimento líquido. Tais práticas propiciavam a contaminação por bactérias, pois os líquidos ou leites artificiais podiam ser preparados de forma não higiênica e ainda havia a possibilidade do uso de água contaminada (VINAGRE; DINIZ E VAZ, 2001).

Assim, a diluição excessiva do pó, que reduzia o valor nutricional do alimento, aliado a falta de higienização correta dos utensílios, além de trazer aspectos extremamente negativos para a saúde das crianças, também não conseguiam proporcionar a mínima proteção imunológica fornecida pelo leite materno.

Neste aspecto, relata Rego (2015, p.2):

Por toda parte, a defesa da desnutrição infantil era muito mais enfatizada como uma luta em busca de nutrição adequada, entendendo-se esta como a oferta adequada de calorias, proteínas, lipídios e carboidratos, não importando muito se a fonte era o leite humano ou bovino. Por toda a parte multiplicavam-se “as gotas de leite”, locais onde as crianças mais desvalidas recebiam leite de vaca como complementação dietética.

Desse modo, vê-se que vários costumes alimentares foram desenvolvidos para suprir as necessidades nutricionais da criança, sempre com o intuito de chegar mais próximo possível da composição e dos benefícios que o leite materno proporciona. Apesar disso, o que se percebe é que vários erros foram praticados, pois, introduziram hábitos que se perpetuam e que são extremamente maléficos para a cultura do aleitamento materno.

Com efeito, todos os costumes sociais que afastaram e afastam a mãe da amamentação exclusiva, e que perduram até os dias atuais, constituíram-se nos desafios a serem combatidos pelas políticas públicas nacionais, programas e eixos estratégicos.

Para Vinagre; Diniz e Vaz (2001), na década de 1920, outros fatores também foram responsáveis pela diminuição do aleitamento materno: a industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas infantis, com repercussões desastrosas para a saúde das mães e das crianças.

Preceitua Sokol (1999) que já em 1939, a pediatra Cicely Williams trouxe para os debates o tema “Leite assassino”, fazendo referência à comercialização de substitutos do leite humano, com o objetivo de mostrar o impacto negativo do uso do leite não humano.

São muitos os desafios a serem enfrentados para modificar os costumes acima referidos, dentre eles podemos ainda citar, a presença da mulher cada vez mais intensa no mercado de trabalho, o que implica em uma mudança do comportamento em relação à amamentação; as condições do tipo de parto e o período pós-parto, fator que dificulta o processo de produção láctea, favorecendo ao uso precoce de fórmulas industrializadas e as práticas hospitalares errôneas.

Neste cenário, só foi possível identificar mudanças concretas nos índices de mortalidade infantil, quando a sociedade e principalmente o poder público, tomaram consciência de que a grave situação alimentar das crianças poderia e deveria ser controlada e regulamentada, por meio de políticas públicas.

Depois de muitas sequelas sociais, finalmente foram dados pequenos passos para a implementação de políticas públicas e investimentos direcionados à saúde materno-infantil, com ações educativas e disciplinadoras para as condutas hospitalares e para as ações das indústrias de leite e utensílios, que através de suas estratégias de *marketing* induziam o uso prevalente de leite artificial.

Porém, embora existam atualmente políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno, o percentual de crianças no primeiro semestre de vida, alimentadas exclusivamente com o leite materno, permanece muito abaixo da recomendação (amamentação exclusiva até os seis meses) do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, da Organização Mundial da Saúde – OMS e do Ministério da Saúde do Brasil.

Com efeito, de acordo com dados nacionais, o percentual de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno é de 47,5%, índice considerado baixo no primeiro mês de vida. Na idade de 120 dias a proporção estimada foi 17,7% e aos 180 dias foi de 7,7%.

Portanto, a história revela que a falta de políticas públicas que perdurou até o final do século XIX, trouxe consequências danosas para toda a sociedade, fato que evidencia a relevância do monitoramento e o controle permanente das políticas atuais, para avaliar o seu funcionamento e os seus resultados, a fim de aferir se as práticas negativas acima descritas, que tanto assolaram a sociedade no passado, estão sendo combatidas e minoradas. Daí a importância da pesquisa em apreço, que visa desenvolver uma análise na eficácia do eixo estratégico da Atenção Hospitalar: IHAC implementado pelo Hospital Regional Materno Infantil, na cidade de Imperatriz-MA.

Embora as políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno exerçam relevante contribuição para a redução da mortalidade, é sabido que existem outros fatores que também contribuem para essa redução.

Com efeito, a mortalidade infantil ocorre principalmente nas crianças de até 28 dias de vida, que pode ser evitado também com serviços de saúde, saneamento básico e educação de qualidade.

Por outro lado, a otimização dos serviços de saúde que prestam assistência ao recém-nascido, aliado aos avanços da tecnologia, contribuiu para as quedas nas taxas de mortalidade neonatal, aproximando-se aos países da Europa de 13 óbitos por mil nascidos vivos e da América do Norte de 9 óbitos por mil nascidos vivos (OMS, 1996).

O Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal, do Ministério da Saúde, publicado em 2009 oriundos de uma publicação adaptada para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005) classifica os óbitos em nove (9) grupos:

1. Malformação congênita (grave ou letal / potencialmente letal);
2. Morte fetal anteparto;
3. Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma');
4. Imaturidade/ prematuridade;
5. Infecção
6. Outras causas específicas de morte (condição fetal, neonatal ou pediátrica)
7. Causa externa (Morte provocada por acidente ou violência)
8. Morte súbita, causa desconhecida;
9. Outras causas não classificadas.

Portanto, ressalta-se que a pesquisa em apreço não objetiva estudar a causa dos óbitos infantis, porém é importante descrever que a mortalidade infantil possui outras causas além da falta do aleitamento materno ou as práticas inadequadas na alimentação infantil.

O desmame precoce é também um relevante desafio a ser combatido.

Nesse sentido, Dias (2008) relata que o desmame precoce ou o tempo destinado para a amamentação exclusiva esta sob a influência de cinco (5) variáveis:

a) Demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação;

b) Socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família;

c) Variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação desencadeando o desejo de amamentar;

d) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediatas: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais;

e) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardias (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna o uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos.

Outros fatores devem ser combatidos pelas políticas públicas, tais como, a divisão do trabalho pelo casal, o retorno ao emprego por parte da mãe, a pandemia da AIDS, as afecções da mama, problemas com o neonato, os mitos arraigados culturalmente por gerações (pouco leite, leite fraco), as implicações estéticas como flacidez e queda das mamas, culto ao corpo dentre outros.

### **1.5 O Papel da UNICEF e a origem do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC**

Diante dos desafios político social com práticas alimentares negativas, entra em cena o Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, que surgiu em 1946, com o objetivo de promover a defesa dos direitos das crianças, por meio de um amplo investimento na primeira infância.

Inicialmente o UNICEF era conhecido como Fundo Internacional de Emergências das Nações Unidas para as Crianças, por fornecer assistência

emergencial às crianças vítimas da II Guerra Mundial, seu trabalho foi tão eficaz, que deixou de ser de caráter emergencial e passou para a execução de ações permanentes.

É a única organização mundial que se dedica especificamente às crianças, promovendo a união de forças no mundo todo, conectando as pessoas financiadoras, com as pessoas carentes e as ações estatais, com o objetivo de desenvolver e potencializar ações de proteção às crianças e adolescentes.

O UNICEF é um órgão de abrangência mundial, que mobiliza recursos para beneficiar as crianças com intervenção na educação básica e igualdade de gênero, preconizando o acesso a uma educação básica de qualidade para todos, independentemente do gênero, etnia, condições sociais e econômicas, atua na proteção infantil contra a violência, abusos e exploração. Defende também as crianças com o VIH ou HIV/SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida) com ações preventivas e disponibilização de tratamento pediátrico.

O UNICEF atua no incentivo à criação de leis, a exemplo da primeira ementa popular constitucional de 1987, que propôs mecanismos legais de proteção estatal e social para a criança, o adolescente e jovem, conforme estabelece o vigente artigo 227 da Constituição Federal do Brasil, a seguir transcrito:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988).

Em razão do declínio da amamentação na década de 1990, principalmente em razão do crescimento da substituição do leite materno por produtos industrializados, o UNICEF incentivou vários países a reverem suas práticas nas vendas de alimentos infantis, aprovando mecanismos legais para disciplinar a publicidade alimentar.

Nesse mesmo período, a “pasteurização” favoreceu a iniciação do uso do leite de vaca diluído na alimentação da criança, em seguida o surgimento do leite em pó, permitindo que as indústrias de alimentos oferecessem fórmulas lácteas para crianças em diferentes idades, e que por sua vez, a sua acessibilidade a todas as classes sociais, contribuiu para a prática do uso da mamadeira.

Dessa forma, com o auxílio da tecnologia as empresas não mediram esforços para ofertar ao mercado a venda de um produto que pudesse substituir o leite materno, tornando assim dispensável a presença da mãe junto ao filho (RAMOS NETO et al, 1978).

Neste cenário, a Organização Mundial da Saúde – OMS e o Fundo das Nações Unidas Para a Infância - UNICEF (1978) promoveram um encontro mundial com a participação de cerca de cento e cinquenta representantes de governos, órgãos intergovernamentais e não governamentais, indústrias de alimentos e profissionais, para debater sobre o futuro das ações privadas e públicas, a respeito da alimentação de lactentes e de crianças pequenas.

O referido encontro debateu essencialmente: o incentivo e o apoio ao aleitamento materno; a promoção e o apoio às práticas complementares de alimentação (desmame) apropriadas e oportunas; o fortalecimento da educação, treinamento e das informações sobre alimentação de lactentes e de crianças pequenas; a promoção das condições de saúde e sociais das mulheres, com relação à saúde e à alimentação de lactentes e de crianças pequenas; a comercialização e a distribuição apropriadas dos substitutos do leite materno.

Conforme Rego (2015), assim, a OMS e o UNICEF, reconhecendo a superioridade do leite humano sobre qualquer outro leite, com o apoio de governos e organizações não governamentais, desenvolveu e aprimorou o Código Internacional de Comercialização de Alimentos para Lactantes, o qual foi aprovado em 1981 pela Assembléia Mundial de Saúde – AMS que originou a Resolução WHA 34.22.

Influenciado pelas iniciativas do UNICEF, o Brasil desenvolveu sua política com base em três pilares: apoio, promoção e proteção à prática da amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos de idade ou mais. E as campanhas nacionais tiveram como foco: Desenvolvimento infantil, promoção da saúde e fortalecimento das competências familiares.

Para Soares e Marroquim (2005) diante da complexidade dos fatores que provocavam o desmame precoce, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1981, com o objetivo de combater a desinformação dos profissionais de saúde, das mães, da comunidade e do público em geral, rotinas hospitalares e estrutura inadequada dos serviços de saúde e falta de controle na publicidade de alimentos infantis industrializados.



O Brasil em 1990 participou de um encontro realizado em Florença, Itália, promovido pela OMS e UNICEF, nesta oportunidade, foi criado o programa mundial da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC. Portanto, a origem do programa mundial da IHAC teve forte influência do Fundo das Nações Unidas Para a Infância – UNICEF e da Organização Mundial de Saúde.

Durante o referido encontro, o tema estratégico foi Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global, onde foi desenvolvido um conjunto de metas denominado: Declaração de *Innocenti*, que buscava resgatar o direito da mulher de aprender e a praticar a amamentação.

Assim, podemos destacar algumas perspectivas e metas desenvolvidas na Declaração de *Innocenti* a serem alcançadas pelos países participantes até o ano de 1995:

1. Nomeada uma autoridade competente como coordenador nacional de aleitamento materno e a formação de uma comissão nacional de aleitamento materno, composta por membros do governo e de organizações não governamentais;
2. Assegurar para que as maternidades coloquem em prática todas as "Dez Passos para o Aleitamento Materno com Sucesso";
3. Implementação total do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subsequentes resoluções da Assembléia da Organização Mundial da Saúde;
4. Elaborar uma legislação de proteção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora. (BRASIL, 1990).

Dentre as metas propostas pela Declaração de *Innocenti*, destacamos os Dez Passos para o Aleitamento Materno com Sucesso do programa IHAC, como ferramenta essencial para a política nacional de incentivo à amamentação, que será objeto de avaliação nesta pesquisa no item 2.5.

Em setembro de 2000, 189 (cento e oitenta e nove) representantes de países-membros das Nações Unidas definiram 8 (oito) objetivos do milênio, onde alguns deles são considerados perspectivas para o processo de amamentação: a erradicação da pobreza e da fome; igualdade de gêneros e a valorização da mulher; Redução da mortalidade na infância.

Com efeito, ressalta-se que segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, no município de Imperatriz-MA no ano de 2000 tinha 36,1% de sua população vivendo com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$140,00, percentual que reduziu para 15,0% em 2010. Ou seja, mesmo com a

redução de 58,3%, ainda são 36.874 pessoas que vivem em situação de extrema pobreza, as quais esperam e necessitam dos benefícios da amamentação.

O Ministério da Saúde, através do DATASUS, em pesquisa realizada nos anos de 2000 a 2010, informa que a taxa de mortalidade de crianças menores de um ano para o município de Imperatriz-MA, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 14,2 óbitos a cada mil crianças menores de um ano, já para o ano de 2014 são 11,9 óbitos para cada mil nascidos vivos.

Segundo os Indicadores Básicos de Saúde do Brasil quanto à taxa de mortalidade infantil, interpreta-se que a classificação do valor da taxa de mortalidade estando com menos de 20 por mil nascidos vivos encontram-se com taxa reduzida, ou seja, classificação baixa. Tal qual o valor identificado para o ano de 2014.

Portanto, a perspectiva concreta das melhorias do aleitamento materno é reduzir o número de óbitos e proporcionar qualidade de vida para toda a população, em especial para aqueles que vivem em condições de extrema pobreza, através de seus impactantes benefícios. Para tanto, é necessário que as crianças ocupem um lugar central nas políticas públicas nacionais, internacionais, legislativas e orçamentárias.

## **1.6 Iniciativa Global – Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC**

O programa IHAC originou-se, sobretudo na necessidade e na importância da participação ativa dos profissionais de saúde no incentivo ao aleitamento materno visando o combate às práticas negativas que desestimulavam a amamentação no âmbito hospitalar, daí a relevância de aprofundamento nos itens seguintes abordando a eficácia dessa estratégia, foco central dessa pesquisa.

Portanto, desde 1990, o programa IHAC tem como meta melhorar as ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, resgatando o direito da mulher de aprender a prática da amamentação com excelência e o direito da criança em receber o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.

Explicitam Lamounier et. al. (2008) que suas ações visando estimular os hospitais e maternidades do país, a se tornarem verdadeiros amigos da criança, cuja coordenação nacional ocorre através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNAM, que é ligado à Coordenação de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde e UNICEF.

O programa IHAC tem como critério, mobilizar os profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças de rotinas e condutas, visando prevenir o desmame precoce, reduzir a distribuição de suprimentos substitutos do leite materno nas maternidades, em cumprimento às Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL, requerendo uma assistência ao cuidado amigo da mulher e a permanência da mãe e do pai e acesso livre de ambos junto ao recém-nascido - PRN, além, é claro de promover a efetuação dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Com efeito, os dez passos para o sucesso do aleitamento materno é um conjunto de medidas para atingir as metas contidas na Declaração de *Innocenti*, e o Brasil para dar início à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, assumiu formalmente o compromisso de tornar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, uma realidade em seus hospitais.

Portanto, para que um hospital possa adquirir o título de hospital amigo da criança, é necessário que suas práticas hospitalares nas unidades de assistência obstétrica e neonatal, cumpram os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, após avaliação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual.

Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno estão expressos na tabela 1.

Tabela 1 – 10 passos para o sucesso do aleitamento materno

<b>PASSO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>
1	Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;
2	Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3	Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
4	Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se virem a ser separadas de seus filhos;
6	Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;

7	Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8	Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda;
9	Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10	Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

Fonte: [https://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)

Desta feita, percebe-se que os referidos passos, são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido, ao longo do trabalho de parto, durante a internação e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade, através dos grupos de apoio à amamentação.

Com a atuação da Organização Mundial da Saúde– OMS e do Fundo das Nações Unidas Para a Infância – UNICEF na criação do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC foi dado início a um movimento global de reabilitação da cultura da amamentação, que incentivou sobremaneira a elaboração das políticas, dos planos, programas, projetos e estudos científicos, mostrando a superioridade e os benefícios do leite materno como fonte de alimento.

Assim sendo, gestores federais, estaduais e municipais, bem como a sociedade brasileira de um modo geral, têm sido mobilizados e muitos deles capacitados, para que cumpram o seu importante papel na construção de políticas públicas de qualidade voltadas à primeira infância.

No intuito de melhor esclarecer o sentido e significado das políticas públicas, vale ressaltar que elas têm sua origem a partir dos interesses e necessidades sociais existentes na sociedade, e que, portanto, devem ser implementadas pelo Estado com intuito de assegurar os direitos sociais resguardados na Constituição Federal, dentre eles os que atinam as crianças e adolescentes.

### **1.7 O Conceito de Política Pública e Sua Relação Com o Aleitamento Materno**

A sociedade é formada por um conjunto de indivíduos dotados de interesses e necessidades, os quais precisam de um contínuo aperfeiçoamento e desenvolvimento social, com a proporcional redução das desigualdades. Para tanto,

necessita-se de ações individuais, coletiva e principalmente de articulações e planejamentos do Estado com o seu poder político, normativo e financeiro.

Para que haja melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente a redução da mortalidade infantil, foi imprescindível uma cooperação entre a população, Estado e as organizações não governamentais, para a elaboração de projetos, programas e políticas públicas. Essa união de forças serviu para construir os consensos, ou para controlar o conflito de interesses.

Rua (1998) conceitua política, como um conjunto de procedimentos formais e informais, que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos, no que diz respeito aos interesses públicos.

Com evolução da sociedade e do Estado, as políticas públicas foram adquirindo autonomia e *status* científico e a partir de meados do século XX, a ciência política destinou-se a estudá-la como parte de seus conteúdos. Por sua vez, a sociologia, na busca das soluções e compreensões dos fatos sociais relevantes e no respeito aos direitos fundamentais de um povo, também incorporou as políticas públicas aos seus estudos.

Freitas Filho e Casa grande (2010) manifesta a ideia de que as políticas públicas são o principal meio de efetivação dos direitos fundamentais e sociais garantidos pela Constituição Federal, manifestado na prestação de serviços públicos, ações, planejamentos e articulações do Estado.

Para o surgimento das áreas da política pública, a ciência foi privilegiada com quatro grandes fundadores: Ainda na década de 1930, Laswell (1936) apud Sousa (2003), trouxe a expressão *policyanalysis* (análise de política pública), como método de harmonizar os conhecimentos científico/acadêmico, com o que foi produzido empiricamente pelos governos, bem como, como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo.

Simon (1957) apud Souza (2003) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores políticos, devido a fatores como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesses dos decisores, argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional.

Easton (1965) apud Souza (2003) contribui sobremaneira com a definição, de que a política pública é na verdade um sistema, ou seja, trata-se de uma relação mútua entre formulação, resultados e o ambiente. Segundo Easton, as políticas

públicas recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos.

Lindblom (1979) apud Souza (2003) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório o que não teria necessariamente um fim ou um princípio. Daí por que as políticas públicas precisariam incorporar outros elementos à sua formulação e à sua análise, além das questões de racionalidade, tais como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse.

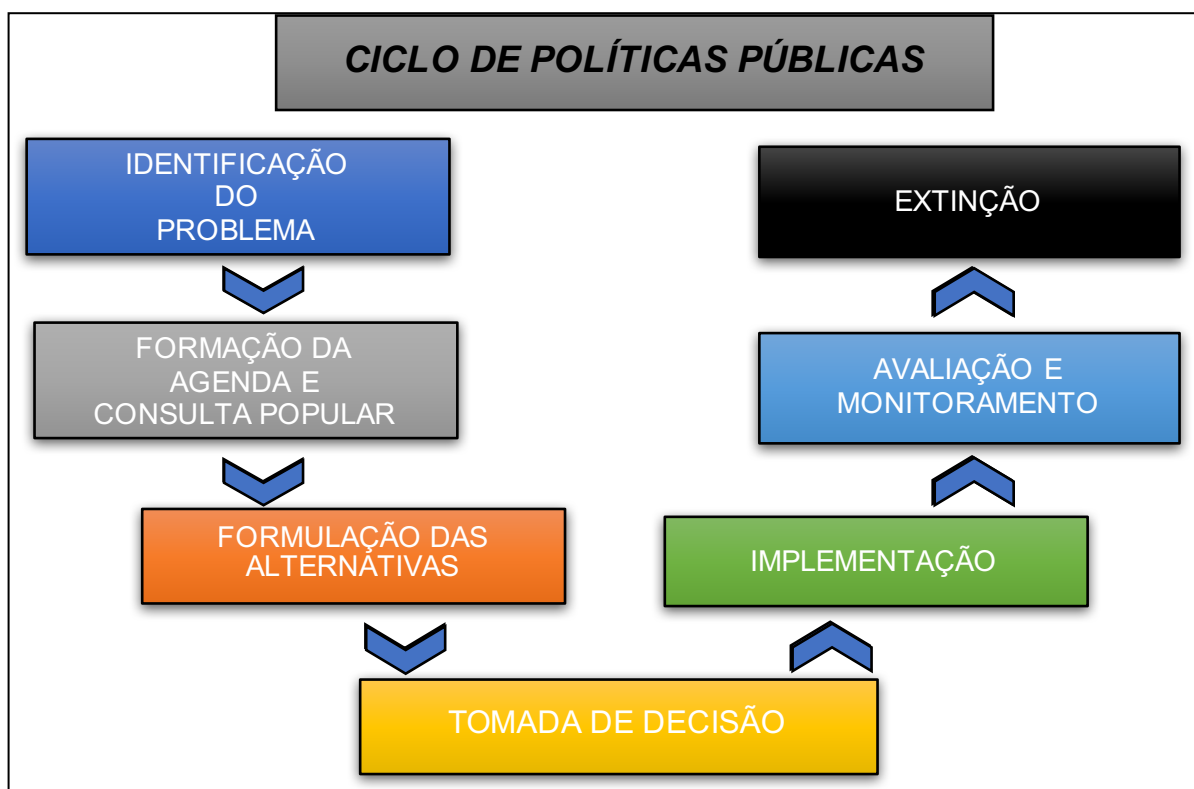
Entende-se então por política pública, como o campo do conhecimento que busca tanto colocar o governo em ação, através de uma permanente análise da eficácia e efetividade dessas ações, e diante dos resultados avaliativos, propor, sempre que necessárias mudanças no fluxo das ações e decisões. Assim, o governo produzirá resultados ou mudanças desejadas na sociedade, a partir de seus propósitos aplicados em programas e ações.

Portanto, a política pública é uma resposta do Estado por meio dos seus programas e ações, objetivando o bem comum e o combate das desigualdades sociais, frente às necessidades coletivas.

Nessa concepção, os programas e ações precisam estar estruturados de maneira funcional, sequenciais e interdependentes, para que um projeto seja lançado e organizado, contudo, é necessário que seja obedecido o ciclo das políticas com a atuação ordenada dos atores públicos e privados, que estejam envolvidos em sua elaboração.

Embora hajam outras apresentações, já desenvolvidas sobre o ciclo da política pública, destaca-se nessa ocasião, modelo desenvolvido por Secchi (2010), contendo 07 (sete) etapas, onde cada uma delas possui suas finalidades próprias.

Figura 2 –Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Portal da Consciência Política - [http://www.portalconscienciapolitica.com.br/products/politica-publicas-e-eprocessos-de-gestao/acrescentar link](http://www.portalconscienciapolitica.com.br/products/politica-publicas-e-eprocessos-de-gestao/acrescentar-link)

As etapas do ciclo de política pública estão descritas em forma de tabela, todas identificando suas finalidades para melhor entendimento, pois o ciclo ajuda a organizar as idéias e fazer com que a complexidade de uma política pública, seja simplificada, a fim de que haja contribuição para quem está elaborando, para o executante e para o usuário da política. Assim temos:

Tabela 2 – Etapas do Ciclo de Política Pública

ETAPAS	FINALIDADE	TEORIA DO CICLO DA POLÍTICA PÚBLICA
1. Identificação do problema	Um problema é a discrepância entre os <i>status quo</i> e uma situação possível.	Para (SJOBLOM, 1984), a identificação do problema envolve: percepção do problema, delimitação e a avaliação da possibilidade de resolução.
2. Formação da agenda e Consulta popular	Define-se como um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes, determina e ordena as prioridades de atuação. A sociedade pode participar a partir da própria definição da agenda, quando o problema	De acordo com (COBB e ELDER, 1983), a formação da agenda pode ser determinada pela agenda política, agenda formal e agenda de mídia.

	ganha relevo ou quando ocorrem processos de consulta pública ou audiência pública antes da tomada de decisão, antes que a política pública se transformar em lei. A consulta popular concede legitimação social e democrática à política e proporciona facilidade na sua execução.	
3. Formulação das alternativas	Partindo do problema da agenda, a somatória dos esforços para construção e combinação de soluções por meio de métodos, programas e estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos e o estudo das potenciais consequências de cada alternativa de solução.	(SCHATTSCHEIDER, 1960), define as alternativas como o instrumento supremo do poder, porque a definição de alternativa é a escolha dos conflitos, e a escolha dos conflitos aloca poder.
4. Tomada de decisão	Momento em que o interesse dos autores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas.	Com enfoque na tomada de decisão governamental, várias teorias foram desenvolvidas, como a do Modelo da Racionalidade Absoluta ou Limitada (SIMON 1947, apud SECCHI, 2010), o Modelo do Incrementalismo (LINDBLONM, 1959, apud SECCHI, 2010) e a do Fluxo Múltiplo (KIGDON 1984, apud SECCHI, 2010).
5. Implementação	É aqui onde são produzidos os resultados concretos da política pública, onde regras, rotinas e processos sociais são convertidos em intenções em ações. Nesse processo é possível visualizar os obstáculos e as falhas ocorridas dentro do processo, bem como os erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados e otimismo exagerados. A implementação da política envolve constante avaliação, e o ciclo é contínuo, de maneira que, mesmo com a política em vigência, pode-se ocorrer uma nova formulação em cima da política, visando constante melhoria.	Tendo como enfoque o momento da implementação a política pública pode seguir o modelo <i>top-down</i> (de cima para baixo) e o modelo <i>bottom-up</i> (de baixo para cima) (SABATER 1986 apud SECCHI, 2010).
6. Avaliação  Ou  monitoramento	Nesta fase é avaliado o ciclo da política pública, em que o processo de implementação ou desempenho da política pública é examinado com o intuito de conhecer melhor o estado da	Quanto à natureza da avaliação (SOUSA, 2001) apresenta dois modelos: avaliação de processo e avaliação de impactos, a depender da lógica, objeto e finalidade da avaliação.



	<p>política e o nível de redução que ela gerou.</p> <p>Alguns critérios são utilizados para realizar a avaliação, economicidade, eficiência econômica, eficiência administrativa, eficácia e equidade.</p> <p>Todos esses serão avaliados segundo padrões absolutos, históricos ou normativos. Favorece uma comparação temporal e espacial do problema e das políticas.</p> <p>A avaliação acontece em três momentos: antes, durante e depois.</p> <p>Antes → diagnóstico e prevenção de erros;</p> <p>Durante → Monitoramento correções de eventuais erros na execução</p> <p>Depois → Prestação de contas.</p>	
7. Extinção	<p>Põe fim ao ciclo da política pública. Tem como resultado da avaliação que as políticas podem: extinguir, continuar ou serem substituídas.</p> <p>Tendo como causa da extinção, o problema que originou é percebido como resolvido, a visão de ineficácia dos programas, leis e ações que ativavam a política e por fim a perda progressiva da importância do problema.</p>	<p>Sociedade civil organizada;</p> <p>Representantes eleitos;</p> <p>Órgãos técnicos do governo;</p> <p>Poder econômico.</p>

Fonte: Pesquisa realizada, Secchi (2010) e Sousa (2001 apud MOTA, 2014).

De acordo com a análise do ciclo da política pública, podemos identificar todas as etapas no que diz respeito à evolução das políticas voltadas para a promoção do aleitamento materno. Os governos e organizações só iniciaram suas ações após a identificação de vários problemas de saúde pública, com as chamadas doenças em massa, que provocaram desnutrição e elevados índices de mortalidade infantil, constituindo-se como o problema (primeira fase) a ser combatido.

O UNICEF foi importante na organização que contribuiu significativamente para a formação da agenda da política (segunda etapa) de incentivo ao aleitamento, ao se sensibilizar e buscar apontar e ordenar as prioridades que deveriam ser combatidas em benefícios das crianças e dos recém-nascidos.

A formulação das alternativas (terceira etapa), ocorreu através das mobilizações e dos debates mundiais, promovidos pelo UNICEF, que buscaram uma combinação de soluções, métodos, objetivos, programas e estratégias para implementar a melhoria da qualidade de vida para as crianças, através da promoção do aleitamento materno.

A fase da implementação da política (quarta etapa), ocorreu através dos movimentos globais de reabilitação da “cultura da amamentação” e das mobilizações governamentais e não governamentais, para implantar em seus territórios, políticas públicas com regras, rotinas e processos definidos e delineados, a exemplo da implantação da Política Nacional de Aleitamento Materno – Pnam, do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN em convênio com o UNICEF. Derivado da referida política e programa, foi implementado o programa mundial da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, como eixo estratégico.

A fase da avaliação (quinta etapa) ocorre através do monitoramento dos órgãos governamentais, a exemplo do que faz o Ministério da Saúde, ao avaliar periodicamente as práticas hospitalares nas unidades de assistência obstétrica e neonatal, que possuem o título IHAC, utilizando-se como referência, em especial, os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

Ademais, ressalta-se que a presente pesquisa, visa contribuir para a quinta fase desta política, avaliando a execução dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno no Hospital Regional Materno-Infantil de Imperatriz-MA, pois, a implementação da política, envolve constante avaliação por ser contínuo, mesmo com a política estando em vigência, é necessário que ocorram novas formulações, novas avaliações para posteriores correções para fins de melhorar a sua eficácia e eficiência em benefício da criança.

Portanto, vê-se que o universo da política pública é vasto e complexo e pode se desenvolver por longos anos, a partir das necessidades sociais e está sempre interligado com os movimentos e fatos sociais relevantes.

Para lidar com tal complexidade há a necessidade de interpretar os dados coletados em cada época, para tanto, foram criadas várias tipologias, que facilitam o enquadramento a partir do exame das características observáveis, podendo ser classificada por atores, estilos e instituições.

Para as autoras Rua e Romanini (2013), de acordo com a tipologia clássica de Theodore J. Lowi, também chamada de “Tipologia de Lowi” ou “teoria das arenas do poder”, a política pública define três categorias principais, as quais divergem historicamente e funcionalmente. Essas áreas de política ou atividade governamentais constituem reais arenas de poder.

Cada arena tende a desenvolver sua própria estrutura política característica, seu próprio processo político, suas próprias elites, e suas próprias relações de grupo, vejamos então segundo Rua e Romanini (2013, p. 3):

- Distributivas: são caracterizadas pela facilidade com que podem ser desagregadas e dispensadas em pequenas unidades, cada unidade mais ou menos em isolamento, ou seja, política pouco conflituosa e favorecem clientelas específicas.
- Regulatórias: São aquelas que estabelecem de forma clara tanto os atores favorecidos quanto os atores desfavorecidos e tendem a gerar relações conflituosas
- Redistributivas: nesta categoria o impacto é muito mais amplo sobre os indivíduos, política do bem-estar social, geralmente afeta a alocação da propriedade, da riqueza ou da renda.

Segundo Monteiro e Cunha (1978), as políticas públicas se caracterizam pelas variedades que podem ser estabelecidas sob diferentes dimensões: por área substantiva, onde a política pode ser social, urbana, de saúde e agrícola; por jurisdição político-administrativa, pois envolvem as quatro esferas governamentais; por clientela, a qual se refere ao conjunto de interessados, a exemplo dos assegurados da previdência social, e por fim a de parâmetro ou instrumento que envolve situações monetárias, fiscal e cambial de acordo com Dias e Matos (2012), as finalidades, as políticas públicas sociais podem ser divididas em três grupos:

- Preventivas ou passivas que visam minimizar ou impedir a ocorrência de problemas sociais graves, onde todo cidadão contribui para seu financiamento indireto, por meio do sistema tributário;
- Compensatórias ou ativas que são os programas sociais destinados a remediar desequilíbrios gerados pelo processo de acumulação, e que visam solucionar problemas gerados pela ineficiência do sistema político, remediando problemas gerados em larga escala, por ineficiência de políticas preventivas anteriores;
- Sociais stricto sensu orientadas explicitamente para a redistribuição de renda e benefícios sociais, como bolsa-família, bolsa-escola e vale-refeição.

Piana (2009), já dizia que as políticas sociais são aquelas voltadas para a melhoria das condições de vida da comunidade, com menor poder econômico e

político, trazendo benefícios para o bem comum, a exemplo das políticas que surgiram de grandes conquistas, lutas duras e resultados de processos complexos e de relações de força.

Piana (2009) Reforça ainda, que a participação social é considerada importante elemento de gestão e componente fundamental para a elaboração das políticas públicas. As propostas do programa de governo são [ou devem ser] construídas a partir das demandas e necessidades da sociedade. Essas, na medida do possível, são incorporadas às políticas públicas.

Conforme Valle (2008), a política pública haverá de ser compreendida sempre na sua dimensão temporal, remetendo-se ao passado (na identificação das ações previamente desenvolvidas), ao presente (na identificação dos problemas atuais e consequente construção de agenda) e ao futuro (na eleição das estratégias de ação, dos resultados pretendidos, e dos mecanismos de avaliação aplicáveis à hipótese).

Assim sendo, percebe-se que a política pública se constitui em um processo evolutivo, considerando os fatos e necessidades sociais do passado e do presente, desafiando os obstáculos e os aspectos negativos, gerando decisões e a edição de atos normativos (leis, portarias, etc.) para estabelecer estratégias, programas e metas, exigindo também as ações subsequentes de permanente inovação, implementação e avaliação.

E exemplo da política de incentivo ao aleitamento materno, que foi construída durante um longo processo de doenças de massa, tendo que enfrentar no passado e no presente os aspectos negativos que incentivam o desmame precoce, onde foi necessária a implementação da PNAM, do PNIAM e de vários outros programas, tal como a IHAC, os quais são regidos por normas e exigências legais. Porém, tais políticas e programas necessitam de constante inovação e monitoramento dos seus resultados e execução.

Assim, verifica-se que a PNIAM, identifica-se como uma política distributiva e regulatória e preventiva, pois, quanto à distributiva por favorecer uma clientela específica, a regulatória, estabelece de forma clara quem são os atores favorecidos e os desfavorecidos e a preventiva por minimizar ou impedir a continuidade de problemas sociais como o desmame precoce, desencadeando a oferta precoce de alimentos industrializados, causando assim problemas à saúde infantil.

## 1.8 Políticas Públicas de Saúde Desenvolvidas no Brasil

Neste tópico será discutido o surgimento das políticas públicas de saúde no Brasil, a fim de entendermos e analisarmos a realidade atual, ante a necessidade de conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo.

Médice (1994) relata que o Estado até a década de 1930 limitava as suas ações à assistência à saúde direcionada ao saneamento e combate às endemias, porém, diante da falta de um modelo sanitário para o país, proliferavam-se as epidemias. Como exemplo, temos o quadro sanitário caótico da cidade do Rio de Janeiro-RJ, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, oriundas principalmente dos portos, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, que gerou sérias consequências para a saúde coletiva.

Diante desse quadro sanitário, surge o sanitarismo campanhista, criado para reduzir ou erradicar as epidemias no combate ao mosquito da febre amarela, varíola, malária e posteriormente a peste. O termo campanhista ficou conhecido pelas ações de cunho militar, porque usavam de abusos de autoridade com requintes militares de autoritarismo.

Para Polignano (2001), tal estratégia não contribuiu para a erradicação e ainda insurgiu uma revolta na população que historicamente foi chamada de A revolta da vacina, em razão do modo das abordagens militares. Nesta época, os assuntos relacionados à saúde, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, ou seja, nesse período ainda não havia um Ministério específico, o que demonstrava uma ausência de interesse governamental com a saúde pública.

Logo no início do governo de Getúlio Vargas em 1930, o Brasil passou por várias transformações de pouco impacto, como a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP, que era dividido em dois departamentos: Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP e Departamento Nacional de Educação – DNE.

O Ministério da Educação e Saúde, através do Departamento Nacional de Saúde – DNS, e por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, que posteriormente foram exercidas pelo Departamento Nacional da Criança – DNCr, realizou em 1940, as primeiras atividades estatais de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Tais ações tinham caráter curativo e eram individualizadas, com contribuição tímida para a prática do aleitamento materno.

Paim (2015) preconiza que as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia passaram a ter apoio no governo de Eurico Gaspar Dutra, através de seu Plano Salte em 1948, cujo objetivo era elevar o nível sanitário da população. Contudo, não foi possível eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias que elevou as taxas de mortalidade infantil e mortalidade geral.

Somente em 1953, finalmente foi criado o Ministério da Saúde, por influência do Plano Salte com dedicação às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária.

Neste período, a atenção materno-infantil finalmente passou a ter uma política de saúde individualizada, quando foram criados serviços específicos para a infância, separada dos serviços de saúde destinada à população em geral.

O Portal da Saúde do Governo Brasileiro, a respeito da origem do Ministério da Saúde - MS relata que:

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois Ministérios: Saúde e Educação e Cultura. (BRASIL, 2011).

O Departamento Nacional da Criança – DNCr, coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento à mãe e ao filho e combater a mortalidade infantil.

No que tange aos cuidados com a saúde da criança, foi desenvolvido o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil em 1975, cujo programa tinha como finalidade, reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança, diante de um grave processo de desnutrição, causado pela interrupção prematura do aleitamento materno, em função principalmente da oferta de outros tipos de alimentos.

O mencionado programa contemplava o acompanhamento pré-natal, controle de parto domiciliar e a promoção da saúde da criança. Posteriormente houve uma divisão nos programas destinados à saúde da mulher e à saúde da criança.

O PNIAM teve a missão de mudar o cenário social, onde eram desperdiçadas duas centenas de milhões de litros de leite humano em função do desmame precoce, causadas especialmente pela desinformação dos profissionais de saúde, das mães, da comunidade e do público em geral, rotina e estrutura inadequada dos

serviços de saúde e a falta de controle na publicidade de alimentação infantil industrializados. Contudo, tal programa não obteve avanços significativos no seu início em 1981.

Várias arenas de discussões foram realizadas no Brasil para tratar da saúde com a sociedade, a exemplo da 8ª Conferência Nacional de Saúde de (1986, p. 42), cite-se parte do discurso realizado pelo presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Antônio Sérgio da Silva Aroucha nesta Conferência, cujo tema era: Democracia e saúde.

Gostaria de chamar a atenção pelo fato de que todos estão de olhos voltados para esta conferência. Esta é a primeira vez em que se encontram o setor saúde e a sociedade. Pela primeira vez, os usuários estão representados numa Conferência Nacional de Saúde. Então nosso papel na formação política de saúde é da maior importância.

A mencionada conferência influenciou a aprovação de novas regras na Constituição Federal de 1988 nos assuntos de saúde, com destaque para a adoção do atual Sistema Único de Saúde – SUS, onde foram defendidas “mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade”.

O processo de redemocratização da política de saúde com a promulgação da Constituição de 1988 promoveu a potencialização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, ou seja, saúde é direito de todos e cuidar dever do Estado. Então, a saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, ao passo que antes era apenas da União.

Sublinham Paulus Jr e Cordoni Jr (2006) que na década 1990, por exigência da Constituição Federal de 1988, foram aprovadas algumas leis, como a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, que disciplinaram a criação do SUS.

Preceitua Araújo (2014) que foi através da Lei nº 8.142/1990 que foi adotado um novo modelo de saúde da criança, proporcionando um significativo declínio na mortalidade infantil.

Por conseguinte, como cita Perez (2011), passo seguinte, também se aprovou a Lei nº 8.069, em 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a partir de então as crianças passam a adquirir amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparadas pela família, comunidade e Estado.

Com o intuito de promover o apoio ao aleitamento materno, em 1995 o Ministério da Saúde aderiu e lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, essa política dedicou-se especificadamente para a mãe e o bebê, principalmente no que se refere ao parto humanizado, aliado ao aleitamento materno.

Destaca-se também a Rede Cegonha, que surgiu com a regulamentação da Lei nº 8.080/1990, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Por meio da qual se realizam ações voltadas para a saúde da mulher, garantido seu direito de usufruir de um atendimento com qualidade, seguro e humanizado nas unidades assistência obstétrica e neonatal.

A Rede Cegonha destina-se à proteção da mãe, para que ela seja acolhida desde a confirmação da gravidez, durante o pré-natal, no parto, 28 (vinte e oito) dias pós-parto (puerpério), até os dois primeiros anos de vida da criança, tudo financiado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

A Portaria de nº 1.130 de 5 de agosto de 2015 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC no âmbito do SUS, se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, conforme disposto no seu Art. 6º, parágrafo II.

Objetivando sintetizar em ordem cronológica as políticas, programas e ações referidas acima, bem como possibilitar uma melhor compreensão dessa evolução legislativa, apresenta-se o esquema a seguir:

Tabela 3 – Principais Políticas de Saúde no Brasil Abordadas no Capítulo

<b>ANO</b>	<b>FATOS OCORRIDOS</b>
1930	O Estado limitava as ações de assistência à saúde direcionada ao saneamento e combate às endemias; Foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), dividida em dois departamentos: Departamento Nacional de Saúde pública (DNSP) e Departamento Nacional de Educação.
1940	O Ministério da Educação e Saúde, através do Departamento Nacional de Saúde (DNS), realiza as primeiras atividades do primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
1948	Plano Salte: plano econômico que objetivava o desenvolvimento nas áreas da saúde, alimentação, transporte e energia.



1953	Criação o Ministério da Saúde por influencia do plano salte, esse ministério dedicava-se às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária.
1960	A revolta da vacina: revolta da população devido à abordagem realizada pelos militares.
1969	Desenvolvimento de atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil. Eram coordenadas pelo Departamento Nacional da Criança.
1975	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, como finalidade, reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança, diante de um grave processo de desnutrição, causado pelo desmame precoce, em função principalmente da oferta de outros tipos de alimentos.
1981	Lançamento da Política Nacional de Incentivo ao aleitamento materno, conhecida como Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde ganhando novas dimensões, a participação da sociedade nos diálogos.
1988	Constituição Federal – Adoção do SUS, “mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade”.
1990	Aprovação da Lei 8.080/90 e 8.142/90; Aprovação da Lei 8.069 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente.
1995	Lançamento da política Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC.
2006	Criação do Pacto pela Saúde através da Portaria 399/06, com ênfase em três componentes e para todas as esferas de poder: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão, a qual foi revogada pela portaria 2.048/09 – regulamentação da saúde.
2011	Criação da Rede Cegonha, com ações voltadas para a saúde da mulher, garantido seu direito de usufruir de um atendimento com qualidade, seguro e humanizada, nas unidades assistência obstétrica e neonatal.
2015	Instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

Fonte: Tabela desenvolvida pela autora.

Ante o exposto, vê-se que as políticas públicas relativas à saúde materno-infantil, ganharam importância gradativamente, e tiveram grande avanço somente após a participação social e a conscientização do Governo Federal, quanto à relevância social da saúde da criança e o amparo à mãe desde o período gestacional até após o parto. Com destaque especial, para as ações governamentais que desenvolveram o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Ênfase deve ser dada para a promulgação da Constituição Federal de 1988, que finalmente consagrou ampla e irrestrita proteção estatal para a mãe e para criança, tornando essa atenção e proteção especial um direito social fundamental, porém, para ser efetivado, depende da concretização de políticas públicas, conforme se descreverá nos tópicos que se seguem.

## **2 A POLÍTICA NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO: PROGRAMAS E EIXOS ESTRATÉGICOS**

### **2.1 Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e os Eixos Estratégicos**

O Governo Federal em 1979 institucionalizou a Política Nacional de Aleitamento Materno - PNAM, sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN em convênio com o UNICEF. Esta política pública visa à execução de atividades de educação e treinamento de profissionais da saúde, reorganizar os serviços de atendimento à mulher e ao lactente, controle da publicidade e distribuição dos alimentos infantis industrializados.

Posteriormente em 1981 também sob a coordenação do INAN, como forma de efetivar a PNAM, afim de que se possibilitasse uma ação multissetorial, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM, com a missão de combater a desnutrição na primeira infância.

O PNIAM desenvolveu e aderiu a diversos programas para implementar a política nacional, que foram denominados de eixos estratégicos, e dentre o eixos, foi instituído o programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC.

Embora seja uma política pública, o PNAM até a década de 1980, era conhecido como Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que foi instituído em seguida.

Consigna Alencar (2008) que a partir de então evolui como o mais importante programa que objetivava o combate à desnutrição na primeira Infância (0 a 6 anos), aquele que traria futuramente resultados benéficos para o desenvolvimento físico e mental da criança, como um dos mais importantes instrumentos de governo para a redução da mortalidade infantil.

Porém, devido à ausência de experiência no âmbito mundial, foi necessário criar um grupo técnico formado pelo Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social, da Educação e Cultura, pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Nutrição, pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, e pelo UNICEF e OMS/OPS.

Com o objetivo de ampliar o sucesso nas intervenções em prol da amamentação e nas práticas alimentares, e percebendo que existiam outras

instituições que distintamente também trabalhavam desenvolvendo atividades nessa área, o PNIAM elaborou um novo modelo operacional para o programa.

Esse novo modelo tentou contemplar áreas específicas de atuação, assim, o PNIAM foi reorganizado e subdividido em subprogramas, os quais foram tratados por comitês Nacionais Político-Executivos.

Os comitês congregavam instituições que já desenvolviam ou que passaram a desenvolver trabalhos que favorecessem a prática do aleitamento materno, cada comitê possuía um consultor que estabelecia estratégias operacionais próprias a cada área afim. De acordo com Alencar (2008, p. 70-71), a divisão dos comitês ocorreu do seguinte modo:

**1 – Comitê Nacional de Atividades em Educação**→ Transmitirem informações corretas sobre a importância do Aleitamento Materno e a inclusão do tema nas escolas, concursos de redação, resultado em longo prazo.

**2 – Comitê de Proteção ao Trabalho da Mulher**→ Conscientizar a classe empresarial, de forma a favorecer a amamentação a mulher trabalhadora.

**3 – Comitê Nacional de Atuação da comunidade**→ Buscar apoio para essa comunidade, uma vez que as gestantes e Nutrizes são os instrumentos mais efetivo na consecução dos objetivos do Programa.

**4 – Comitê Nacional de Incentivo na Rede de Saúde**→ Contemplar os profissionais e o pessoal de saúde capacitando-os para o manejo do aleitamento materno, alteração de condutas e procedimentos, e para o cumprimento de Normas e Rotinas capazes de ajudar as gestantes e nutrizes a decidirem amamentar seus filhos por mais tempo. Este comitê desenvolvia atividades em dois grupos distintos: Junto a postos de saúde e serviços prestadores de atendimentos materno-infantil; Em maternidades, visando implementar medidas facilitadoras ao aleitamento materno tais como: A adesão do Alojamento Conjunto; Garantia do Parto Humanizado e Presença da mãe junto ao recém-nascido, quando este estiver internado em terapia intensiva.

**5 – Comitê Nacional de Banco de Leites Humanos**→ Aperfeiçoar as condições operacionais dos Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil, tornando-os unidades promotoras da amamentação natural.

**6 – Comitê Nacional do Código**→ Criado para adaptar o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno à realidade Nacional e Cuidar das ações específicas das normas para a comercialização de alimentos para lactentes.

**7 – Comitê de Atenção Alimentar e Nutricional**→ Influenciar e orientar a distribuição de alimentos nos programas, priorizando o atendimento das gestantes e nutrizes desnutridas e buscando medidas que contribuíssem para a manutenção do aleitamento materno.

**8 – Comitê Nacional de Comunicação de Massa**→ Informar e educar sistematicamente a população sobre as vantagens do aleitamento materno.

**9 – Comitê de aspectos psicossociais**→ Promover a prática adequada do aleitamento tratada como fator facilitador para a formação do apego.

Portanto, percebe-se que a criação e a organização dos comitês estão diretamente relacionadas com as atribuições de cada eixo estratégico, onde cada

eixo esta relacionado com um respectivo comitê, eixos que serão apreciados a seguir: Atenção Básica, Atenção Hospitalar, Banco de Leite Humano- BLH, Proteção Legal ao Aleitamento Materno, Divulgação e Campanhas e monitoramento.

Todos os Comitês são orientados pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação dos cidadãos, conforme apregoa as normas da Política Nacional de Aleitamento Materno – Pnam no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, vejamos:

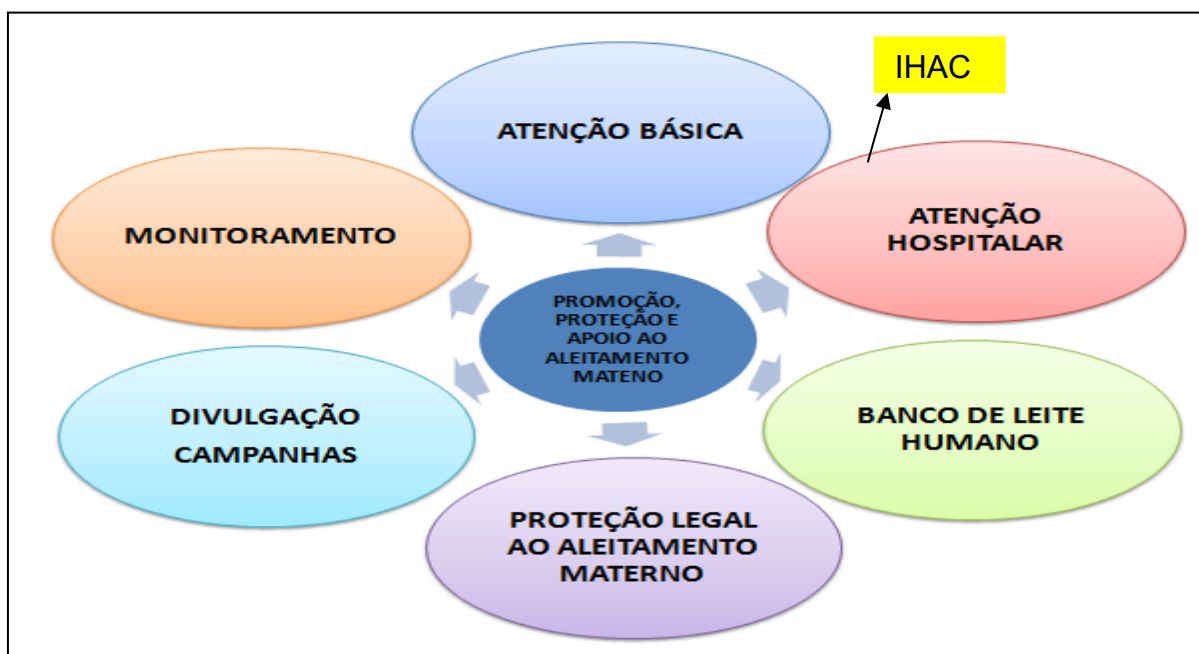
O SUS tem como princípios a universalidade – garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão; a equidade – direito a atendimento, sem discriminação ou privilégios, de acordo com as necessidades dos indivíduos; e a integralidade – conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. As diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS são a descentralização – transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados e municípios; a hierarquização – organização dos serviços de saúde segundo a complexidade e das ações desenvolvidas; a regionalização – as ações de saúde devem ser dispostas numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida; e a participação dos cidadãos – garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. (BRASIL, 2009).

A partir das atividades exercidas pelos comitês, na década de 1980, se obteve grandes avanços para a execução da Política de Incentivo ao Aleitamento Materno. Contudo, no ano de 2003 a Política Nacional de Aleitamento materno foi definida como política estruturante e capaz de perpassar quase todos os eixos do cuidado integral à saúde da criança.

Atualmente a PNIAM, para um melhor desempenho no fortalecimento da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, se organiza em seis eixos estratégicos, que serão explanados por ordem numérica e posteriormente em forma de organograma:

- Atenção Básica e sua contribuição para o aumento da prevalência do aleitamento materno
- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;
- Atenção Hospitalar:
  - Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC
  - Método Canguru- MC
  - Banco de Leite Humano- BLH;
- Proteção Legal ao Aleitamento Materno;
- Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL
- Mulher Trabalhadora que amamenta - MTA
- Sala de Apoio à amamentação
- Divulgação e Campanhas
- Semana Mundial de Aleitamento Materno - SMAM
- Dia Nacional de Doação de Leite Humano
- Monitoramento.

Figura 3 – Eixos Estratégicos da Política Nacional de Aleitamento Materno



Fonte: Álbum Política Nacional de Aleitamento Materno - PNAM

Ressalte-se que Atenção Básica se subdivide em: Rede Amamenta e Alimenta Brasil. Ao passo que a Atenção Hospitalar se subdivide em: Iniciativa

Hospital Amigo da Criança - IHAC e Método Canguru, que serão apreciados a seguir.

## **2.2 Atenção Básica e sua contribuição para o aumento da prevalência do Aleitamento Materno**

Atenção Básica é uma terminologia utilizada para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, podendo também ser chamada de *Atenção Primária à Saúde*, que se divide em três níveis: primário (Unidades Básicas de Saúde – UBS), secundário (Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, urgência e emergência, os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade) e terciário (Hospitais de grande porte, alta complexidade, subsidiados pela esfera privada ou pelo estado).

A Atenção Básica à Saúde compreende uma combinação variável de profissionais, sempre compondo equipes multiprofissionais responsáveis pelo cuidado à saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, com atuação nas UBS' e nos Postos de Saúde da Família - PSF.

É essencial que na Atenção Básica, haja integração com o PNIAM, pois esse eixo contempla uma maior interação com as gestantes, puérperas (pós-parto) e os lactantes, que se estabelece desde o contato através do acompanhamento do pré-natal, como o contato com a família pelo agente de saúde no recebimento da mãe e da criança no retorno ao hospital no pós-parto.

Nesse contato tem-se uma relevante oportunidade para motivar e instruir as mulheres a amamentarem, através de grupos de aconselhamento, atendimento grupal ou individualizado, a fim de que a mãe se fortaleça e obtenha confiança, estando mais atenta a compreender que a amamentação é um fator positivo para o seu filho.

Porém, os profissionais da rede básica precisam estar capacitados para receber essa população e prestar uma assistência com qualidade e efetividade, para isso, a formulação da estratégia do eixo da atenção básica deve estar estruturada a partir da problematização.

Podemos citar alguns modelos de incentivo à amamentação na Atenção Básica, que mesmo sem uma orientação e determinação superior, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina-PR, lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da

Criança – IUBAC, e a da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro-RJ, idealizou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação – UBAM.

Partindo dos exemplos das secretarias municipais referidas acima, o Ministério da Saúde, lançou em 2008 na Atenção Básica, a estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil, com a finalidade de promover o aleitamento materno no contato direto nas UBS's e PSF, conforme será descrito a seguir:

### 2.2.1 Estratégia amamenta e alimenta Brasil

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil tem como referencial a metodologia crítico-reflexiva, fomentando o debate nas equipes de Atenção Básica na promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, e interligando a Unidade Básica de Saúde às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, o Governo Federal e a sociedade, com o propósito de revisar e atualizar o trabalho interdisciplinar nas UBS.

O objetivo é que a estratégia contribua para o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, a fim de que se tornem agentes de mudança e de propagação de prática integralizadora entre hospitais e UBS's.

Essa estratégia aborda oito objetivos específicos:

1. Contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e da alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 anos.
2. Contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância.
3. Contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os 6 meses de idade.
4. Contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 anos de idade ou mais.
5. Contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente.
6. Contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente.



7. Contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados antes dos 2 anos de idade.
8. Contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso.

Portanto, para que essas competências sejam aperfeiçoadas é necessário atender aos três princípios básicos da estratégia:

- Discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das unidades básicas de saúde;
- Pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM a partir da realidade das unidades básicas de saúde e,
- Monitorar os índices de AM das populações atendidas pelas unidades básicas de saúde certificadas

Atuam nesta área os tutores, profissionais em aleitamento materno e os pilares de sustentação da Rede, responsáveis para ministrar oficinas para os profissionais da saúde da atenção básica, promover discussão da prática do aleitamento no processo de trabalho das UBS, além de acompanhar e auxiliar as equipes na implementação das ações pactuadas e no monitoramento dos índices de aleitamento materno da população atendida.

Para uma melhor identificação foi desenvolvido um logotipo que represente os objetivos da rede:

Figura 4 – Símbolo da Rede Amamenta e Alimenta Brasil



Fundamentam a estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil, a Portaria nº 1.920 de 05 de setembro de 2013; Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (Rede Cegonha); Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB); Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 (Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS); Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011 (Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN).

### **2.3 Atenção Hospitalar: Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e o Método Canguru**

#### **2.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC**

Na Atenção Hospitalar, duas iniciativas têm contribuído e atuado para elevar os índices de Aleitamento Materno, são elas: Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC e o Método Canguru.

A portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, que é o objeto desta pesquisa, está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da OMS e do UNICEF e tem por objetivo resgatar o direito da mulher aprender e praticar a amamentação com sucesso.

A estratégia IHAC utiliza-se de práticas de amamentação com sucesso por meio de mudanças nas rotinas hospitalares inseridas nas maternidades, objetivando o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, os hospitais credenciados recebem uma placa que é fixada na entrada da maternidade.

A imagem oficial que consta na placa de credenciamento de Hospital Amigo da Criança é a seguinte:

Figura 5 – Imagem oficial da placa de credenciamento de Hospital Amigo da Criança



Fonte: UNICEF – Brasil - [https://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm)

Os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno se integra nas seguintes ações:

Passo 1. Ter uma política escrita sobre aleitamento materno que seja comunicada, como rotina, a todos os funcionários e profissionais de saúde. Significa dizer que as rotinas destinadas ao incentivo ao aleitamento materno existente dentro de todos os setores envolvidos no processo de aleitamento materno, devem ser escritas e publicadas em locais visíveis, tanto aos usuários do sistema, quanto para os profissionais que prestem serviços naquele local. Essa postura indicará o quanto o corpo clínico está comprometido com sua implementação.

Passo 2. Treinar todos os funcionários de saúde nas habilidades necessárias à implementação dessa política. Ou seja, deverá haver cursos de capacitação e aprimoramento em todos os níveis profissionais, centrados nos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, no aconselhamento em amamentação e no Código Internacional (no Brasil, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas, Mamadeiras e Protetores de Mamilo). Nesse sentido, também se deve avaliar a possibilidade de realização de reuniões regulares objetivando compreender as discussões das evidências científicas mais recentes.

Passo 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e como praticar a amamentação. A partir do nascimento do bebê, a mãe deve sentir-se à vontade em relação à amamentação, compreender seus benefícios e o que deve fazer.

Passo 4. Ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia hora após o nascimento. A recomendação prescrita nesta etapa implica na colocação dos recém-nascidos saudáveis em contato pele a pele com sua mãe logo após o nascimento, durante pelo menos uma hora ou até que o bebê mame no peito por vontade própria.

Passo 5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham que se separar do bebê. É necessário informar que se o bebê for separado dela, ou não conseguir sugar, ela precisa realizar uma ordenha mamária e caso a mãe não consiga realizar sozinha essa ordenha mamária, ela deve ser encaminhada para o Banco de Leite mais próximo, ou inexistindo banco encaminhá-lo a um grupo de apoio à amamentação.

Passo 6. Não oferecer ao recém-nascido nenhum alimento ou líquido, a não ser o leite materno, a menos que haja uma indicação clínica. A família e os profissionais de saúde devem evitar o uso de alimentos pré-lácteos, como fórmula ou água glicosada, ou outras bebidas. Essa postura pode levar ao fracasso da amamentação, visto que fórmulas para crianças e propagandas em maternidades podem confundir as pessoas acerca do retardo natural na produção láctea humana.

Passo 7. Praticar o alojamento conjunto e permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas/dia. Recomenda-se que os laços de amor e afeto entre mães e filhos se fortaleçam, portanto, a acomodação de ambos num alojamento conjunto possibilita que a mãe permaneça maior tempo com o filho, proporcionando o aumento do vínculo e o estabelecimento correto da amamentação.

Passo 8. Encorajar a amamentação sob livre demanda. Nesse sentido os bebês devem se alimentar conforme suas necessidades e não de acordo com uma agenda decidida pela equipe do hospital ou pela mãe. Faz-se necessário entender que as indicações e sinais de fome (conforme figura abaixo) do bebê melhoram a amamentação e a relação mãe-filho.

Figura 6 – Sinais de fome



Fonte: Grupo virtual de amamentação.

Passo 9. Não oferecer mamadeiras, bicos e chupetas para bebês em amamentação. Recomenda-se que durante as primeiras semanas, a necessidade de sucção do bebê deve ser atendida apenas e tão somente por meio da sucção mamária. Portanto, o uso de bicos ou chupeta pode interferir na sucção, causando confusão mental quanto ao reconhecimento da anatomia mamária e o bico da chupeta.

Passo 10. Fortalecer o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar as mães a eles, na alta do hospital ou da clínica. Os grupos de aleitamento materno constituem importante parte das estratégias de nutrição na comunidade. Mães aconseladoras são mulheres da comunidade, que recebem capacitação para prestarem apoio às mulheres com dificuldades em amamentar. Os procedimentos adotados por essas aconseladoras, para ajudar essas mães lactantes, resume-se na realização de visitas às suas casas. São considerados bastante eficientes com estratégias focadas no aumento da amamentação exclusiva. Além dessas aconseladoras, também podem ser encaminhadas aos grupos de apoio à amamentação constituída pela Atenção Básica, ocorrendo assim à contra referência com o Município de origem.

### 2.3.2 Método canguru – MC

O Método Canguru foi idealizado em Bogotá na Colômbia em 1979, no Instituto Materno Infantil – IMI com a proposta de melhorar em seu país os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo (premature) e de baixo peso (peso mínimo de 1.250gr.).

Este programa foi destinado a dar alta hospitalar de modo precoce ao recém-nascido pré-termo, foi denominada Mãe Canguru devido à maneira como as mães carregam seus bebês, semelhante aos marsupiais (cangurus). Após a alta precoce, o recém-nascido é amamentado exclusivamente e com o acompanhamento mais íntimo com a mãe, até completar pelo menos as 40 semanas de idade gestacional, que seria o período ideal para ter nascido, citam Prochnik e Carvalho (2001).

Segundo doutrina Lamy et al (2005), esse método visa baratear os custos hospitalares da assistência perinatal, e através do contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o seu bebê, promover maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento. Ou seja, o Programa Mãe Canguru objetiva promover o amor, o calor e o aleitamento materno exclusivo para os bebês prematuros, que deveriam ter chegado até as 40 semanas de gestação.

Quando ocorria a alta hospitalar precoce, o acompanhamento ambulatorial se tornava um dos pilares fundamentais no seguimento dessas crianças, que no domicílio deveriam continuar sendo mantidas em contato pele-a-pele com a mãe na posição canguru.

A partir de então, o ato de carregar o recém-nascido pré-termo contra o tórax materno ganhou o mundo. Há registros da dificuldade de se obter recursos adequados para a saúde, esse programa mostrou-se ideal, pois, tem uma metodologia salvadora e de baixo custo.

O método inicialmente foi rotulado como uma alternativa encontrada pelos países ditos de terceiro mundo, para baratear o custeio do cuidado neonatal nas unidades hospitalares e evitar as contaminações nas unidades hospitalares lotadas de recém-nascidos.

Prochnik e Carvalho (2001) citam que a alta precoce era realizada, pois, os recém-nascidos estavam sujeitos a uma situação crítica de superpopulação (mais de uma criança em cada incubadora), a infecções cruzadas e a ausência de recursos tecnológicos.

A mortalidade neonatal era extremamente alta e o abandono materno, frequente. Essas condições dramáticas fizeram os doutores Martínez e Sanabria

criar o Programa Mãe-Canguru, estratégia que veio revolucionar a forma de tratar os bebês recém-nascidos de baixo peso.

Essa revolução nos cuidados aos prematuros foi reconhecida internacionalmente com a chancela do UNICEF, que financiou a construção, de uma sede própria e especial, conhecida como a famosa *La Casita* na Colômbia, para o acompanhamento ambulatorial dos grupos-cangurus – as mães e seus bebês.

No Brasil, os primeiros serviços que aplicaram a metodologia canguru foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos-SP, em 1992, e o Instituto Materno Infantil em Pernambuco-PE - IMIP, em Recife-PE, no ano de 1993.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 72 que dispõe sobre a orientação para implantação do Projeto Canguru, regulamentando a remuneração para essa modalidade de atendimento no Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIU/SUS).

Foi desenvolvida a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, regulamentada pela Portaria nº 693/2000 e instituída por meio da Portaria nº 1.683 de julho de 2007.

Tais atos normativos identificaram as atribuições da equipe, as vantagens para a mãe e o filho, bem como, a identificação da população a ser atendida e a aplicação do método que foi desenvolvido com manejos de cuidados especiais pela equipe de profissionais em suas ações.

O Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - RNBP publicado em 2011 estabelece todas as etapas a serem aplicadas aos RNBP's (recém-nascidos de baixo peso). Para ilustrar o método, vejamos a imagem que mostra o pai e um dos filhos com seus RNBP's em posição de canguru:

Figura 7 – Mostra o pai e um dos filhos com seus RNBP's em posição de canguru



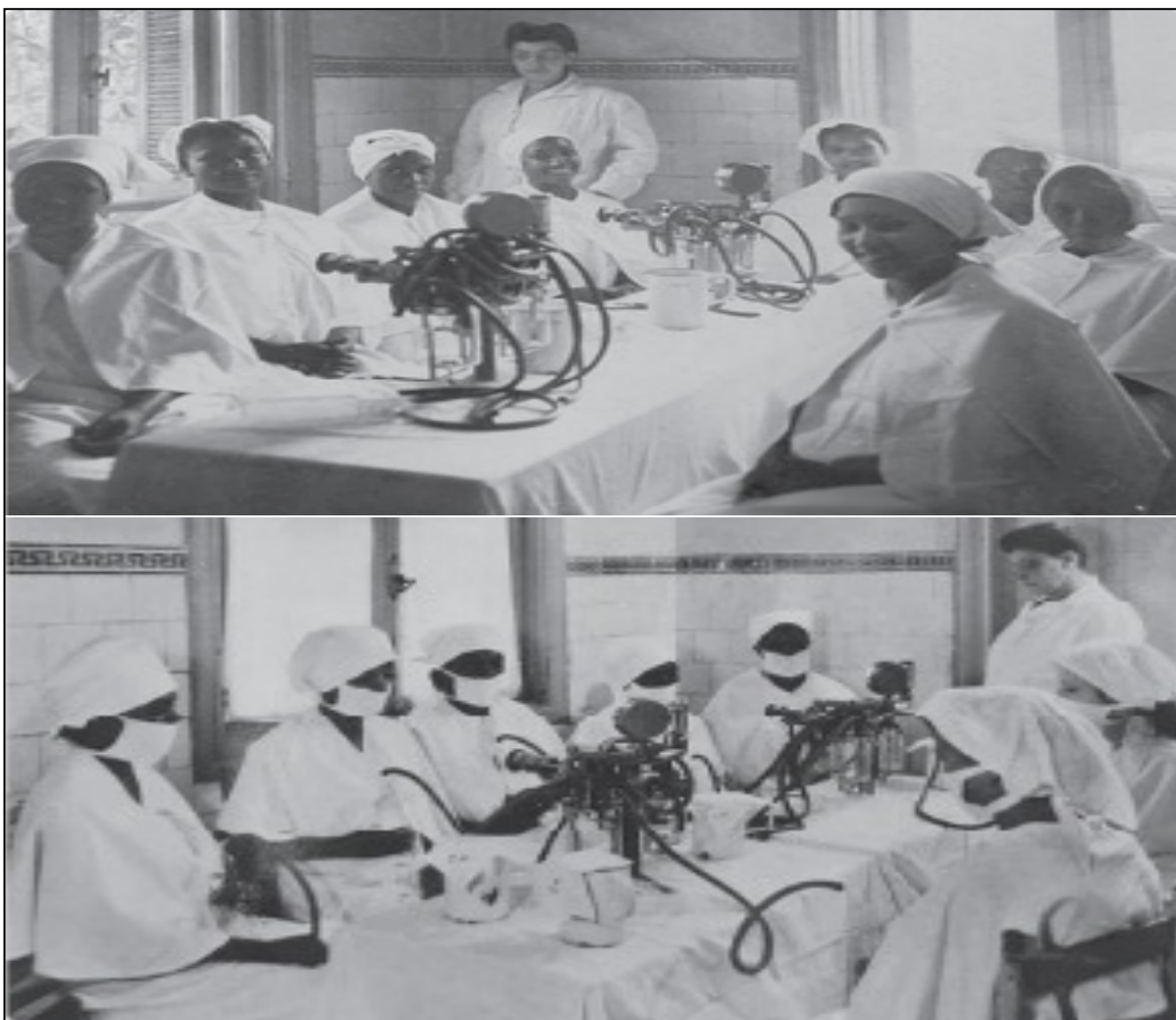
Fonte: Awebic Método-canguru - 2016

## 2.4 Banco de Leite Humano - BLH

Ressalte-se que o primeiro banco de leite do mundo foi fundado na Europa em Viena em 1900, e 10 (dez) anos depois nos Estados Unidos em Boston e em 1937 o Reino Unido teve a mesma iniciativa fundando um banco de leite. Somente em 1943 o Brasil foi beneficiado com a instalação do primeiro Banco de Leite Humano, no Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fio cruz) anteriormente chamado de lactário do Brasil, na cidade de São Paulo na Santa Casa da Misericórdia, as imagens a seguir mostram amas de leite negras doando seu leite



Figura 8 – 1º Lactário (Banco de Leite) implantado em São Paulo em 1943



Fonte: Acervo do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”.

O Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz é hoje centro de referência nacional para todos os bancos de leite no país, que se dedicam à puericultura, que consiste na capacidade científica de reunir todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis a favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças, desde o período da gestação até a puberdade.

No ano de 2010 o Instituto Fernandes Figueira recebeu a denominação Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, passando a assumir a atribuição de órgão auxiliar do Ministério da Saúde na tarefa de desenvolver, coordenar e avaliar as ações integradas e direcionadas à área da saúde feminina e infanto-juvenil em âmbito nacional.

É considerada ainda como Hospital Amigo da Criança pela Organização Mundial da Saúde - OMS, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e pelo Ministério da Saúde.

#### 2.4.1 Atribuições do Banco de Leite Humano.

Mas afinal o que significa um Banco de Leite Humano? Segundo Rego (2008), Banco de Leite Humano é um centro especializado, obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e pela execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob a prescrição de um médico ou de um nutricionista.

De acordo com a ANVISA (2007) a ideia é que os Bancos de Leite no Brasil se caracterizem como um local de apoio às situações excepcionais de desmame precoce, e também funcionem como unidades de atendimento a serviço da amamentação. A partir da institucionalização da Política Nacional de Aleitamento Materno - PNAM, o uso do leite humano, através dos Bancos de Leite Humano, assume a missão de promover o atendimento médicos-assistenciais aos lactentes, clinicamente impossibilitados de serem amamentados diretamente pela mãe.

Até 1943 os Bancos de Leite tinham a proposta de ser apenas uma “leiteria humana”, contudo, depois de superada essa ideia, os Bancos de Leite do Brasil, assumem a missão de firmar elos e promover uma concepção do trabalho em rede, a partir de então surge a Rede Brasileira de Banco de leite.

Inicialmente os Bancos de Leite eram disciplinados pela Portaria GM/MS nº 322/1988 em todo território nacional, porém, diante da adoção de novas tecnologias e a produção de conhecimento científico voltados para essa temática, foi aprovada a RDC/ANVISA nº 171/2006 que regulamenta o funcionamento de Banco de Leite.

Atualmente o objetivo do Banco de Leite Humano, está associado à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, à coleta e distribuição de leite humano de qualidade e certificado; à contribuição para a redução da mortalidade infantil, bem como tem por escopo somar esforços ao pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.

Seu planejamento físico-funcional, segundo Accioly (2009, p. 530-531), as atividades realizadas em BLH são divididas em dois grupos, vejamos:

O primeiro Grupo- Compreende as atividades médicos-assistenciais que aborda as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno sobre a doação de leite humano, a assistência à gestante, puérperas, nutriz e lactente, na prática do aleitamento materno que vem a ser o cuidado com a mama, cuidados sobre a pega, posição e sucção ao amamentar e ainda orientações sobre ordenha, coleta, armazenamento e utilização do leite ordenhado no domicílio, bem como a execução de controle clínico das doadoras.

O segundo Grupo - Compete às atividades inerentes ao processamento do Leite Humano e Controle de qualidade está envolvido os procedimentos, de processamento: coletar, selecionar, classificar, processar, estocar e distribuir o leite humano ordenhado e pasteurizado, procedimentos de controle de qualidade: responder tecnicamente o processamento, realizar o controle de qualidade, monitorar e registrar as etapas do processo, dispor de informações dos registros relacionados às doadoras, receptores e produtos e por fim ações que permitam a rastreabilidade do leite humano ordenhado

As atividades acima descritas são preconizadas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Vigilância Sanitária Estadual, Rede Brasileira de Banco de Leite Humano, juntamente como o Ministério da Saúde.

Segundo Galvão (2006) as nutrizes (mulheres que amamentam) são as principais personagens nesse contexto, pois são incentivadas a ordenhar e doar o excesso de leite produzido, ficando os Bancos de Leite Humano responsáveis pela atividade de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro e leite humano, para posterior distribuição sob uma prescrição de um médico ou nutricionista, às crianças que dele necessitam como fator de sobrevivência.

Operacionalmente os bancos de leite estão estruturados por um modelo de hierarquização, partindo inicialmente da responsabilidade do Ministério da Saúde, conforme o organograma abaixo descrito, demonstrando o modelo de atuação da Rede Brasileira de Banco de Leite:

Figura 9 – Modelo de atuação da Rede Brasileira de Banco de Leite



Fonte: rBLH-BR, 2017

Destaca a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (2017), que o Estado do Maranhão, possui atualmente quatro bancos de leite dispostos do seguinte modo:

1. Hospital e Maternidade Marly Sarney – BLH referência para o Estado;
  - a. Banco de Leite Humano do Hospital e Maternidade Marly Sarney;
2. Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA;
  - a. Banco de Leite Humano do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA;
3. Hospital Universitário HUUFMA;
  - a. Banco de Leite Humano do HUUFMA;
4. Maternidade Carmo sina Coutinho;
  - a. Banco de Leite Humano Dr. Fernando Vieira Chaves.

Teoricamente os bancos de leite estão referenciados às áreas de assistência a amamentação como: Manejo Clínico da Lactação, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Bases do Aconselhamento Rogerinho e Norma Brasileira de Comercialização e à área de leite humano com: Tecnologia de Alimentos, Ecologia Microbiana, Sistema HACCP e Certificação da Qualidade. A teoria Rogeriana é uma teoria utilizada pela psicologia da aprendizagem foi desenvolvida por Carl Rogers, por isso recebeu o seu nome. De acordo com Rogers (2001) a aprendizagem deve encontra-se focada na pessoa que aprende e é mais que uma acumulação de fatos, é uma aprendizagem que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação futura que escolhe ou nas suas atitudes e personalidade. É

uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente todas as parcelas da sua existência.

O Banco de Leite na sua prática aplica ações terapêuticas, pois tenta entender a situação emocional da paciente, compreendendo seu comportamento, ajudando a esclarecer de que algumas mudanças, sensações ou até mesmo dificuldades fazem parte do processo de amamentação, deixando à paciente mais tranquila e esclarecida. Como estratégias para alcançar seu intento, proporcionam encontros para estabelecer certo convívio entre mulheres que passam pelo mesmo processo na amamentação. Começam a sentir-se parte do grupo.

Assim agindo os profissionais dos Bancos de Leite apenas criam condições para que as mães aprendam, especialmente através das próprias experiências, sendo tão somente um facilitador da aprendizagem. Nesse mesmo sentido, sublinha Vieira (2009, p. 4) que:

Para o momento da psicoterapia, não interessa construir um conceito acerca da pessoa com quem se relaciona, mas sim considerar e compreender sua experiência, de modo que sua vivência do aqui-e-agora possa lhe facilitar a mudança desejada.

Os resultados alcançados anualmente pela rBLH-BR, tanto na prestação de serviços assistenciais em aleitamento materno, quanto no número de crianças beneficiadas com leite humano de qualidade certificada, evidenciam a contribuição relevante e o impacto positivo da sua atuação no âmbito da saúde materno-infantil brasileira.

A rede brasileira monitora e disponibiliza a situação dos bancos de leite, referente ao volume de leite arrecadado, pasteurizado, distribuído dentre outros aspectos.

Segundo dados obtidos na rBLH-BR, no ano de 2016, os bancos de leite alimentaram 164.283 recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva/semi-intensiva neonatais, com 134.125,6 litros de leite pasteurizado de qualidade certificada, envolvendo a participação de 170.357 mulheres que, de forma altruísta e voluntária, doaram o seu excedente de leite para os BLH no Brasil.

Tabela 4 – Dados Estatísticos da Produção dos BLH do Brasil por região em 2010

<b>DADOS ESTATÍSTICOS NO BRASIL DE 2010</b>			
<b>REGIÕES</b>	<b>LEITE COLETADO</b>	<b>LEITE DISTRIBUÍDO</b>	<b>NÚMERO DE DOADORAS</b>
CENRO-OESTE	27.431,30	20.946,60	13.057
NORDESTE	37.690,50	31.052,80	34.181
NORTE	12.269,80	10.147,60	9.001
SUDESTE	62.337,40	46.473,30	83.565
SUL	29.140,80	19.858,20	21.223
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>168.869,80</b>	<b>128.478,50</b>	<b>161.027</b>

Fonte: rBLH-BR, 2017

Tabela 5 – Dados Estatísticos da Produção dos BLH do Brasil por região em 2013

<b>DADOS ESTATÍSTICOS NO BRASIL DE 2013</b>			
<b>REGIÕES</b>	<b>LEITE COLETADO</b>	<b>LEITE DISTRIBUÍDO</b>	<b>NÚMERO DE DOADORAS</b>
CENRO-OESTE	28.025,30	18.532,60	15.706
NORDESTE	40.563,70	32.981,60	35.614
NORTE	14.809,40	11.943,90	15.767
SUDESTE	66.786,50	48.371,50	64.123
SUL	29.641,40	20.875,70	32.039
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>179.826,30</b>	<b>132.705,30</b>	<b>163.249,00</b>

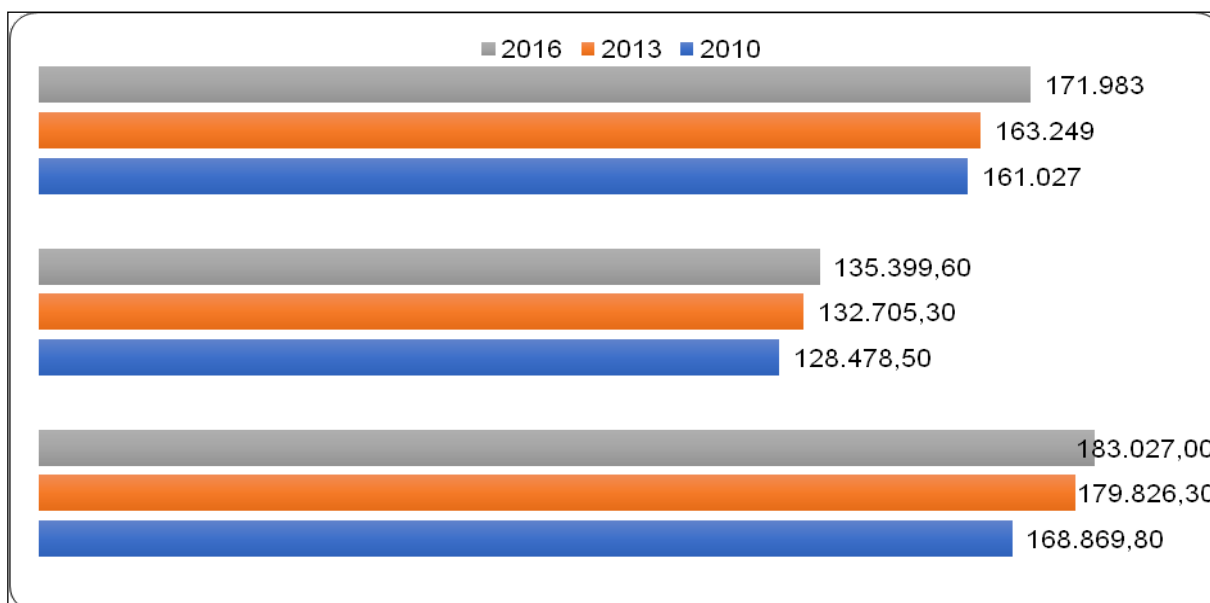
Fonte: rBLH-BR, 2017

Tabela 6 – Dados Estatísticos da Produção dos BLH do Brasil por região em 2016

<b>DADOS ESTATÍSTICOS NO BRASIL DE 2016</b>			
<b>REGIÕES</b>	<b>LEITE COLETADO</b>	<b>LEITE DISTRIBUÍDO</b>	<b>NÚMERO DE DOADORAS</b>
CENRO-OESTE	28.277,80	17.817,20	15.599
NORDESTE	41.779,80	34.291,70	39.974
NORTE	14.325,00	11.665,50	25.349
SUDESTE	64.317,80	47.655,90	54.199
SUL	34.326,60	23.969,30	36.862
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>183.027,00</b>	<b>135.399,60</b>	<b>171.983</b>

Fonte: rBLH-BR, 2017

Gráfico 1 – Produção dos BLH do Brasil comparativo de 6 anos



Fonte: rBLH-BR, 2017

Confirmando-se através da apresentação gráfica, um aumento crescente do número de doadoras, leite coletado e leite distribuído com o passar dos anos, o que tem beneficiado muitas crianças principalmente as crianças prematuras de UTI neonatal, confirmando também que essas doadoras estão amamentando seus filhos com leite materno.

Dados da Rede Brasileira de Banco de Leite mostram que o número de mulheres doadoras de leite materno no Brasil passou de 171.983,00 para 135.399,60 o que equivale a uma queda de 21,5% de doadoras nesse intervalo, para 2013 houve um aumento considerado de 47.627,40 doadoras entre 2013 e 2016 equivalentes a 35,2%, percebe-se que o aumento é uma resposta das campanhas que trabalham com a sensibilização das pessoas, Segundo o ministério, o número de doadoras não garante um aumento regular na quantidade de leite doado e de bebês contemplados, pois a frequência de doação pode variar, algumas doam apenas uma vez e outras, durante todo o período de amamentação do filho.

O volume de leite materno coletado, no entanto, subiu menos: 6,5% nos últimos seis anos. No mesmo período, a quantidade de recém-nascidos que receberam o alimento materno aumentou 4,9%.

Portanto, diante dos resultados acima, confirma-se a contribuição das ações dos Bancos de Leite humano, além de que suas atuações têm desconstruído mitos em relação ao leite materno, estimulando e apoiando mães a amamentarem os

filhos sem medo e inseguranças, pois a doação de leite além de salvar vidas contribui para a manutenção e o aumento da produção de leite que incidirá no aumento dos índices de aleitamento.

## **2.5 Proteção Legal ao Aleitamento Materno**

A proteção legal ao aleitamento materno está direcionada para disciplinar a comercialização de alimentos e produtos destinados especialmente aos lactentes, bem como, aos incentivos à mulher trabalhadora e a implantação da sala de apoio para amamentação nas empresas.

### **2.5.1 Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL**

A proteção à amamentação também ocorre por meio de legislação que disciplina a comercialização de alimentos. Atualmente, essa proteção ocorre através da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL, instituída em 1988 a partir do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno.

Para Rego (2015), a expressão Proteção Legal ao Aleitamento Materno, abrange a proposição e o monitoramento de legislações que garantam o direito da mulher de amamentar seu filho e protejam a amamentação quanto ao marketing não ético de produtos que competem com a amamentação.

Para que se chegasse à aprovação da NBCAL um longo caminho foi percorrido, uma grande luta foi travada contra a comercialização, propagação, marketing, indústria e patrocínios de produtos que desvirtuam os objetivos e princípios da Política de Incentivo ao Aleitamento Materno.

A referida norma foi revisada três vezes, a última revisão ocorreu 2002, porém, só se tornou Lei nacional com aprovação da Lei nº 11.265 de 3 de janeiro de 2006, que é complementada pela RDC 221/2002.

O seu objetivo é disciplinar a comercialização de alimentos e a venda de produtos para lactentes e crianças na primeira infância, exigindo que conste obrigatoriamente informações nos rótulos, vejamos algumas delas:

Para bicos, chupetas e mamadeiras deve constar nos rótulos:



“O Ministério da Saúde adverte: A criança que mama no peito não necessita de mamadeira, bico ou chupeta. O uso de mamadeira, bico ou chupeta prejudica o aleitamento materno”.

Para os protetores de mamilo deve constar nos rótulos:

“O Ministério da Saúde adverte: O uso de protetor de mamilo prejudica a amamentação”.

Para as fórmulas infantis para lactentes, deve constar o aviso de que:

“Este produto somente deve ser usado na alimentação de crianças menores de um ano de idade com indicação expressa de médico ou nutricionista. O aleitamento materno evita infecções e alergias e fortalece o vínculo mãe e filho”.

Nas fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância e leite modificado de origem animal ou vegetal deve conter o aviso:

“Este produto não deve ser usado para alimentar crianças menores de um ano de idade. O aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os dois anos de idade ou mais”.

Ressalte-se, que além dessas prescrições, ainda são vedadas as promoções comerciais, exposições especiais, encartes promocionais, cartazes, mensagens ou anúncios auditivos, e sites de internet de mamadeiras, bicos, chupetas e protetores de mamilo, fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis de seguimento para lactentes, fórmulas de nutrientes apresentada e ou indicada para recém-nascido de alto risco, dentre outras.

As práticas acima descritas são monitoradas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, e em caso de descumprimento as indústrias estão sujeitas às penalidades que serão aplicadas de forma progressiva, de acordo com a gravidade e frequência da infração, que vão desde uma advertência, multa até a suspensão da propaganda e publicidade.

Assim, o grande desafio da Política Nacional de Aleitamento Materno – PNAM e Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, através das Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL é estabelecer estratégias para lutar contra a concorrência das indústrias de alimentos infantis, pois

as mesmas se amparam em estudos científicos, para justificar a necessidade da utilização de fórmulas, no momento de dificuldade da amamentação, induzindo a não continuidade do aleitamento materno.

### 2.5.2 Mulher trabalhadora que amamenta – MTA

A segunda estratégia para proteção legal do aleitamento materno aborda as situações da mulher trabalhadora, chamada de “Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta”.

Com efeito, em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2008, foi confirmado que 34% das mães brasileiras que trabalhavam fora de casa naquele ano e que tinham bebê menor de um ano, não amamentavam mais a criança, ao passo que, entre as mães que não trabalhavam fora de casa esse índice era de apenas 19%. Ou seja, os dados acima revelam que as condições de trabalho da mulher e o nível de sensibilidade da empresa, podem implicar diretamente no tempo em que o bebê é amamentado e, conseqüentemente, na saúde da criança.

Diante deste cenário, em 2010 o Ministério da Saúde junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, regulamentaram a obrigatoriedade de implementação de salas de apoio à amamentação nas empresas, por meio da Nota Técnica Conjunta nº 01/2010.

O Ministério da Saúde para facilitar a divulgação dos direitos da mulher que amamenta elaborou cartilhas orientadoras, contendo informações sobre os direitos de licença maternidade, importância da alimentação, práticas de ordenha, armazenamento, conservação, transporte e utilização do leite ordenhado. Assim, a cartilha orienta principalmente no sentido de que é possível trabalhar e amamentar seu filho com aleitamento materno exclusivo até os seis meses, mesmo que a mãe não esteja acobertada pela licença maternidade de 180 (cento e oitenta) dias

Figura 10 – Capa de cartilha orientadora para a mulher trabalhadora que amamenta



Fonte: bvsms saúde cartilha da mulher trabalhadora - [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_mulher\\_trabalhadora\\_amamenta.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf)

Ademais, é sabido que a mãe tem o direito à licença maternidade de quatro meses, porém, o ideal é que a amamentação seja exclusiva até o sexto mês. Para apoiar a mãe neste impasse temporal, os Bancos de Leites podem assessorar por meio da doação de leite humano e treinamentos.

Pelo exposto acima, é que foi desenvolvida a estratégia legal para que as empresas concedessem licença maternidade de 06 (seis) meses. Neste caso, a Receita Federal concede incentivos fiscais a estas empresas, e a mãe fica impossibilitada de exercer qualquer outra atividade remunerada, durante o período excedente aos quatro meses, pois assim estaria indo de encontro ao objetivo do programa que é promover o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

### 2.5.3 Sala de apoio à amamentação

As Salas de Apoio à Amamentação foram idealizadas para ajudar as mães a amamentarem seus filhos, viabilizando a manutenção do aleitamento materno após a licença maternidade.

É importante que o ambiente destinado à Sala de Apoio à Amamentação seja favorável ao reflexo de descida do leite. São facilitadores deste reflexo: ambiente tranquilo e confortável, que permita a adequada acomodação da

nutriz, sem interrupções e interferências externas e que dê privacidade à mulher. (BRASIL, 2015).

Embora não exista lei específica para a instalação de salas de apoio nas empresas privadas, a RDC/ANVISA nº 171, de 4 de setembro de 2006, que disciplina a instalação das salas nos Bancos de Leite Humano, orienta como deve se dar a implantação de Salas de Apoio à Amamentação nas empresas privadas. Ressalte-se que a Portaria de nº 193 de 23 de fevereiro de 2010, também disciplina a instalação de sala de apoio em empresas públicas e privadas.

A sala será utilizada como apoio para a realização da retirada e armazenamento do leite materno e ao término de sua jornada, a mãe poderá levá-lo para casa e oferecer ao seu filho posteriormente ou caso não queira, poderá doá-lo a um Banco de Leite Humano.

A ideia é conscientizar às empresas de que a mãe que tem um bebê saudável, por meio da amamentação, terá a mãe um menor número de faltas ao trabalho, aumento da produtividade, além de promover o respeito à pessoa humana e à valorização das necessidades da mulher.

## **2.6 Estratégias de informação, educação e comunicação.**

O sexto eixo da Política Nacional do Incentivo ao Aleitamento Materno ocorre através das campanhas de educação, comunicação e mobilização social e têm por objetivo desenvolver ações para difundir conhecimentos, estimular e promover uma mobilização social em torno do aleitamento materno.

Como estratégia o Ministério da Saúde desenvolve, distribui e disponibilizam diversos materiais educativos para profissionais de saúde, mães e para a população em geral. Dentre esses materiais destacam-se os seguintes documentos de uso geral:

1. Saúde da Criança: Nutrição Infantil;
2. Caderno de Atenção Básica nº 23 - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar;
3. Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento;
4. A Legislação e o Marketing de Produtos Que Interferem na Amamentação: Um Guia Para o Profissional de Saúde
5. Amamentação e o Uso de Medicamentos e de Outras Substâncias;
6. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru;

7. Além da Sobrevivência: Práticas Integradas de Atenção ao Parto;
8. Benefícios Para a Nutrição e à Saúde de Mães e Crianças;
8. Cartilha Para a Mãe Trabalhadora Que Amamenta.(BRASIL, 2017).

Além desse material acima descrito, o Ministério da Saúde também disponibiliza a distribuição de vídeos, que se encontram no próprio site do Ministério da Saúde.

No que compete às campanhas de divulgação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, é também desenvolvida a Semana Mundial de Aleitamento Materno e o Dia Nacional da Doação de Leite Humano contendo várias ações como palestras, divulgação na mídia sobre os benefícios do aleitamento materno, panfletos, dentre outras.

#### 2.6.1 Semana mundial de aleitamento materno- SMAM

Essa mobilização é comemorada desde 1992 em 120 países, oficialmente é celebrada na primeira semana do mês de agosto entre os dias 1º ao 7º dia do referido mês. O Brasil em 1999 aderiu à Semana Mundial de Aleitamento Materno adotando as mesmas propostas de promoção do aleitamento materno conforme comemorado em outros países, e a mesma data para comemoração, assumindo a responsabilidade para adaptar os temas da campanha de acordo com as especificidades existentes no Brasil. Comprometeu-se, também em elaborar e distribuir os mesmos cartazes e *folders* utilizados na Semana Mundial de Aleitamento Materno.

Durante a semana de mobilização é realizada uma campanha intensificadora sobre a importância do aleitamento materno, com a participação da mídia e de diversos seguimentos sociais, de forma que em alguns lugares são ofertados cursos para gestantes, para os profissionais da saúde sobre manejos na amamentação, palestras educativas nas Unidades Básicas de Saúde, dentre outras atividades.

Desde o início da comemoração no Brasil a semana conta com a participação crescente de pessoas, organismos internacionais, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Hospitais Amigos da Criança, Sociedades de Classe e ONGs, cada ano é destacado um tema, vejamos, portanto, os temas já utilizados no Brasil até o presente momento:

Tabela 7 – Temas Brasileiros Trabalhados na Semana Mundial de aleitamento Materno

<b>SEMANA MUNDIAL DO ALEITAMENTO MATERNO – SMAM</b>		
<b>ANOS</b>	<b>SMAM</b>	<b>TEMAS</b>
1992	1ª	Brasil: Hospitais Amigos da Criança.
1993	2ª	Brasil: Amamentação: Direito da Mulher no Trabalho.
1994	3ª	Brasil: Amamentação Fazendo o Código Funcionar.
1995	4ª	Brasil: Amamentação Fortalece a Mulher.
1996	5ª	Brasil: Amamentação Responsabilidade de Todos.
1997	6ª	Brasil: Amamentar é um Ato Ecológico.
1998	7ª	Brasil: Amamentação: O melhor Investimento.
1999	8ª	Brasil: Amamentar: Educar para a Vida.
2000	9ª	Brasil: Amamentar é um Direito Humano
2001	10ª	Brasil: Amamentação na Era da Informação.
2002	11ª	Brasil: Amamentação: Mães Saudáveis, Bebês Saudáveis.
2003	12ª	Brasil: Amamentação: Trazendo Paz num Mundo Globalizado.
2004	13ª	Brasil: Amamentação Exclusiva: Satisfação, Segurança e Sorrisos.
2005	14ª	Brasil: Amamentação e introdução de novos alimentos a partir dos 06 meses de vida.
2006	15ª	Brasil: Amamentação: Garantir este direito é responsabilidade de todos.
2007	16ª	Brasil: Amamentação na Primeira Hora, Proteção sem demora.
2008	17ª	Brasil: Amamentação: Participe e Apóie a Mulher!
2009	18ª	Brasil: Amamentação em todos os momentos. Mais carinho, saúde e proteção.
2010	19ª	Brasil: Amamentar é muito mais do que alimentar a criança. É um importante passo para uma vida mais saudável.
2011	20ª	Brasil: Amamentar faz bem para o bebê e para você.
2012	21ª	Brasil: Amamentar Hoje é Pensar no Futuro.
2013	22ª	Brasil: Tão importante quanto amamentar seu bebê é ter alguém que escute você.
2014	23ª	Brasil: Aleitamento Materno: Uma vitória para toda a vida!
2015	24ª	Brasil: Amamentação e Trabalho: Para dar certo, o compromisso é de todos.
2016	25ª	Brasil: Amamentação e o desenvolvimento.
2017	26ª	Brasil: Trabalhar juntos para o bem comum.

Fonte: Rede Brasileira de bancos de Leite Humano

Vê-se que a missão da Semana Mundial do Aleitamento Materno é difundir idéias, valores e princípios, relativos ao aleitamento materno, cujos temas são escolhidos para combater os desafios que se apresentam em cada ano.

#### 2.6.2 Dia nacional de doação de leite humano

A doação de leite humano ajuda a salvar vidas de milhares de recém-nascidos prematuros e de baixo peso internados, que não podem ser amamentados pela própria mãe. Para intensificar a doação de leite o Ministério da Saúde e a Rede Brasileira de Bancos de Leite/FIOCRUZ promovem no dia 19 de maio a Campanha Nacional de Doação de Leite Humano.

Nas campanhas tenta-se difundir a relevância da doação considerando que é possível a produção de uma quantidade de leite, maior do que o bebê precise, neste sentido:

O número de doações de leite humano ainda é baixo em relação à demanda no país. Hoje, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano consegue suprir apenas 60% da demanda para os recém-nascidos prematuros e de baixo peso internados nas UTI's neonatais do Brasil. Isso significa que 40% dos bebês internados que precisam não podem contar com o leite humano na sua alimentação. Por isso, o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano/Fiocruz, realiza todos os anos, uma campanha para sensibilizar mulheres que amamentam para que doem leite humano. (BRASIL, 2017).

Ou seja, caso as mães, por um determinado momento, apresentem dificuldades de iniciar uma produção, em decorrência ou do tipo de parto realizado por momentos de preocupação, dentre outros fatores, existem medidas para proteger e promover o aleitamento materno exclusivo.

Figura 11 – Madrinhas das campanhas de doação de leite humano



Fonte: Rede Brasileira de bancos de Leite Humano

## 2.7 Monitoramento dos eixos estratégicos.

O monitoramento é um importante componente da Política Pública de Incentivo ao Aleitamento Materno, através dele é possível perceber se as estratégias de promoção de aleitamento materno, em uma determinada região ou país, estão sendo executadas de forma eficiente.

Contudo, diante dos estudos realizados, só foi possível identificar a publicação de apenas duas pesquisas de monitoramento realizadas pelo Ministério da Saúde, uma correu em 2009, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, onde foram identificados grupos populacionais mais vulneráveis à interrupção do aleitamento materno e às práticas alimentares saudáveis e não saudáveis.

Em 2010 foi realizado um novo monitoramento pelo Ministério da Saúde, para aferir a prevalência de aleitamento materno nos municípios, usou-se a mesma metodologia que na pesquisa das capitais brasileiras, obteve resultado através da aplicação de um questionário sobre práticas alimentares. Graças às pesquisas de âmbito nacional é possível constatar que, desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, no início da década de 80, os índices de aleitamento materno no país vêm aumentando gradativamente, mas ainda se encontram aquém do considerado satisfatório.



Contudo, vale ressaltar que os eixos estratégicos possuem seus respectivos monitoramentos, para dar apoio à Política Nacional de Aleitamento Materno, conforme apresentado na forma a seguir:

A Rede Amamenta e Alimenta Brasil possui um Sistema de Gerenciamento de Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigentes, onde o Estado e o Município são os responsáveis pela alimentação de dados dos referidos sistemas.

Todas as ações planejadas e realizadas nas UBS's são inseridas, cabendo ao tutor das UBS's informar as oficinas de trabalho e as atividades complementares realizadas, o número de profissionais envolvidos, os planos de ação, entre outras informações.

Para que se possa posteriormente avaliar os resultados de possíveis mudanças nas práticas alimentares, também são utilizados os indicadores de aleitamento materno e de alimentação complementar, exposto nos relatórios gerados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan-web para crianças de zero a 24 meses, ou por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Na Iniciativa Hospital Amigo da Criança os estabelecimentos de saúde habilitados, são submetidos anualmente à auto-avaliação constante no sistema de informação do próprio Ministério da Saúde, com o apoio das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e das Secretarias Municipais de Saúde.

O Monitoramento da IHAC ocorre através da coleta de dados realizados a partir das respostas dadas aos questionários aplicados junto ao corpo clínico, pacientes, dentre outros, anualmente. Tais questionários, bem como o relatório de suas análises são lançados posteriormente por uma responsável cadastrada no sistema de informação do Ministério da Saúde, denominado de Portal Saúde da Criança da DATASUS.

Há um período para que seja liberado o sistema para lançamento dos referidos dados, que ocorre entre o primeiro e o último dia útil do ano seguinte, ficando a critério do estabelecimento de saúde preencher o questionário de auto-avaliação, no período que considerar mais adequado. Ou seja, o sistema de informação do Ministério da Saúde é fechado no último dia de cada ano, e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente. Após esse período, é divulgado o relatório pelo Ministério da Saúde às

Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança de todo o país.

Os dados inseridos no portal saúde da criança advêm da avaliação sobre o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, bem como, do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância – NBCAL, da estratégia do Método Canguru, Mulher Trabalhadora, dentre outros. Assim, com base nos dados inseridos no Portal Saúde da Criança, o Ministério da Saúde realiza o monitoramento e emite relatório do diagnóstico da aplicação e execução da política pelas unidades executoras.

Esse monitoramento é contínuo, pois a cada três anos, os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC devem ser reavaliados, agora de forma presencial, pelas Secretarias de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncias sobre irregularidades.

Para a realização das reavaliações e monitoramento, a Secretária de Saúde nomeará dois avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado. Os avaliadores deverão ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar, para fins de corrigir as incongruências.

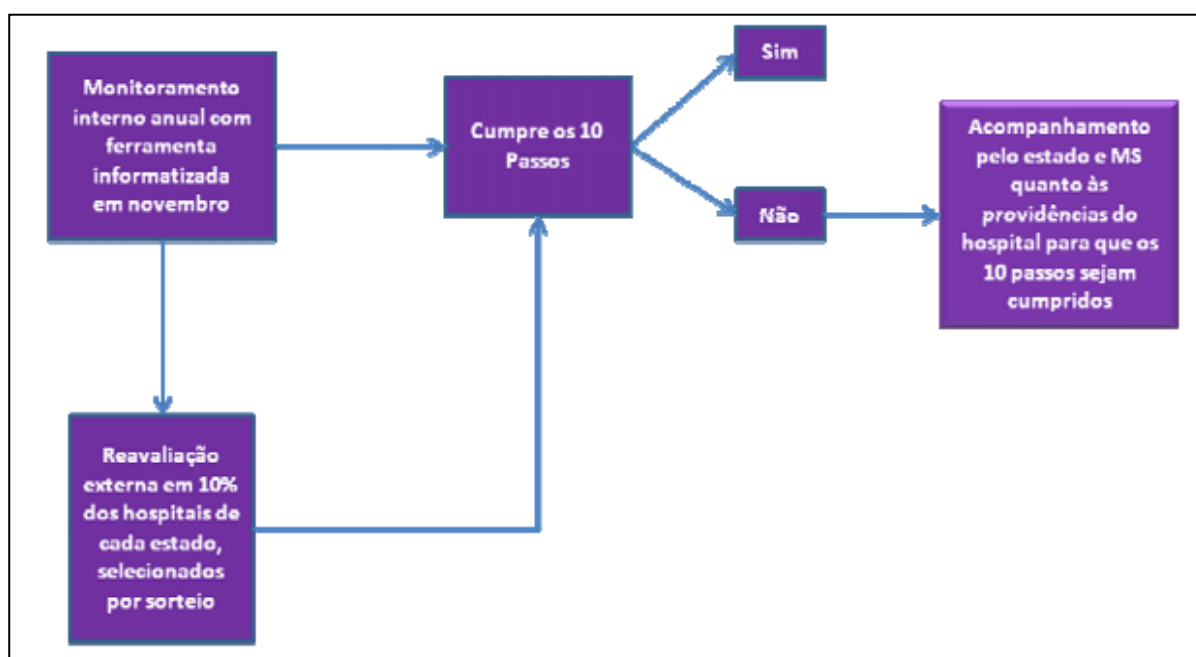
O resultado final dessa reavaliação trienal deverá ser registrado no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipal de Saúde, bem como o estabelecimento de saúde reavaliado.

Constatado, por ocasião da reavaliação, qualquer prática negativa quanto à amamentação ou o não cumprimento das diretrizes, será concedido o prazo de até seis meses para fazer as adequações necessárias, e posterior submissão a uma nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos. Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até três meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pelas Secretarias dos Estados ou do Distrito Federal. Na hipótese do estabelecimento de saúde continuar não cumprindo as diretrizes da estratégia o Ministério da Saúde indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação, e caso não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado.

No caso do local onde se dará a presente pesquisa de campo, qual seja no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, ainda não ocorreu a referida avaliação, pois a visita dos avaliadores está prevista para este ano de 2017.

Muito embora sempre tenha sido uma exigência a realização de um processo avaliativo das atividades desenvolvidas pelo IHAC, os lançamentos dessas informações no processo de monitoramento *online* somente ocorreram a partir de 2013, quando foi disponibilizado o referido sistema pelo Ministério da Saúde.

Figura 12 – Fluxograma de monitoramento da IHAC



Fonte: Portal Saúde - 2017 -

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/513-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/11-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10383-publicacoes>.

Para o monitoramento do método Canguru, o Ministério da Saúde disponibiliza formulários para preenchimento de dados, os quais serão analisados por um integrante do Ministério da Saúde por ocasião de sua visita *in loco*. As informações exigidas pelo referido formulário são as seguintes: morbidade e mortalidade neonatal; taxas de reinternação; crescimento e desenvolvimento; grau de satisfação e segurança materna e familiar; prevalência do aleitamento materno; desempenho e satisfação da equipe de saúde; conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança e tempo de permanência hospitalar.

O monitoramento nos Bancos de Leite humano é realizado pela Rede Brasileira de Banco de Leite Humano/Fiocruz e pela Rede Global de Bancos de

Leite Humano (rBLH), através da inserção mensal, nos sistema de produção, dos dados cadastrais, produção e ações externas dos Bancos de Leite e postos de coleta espalhados pelo país. Esse sistema promove uma ação reguladora, que avalia o funcionamento das unidades dentro de padrões já normatizados.

Com base nas informações contidas no sistema de produção, Rede Global de Bancos de Leite humano, coordenado pela Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz, com o apoio da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e do Ministério da Saúde, visa verificar através das informações lançadas no sistema o grau de conformidade dos Bancos de Leite, assim estando em conformidade é concedida uma certificação na categoria de Banco de Leite, onde a certificação possui as seguintes classificações: ouro, prata e bronze.

Na pesquisa de campo, foi possível detectar que o Banco de Leite Humano do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, não recebeu nenhum dos referidos certificados em razão da ausência de um procedimento o crematócrito que avalia a caloria do leite materno, porém tal equipado já foi adquirido e já está em uso desde dezembro de 2016.

Portanto, as avaliações da certificação estão direcionadas, para a qualidade do serviço oferecido, equipamentos, qualificação profissional, produção, volume de leite coletado e recursos humanos.

Todos os Bancos de Leite, recebem da coordenadora estadual o relatório informando quais os pontos positivos e negativos para fins de implementar uma correção das condutas.

Por outro lado, a Vigilância Sanitária Estadual também age ativamente no monitoramento dos Bancos de Leite humano, na avaliação dos atos e condutas realizados em todos os processos fundamentados pela RDC/ANVISA nº 171/2006.

Portanto, percebe-se que o monitoramento realizado diretamente pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Distritais, ocorre de modo insuficiente em períodos muito distantes, fato que dificulta a definição dos indicadores, das metas para os índices de prevalência de aleitamento. Embora o ideal seja que o monitoramento ocorra continuamente, para mostrar se houve progresso, quais as incongruências que precisam ser estabelecidas, a eficiência e eficácia da implementação da política, programas e os eixos estratégicos.

Por fim, no que tange aos eixos estratégicos, constatou-se que todos atuam de modo interligado, com atuação compartilhada, podendo inclusive coexistirem em

uma mesma unidade hospitalar – sendo este o ideal – para fins de levar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento e ao combate às práticas negativas, que impedem os recém-nascidos de usufruir dos inúmeros benefícios do aleitamento materno. O Hospital Regional Materno Infantil, local de estudo dessa pesquisa, possui dentro de suas instalações todos os eixos explanados a partir do item 3.2 até o item 3.7, exceto o eixo da Atenção Básica.

## **2.8 Atribuições dos Governos Federal, Estadual e Municipal Sobre a Aplicação da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**

As atribuições para os entes da federação brasileira (União, Estados e Municípios) são estabelecidas de modo hierarquizado, onde cada unidade da federação tem responsabilidades próprias e definidas, com um objetivo em comum de promover a atenção integral à saúde da criança e atingir um crescente índice populacional, com práticas de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses, especialmente com a população mais suscetível e vulnerável.

A divisão das atribuições segue a mesma linha divisória do SUS. Os municípios dedicam-se aos serviços de atenção básica à saúde e prestar outros serviços em seu município, com a parceria dos Governos Estadual e Federal, devendo também colaborar com a aplicação das políticas nacionais e estaduais, aplicando no mínimo 15% de sua receita própria.

Portanto, os governos municipais devem promover ações políticas de incentivo ao aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde - UBS e Postos de Saúde da Família – PSF's com acompanhamento, orientação e trabalho preventivo junto às gestantes, seja individualmente ou em parceria com os hospitais e Secretarias Estaduais. Afinal, os governos municipais podem atingir um maior número populacional, pela sua maior proximidade com o público alvo.

Aliás, a eficácia e eficiência da política nacional de aleitamento materno dependem essencialmente das ações dos profissionais de UBS e PSF, envolvidos no contato assistencial com as mulheres lactantes, na propagação das ações necessárias para que se tenha a prevalência do aleitamento materno.

Os governos estaduais, através de sua Secretaria Estadual de Saúde estabelecem estratégias e ações políticas diretamente nos seus hospitais estaduais e regionais, dedicando no mínimo 12% de sua receita para a saúde.

As Secretarias Estaduais de Saúde, através de seus hospitais regionais, atuam no processo de qualificação, capacitação e propagação para profissionais de saúde ou diretamente às mães, implementando ações de incentivo ao aleitamento materno, seja sozinho ou em parceria com os postos de saúde municipais. Vários treinamentos podem ser desenvolvidos, que vão desde o manejo técnico individual da amamentação, até as capacitações que envolvem a postura de profissionais perante as lactantes e os recém-nascidos.

Destaque-se que nos treinamentos promovidos pelos hospitais regionais estaduais, há ações direcionadas para aprimorar as rotinas hospitalares com a parturiente e seu recém-nascido, como implemento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC.

Seja fora ou dentro dos hospitais regionais estaduais, os governos estaduais possuem a atribuição de promover a criação e qualificação dos Bancos de Leite Humano – BLH, onde ocorrem as coletas, processamento, armazenamento e dispensação, por meio de técnicas rigorosas e com respaldo científico.

Os governos estaduais têm o dever e a atribuição de investir recursos financeiros e esforços políticos nos BLH, sobretudo, nas maternidades de referência regional preparadas para atender as gestações de alto risco, equipadas com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, vez que têm a oportunidade de atuar com os recém-nascidos prematuros, que são os principais consumidores do leite materno armazenado.

Os Bancos de Leite Humano atuam ainda nos treinamentos, capacitação e monitoramentos da aplicação das políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno, especialmente no combate ao uso de outros alimentos antes dos seis primeiros meses, além do leite materno.

Portanto, percebe-se que os governos estaduais, através de suas Secretarias Estaduais, possuem o relevante papel de promover o processo de qualificação e diagnósticos das ações dos profissionais envolvidos na promoção e manutenção do aleitamento materno, dentro das unidades hospitalares, que é um dos objetivos desta pesquisa.

Considerando que o Governo Federal atua nas áreas de maior complexidade, a sua atribuição está voltada para desenvolver as articulações nacionais de incremento e desenvolvimento em todas as áreas de saúde, relativos ao aleitamento materno.

A União, através do Ministério da Saúde, tem a responsabilidade de planejar e criar estratégias nacionais para as atividades voltadas à alimentação de lactantes e crianças na primeira infância, ampliando e aperfeiçoando as políticas públicas de incentivos e prevalência do aleitamento materno, baseadas em metas e padrões internacionais.

Além de desenvolver as políticas nacionais, o Governo Federal possui o dever de supervisionar e monitorar a sua aplicação e respeito às normas e regras previamente estabelecidas, a exemplo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Isto é, supervisionar os padrões de treinamento dos profissionais em saúde e das legislações de proteção às práticas de alimentação infantil.

É relevante que o Ministério da Saúde efetue periodicamente a coleta de dados para que seja possível avaliar os indicadores de monitoramento relacionados aos programas e aos resultados relativos aos comportamentos alimentares, a fim de que se possa corrigir os destinos e os objetivos da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, sobretudo, nos ambientes amigos da criança.

Considerando que nenhuma política pública subsiste sem o correspondente recurso financeiro, destaca-se que a União também tem a atribuição de alocar em seu orçamento recursos públicos necessários, bem como, desenvolver incentivos financeiros para que os Estados e Municípios consigam cumprir as suas atribuições.

Portanto, percebe-se que todas as atribuições dos Governos Federal, Estadual e Municipal são interdependentes e essenciais para que os índices de prevalência de aleitamento sejam elevados, para que as perspectivas estabelecidas para o aleitamento materno sejam alcançadas.

## **2.9 A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC: Estratégia da Política Nacional de Aleitamento Materno**

Considerando que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança é uma estratégia do eixo Atenção Hospitalar, pertencente ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, torna-se relevante que se analisem os seus objetivos, estrutura, funcionamento e financiamento, para que se possa ter elementos para aferir a sua aplicabilidade e execução na unidade hospitalar investigada.

O objetivo da IHAC consiste em combater as práticas hospitalares negativas, que afastam o recém-nascido do leite materno, tais como a utilização desnecessária de leites industrializados, mamadeira, chupetas, dentre outras. Para tanto, são estabelecidas alguns critérios, normas e sugestões de rotinas a serem seguidos, conforme descrito no item 2.5 e as normas e sugestões de rotinas disponíveis no anexo C desta pesquisa.

Os 10 (dez) passos para o Sucesso do Aleitamento Materno citados são recomendações que fomentam a amamentação, a partir de práticas e orientações que vão desde o atendimento no pré-natal, no trabalho de parto e na internação após o nascimento com vida, assim como no retorno ao domicílio por meio das ações existentes dentro dos demais eixos estratégicos.

Ademais, a estratégia hospitalar IHAC é incentivar o parto normal humanizado, reduzindo o número de cesarianas. Percebe-se que os 10 passos estão estruturados para combater os aspectos negativos ocorridos ao longo da história. Portanto, para entender e estabelecer os objetivos da IHAC é imprescindível avaliar o contexto social de saúde pública trilhado em cada passo.

Neste aspecto, importa ressaltar que a OMS e o UNICEF produziram 05 módulos contendo normas e diretrizes que servem para orientar a implementação da estratégia IHAC. O conteúdo de cada um deles está descrito conforme apresentação abaixo. Vejamos:

Módulo 1: Histórico e Implementação, 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: A implementação em âmbito Nacional, Implementação em âmbito Hospitalar, Critérios Globais da IHAC, Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, Expansão da IHAC e Opções de Integração.

Módulo 2: Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Módulo que oferece um curso para gestores, adaptação do curso já existente pela 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”.

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: Orientações para Facilitadores do Curso e Lista de Conferência.



Módulo 4: Autoavaliação 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: Instrumentos de Autoavaliação Hospitalar, Orientações e Instrumentos para Monitoramento.

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 para 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.

Fontes, Referências e Websites. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008, grifo nosso).

Assim sendo, o módulo 04, apresenta dados que permitem reconhecer e aferir se a unidade hospitalar está cumprindo com sucesso os dez passos preconizados, portanto é necessário que seja alcançado e comprovado o cumprimento de no mínimo 80% dos passos estabelecidos. Os referidos módulos podem ser encontrados na Biblioteca virtual em Saúde, do Ministério da Saúde e Rede Brasileira de Banco de Leite.

No Brasil a IHAC estava estruturada em apenas 323 hospitais em 2014, segundo dados do portal da UNICEF, e no ano de 2016 foi para 326 hospitais credenciados, segundo a Biblioteca virtual em Saúde, do Ministério da Saúde.

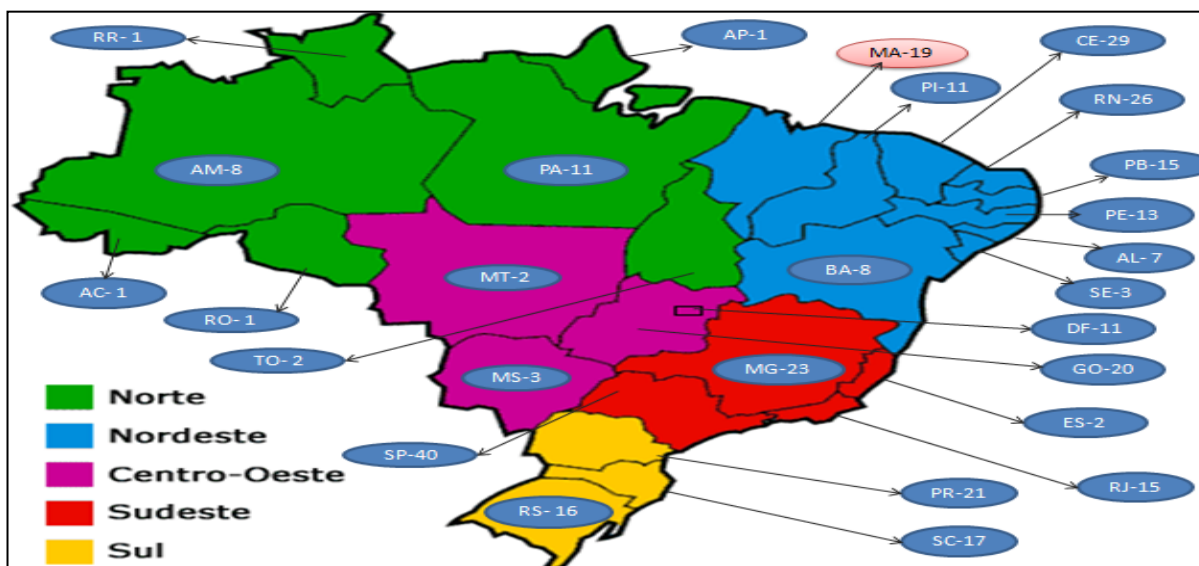
Portanto, percebe-se que no universo de tantos hospitais espalhados por todo o país, ainda é muito aquém a quantidade de hospitais com o título IHAC, sendo que somente 3 hospitais foram credenciados nos 2 (dois) últimos anos, na cidade de Goiânia/GO, a Maternidade Dona Iris, e na cidade de Caxias do Maranhão, a Maternidade Carmosina Coutinho, e por último na cidade de São Paulo/SP, no Hospital Estadual Vila alpina. Vale informar, a título de esclarecimento, que até a data de realização da presente pesquisa somente existiam 326 hospitais credenciados como Hospital Amigo da Criança.

Os hospitais credenciados possuem características distintas, para Lamounier (2008), principalmente por serem instituições que tem garantido às mulheres tanto no hospital como fora, a continuidade ao aleitamento materno exclusivo

O mapa a seguir, apresenta uma visão panorâmica da distribuição dos hospitais existentes nos Estados e Regiões do Brasil, em 2016. Percebe-se que a região Nordeste possui o maior número de hospitais credenciados 132 (cento e trinta e dois), São Paulo é o Estado com maior número de HAC, perfazendo um total de

40 (quarenta) hospitais, ao passo que o Acre, Amapá, Rondônia e Roraima tem o menor número, apenas 01(um) por estado.

Figura 13 – Distribuição dos HAC no Brasil 2016 - Total de 326 Hospitais Credenciados

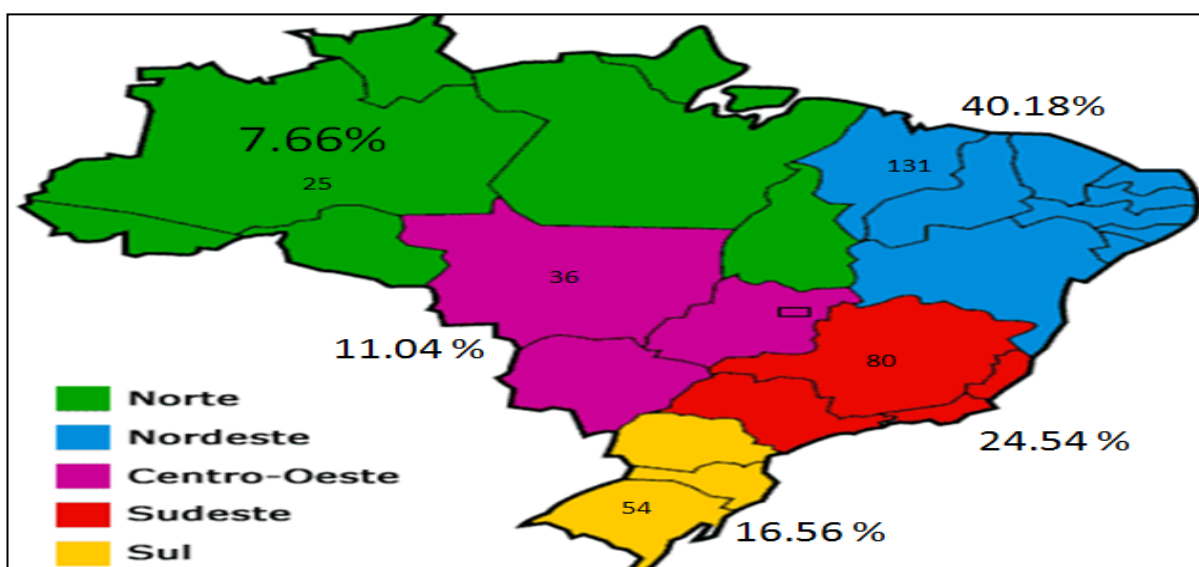


Fonte: Adaptação da Autora - HOSPITAIS-HAC-2016 -

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>

Se essa distribuição for colocada em termos percentuais, ter-se-á a distribuição dos hospitais amigos da criança (HAC) nas regiões brasileiras estruturadas conforme mapa a seguir.

Figura 14 – Credenciamento por Região - Porcentagem dos hospitais credenciados por região



Fonte: Adaptação da Autora - HOSPITAIS-HAC-2016 -

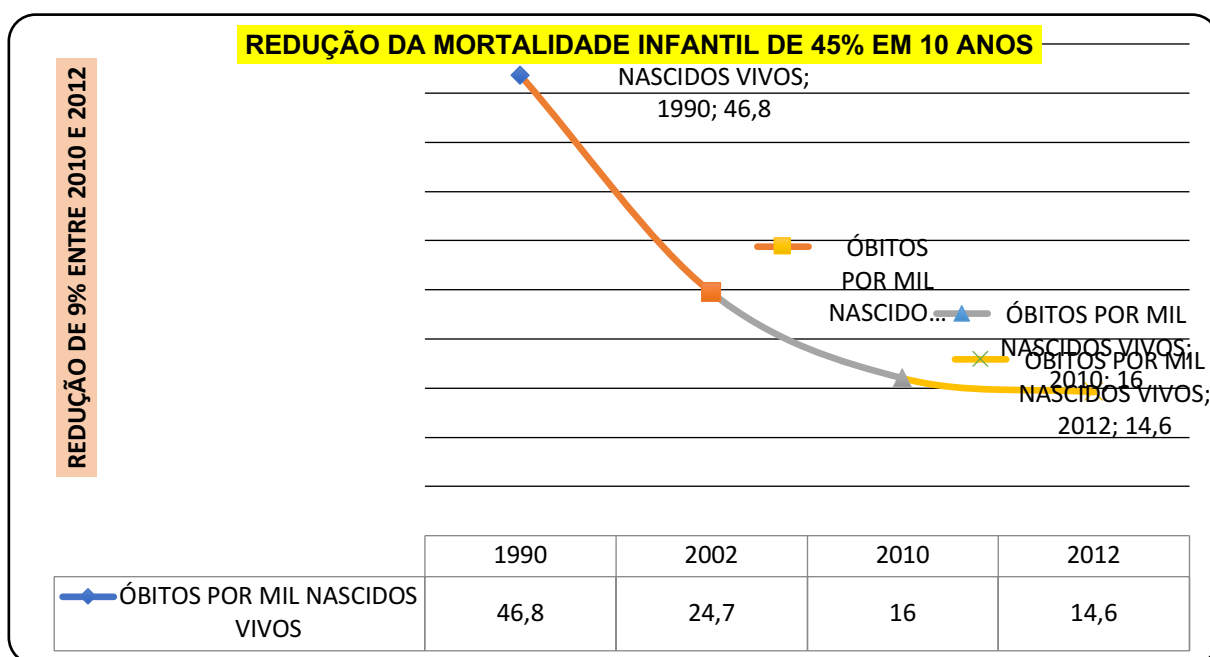
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>

Dos hospitais credenciados na IHAC 40% (quarenta por cento) encontram-se na região Nordeste. Percebe-se, portanto que na mesma região, dados estatísticos coletados pelo UNICEF, a Região Nordeste teve maior queda da mortalidade na infância, com 77% (setenta e sete por cento) nos últimos 22 (vinte e dois) anos, passando de 87,3 para 19,6 óbitos por mil nascidos vivos.

A redução da mortalidade infantil nos Estados da Região Nordeste ocorreu nos seguintes percentuais: Alagoas com 84% (oitenta e quatro), Ceará 82% (oitenta e dois), Paraíba e Pernambuco 81% (oitenta e um) e Rio Grande do Norte com 79% (setenta e nove), isso de acordo com o número de nascidos vivos por Estado. Nos referidos Estados, soma-se 131 (cento e trinta e uma) unidades credenciadas como Hospitais Amigo da Criança.

Segundo dados do UNICEF, o Brasil conseguiu atingir a 4ª (quarta) meta dos objetivos do milênio (ODM), reduzindo a mortalidade de crianças menores de 5 anos em 2/3 (dois terços) até 2015 a meta proposta para este ano era de 15 óbitos por nascidos vivos, pois para o ano de 2012 já havia ocorrido uma redução de 9%, conforme demonstra o gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Redução da taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) no período de 1990 a 2012.



Fonte: Redução da mortalidade na infância no Brasil

Embora o UNICEF reconheça que o aleitamento materno tenha contribuído significativamente para a redução da mortalidade infantil, em razão dos seus benefícios já comprovados cientificamente, observa-se que tal prática não foi à única causa dessa redução, considerando as inúmeras origens da mortalidade que não poderiam ser combatidas com aleitamento materno, tais como a má formação congênita, transtorno respiratório e cardiovascular, dentre outros.

Assim sendo, embora não se consiga estabelecer com precisão, qual o percentual de redução da mortalidade infantil que foi ocasionado com o aumento dos índices de aleitamento materno exclusivo ou com a elevação dos números de hospitais credenciados, pode-se afirmar que o aleitamento materno, incentivado pela PNAM, teve relevante contribuição, em razão de sua influência positiva nos momentos em que a sociedade foi afligida por doenças de massa, das pesquisas já desenvolvidas e principalmente por conta dos inúmeros benefícios dos componentes do leite materno, apontados no item 2.2 desta pesquisa.

### 2.9.1 Do financiamento público da estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC

Como forma de financiar a estratégia IHAC, as unidades hospitalares credenciadas, recebem benefícios financeiros do Ministério da Saúde, acréscimos de valores nos procedimentos obstétricos<sup>2</sup>, atendimento pediátrico<sup>3</sup> durante o parto e pós-parto.

Nesse sentido, conforme portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, em seu anexo II, consta a tabela de procedimentos clínicos, com o respectivo percentual de incremento em hospital amigo da criança:

Tabela 8 – Procedimentos clínicos e percentuais de incremento

<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>%Incremento</b>
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%

<sup>2</sup>Procedimento obstétrico: aquilo que é referente à obstetrícia: parte da medicina que estuda o parto, portanto procedimento obstétricos estão relacionados ao parto.

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido (Guia para os Profissionais de Saúde) - v.1º.(2011).

04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano com Laqueadura Tubária	8,5%

Fonte: Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014.

Portanto, ressalte-se que o financiamento e incentivo público, para a estratégia IHAC, ocorrem mediante a quantidade de ações realizadas dentro da maternidade, as quais são comprovadas através de registros nos prontuários dos pacientes, por meio de acréscimos aos valores repassados pelos SUS de expressivos percentuais de até 17%, que possibilitam a elevação das receitas hospitalares, transferidas aos Estados e aos Municípios que possuem unidades credenciadas.

### **3 A APLICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO EM IMPERATRIZ: RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO E SUGESTÕES**

#### **3.1 Metodologia e Pesquisa de Campo**

A metodologia utilizada no desenvolvimento dessa dissertação consubstancia-se numa pesquisa aplicada, exploratória e quantitativa. Quanto às técnicas de procedimentos utilizados foram um estudo de caso e da utilização de documentos bibliográficos e documentais, com abordagem dos aspectos teóricos, conceituais da Política Nacional de Aleitamento Materno, e seus desdobramentos no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e os respectivos eixos estratégicos, expressos por meio de bibliografia especializada, sites especializados consultados, revistas científicas, documentos oficiais, dentre outros.

Utilizou-se também como material didático de referência e apoio para realização deste feito, o livro *Trabalhos acadêmicos: planejamento, execução e avaliação*.

Ante os objetivos, que orientam a presente pesquisa, utilizou-se do método de observação e de coleta de dados e de informações, disponíveis em sites do Governo Federal, como o Ministério da Saúde, portal saúde, portal da IHAC, portal do UNICEF e da OMS, Rede Brasileira de Banco de Leite, dentre outras fontes oficiais e doutrinárias.

Dentre os eixos estratégicos, foi dada ênfase para o eixo da atenção hospitalar Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), para analisar o seu funcionamento e resultados dentro do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, bem como sua abrangência de atendimento.

Ressalte-se que os questionários que foram utilizados nessa pesquisa são os questionários oficiais do Ministério da Saúde, que avalia os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e fazem parte do módulo 04 dos Instrumentos de Auto-avaliação Hospitalar do próprio Ministério da Saúde. Portanto, são os mesmos utilizados para o credenciamento e monitoramento do hospital que pretende receber ou permanecer com o título Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Para cada um dos dez passos, existe um conjunto de perguntas correspondentes, com as opções de respostas: sim ou não.

Os questionários foram aplicados junto aos coordenadores do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, que são os profissionais de saúde que atuam diretamente com o processo do programa IHAC, assistencialistas. Os questionários constam no anexo desta dissertação. Anexo – A

Após aplicação, os dados foram sistematizados, analisados e descritos os seus resultados com o uso de uma abordagem quantitativa, através de inferências para análise geral da presente pesquisa. Foram elaborados gráficos, tabelas e quadros, facilitando a compreensão dos resultados encontrados.

Também foi realizada a análise de informações obtidas nos cadernos de admissões das pacientes, para identificarmos a origem das mães que são atendidas no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, no período de julho do ano de 2016 a fevereiro do ano de 2017 a fim de que se possa identificar sua abrangência territorial de atuação quanto ao atendimento. Por conseguinte, os resultados dessa análise subsidiarão o mapeamento do espaço territorial alcançado pelo programa IHAC.

A estrutura do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, suas normas, assim como os critérios e as rotinas desenvolvidas, no que tange ao Programa do IHAC, encontra-se em conformidade com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Antes da aplicação dos questionários, foi realizado um agendamento com os coordenadores do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA para apresentar a pesquisa de maneira geral, em seguida foram entregues os questionários. Apêndice A.

Portanto, a presente pesquisa utilizou o mesmo parâmetro oficial do Ministério da Saúde, para detectar se o funcionamento e resultados encontram-se satisfatórios e de acordo com as diretrizes e normas da IHAC.

Saliente-se que no período selecionado para realização da pesquisa, está delimitado por constatar que nesse intervalo não houve intercorrências em outros Municípios que interferissem nos resultados dos dados, como paralisação do serviço público nos estados circunvizinhos à cidade de Imperatriz Maranhão que pudessem precisar dos auxílios do hospital regional materno infantil.

### **3.2 Estrutura e Organização do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA para Aplicação da Estratégia de Iniciativa do Hospital Amigo da Criança – IHAC, sob a ótica das normas e critérios do ministério da saúde e do UNICEF**

O Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA consiste num hospital público estadual, que presta um serviço de referência em gestação de alto risco e neonatologia, com uma média de 600 partos por mês, realizando atendimentos de alta complexidade, além de procedimentos laboratoriais e ambulatoriais, atendendo parturientes não apenas de Imperatriz, mas também de outras três localidades.

Estruturalmente é composto por 82 (oitenta e dois) leitos obstétricos que se encontram destinados às parturientes que dão entrada para atendimento naquele estabelecimento de saúde. As parturientes quando são atendidas, passam por uma conduta de triagem para identificação do estado clínico em que elas se encontram, podendo, após a triagem, retornarem para suas casas ou serem conduzidas para internação, podendo evoluir para um parto cesariana, normal, a realização de uma curetagem ou acompanhamento de gestante que se encontra em risco de parto prematuro.

Desde 2001, o HMI possui o título de Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Ministério da Saúde e UNICEF aos hospitais que desenvolvem ações de incentivo, promoção e proteção ao aleitamento materno.

O Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA possui ainda 60 (sessenta) leitos destinados para os neonatos nascidos na maternidade, dentre estes, 6 (seis) leitos são destinados para a realização do Método Canguru. Além dos leitos, o referido hospital disponibiliza para atendimento ao público materno/infantil as seguintes especialidades:

- ✓ Atendimento Ambulatorial
- ✓ Atendimento Nutricional
- ✓ Consultas de enfermagem\* 24horas
- ✓ Consultas de fisioterapia
- ✓ Consultas ginecológicas\* 24horas
- ✓ Consultas obstétricas \* 24horas
- ✓ Consultas oftalmológicas
- ✓ Consultas pediátricas\* 24horas



- ✓ Consultas psicológicas
- ✓ Atendimento de Fonoaudióloga
- ✓ Atendimento de Fisioterapia
- ✓ Atendimento do Serviço social

Saliente-se que o atendimento prestado pelo HRMI não se restringe somente aos serviços médicos, pois o hospital possui dentro de sua área um Cartório de Registro Civil, onde os bebês são encaminhados para registro antes de deixarem a maternidade. Esses registros são realizados gratuitamente, conforme previsão legal.

Além de todo um atendimento médico prestado, também funciona como um centro de referência para o treinamento dos profissionais da região no que diz respeito ao método canguru, bem como para elaboração de cursos sobre aleitamento materno.

Portanto, diante da importância dessa unidade de saúde é que se a elegeu como local para o desenvolvimento desta pesquisa, com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços prestados no que tange à maternidade e à criança. Para tanto se avaliou o programa IHAC, que encontra-se em funcionamento, de modo que os resultados encontrados poderão subsidiar as tomadas de decisões dos gestores daquela unidade de saúde.

### **3.3 Resultados da Avaliação da Aplicação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC Através dos 10 Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno**

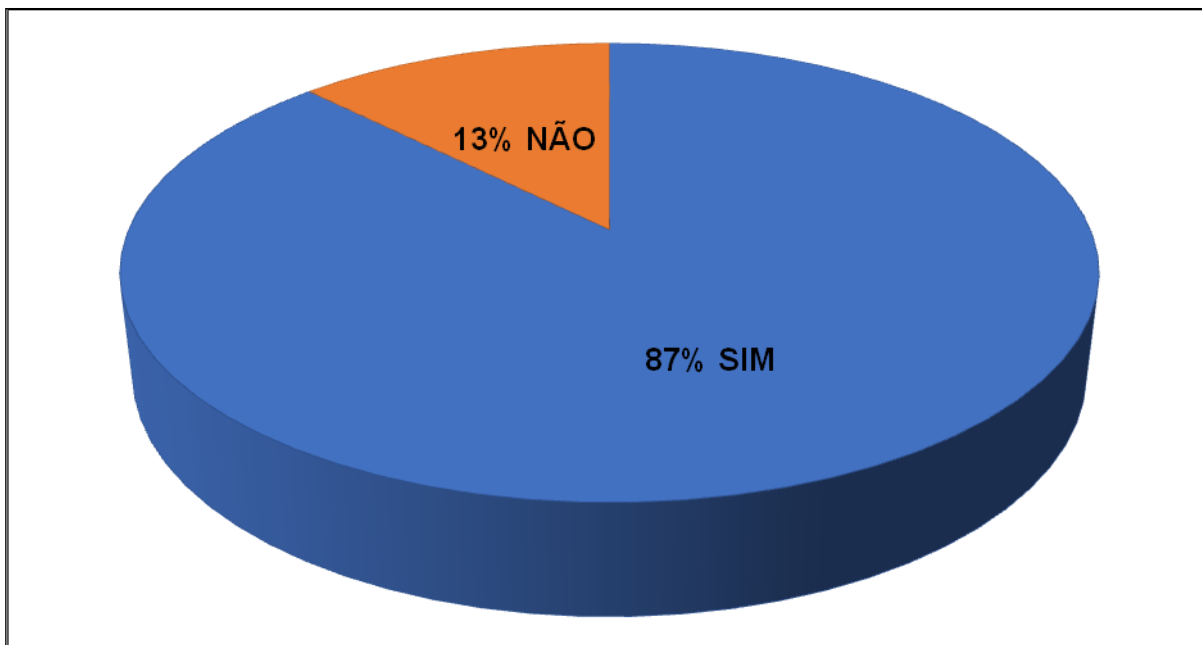
O presente item identifica, através dos resultados estatísticos demonstrados pelos gráficos abaixo, se os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno estão sendo cumpridos pela Unidade hospitalar.

Conforme porcentagem preconizada pela Política Iniciativa Amigo da Criança, o índice de 80% é o percentual considerado positivo para a confirmação do cumprimento do passo estabelecido.

Constam no apêndice C todos os questionários e suas respectivas perguntas, com a indicação individual dos percentuais das respostas obtidas, que passamos a avaliar individualmente.

### 3.3.1 Passo 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde

Gráfico 3 – Resultados das ações com cumprimento acima de 80% no 1º passo



Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas - 2017

O gráfico acima representa o resultado da análise de 8 questões relacionadas com a presença de orientações e rotina repassadas diariamente à equipe. Verifica-se que 87% das respostas estão acima do valor de referência de 80% e 13% estão abaixo desse valor de referência, ou seja, 87% do universo pesquisado responderam que o passo está sendo cumprido, e 13% responderam que não, conforme a individualidade de cada pergunta que correspondem ao passo.

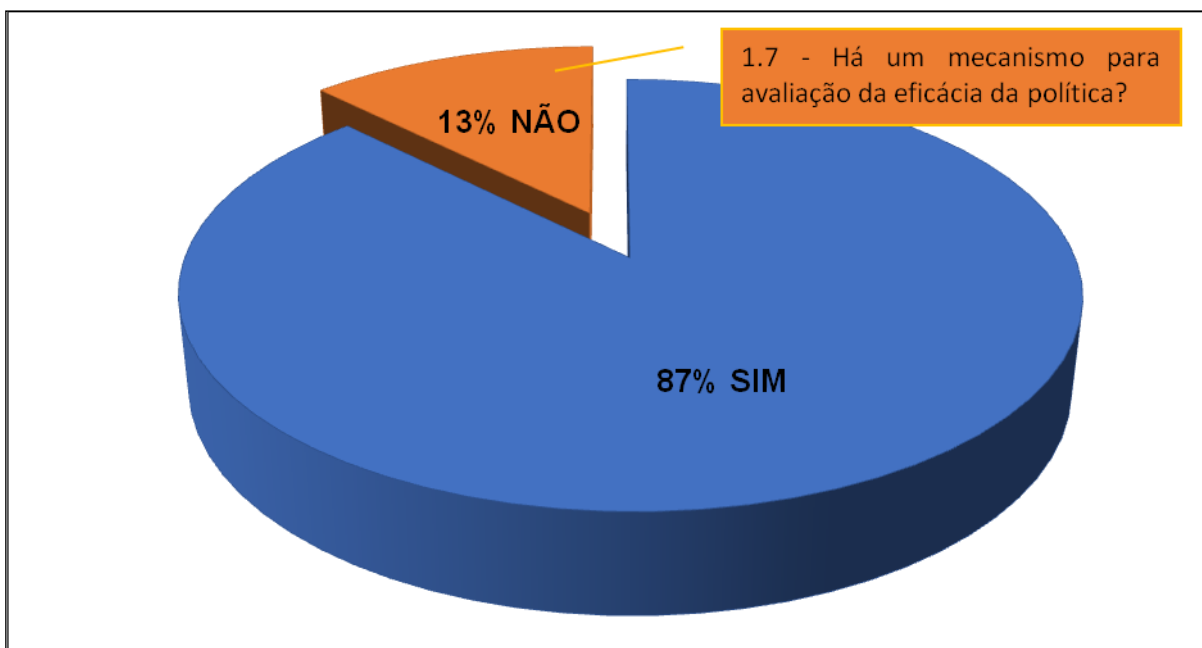
Portanto, 87% dos investigados afirmam que o HRMI possui uma política de aleitamento, protegendo as gestantes contra qualquer tipo de promoção de substitutos do leite materno ou oferta de mamadeiras, a política proíbe ainda que seja realizada a distribuição de brindes.

O resumo da política de aleitamento possui uma linguagem de fácil interpretação e está exposta em todas as áreas do hospital para consulta por toda a equipe e usuários, as normas e rotinas hospitalares relacionadas ao aleitamento materno estão em conformidade com as evidências científicas atuais.

O setor de Núcleo de Educação permanente, que responde pela elaboração de cursos e capacitações dentro da maternidade, apresentou a lista de frequências

dos funcionários comprovando a presença nos cursos ministrados dentro da unidade, arquivos de material educativo das palestras educativas sobre a importância do aleitamento materno e modelos de certificados, comprovando a execução das atividades de capacitação sobre a política IHAC.

Gráfico 4 – Item que não atingiu critério de 80% no passo 1.

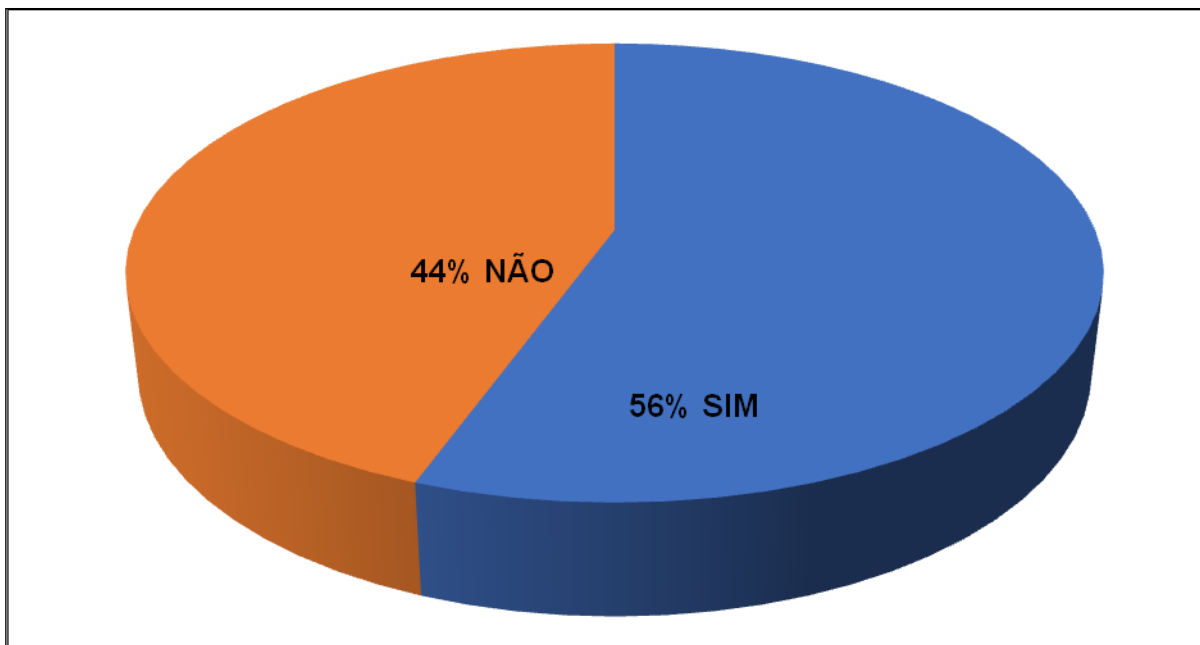


Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas – 2017

O que chamou a atenção no resultado do presente gráfico, é que o percentual de 13% refere-se à pergunta do item 1.7 do referido passo, que questiona quanto ao mecanismo para avaliação da eficácia da política, este item apresentou maior percentual negativo, e na sua individualidade não atingiu o critério de 80%, contribuindo, para a somatória de 13% dos percentuais negativos. Portanto, verifica-se que embora os profissionais sejam capacitados, os mesmos não são bem avaliados para saber se houve boa compreensão dos assuntos abordados.

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

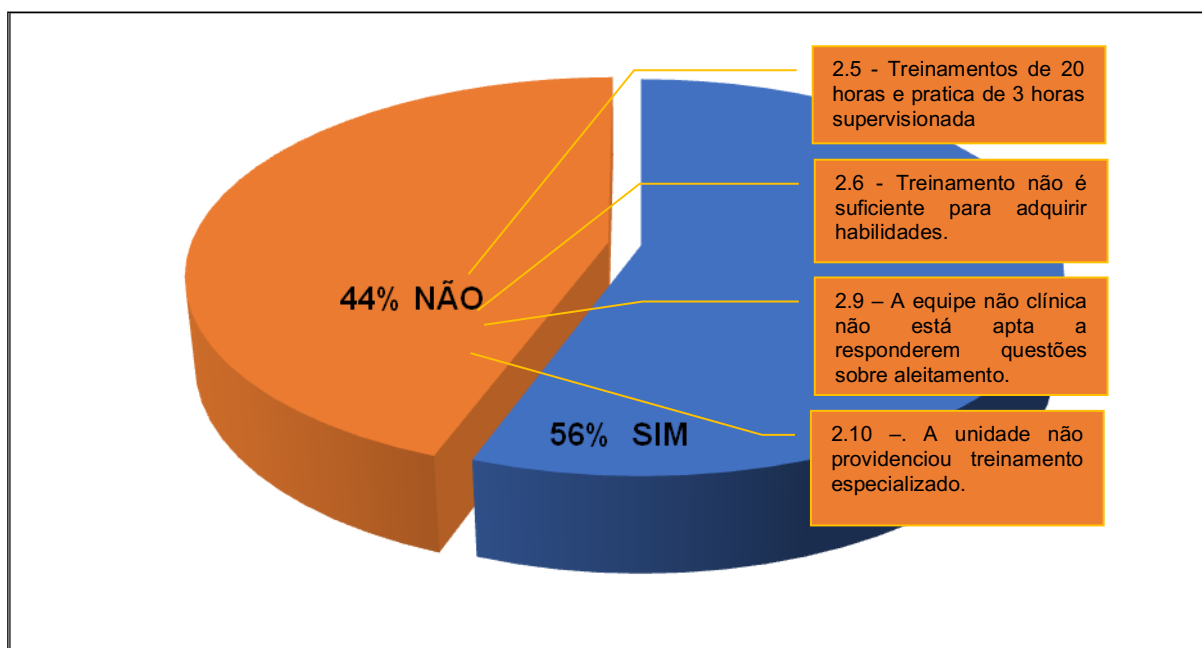
Gráfico 5 – Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 2º passo



Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas – 2017

O presente gráfico exprime o resultado da análise de 09 questões relacionadas sobre a capacitação da equipe de cuidados de saúde na prática para a implementação da política de aleitamento, 56% dos resultados correspondem às questões relacionadas aos integrantes da equipe clínica que cuida de gestantes de mães e bebês, os profissionais afirmam que estão aptos a responder questões sobre aleitamento, possuem familiaridade com a política de aleitamento por terem recebido treinamento após a contratação, abrangendo todos os 10 passos do sucesso do aleitamento e sobre o código de comercialização dos substitutos do leite materno.

Gráfico 6 – Itens que não atingiram o critério de 80% no passo 2

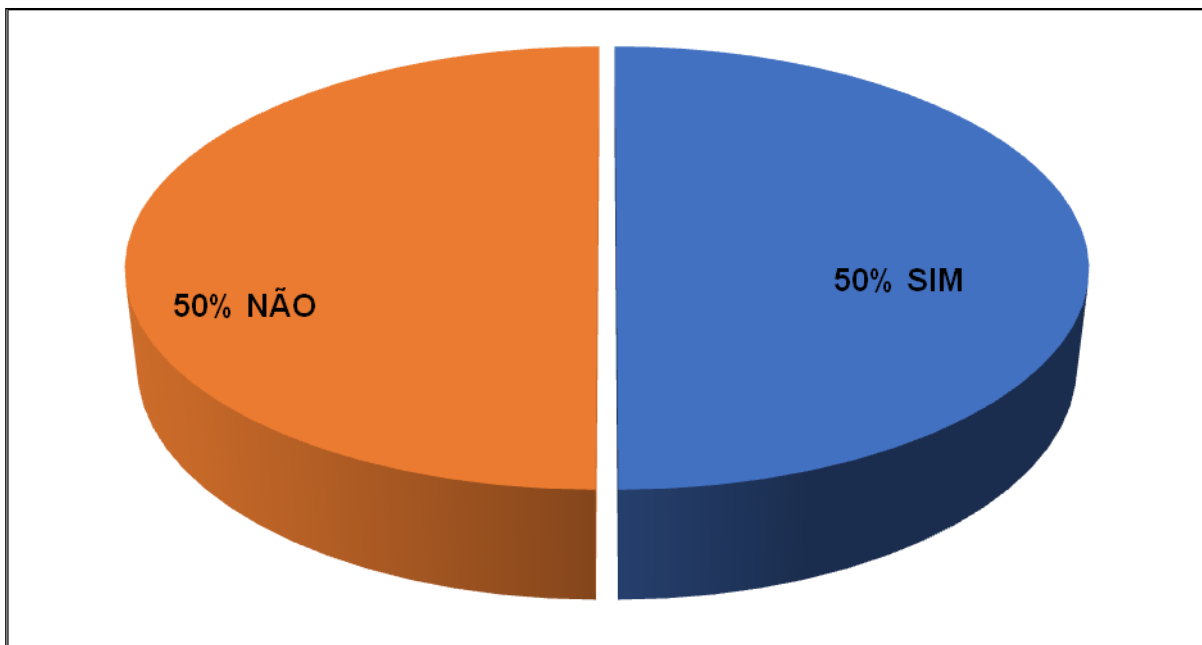


Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas – 2017

Do total dos pesquisados, 44% afirmam que a equipe hospitalar não clínica, tal como atendentes, funcionários administrativos, dos setores de copa e cozinha, dentre outros, não possui conhecimento suficiente para responder questões simples sobre aleitamento materno e que a quantidade de horas fornecidas para a capacitação aplicada também não é suficiente para que consigam ter habilidades para incentivar a amamentação, este passo não atingiu o índice mínimo de oitenta por cento.

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

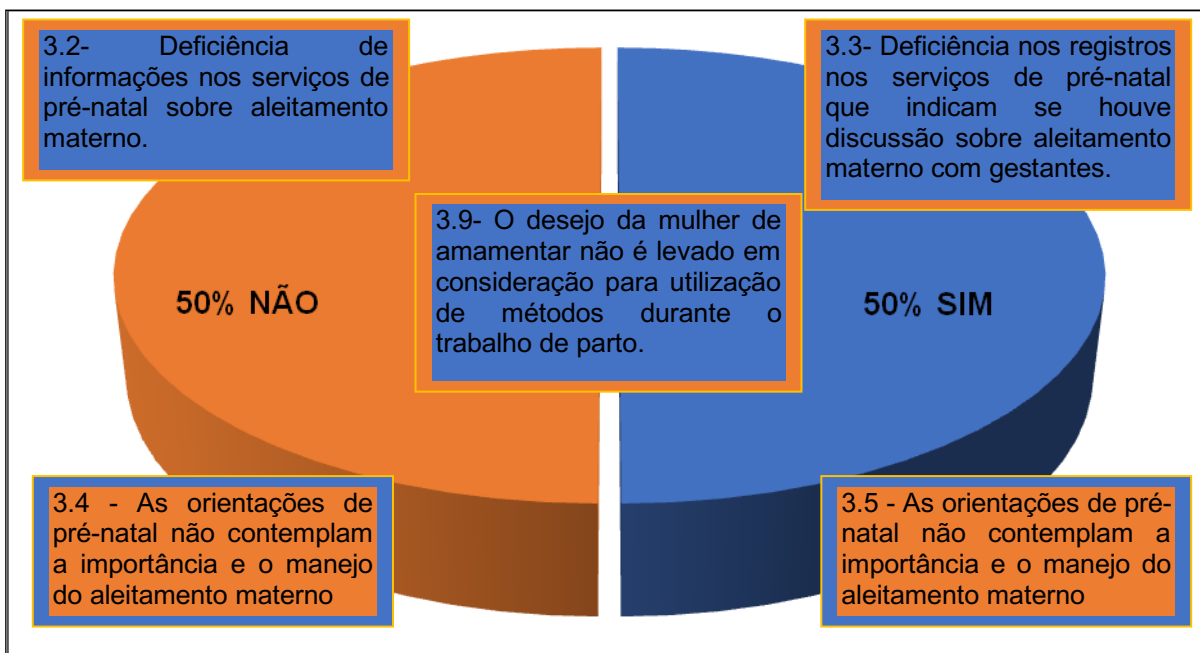
Gráfico 7– Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 3º passo



Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas - 2017

Para a aquisição da porcentagem do passo 3, 10 perguntas foram realizadas com direcionamento sobre a informação concedida às gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno, sobre os riscos das ofertas de complementos alimentares, nos seis primeiros meses de vida. 50% das respostas foram positivas e 50% negativas, tal exibição caracteriza o não cumprimento do passo, delineou-se abaixo os itens que desclassificaram o respectivo passo.

Gráfico 8 – Itens que não atingiram o critério de 80% no passo 3.

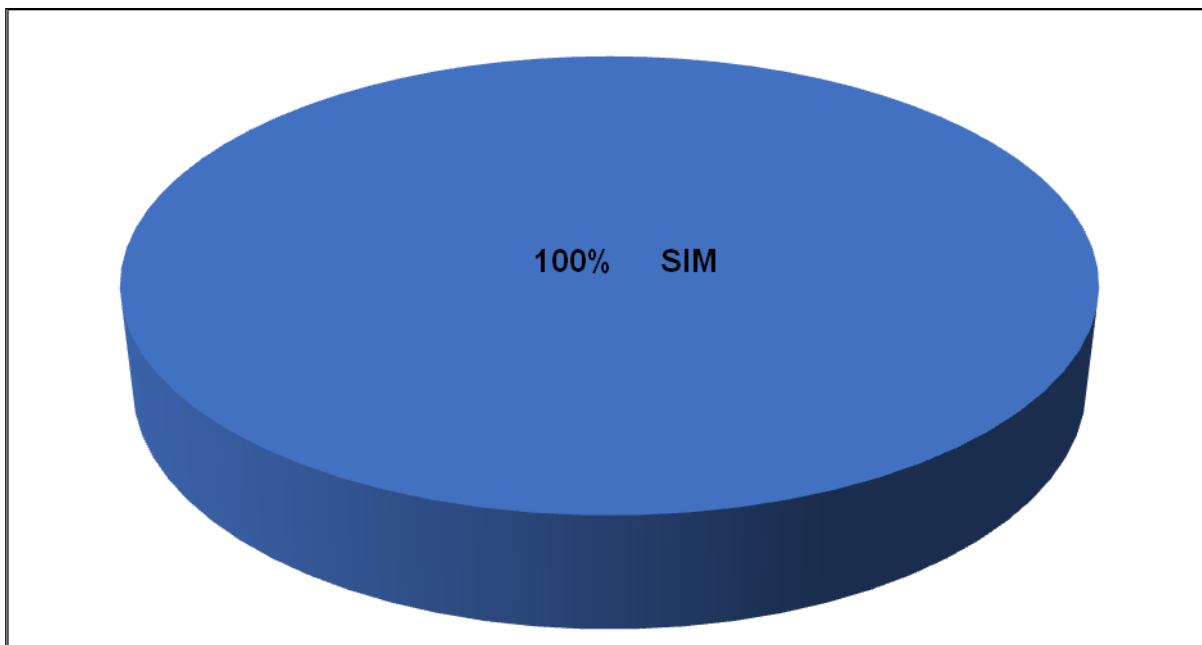


Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas – 2017

Diante do gráfico exposto 50% do resultado das questões foram negativas, alguns fatores foram observados principalmente no pré-natal, período que a gestante deve receber orientações que fortalecerão seus conhecimentos sobre a amamentação e sobre os benefícios do aleitamento materno, é relevante que no pré-natal a gestante seja orientada verbalmente e com entrega de informativos contemplando a importância de amamentar, e que sejam encaminhadas a um grupo de apoio como o banco de leite do HRMI, desta forma a gestante ao ganhar seu filho, estará mais preparada a iniciar a amamentação.

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

Gráfico 9 – Resultados das ações com cumprimento de 100% no 4º passo



Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas - 2017

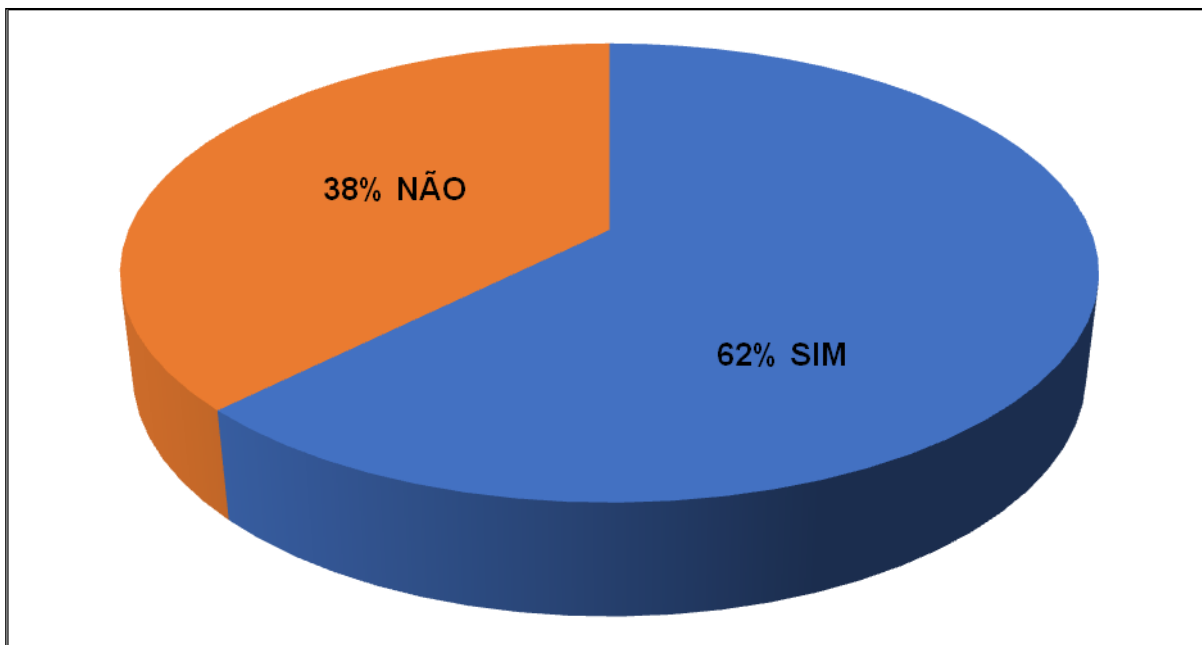
O Passo 4 alcançou 100% de respostas positivas, sendo considerado cumprido. Este passo referência ajuda oferecida às mães na iniciação da amamentação, de como e quando colocar o bebê em contato pele a pele, este passo contempla ainda o contato direto do bebê com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado.

Nesse passo verifica-se também, se o profissional está apto a reconhecer os sinais que demonstram se o bebê está pronto para mamar, incentivar a mãe a identificar os sinais de fome do bebê, colocar para mamar em posição e pega correta e oferecer ajuda sempre que necessário.



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

Gráfico 10 – Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 5º passo



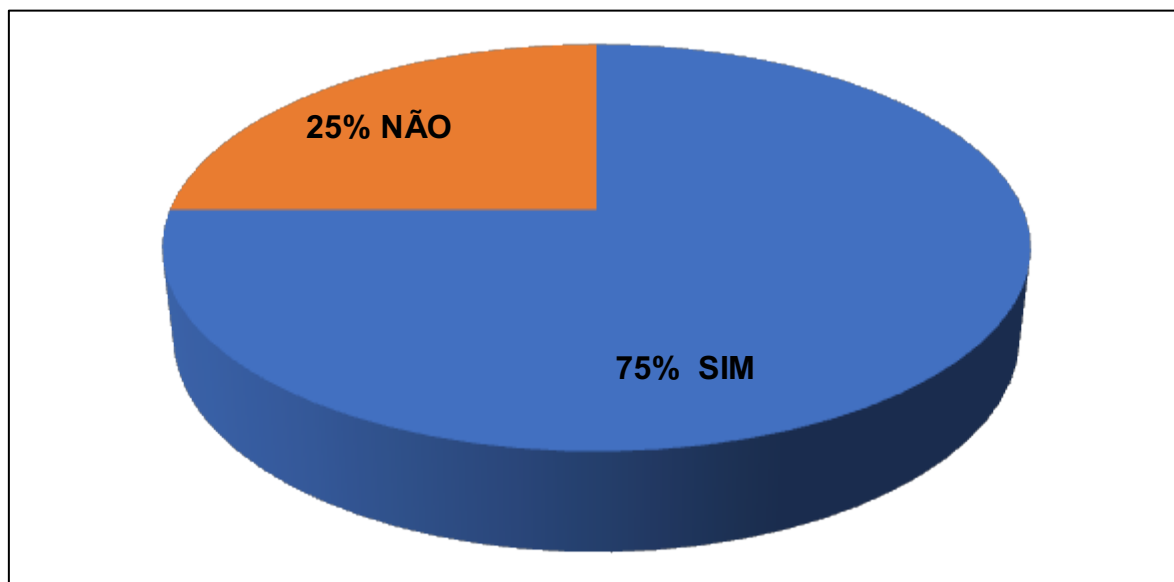
Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas – 2017

Nesse passo não houve contemplação do mínimo de 80 de respostas positivas, pois mesmo o hospital possuindo um Banco de Leite Humano e equipe clínica capacitada, afirmam que a equipe não se encontra ainda com habilidades suficientes para orientar mães em situações especiais, como mães que não podem amamentar mães que já tiveram problemas mamários anteriores e dificuldade em orientar sobre outros tipos de alimentação para a mãe em situações especiais.

Com efeito, as mães de bebês em unidades especiais, nas primeiras 24 horas ou tão logo estejam em condições, devem receber ajuda para iniciar a lactação e manter o fluxo de descida do leite materno, devem ser orientadas a extrair o leite materno com as mãos, e assim que mãe e bebê estiverem juntos, devem ser incentivados a iniciar a amamentação.

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

Gráfico 11 – Resultados das ações com cumprimento abaixo de 80% no 6º passo



Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas - 2017

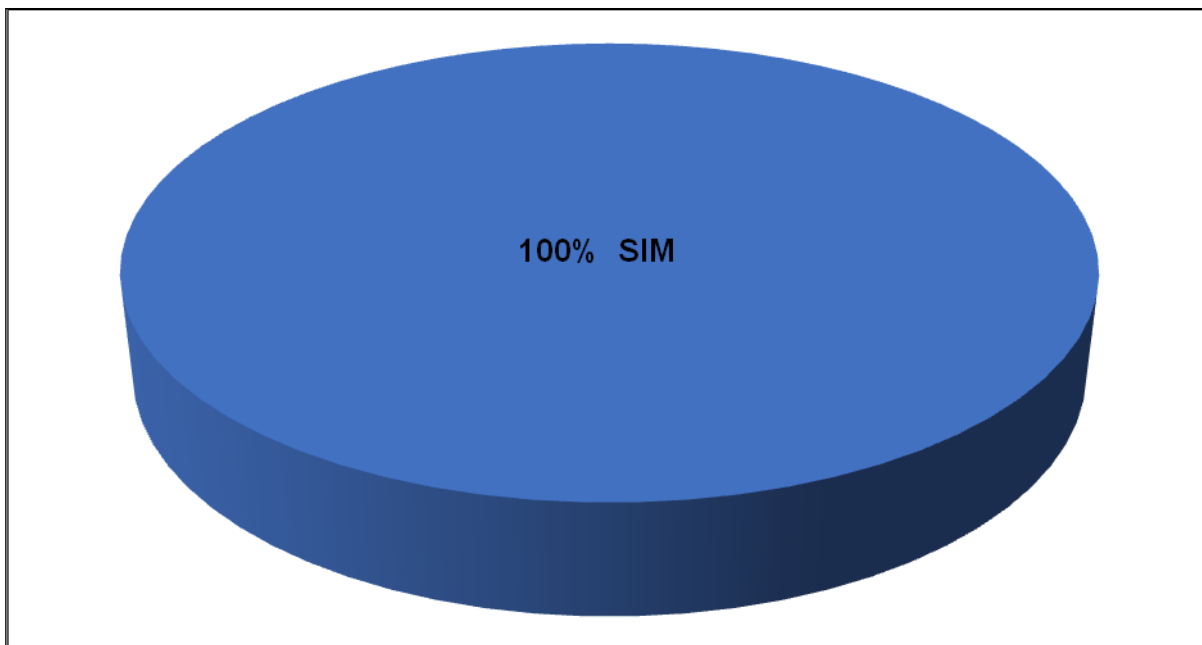
Este gráfico apresenta o percentual de 25% negativo correspondendo ao sexto passo, o qual possui 4 questões relacionadas à oferta de outros alimentos que não o leite materno.

Os investigados não souberam responder em relação aos bebês do ano anterior, investigou se a amamentação recebida foi exclusivamente leite materno do nascimento à alta, ou se houve a inserção de outros alimentos e quando permitido, se foi por razões médicas aceitáveis.

Diante dessa constatação, ressalta-se que a amamentação realizada nos primeiros dias de vida é de grande relevância, pois o bebê estaria recebendo o colostro, o que possibilita a oferta de imunidade e outros importantes nutrientes para o bebê através da amamentação.

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

Gráfico 12 – Resultados das ações com cumprimento de 100% no 7º passo

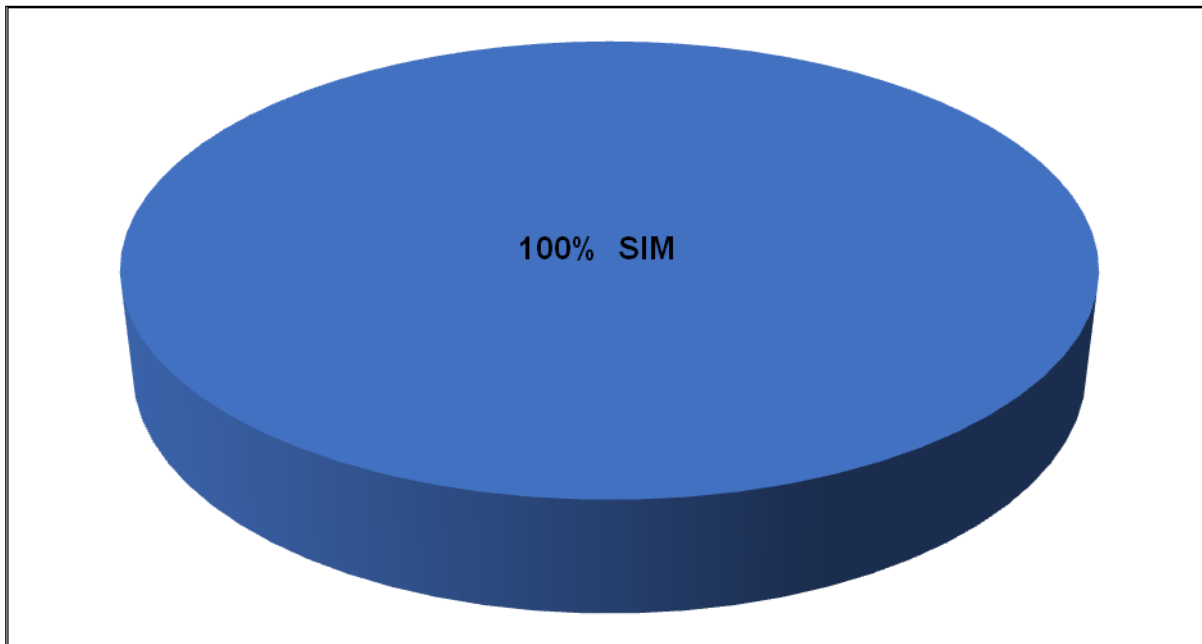


Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas - 2017

O resultado acima aponta que o HRMI pratica o alojamento conjunto após o nascimento do bebê, salvo nos casos de impedimento por razão médica justificada. Ou seja, independente do tipo de parto, a mãe e o bebê ficam juntos 24 horas por dia a fim de proporcionar a amamentação saudável e o contato afetivo entre o binômio mãe e filho, havendo separação a menos que seja plenamente justificada.

### 3.3.8 Passo 8 – Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.

Gráfico 13 – Resultados das ações com cumprimento de 100% no 8º passo

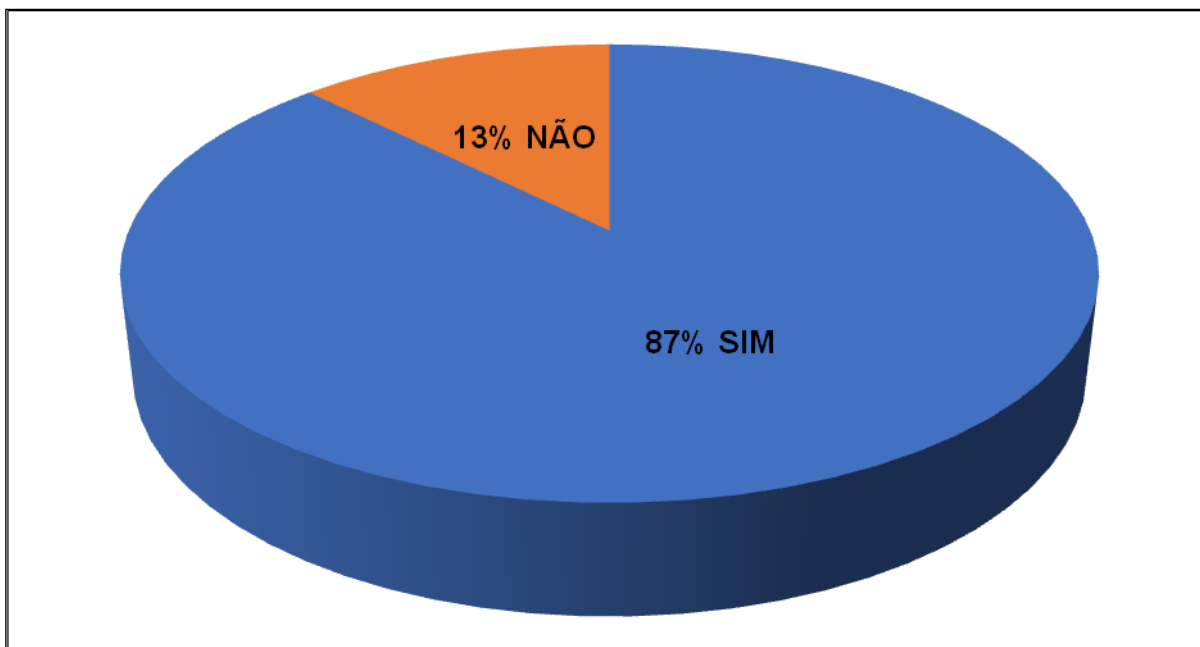


Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas – 2017

Diante dos 100% de respostas positivas no passo 8, que trata do incentivo do aleitamento materno de livre demanda, foi confirmado que é desenvolvida na Unidade orientação quanto aos benefícios do aleitamento materno na consulta de pré-natal, no aguardo da sala de espera para o atendimento, nas enfermarias através da realização de visitas da equipe multiprofissional, bem como, que os serviços prestados pelo banco de leite humano ajudam a solucionar os problemas mamários causados pelo excesso de leite, dentre outras atividades.

### 3.3.9 Passo 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

Gráfico 14 – Resultados das ações com cumprimento de 80% no 9º passo

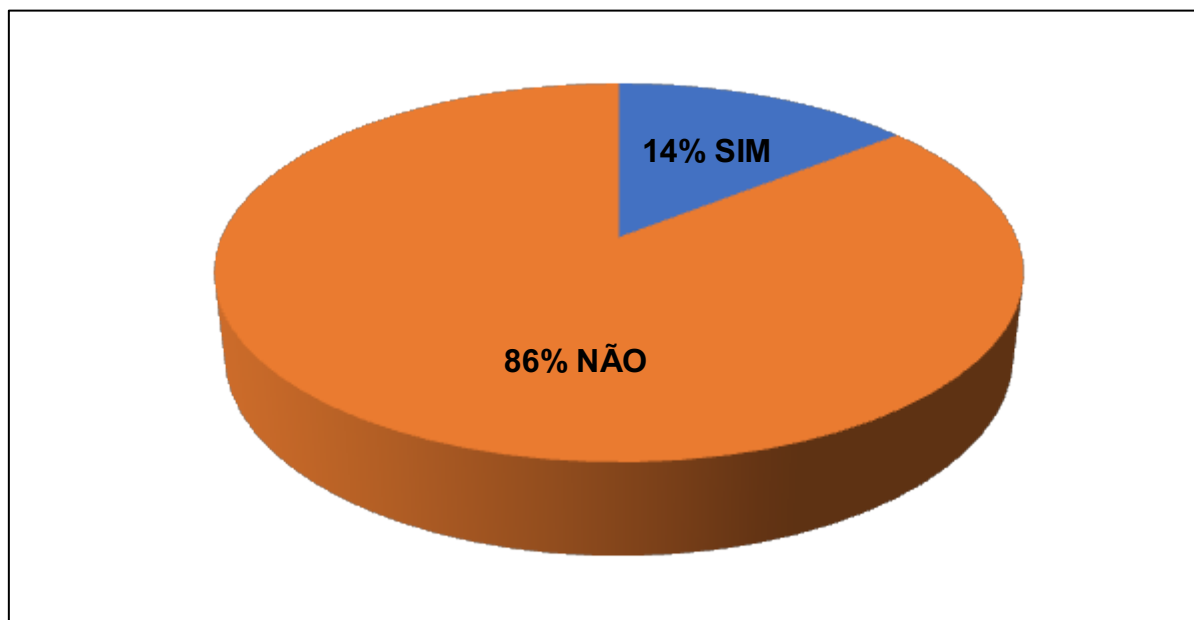


Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas - 2017

O gráfico acima demonstra que o passo foi alcançado positivamente com 87% de respostas positivas, confirmando que as normas e critérios da NBCAL estão sendo obedecidas dentro da unidade hospitalar, com o cumprimento do código Internacional de Comercialização de Substitutos do leite Materno. A equipe fornece às mães informações sobre os riscos associados à alimentação com leite ou outros líquidos em mamadeira, orientam as mães quanto aos malefícios do uso de mamadeira ou chupetas, ou seja, instrumentos que prejudicam a amamentação.

3.3.10 Passo 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta da maternidade.

Gráfico 15 – Resultados das ações cumprimento abaixo de 80% no 10º passo



Fonte: Avaliação da pesquisa com os Coordenadores Assistencialistas - 2017

Verifica-se que as respostas positivas do passo 10 é a única que está muito abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (80%), por ter alcançado apenas 14%.

O percentual negativo de 86% indica as seguintes situações:

- ✓ O hospital não possui um sistema de cuidados continuados para pacientes após o recebimento da alta, no pós-natal, aconselhamento em lactação, visitas domiciliares ou telefonemas.
- ✓ A unidade não promove a formação de grupos de apoio à mãe e outros serviços comunitários que ofereçam apoio às mães na alimentação de seus bebês.
- ✓ A unidade permite o aconselhamento em amamentação/alimentação de lactentes oferecido por conselheiros de grupos de apoio à mãe em seus serviços materno-infantis.

- ✓ As mães não são estimuladas a consultar, logo após a alta (de preferência de 2 a 4 dias após o parto e mais uma vez após a segunda semana), um profissional de saúde ou grupo de apoio, se necessário.
- ✓ As pacientes não são encaminhadas a consultas de acompanhamento ou grupos de apoio à mãe, para que recebam apoio com a amamentação.
- ✓ As mães não têm acesso, antes da alta, a materiais impressos com informações sobre onde obter apoio continuado.
- ✓ As informações referentes ao passo dez estão direcionadas à alta, portanto, são tão importantes quanto às recebidas dentro da maternidade, pois as pacientes precisam receber orientação sobre amamentação antes, durante e depois do parto, as dificuldades não são exclusivamente da primeira etapa da amamentação que vem a ser logo após o parto, podendo se estender até os dois anos de amamentação, período em que o ministério da saúde preconiza que o leite materno seja ofertado, torna-se imprescindível encaminhar a paciente a grupos de apoio e a consulta no pós alta.

Portanto, da análise dos passos para o sucesso do aleitamento materno, verifica-se que dos dez, 50% foram considerado positivamente cumprido e os demais não cumpridos. Embora os índices não tenham sido distantes do estabelecido pelo Ministério da Saúde, os passos 2, 3 e 10 são os que merecem maior atenção e correção da unidade.

Na experiência dos Hospitais Amigos da Criança, as dificuldades para cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno existem, podendo variar de local para local. Porém, os resultados obtidos por meio dos esforços multiprofissionais demonstram a sua importância, não somente pela humanização do atendimento materno infantil, mas pela probabilidade de aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo através do programa IHAC.

### **3.4 Mapeamento e Especialização Territorial Alcançado Pelo Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC da Região Tocantina**

Neste capítulo apresentamos os dados coletados nos cadernos de admissões das pacientes, para identificação da origem das mães que são atendidas no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, no período de julho de 2016 a fevereiro de 2017, para identificar a abrangência territorial de atuação quanto ao atendimento e quanto ao alcance da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, através da estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Por conseguinte, o resultado dessa análise resultou no mapeamento do espaço territorial alcançado pelo programa IHAC, que servirão para propor sugestões que objetivem melhorar o sucesso do aleitamento materno no Município de Imperatriz-MA e região abrangente.

A presente coleta de dados foi satisfatória, pois não houve limitações que impedisse a obtenção de resultado fidedigno, a maternidade contribuiu com o fornecimento dos dados e as informações registradas estavam descritas de forma legível e completa nos livros de registro de admissão das pacientes.

De acordo como período analisado, foi constatado um total de 7.087 atendimentos, recebendo pacientes do estado do Pará, Tocantins e Goiás, totalizando 81 cidades dos 4 Estados, conforme gráficos abaixo detalhados.

Tabela 9 – Demonstrativa do numero de cidades e dos estados atendidos no HRMI de Imperatriz-MA.

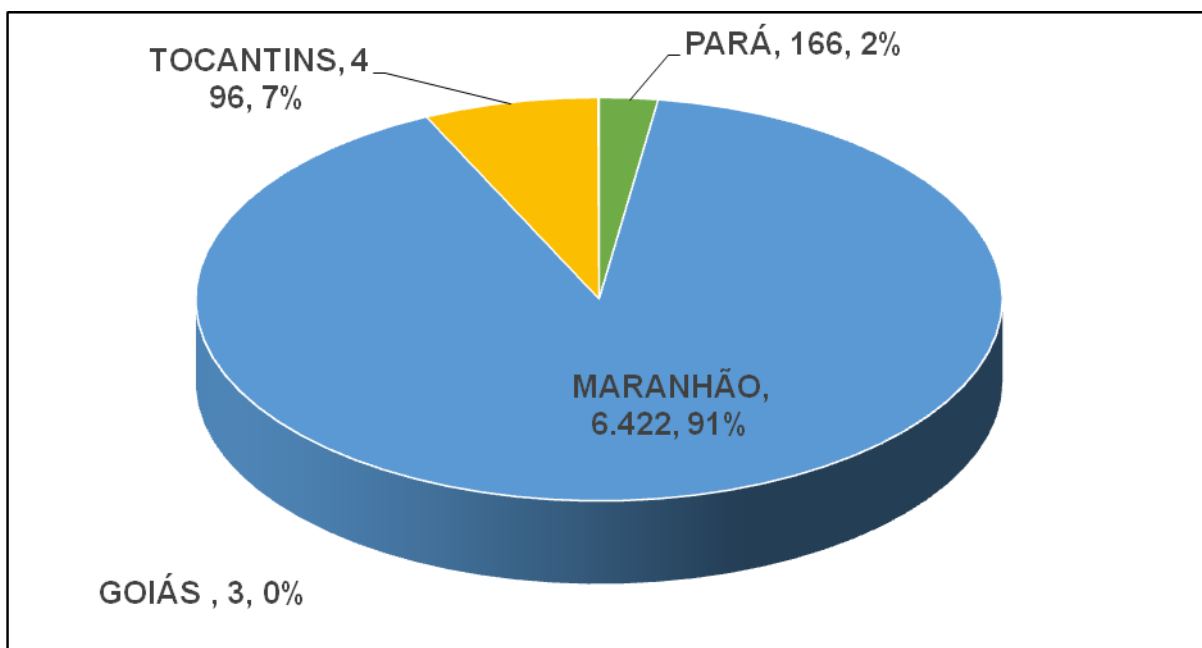
	<b>MARANHÃO</b>	<b>PARÁ</b>	<b>TOCANTINS</b>	<b>GOIÁS</b>
1	AÇAILÂNDIA	ABEL FIGUEIREDO	ANANÁS	SENADOR CANEDO
2	ALTO PARNAÍBA	CARAJÁS	ARAGUAÍNA	
3	ARAME	DOM ELISEU	ARAGUATINS	
4	BACABAL	ITUPIRANGA	AUGUSTINÓPOLIS	
5	BALSAS	MARABÁ	AXIXÁ	
6	BARRA DO CORDA	RONDON	BARRA DO OURO	
7	BARREIRINHAS	SÃO FELIX DO XINGÚ	BURITI	
8	BOM JESUS DAS SELVAS	ULIANÓPOLIS	CARRASCO BONITO	
9	BURITICUPU		ESPERANTINA	
10	BURITIRANA		ESPERANTINÓPOLIS	
11	CAMPESTRE		ITAGUATINS	
12	CAROLINA		LUZINÓPOLIS	
13	CENTRO NOVO		MAURILÂNDIA	
14	CIDELÂNDIA		PALMAS	
15	DAVINÓPOLIS		PRAIA NORTE	
16	ESTREITO		SAMPAIO	
17	FEIRA NOVA		SÃO BENTO	
18	FERNANDO FALCÃO		SÃO MIGUEL	
19	FORMOSA DA SERRA NEGRA		SÃO SEBASTIÃO	



20	FORTALEZA DOS NOGUEIRAS		SÍTIO NOVO	
21	GOV. EDSON LOBÃO		TOCANTINÓPOLIS	
22	GRAJAÚ			
23	IMPERATRIZ			
24	ITAIPAVA			
25	ITINGA			
26	JOÃO LISBOA			
27	LAJEADO NOVO			
28	LORETO			
29	MONTES ALTOS			
30	NOVA COLINA			
31	PORTO FRANCO			
32	RIACHÃO			
33	RIBAMAR FIQUENE			
34	SAMBAÍBA			
35	SANTA INÊS			
36	SANTA LUZIA			
37	SÃO BENTO			
38	SÃO FRANCISCO DO BREJÃO			
39	SÃO JOÃO DO PARAÍSO			
40	SÃO PEDRO D'ÁGUA BRANCA			
41	SÃO PEDRO DOS CRENTES			
42	SÃO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS			
43	SENADOR LA ROCQUE			
44	SÍTIO NOVO			
45	TASSO FRAGOSO			
46	TIMON			
47	TUM TUM			
48	VARGEM GRANDE			
49	VILA NOVA DOS MARTÍRIOS			
50	VITORINO FREIRE			
51	ZÉ DOCA			

Fonte: Livro de Registro de pacientes do HRMI.

Gráfico 16 – Distribuição dos 7.087 atendimentos por estado realizados entre junho de 2016 e fevereiro de 2017 em percentuais

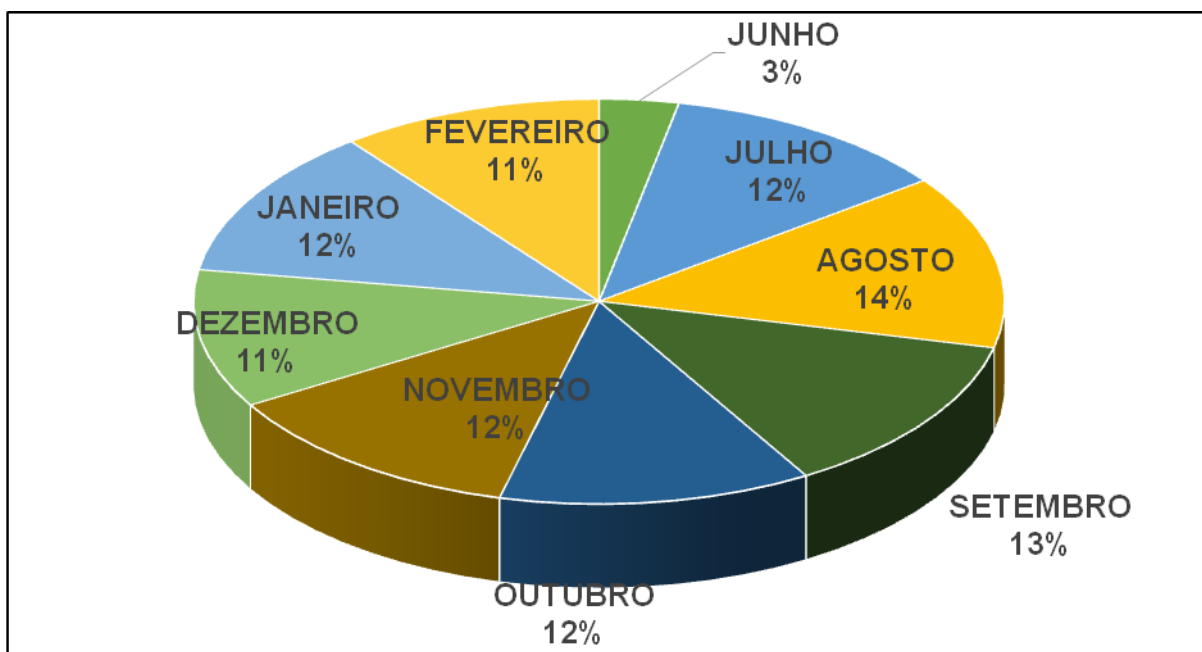


Fonte: livro de registro do HRMI

No referido gráfico, identifica-se que o próprio estado do Maranhão, local de origem da maternidade, possui 91% dos atendimentos, os demais estados do Para, Tocantins e Goiás totalizam os demais 9%, que representa 665 atendimentos, numero considerado significativo, pois equivale a 74 atendimentos mensais.

É importante ressaltar, que diante dos dados apresentados do numero de atendimentos de outros municípios, além de elevar os atendimentos, aumenta o numero de intercorrências graves, que em algumas situações elevam o óbito materno e fetal, especialmente nos casos de pacientes não são transportadas adequadamente e com o devido acompanhamento, comprometendo a evolução do quadro clínico e dos resultados positivos do atendimento.

Gráfico 17 – Distribuição dos 7.087 atendimentos realizados entre junho de 2016 a fevereiro de 2017 em percentuais



Fonte: Dados do banco de Leite do Hospital Regional de Imperatriz-MA

Através do gráfico acima, é possível identificar que no mês que houve maior número de atendimentos foi agosto de 2016, com 14% do total, que correspondem a 984 atendimentos, e o mês de junho com 3%, que corresponde a 224 atendimentos.

Dessa forma, confirma-se que a abrangência e alcance dos atendimentos na unidade de pesquisa chegam ao território de quatro estados que compõem a Bico do Papagaio, com exceção do estado de Goiás que teve a menor incidência de atendimentos.

Percebe-se assim, o alcance da relevância do HRMI e das políticas públicas lá implementadas, justificando os investimentos no treinamento e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pelos profissionais, a fim de que a prática do aleitamento materno perpassasse as fronteiras do estado e chegue para proporcionar qualidade de vida para todas as mães e filhos atendidos.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto acima, fica ainda mais evidente que o leite materno é ideal e absolutamente suficiente para os lactentes nos primeiros 06 (seis) meses de vida, pois, é constituído de elementos que suprem inteiramente as necessidades nutricionais nessa faixa etária, por possuir agentes bioativos, funções moduladoras sobre o sistema imunológico, anti-inflamatório, com contribuição para os desenvolvimentos físico, intelectual e de crescimento dos recém-nascidos.

Os benefícios do aleitamento materno se estendem também para a mãe, a sociedade e para o Estado através de sua influencia positiva na saúde pública, tudo isso com forte amparo histórico e científico.

Todavia, tais benefícios, só chegarão aos seus destinatários de modo eficaz e eficiente, caso a Política Nacional de Aleitamento Materno, seus programas e eixos estratégicos forem corretamente aplicados pelos governos e principalmente pelos agentes profissionais interlocutores.

Os estudos científicos apontam a igualdade na composição do leite materno independente de faixa etária, condições socioeconômicas, estado nutricional, pois a fisiologia mamária é igual para toda mulher. Isso significa que a Política Nacional de Aleitamento Materno deve ser aplicada para toda a sociedade e por todas as organizações de saúde seja pública ou privada.

Afinal, muitas sequelas sociais, especialmente no que diz respeito aos altos índices de mortalidade infantil, só foram reduzidos após a implementação de políticas públicas e investimentos direcionados à saúde materno-infantil, com ações educativas e disciplinadoras para as condutas hospitalares, para as ações das indústrias de leite e utensílios, que através de suas estratégias de *marketing* ainda induzem equivocadamente o uso prevalente de leite artificial.

Portanto, a Política Nacional de Aleitamento Materno aplicada em uma ação conjunta da União, Estados e Municípios, precisa produzir resultados ou mudanças desejadas na sociedade, a partir de seus propósitos aplicados em programas e ações.

Com efeito, a presente pesquisa contribui com a política de aleitamento materno avaliando a execução dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno no Hospital Regional Materno-Infantil de Imperatriz-MA, pois, a

implementação da política, envolve constante avaliação para que se tenha novas formulações e posteriores correções.

Revela-se imprescindível o monitoramento e o controle permanente das políticas atuais, para avaliar o seu funcionamento e os seus resultados, a fim de aferir se as práticas negativas, que tanto assolaram a sociedade no passado, estão sendo combatidas e quais as ações que precisam de correção e cuidados, especialmente na Atenção Hospitalar: Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

O programa IHAC que tem como critério, mobilizar os profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças de rotinas e condutas, para combater o desmame precoce, a redução de distribuição de suprimentos substitutos do leite materno nas maternidades, em cumprimento às Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL. Para tanto, o Ministério da Saúde em conjunto com o UNICEF desenvolveu os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

Assim, após a pesquisa de campo, por meio da aplicação dos questionários oficiais do Ministério da Saúde, aos coordenados do Hospital Regional Materno Infantil, questionários relativos ao cumprimento os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, considerando alcançado quando o respectivo passo obtiver 80% de respostas positivas (critério oficial do MS), constatou-se que:

<b>PASSOS</b>	<b>PASSOS CONSIDERADOS NÃO CUMPRIDOS OU CUMPRIDOS</b>	<b>PORCENTAGEM ATINGIDA COM VALORES POSITIVOS</b>	<b>PORCENTAGEM ATINGIDA COM VALORES NEGATIVOS</b>
Passo 1 - Ter norma escrita sobre aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;	<b>CUMPRIDO</b>	<b>87%</b>	<b>13%</b>
Passo 2 - Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;	<b>NÃO CUMPRIDO</b>	<b>56%</b>	<b>44%</b>

Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.	<b>NÃO CUMPRIDO</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>
Passo 4 - Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;	<b>CUMPRIDO</b>	<b>100%</b>	
Passo 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se virem a ser separadas de seus filhos;	<b>NÃO CUMPRIDO</b>	<b>62%</b>	<b>38%</b>
Passo 6 - Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento além do leite materno, salvo por indicação médica;	<b>NÃO CUMPRIDO</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>
Passo 7 - Praticar o alojamento conjunto entre mães e bebês 24 horas por dia;	<b>CUMPRIDO</b>	<b>100%</b>	
Passo 8 - Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda;	<b>CUMPRIDO</b>	<b>100%</b>	
Passo 9 - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;	<b>CUMPRIDO</b>	<b>100%</b>	
Passo 10 - Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães	<b>NÃO CUMPRIDO</b>	<b>14%</b>	<b>86%</b>

devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório;			
--	--	--	--

Portanto, dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno dentro da unidade hospitalar pesquisada, constatou-se que cinco deles foram considerados cumpridos por obterem respostas positivas acima de 80%, e cinco foram considerados não cumpridos.

Embora os percentuais dos passos considerados não cumpridos não tenham sido elevados e distantes do ideal, o passo 10, que trata do encorajamento à formação de grupos de apoio à amamentação, é o que merece maior correção e cuidados por ter obtido o maior percentual de 86% de respostas negativas.

É imprescindível que sejam brevemente corridos as ações dos cuidados com as pacientes, os passos que tratam essencialmente dos treinamentos à equipe de profissionais do hospital devem se melhor trabalhados com a equipe; elevar as propagações sobre as vantagens do aleitamento materno; maior exposição de informações para as mães de quando e como amamentar mesmo estando distante do seu filho; orientar com clareza para a paciente porque é necessária a oferta de outros alimentos além do leite materno, quando houver a necessidade e quando for por indicação médica aceitável e encorajar a formação e encaminhamento a outros grupos de apoio à amamentação.

Assim sendo, as ações, articulações e condutas dos profissionais que atuam no HRMI devem estar voltadas para correção dos itens acima apontados, com destaque especial para a ação de encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação, melhores orientações, melhoramento nos cursos de capacitação, bem como, para a manutenção e evolução dos 5 passos considerados cumpridos.

Considerando o alcance territorial do Programa IHAC, de acordo com a pesquisa realizada, foi encontrado o registro de 81 cidades, dentre os Estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Goiás, com um elevado número de atendimento de 7.087, durante o prazo de apenas 9 meses. Confirma-se assim, a relevância do Hospital Regional Materno Infantil para toda a região, bem como a necessidade das correções dos passos acima apontados, a fim de que a Política Nacional de Aleitamento Materno, em especial o programa nacional Iniciativa Hospital Amigo da

Criança, eleve os índices de aleitamento, reduza os índices de mortalidade infantil e proporcione benefícios concretos e reais para o recém-nascido, mães, estado e sociedade.



## REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. de A. in: **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica 2009.

ALENCAR, S. M. S. M. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: ISSLER H. (Coord.). **O aleitamento materno no contexto atual: políticas práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008.

ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 46, n. 1, p. 234-239, 2012.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

AMORIM, S. T. S. P. **Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto**. Brasil (1960-1988). Editora: Estudos Feministas Florianópolis-SC. vol. 16, nº 2, maio/-ago/2008, pp. 581-598. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000200014#back4](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200014#back4)>. Acesso em: 09 de set. de 2016.

ARAÚJO, J. P. et. al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.n.] 2014 nov. dez. 67(6), 1000-7. 2014.

AWEBIC. O gêmeos Prematuros dormem quietinhos, mas por trás dessa foto existe algo mais lindo.... 2016. Disponível em: <<https://awebic.com/saude/metodo-canguru/>>. Acesso em: 09 de abr. de 2016.

BADINTER E. **Um amor conquistado, o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.

BARBIERI, Carolina Luisa Alves; COUTO, Márcia Thereza. **As amas de leite e a regulamentação biomédica do aleitamento cruzado: contribuições da socio antropologia e da história**. *Cad. hist. ciênc.* [online]. 2012.

BITAR, MAF. **Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes crenças e tabus ligados a esta prática**. [Dissertação]. Belém (PA): Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Pará; 1995.

BOING, A. F.; BOING, A. C. **Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-274, 2008.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. **Amamentação**: um resgate histórico. Cadernos Esp., Escola de Saúde Pública do Ceará - v. 1, n. 1, julho – dez – 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Brasil. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Agência Brasil. **Com maior rede de leite materno do mundo, Brasil ainda precisa de doadoras**. 2017. Disponível em:

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/rede-de-doacao-de-leite-materno-do-brasil-atende-60-da-demanda>>. Acesso em 01 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Portaria nº 193 de 23 de fevereiro de 2010**. Aprova a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 ANVISA e Ministério da Saúde, conforme anexo, que tem por objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. Disponível em:

<[file:///C:/Users/ssp/Desktop/PORTARIA%20193%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ssp/Desktop/PORTARIA%20193%20(2).pdf)>. Acesso em 11 de mar.de 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de Leite Humano**: funcionamento, prevenção e controle de riscos/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano**: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008.

\_\_\_\_\_. Campanha doação de leite materno. **Tire suas dúvidas**. Por que é realizada uma campanha para doação de leite humano? Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/doacaodeleite/duvidas.html?#duvida-5>>. Acesso em 26 de abr. de 2017.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

\_\_\_\_\_. DECLARAÇÃO DE *INNOCENTI* de 30 de julho de 1990. Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Florença – Itália. Disponível em: <[http://www.unicef.pt/docs/Unicef\\_Declaracao\\_Innocenti\\_1990.pdf](http://www.unicef.pt/docs/Unicef_Declaracao_Innocenti_1990.pdf)>. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto Federal nº 99.710 de 21 de novembro de 1990. **Promulgou a convenção sobre os direitos da criança**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d99710.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm)>. Acesso em 07 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília–DF 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/ssp/Desktop/PREVALENCIA%20DE%20ALEITAMENTO%20MATERN0%20EM%20MUNICIPIOS.pdf>. Acesso em 28 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. 1. ed. 1. Reimp. Série C. Projetos, Programas e Relatórios Brasília–DF 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\_prevalencia\_aleitamento\_materno.pdf>. Acesso em 24 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido** (Guia para os Profissionais de Saúde) - v.1º. 2011.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual da Saúde**. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms>. Acesso em 25 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em 15 de nov. de 2016.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Brasil registra maior queda de mortalidade na Infância entre os países da América Latina**. Boletim informativo do Ministério da Saúde destinado aos parlamentares. Ano 3, nº 151, set. de 2013. Radar Saúde Congresso. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/dezembro/19/radar-saude-n151.pdf>. Acesso em 01 de maio de 2017.

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

\_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Brasil. **Brasil reduz em 77% a taxa de mortalidade na infância**. Por Portal Brasil publicado: 11/10/2013 20h27 última modificação: 29/07/2014 09h17. Divulgação prefeitura de Montes Claros. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-reduz-em-70-a-taxa-de-mortalidade-na-infancia>. Acesso em 01 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil: primeiros passos (2007-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde Departamento de ações programáticas estratégicas coordenação - geral de saúde da criança e aleitamento materno. Módulo 4 Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC. 4.1 Instrumentos de

autoavaliação hospitalar parte I: Roteiro e orientações parte II: Instrumentos de avaliação parte III: Anexos. Brasília-DF 2014. (on line) Disponível em: <file:///C:/Users/ssp/Desktop/modulo%204-INSTRUMENTO%20AUTO-AVALIACAO%20IHAC%20(1).pdf>. Acesso em 24 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança; 70 anos de história/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno– Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_.**Portal da Saúde da Criança net**. Sobre o portal. Disponível em: <<https://www.saudedacrianca.datasus.gov.br/saudedacrianca/index.html>>. Acesso em 26 de abr. de 2017.

\_\_\_\_\_.**Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Comunicação e informação - Semana Mundial de Aleitamento Materno – SMAM. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>>. Acesso em: 26 de abr. de 2017.

\_\_\_\_\_.UNICEF. **Lista dos Hospitais Amigos da Criança**. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9998.htm](https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9998.htm)>. Acesso em 25 de abr. 2017.

CALIL, V. M. L. T.; FALCÃO, M. C. Composição do Leite Humano: o alimento ideal. **Revista de Medicina**, [S.L.: s.n.]. v. 82, n. 1-4, 2003.

CARNEIRO, M. E. R. **Procura-se uma “preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa”**: uma cartografia das amas de leite na sociedade carioca (1850-1888). Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília. 2006.

CARVALHO, Marcus Renato de; Raquel Nascimento Tamez. "Amamentação: bases científicas." Amamentação: bases científicas. Guanabara Koogan, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª. 1986, Brasília. **Anais - 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986 – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CRUZ, I. A.; LOURES, S. A., MONTEIRO, H. R. **Desmame precoce e alimentação infantil: menos julgamento mais apoio**. 1. ed. – Curitiba: Appris, 2016.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. **Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho**. [S.L.]. Editora: Atheneu, 2004.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Editora Atlas, 2012,

DIAS, Araújo, Olívia de, et al. "Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce." **Revista Brasileira de Enfermagem** 61.4. 2008.

FREITAS FILHO, R.; CASAGRANDE, R. O problema do tempo decisório nas políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, n. 47, ano 47, jul/set. 2010.

FREITAS, J. de O; CAMARGO C. L. de. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**. 16.2 2006.

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.

GALVÃO, M. T. G.; VASCONCELOS, S. G.; PAIVA, S. S. **Mulheres doadoras de leite humano**. Acta paulista de enfermagem. vol.19 nº.2 S.P abril/jun 2006, pp. 157-161. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200006>>. Acesso em: 30 de abr. de 2017.

GRASSI, M. S.; COSTA, M. T. Z. da e VAZ, F. A. C. **Fatores imunológicos do leite humano**. Unidade Neonatal da Divisão de Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Revisão e Ensaio. *Pediatria* (São Paulo) 2001.

LAMBERTUCCI, A. R. A participação social no governo Lula. In: AVRITZER, L. (org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009. (Coleção Democracia Participativa). Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/ci%C3%A9ncia-politica/politicas-publicas/>>. Acesso em 13 de abr. de 2017.

LAMOUNIER, J. A.; et. al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. Sociedade de Pediatria de São Paulo São Paulo, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 26, nº 2, junho de 2008.

LAMY, Zeni Carvalho, et.al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. vol. 10. nº 3. 2005.

LEVY, L., BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Comitê português para a UNICEF/Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. 2012. Disponível em: <[https://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento\\_2012.pdf](https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf)>. Acesso em 10 de jan. de 2017.

MARIANO G. **Socorro eu não sei amamentar**. 2. ed.- Nova Odesa: Napoleão: Jefre, 2012.

MARQUES, Consuelo Penha (Org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha - São Luís**, 2015.

MEDEIROS, A. M. **Saúde: Consciência Política. Políticas Públicas de Saúde**. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/ci%c3%aanciapolitica/politicas-publicas/saude/>>. Acesso em: 22 de mar de 2017.

MÉDICE A.C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994.

MENDES, E. C. B. **Evolução do Aleitamento Materno em Portugal**. 2012. 51p. Trabalho de conclusão de curso (Tese) – Curso Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Porto-Portugal. (2012).

MENDONÇA, A. F. de; ROCHA, C. R. R.: NUNES, H. P. **TRABALHOS ACADÊMICOS**, planejamento, execução e avaliação. Faculdade Alves Faria. Goiânia, 2008.

MONTEIRO, J. V.; CUNHA, L. R. **A Formulação da Política Industrial no Brasil Indústria: Política, instituições e Desenvolvimento**. Wilson Suzigan, editor. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, p. 11-34, 1978.

MOTA, V. C. A. **A efetivação do planejamento familiar implementado pelo programa da mulher, no Posto de Saúde Três Poderes, na cidade de Imperatriz**. Vilmária Cavalcante Araújo Mota – Belo Horizonte: FED, 2014. Dissertação (mestrado) Faculdade de Estudos Administrativos. Centro de gestão Empreendedora. Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa. Mestrado Profissional em Administração.

MUSEU VIRTUAL *BABYBOTTLE*. Alimentadores modernos do bebê. Alimentadores antigos do bebê em Stoneage. Garrafas de assassinato. Garrafas de banana. Disponível em: <<https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.babybottle-museum.co.uk/modern-baby-feeders/&prev=search>> Acesso em 02 de maio de 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAULUS JR, A.; CORDONI JR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, nº 01, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/ci%3%aancia-politica/politicas-publicas/saude/>>. Acesso em 17 de fev. de 2017.

PÉREZ-ESCAMILA, R., Ph.D. A influência do leite materno sobre o desenvolvimento psicossocial. **University of Connecticut**, EUA, 2011. Abril 2005 (inglês). Tradução: abril (2011). Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/aleitamento-materno/segundo-especialistas/influencia-do-aleitamento-materno-sobre-o-desenvolvimento>>. Acesso em: 27 de dez. de 2016.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 de dez. de 2016.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG35. 2001.

PORTAL DA SAÚDE SUS. **O Ministério**. Histórico. Do sanitarismo à municipalização. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 25 de mar. de 2017.

PROCHNIK, M.; CARVALHO, M. R. de. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

QUINTAL, V. S.; CARBONARE, S. B.; SAMPAIO, M. M. S. C. 5. 2 – Imunobiologia do Leite Humano, in: **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008.

RAMOS, NETO, M. O. et al. **Estudo do aleitamento**. Rev. Esc. Enf. USP. v. 12, n. 2, p. 77-100, 1978.

RBLH BRASIL. **Rede global de bancos de leite humano**. Disponível em: <<http://rblh.fiocruz.br/pt-br/pagina-inicial-rede-blh>>. Acesso em 30 de abril de 2017.

REGO J. D. **Aleitamento materno**: um guia para pais e familiares. 2. ed. editora. São Paulo: Atheneu; 2008.

REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. 3. ed.- São Paulo: Atheneu, vários colaboradores. 2015.

RELATÓRIOS DINÂMICOS. **Monitoramento de Indicadores**. Portal ODM. Disponível em: <<http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/2-educacao-basica-de-qualidade-para-todos/BRA002021090/imperatriz---ma>>. Acesso em 20 de março de 2017.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. Trad.Manuel José do Carmo Ferreira e Al Vamar Lamfarell. São Paulo: ed. Martins Fontes, 2001.

RUA, M. das G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. 2 v. Brasília: CNPD, 1998. Disponível em: <<http://forumdejuventudesribeirao.blogspot.com.br/2012/08/texto-jovens-acontecendo-na-trilha-das.html>>. Acesso em 20 de mar. de 2017.

RUA, M. das G.; ROMANINI, R. **Para Aprender Políticas Públicas**. Volume I: Conceitos e Teorias. Brasília. IGEPP, 2013. Disponível em: <[http://igep.com.br/uploads/ebook/ebook-para\\_aprender\\_politicas\\_publicas-2013.pdf](http://igep.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf)>. Acesso em 02 de mar. de 2017.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2010. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/ci%C3%A4ncia-politica/politicas-publicas/>>. Acesso em 27 de abr. de 2017.

SILVA, Antônio Augusto Moura. **"Amamentação: fardo ou desejo."** Estudo histórico–social. 1990.

SILVA, J. A. **Reflexões sobre a prática do aleitamento materno**: Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n. 1,p. 58-72, abr. 1996.

SILVA, R. C.; et. al. **Composição centesimal do leite humano e caracterização das propriedades físico-químicas de sua gordura**. Departamento de Tecnologia Bioquímico-Farmacêutica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo e Departamento de Pediatria, Hospital Universitário, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.Recebido em 29 de maio de 2006; aceito em primeiro de fevereiro de 2007; publicado na web em 30 de julho de 2007. Química Nova, vol. 30 nº 7, 2007.

SLIDESHARE. **Redução da mortalidade na infância no brasil**. 2013. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/MinSaude/apresentao-reduo-da-mortalidade-na-infncia-no-Brasil>>. Acesso em 27 de abr. de 2017.



SOARES, F. J. P.; MARROQUIM, P. M. G. **Aleitamento Materno**. O resgate histórico das políticas globais de incentivo ao aleitamento materno. Maceió: Edufal, 2005.

SOKOL E. J. **Em defesa da amamentação**: manual para implementação do Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno. São Paulo: IBFAN Brasil; 1999.

SOUZA. C. **Políticas Públicas**: Questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH 39; 11-24, 2003.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 2, p. 235-246, 2008.

TOURINHO, R. **Mães que trabalham fora e a amamentação**. Amamentação e trabalho para dar certo o compromisso é de todos. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/Fiocruz. 03 de ago. 2015. Disponível em: <<https://www.iciet.fiocruz.br/content/m%C3%A3es-que-trabalham-fora-e-amamenta%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 27 de mar. de 2017.

UNICEF (United Nations Children's Fund). The Innocenti Declaration On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. 1990 Disponível em <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

VALLE, Vanice Lírio do. Direito fundamental à boa administração, políticas públicas eficientes e a prevenção do desgoverno. **Revista Interesse Público**, Porto Alegre, n. 48, ano X, 2008.

VIEIRA, E. M. Sobre a proposta de conhecimento presente na teoria Rogeriana, ou da sabedoria residente na ignorância. **Revista do NUFEN** 1. 2 (2009): pp. 4-19.

VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ Edna Maria Albuquerque; VAZ Flávio Adolfo Costa. **Leite humano**: um pouco de sua história. *Pediatria (São Paulo)* 23.4. 2001.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE****Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a discente do programa de pós-graduação *stricto sensu* mestrado em desenvolvimento regional, Fabiana Galeno Teixeira, incluir minha profissão, bem como os resultados do questionário contemplando os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, inseridos da pesquisa: Funcionamento e Resultados da Execução da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) na Região de Imperatriz-MA.

Informo que recebi explicações sobre o teor da pesquisa incluindo os objetivos e os métodos a serem utilizados para a aquisição dos dados, de que não haverá danos pessoais físicos ou morais e que minha identidade não será divulgada, respeitando os princípios éticos da pesquisa e a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (MS).

Declaro ainda que recebi uma cópia do termo.

Imperatriz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura do (a) Participante

---

Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE B – RESULTADOS DA COLETA DE DADOS.

<b>PASSO 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde</b>			
		SIM	NÃO
1.1	A unidade de saúde possui uma política de aleitamento materno/alimentação de lactentes que contempla todos os 10 Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno em serviços de maternidade?	91%	9%
1.2	A política protege o aleitamento materno pela proibição de toda a promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos?	91%	9%
1.3	A política proíbe a distribuição de brindes com amostras ou materiais promocionais desses produtos para gestantes, entre outros, bem como presentes para a equipe e para o hospital?	91%	9%
1.4	A política de aleitamento materno/alimentação de lactentes está disponível para consulta por todos da equipe que prestam cuidados a mães e bebês?	91%	9%
1.5	Um resumo da política de aleitamento materno/alimentação de lactentes, incluindo assuntos relacionados aos 10 Passos, ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e resoluções subsequentes da AMS, está exposto em todas as áreas da unidade de saúde que atende mães, lactentes e/ou crianças?	91%	9%
1.6	O resumo das políticas está afixado em idioma(s) e linguagem comumente entendidos pelas mães e pela equipe?	100%	0%
1.7	Há um mecanismo para avaliação da eficácia da política?	64%	36%
1.8	Todas as políticas ou normas relacionadas a aleitamento materno e alimentação de lactentes estão de acordo com evidências científicas atuais?	100%	0%
<b>TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS</b>		<b>87%</b>	<b>13%</b>

<b>PASSO 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.</b>			
		SIM	NÃO
2.1	Todos os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes são orientados sobre a política de aleitamento materno/alimentação de lactentes do hospital quando começam a trabalhar?	91%	9%

2.2	Os integrantes da equipe que cuidam de gestantes, mães e bebês estão cientes da importância do aleitamento materno e têm familiaridade com a política da unidade e serviços destinados a proteger, promover e apoiar a amamentação?	100%	0%
2.3	Os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes (ou todos os integrantes, caso ocupem com frequência cargos com esta responsabilidade) receberam treinamento em promoção e apoio ao aleitamento materno até seis meses após a contratação, a não ser que tenham recebido treinamento equivalente em outro lugar?	82%	18%
2.4	O treinamento abrange todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno?	82%	18 %
2.5	O treinamento do corpo clínico é de pelo menos 20 horas no total, incluindo um mínimo de 3 horas de prática clínica supervisionada?	45%	55%
2.6	O treinamento da equipe não clínica é suficiente, tendo em vista seus papéis, para que adquiram as habilidades e os conhecimentos necessários para incentivar as mães a alimentarem seus lactentes com sucesso?	73%	27%
2.7	NÃO AVALIADO		
2.8	Os integrantes da equipe clínica que cuidam de gestantes, mães e lactentes estão aptos a responder a questões simples sobre promoção e apoio do aleitamento materno e cuidados de saúde para mães que não amamentam?	100%	0%
2.9	A equipe não clínica, tais como atendentes, assistentes sociais, funcionários administrativos, dos setores de copa e limpeza, estão aptos a responder questões simples sobre aleitamento materno e sobre como fornecer apoio para mães na alimentação de seus bebês?	73%	27%
2.10	A unidade providenciou treinamento especializado em gerenciamento da lactação para integrantes específicos da equipe?	64%	36 %
TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS		56%	44%

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

		SIM	NÃO
3.1	O hospital possui uma clínica de pré-natal ou clínicas de pré-natal satélites?	82%	18%
3.2	Em caso afirmativo, as gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal foram informadas sobre a importância e o manejo do	73%	27 %

	aleitamento materno?		
3.3	Os registros de pré-natal indicam se o aleitamento materno tem sido discutido com as gestantes?	73%	27 %
3.4	As orientações fornecidas durante o pré-natal, sejam verbais ou escritas, abrangem os tópicos essenciais relacionados à importância e ao manejo do aleitamento materno?	64%	36 %
3.5	As gestantes estão protegidas da promoção comercial (tanto verbal como escrita) e de reuniões em grupo sobre alimentação artificial?	73%	27 %
3.6	As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever os riscos da oferta de suplementos paralela à amamentação nos primeiros seis meses de vida?	82%	18 %
3.7	As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever a importância do contato pele a pele desde cedo entre mães e filhos e do alojamento conjunto?	91%	9 %
3.8	Os registros do acompanhamento pré-natal da mãe são disponibilizados quando iniciado o trabalho de parto?	82%	18 %
3.9	A unidade de saúde leva em conta a intenção da mulher de amamentar quando decide sobre o uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos (se usados), durante o trabalho de parto?	64%	36 %
3.10	A equipe da unidade de saúde está ciente dos efeitos de tais medicamentos sobre o aleitamento materno?	100 %	0%
	<b>TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

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

Este passo é agora interpretado como:  
Colocar os bebês em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.

		SIM	NÃO
4.1	Os bebês que nasceram de parto vaginal ou cesariana sem anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o nascimento e suas mães foram encorajadas a continuar esse contato por pelo menos uma hora?	82%	18%
4.2	Os bebês que nasceram por cesariana com anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães assim que elas ficaram alertas, e os mesmos procedimentos foram seguidos?	82%	18%

4.3	Todas as mães recebem, neste período, ajuda para reconhecer os sinais de que seus bebês estão prontos para mamar e recebem ajuda, se necessário?	82%	18%
4.4	As mães de bebês em unidades de cuidados especiais são estimuladas a segurar seus bebês, com contato pele a pele, a menos que haja uma razão justificável para não fazê-lo?	100%	0%
<b>TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>

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

		SIM	NÃO
5.1	A equipe oferece a todas as mães que amamentam ajuda com a amamentação de seus bebês na segunda mamada ou num intervalo de até 6 horas após o parto?	91%	9%
5.2	A equipe é capaz de descrever as informações que fornece e demonstrar as habilidades que ensina às mães que amamentam e não amamentam para assisti-las na alimentação bem sucedida dos seus bebês?	73%	27%
5.3	Os integrantes da equipe ou conselheiros que têm treinamento especializado em manejo do aleitamento materno e lactação estão disponíveis em tempo integral para aconselhar as mães durante sua estadia na unidade de saúde e na preparação para alta?	91%	9 %
5.4	A equipe oferece orientações sobre outras opções de alimentação e cuidados com os seios para mães de bebês em unidades de cuidados especiais que decidiram por não amamentá-los?	54%	45 %
5.5	As mães que amamentam são capazes de demonstrar o posicionamento e a pega corretos para a amamentação?	82%	18 %
5.6	As mães que amamentam sabem mostrar como extrair manualmente o leite materno ou recebem informações sobre essa prática e orientações quanto a onde obter ajuda com ela, caso necessitem?	91%	9 %
5.7	As mães que nunca amamentaram ou que já tiveram problemas com a amamentação no passado recebem atenção e apoio especiais da equipe nos períodos pré-natal e pós-parto?	54%	45 %
5.8	NÃO AVALIADO		
5.9	As mães de bebês em unidades de cuidados especiais que estejam planejando amamentar são auxiliadas, nas primeiras 6 horas após o parto, a estabelecer e manter a lactação pela expressão frequente do leite e são orientadas com que frequência devem fazê-	82 %	18 %

	lo?		
	TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS	62%	38%

<b>PASSO 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.</b>			
		SIM	NÃO
6.1	Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo que receberam alta no ano anterior foram amamentados exclusivamente (ou alimentados exclusivamente com leite materno) do nascimento à alta ou, caso contrário, que houve razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?	64%	36 %
6.2	Os bebês são amamentados e não recebem alimento ou bebida que não o leite materno, a não ser por razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?	91%	9 %
6.3	A unidade de saúde cuida para que não sejam divulgados ou distribuídos quaisquer materiais que recomendem a alimentação com substitutos do leite materno, mamadas com tempo determinado ou outras práticas inadequadas?	100%	0%
6.4	NÃO AVALIADO		
6.5	NÃO AVALIADO		
6.6	Todos os procedimentos ou padrões clínicos relacionados à amamentação e alimentação de lactentes estão em conformidade com os padrões da IHAC e com diretrizes baseadas em evidências científicas?	91%	9%
	TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS	75%	25%

<b>PASSO 7 - Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.</b>			
		SIM	NÃO
7.1	A mãe e o bebê ficam juntos e/ou alojados conjuntamente imediatamente após o nascimento?	100%	0%
7.2	As mães que tiveram partos cesarianos ou outros procedimentos com anestesia geral ficam junto com seus bebês e/ou iniciam o alojamento conjunto assim que estão aptas a responder às necessidades dos seus bebês?	100%	0%

7.3	As mães e os lactentes permanecem juntos (alojamento conjunto ou cama conjunta) 24 horas por dia, a menos que a separação seja plenamente justificada?	100%	0%
TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS		100%	0%

**PASSO 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.**

		SIM	NÃO
8.1	As mães são orientadas a como reconhecer os sinais que indicam quando seus bebês estão com fome?	91%	9%
8.2	As mães são estimuladas a alimentar seus bebês sempre e por quanto tempo os bebês quiserem?	100%	0%
8.3	As mães que amamentam são informadas de que se seus bebês dormirem muito elas devem acordá-los e tentar a amamentação e que se seus seios ficarem cheios elas também devem tentar amamentá-los?	100%	0%
TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS		100%	0%

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

		SIM	NÃO
9.1	Os bebês recebem cuidados sem o uso de mamadeiras?	91%	9%
9.2	A equipe fornece às mães informações sobre os riscos associados à alimentação com leite ou outros líquidos em mamadeiras?	91%	9%
9.3	Os bebês recebem cuidados sem o uso de chupetas?	91%	9%
TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS		87%	13%

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

		SIM	NÃO
10.1	A equipe discute com as mães que estão perto de receber alta como elas alimentarão seus bebês após retornarem para casa?	82%	18%
10.2	O hospital possui um sistema de cuidados continuados para mães após elas receberam alta, como consultas de pós-natal ou aconselhamento em lactação, visitas domiciliares ou telefonemas?	64%	36%
10.3	A unidade promove a formação e/ou a coordenação de grupos de apoio à mãe e outros serviços comunitários que ofereçam apoio às mães na alimentação de seus bebês?	55%	45%



10.4	Para que recebam apoio com a amamentação, as mães são encaminhadas a consultas de acompanhamento ou grupos de apoio à mãe, conselheiros comunitários ou outros serviços de apoio comunitário, como centros de cuidados primários de saúde ou de cuidados materno-infantis, se disponíveis?	64%	36%
10.5	As mães têm acesso, antes da alta, a materiais impressos com informações sobre onde obter apoio continuado?	55%	45%
10.6	As mães são estimuladas a consultar, logo após a alta (de preferência de 2 a 4 dias após o parto e mais uma vez após a segunda semana), um profissional de saúde ou pessoa qualificada em apoio à amamentação na comunidade que possa avaliar como elas estão alimentando seus bebês e oferecer apoio, se necessário?	55%	45%
10.7	A unidade permite o aconselhamento em amamentação/alimentação de lactentes oferecido por conselheiros de grupos de apoio à mãe em seus serviços materno-infantis?	55%	45%
TOTAL DE PORCENTAGEM PARA 100% DAS PERGUNTAS		14%	86%

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

Prezado colaborador,

O presente questionário destina-se à coleta de dados sobre o programa IHAC desenvolvido pelo HRMI de Imperatriz/MA a fim de subsidiar minha pesquisa no Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional pelo Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) em Goiânia/GO, que tem como título: ANÁLISE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO IMPLEMENTADA NO HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DA CIDADE DE IMPERATRIZ-MA: INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.

Agradeço antecipadamente sua atenção e valiosa colaboração!

**Orientador:**Edney Loiola

**Mestranda:** Fabiana Galeno Teixeira

<b>PASSO 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde</b>			
		SIM	NÃO
1.1	A unidade de saúde possui uma política de aleitamento materno/alimentação de lactentes que contempla todos os 10 Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno em serviços de maternidade?		
1.2	A política protege o aleitamento materno pela proibição de toda a promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos?		
1.3	A política proíbe a distribuição de brindes com amostras ou materiais promocionais desses produtos para gestantes, entre outros, bem como presentes para a equipe e para o hospital?		
1.4	A política de aleitamento materno/alimentação de lactentes está disponível para consulta por todos da equipe que prestam cuidados a mães e bebês?		
1.5	Um resumo da política de aleitamento materno/alimentação de lactentes, incluindo assuntos relacionados aos 10 Passos, ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e resoluções subsequentes da AMS, está exposto em todas as áreas da unidade de saúde que atende mães, lactentes		

	e/ou crianças?		
1.6	O resumo das políticas está afixado em idioma(s) e linguagem comumente entendidos pelas mães e pela equipe?		
1.7	Há um mecanismo para avaliação da eficácia da política?		
1.8	Todas as políticas ou normas relacionadas a aleitamento materno e alimentação de lactentes estão de acordo com evidências científicas atuais?		

<b>PASSO 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.</b>			
		SIM	NÃO
2.1	Todos os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes são orientados sobre a política de aleitamento materno/alimentação de lactentes do hospital quando começam a trabalhar?		
2.2	Os integrantes da equipe que cuidam de gestantes, mães e bebês estão cientes da importância do aleitamento materno e têm familiaridade com a política da unidade e serviços destinados a proteger, promover e apoiar a amamentação?		
2.3	Os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes (ou todos os integrantes, caso ocupem com frequência cargos com esta responsabilidade) receberam treinamento em promoção e apoio ao aleitamento materno até seis meses após a contratação, a não ser que tenham recebido treinamento equivalente em outro lugar?		
2.4	O treinamento abrange todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno?		
2.5	O treinamento do corpo clínico é de pelo menos 20 horas no total, incluindo um mínimo de 3 horas de prática clínica supervisionada?		
2.6	O treinamento da equipe não clínica é suficiente, tendo em vista seus papéis, para que adquiram as habilidades e os conhecimentos necessários para incentivar as mães a alimentarem seus lactentes com sucesso?		
2.7	NÃO AVALIADO		

2.8	Os integrantes da equipe clínica que cuidam de gestantes, mães e lactentes estão aptos a responder a questões simples sobre promoção e apoio do aleitamento materno e cuidados de saúde para mães que não amamentam?		
2.9	A equipe não clínica, tais como atendentes, assistentes sociais, funcionários administrativos, dos setores de copa e limpeza, estão aptos a responder questões simples sobre aleitamento materno e sobre como fornecer apoio para mães na alimentação de seus bebês?		
2.10	A unidade providenciou treinamento especializado em gerenciamento da lactação para integrantes específicos da equipe?		

<b>PASSO 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno</b>			
		SIM	NÃO
3.1	O hospital possui uma clínica de pré-natal ou clínicas de pré-natal satélites?		
3.2	Em caso afirmativo, as gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal foram informadas sobre a importância e o manejo do aleitamento materno?		
3.3	Os registros de pré-natal indicam se o aleitamento materno tem sido discutido com as gestantes?		
3.4	As orientações fornecidas durante o pré-natal, sejam verbais ou escritas, abrangem os tópicos essenciais relacionados à importância e ao manejo do aleitamento materno?		
3.5	As gestantes estão protegidas da promoção comercial (tanto verbal como escrita) e de reuniões em grupo sobre alimentação artificial?		
3.6	As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever os riscos da oferta de suplementos paralela à amamentação nos primeiros seis meses de vida?		
3.7	As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever a importância do contato pele a pele desde cedo entre mães e filhos e do alojamento conjunto?		
3.8	Os registros do acompanhamento pré-natal da mãe são disponibilizados quando iniciado o trabalho de parto?		
3.9	A unidade de saúde leva em conta a intenção da mulher de amamentar quando decide sobre o uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos (se usados), durante o trabalho de parto?		

3.10	A equipe da unidade de saúde está ciente dos efeitos de tais medicamentos sobre o aleitamento materno?		
------	--	--	--

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

Este passo é agora interpretado como: Colocar os bebês em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.

		SIM	NÃO
4.1	Os bebês que nasceram de parto vaginal ou cesariana sem anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o nascimento e suas mães foram encorajadas a continuar esse contato por pelo menos uma hora?		
4.2	Os bebês que nasceram por cesariana com anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães assim que elas ficaram alertas, e os mesmos procedimentos foram seguidos?		
4.3	Todas as mães recebem, neste período, ajuda para reconhecer os sinais de que seus bebês estão prontos para mamar e recebem ajuda, se necessário?		
4.4	As mães de bebês em unidades de cuidados especiais são estimuladas a segurar seus bebês, com contato pele a pele, a menos que haja uma razão justificável para não fazê-lo?		

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

		SIM	NÃO
5.1	A equipe oferece a todas as mães que amamentam ajuda com a amamentação de seus bebês na segunda mamada ou num intervalo de até 6 horas após o parto?		
5.2	A equipe é capaz de descrever as informações que fornece e demonstrar as habilidades que ensina às mães que amamentam e não amamentam para assisti-las na alimentação bem sucedida dos seus bebês?		
5.3	Os integrantes da equipe ou conselheiros que têm treinamento especializado em manejo do aleitamento materno e lactação estão disponíveis em tempo integral para aconselhar as mães durante sua estadia na unidade de saúde e na preparação para alta?		
5.4	A equipe oferece orientações sobre outras opções de alimentação e cuidados com os seios para mães de bebês em unidades de cuidados especiais que decidiram por não amamentá-los?		

5.5	As mães que amamentam são capazes de demonstrar o posicionamento e a pega corretos para a amamentação?		
5.6	As mães que amamentam sabem mostrar como extrair manualmente o leite materno ou recebem informações sobre essa prática e orientações quanto a onde obter ajuda com ela, caso necessitem?		
5.7	As mães que nunca amamentaram ou que já tiveram problemas com a amamentação no passado recebem atenção e apoio especiais da equipe nos períodos pré-natal e pós-parto?		
5.8	NÃO AVALIADO		
5.9	As mães de bebês em unidades de cuidados especiais que estejam planejando amamentar são auxiliadas, nas primeiras 6 horas após o parto, a estabelecer e manter a lactação pela expressão frequente do leite e são orientadas com que frequência devem fazê-lo?		

<b>PASSO 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.</b>			
		SIM	NÃO
6.1	Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo que receberam alta no ano anterior foram amamentados exclusivamente (ou alimentados exclusivamente com leite materno) do nascimento à alta ou, caso contrário, que houve razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?		
6.2	Os bebês são amamentados e não recebem alimento ou bebida que não o leite materno, a não ser por razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?		
6.3	A unidade de saúde cuida para que não sejam divulgados ou distribuídos quaisquer materiais que recomendem a alimentação com substitutos do leite materno, mamadas com tempo determinado ou outras práticas inadequadas?		
6.4	NÃO AVALIADO		
6.5	NÃO AVALIADO		
6.6	Todos os procedimentos ou padrões clínicos relacionados à amamentação e alimentação de lactentes estão em conformidade com os padrões da IHAC e com diretrizes baseadas em evidências científicas?		

<b>PASSO 7 - Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.</b>			
		SIM	NÃO
7.1	A mãe e o bebê ficam juntos e/ou alojados conjuntamente imediatamente após o nascimento?		
7.2	As mães que tiveram partos cesarianos ou outros procedimentos com anestesia geral ficam junto com seus bebês e/ou iniciam o alojamento conjunto assim que estão aptas a responder às necessidades dos seus bebês?		
7.3	As mães e os lactentes permanecem juntos (alojamento conjunto ou cama conjunta) 24 horas por dia, a menos que a separação seja plenamente justificada?		

<b>PASSO 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.</b>			
		SIM	NÃO
8.1	As mães são orientadas a como reconhecer os sinais que indicam quando seus bebês estão com fome?		
8.2	As mães são estimuladas a alimentar seus bebês sempre e por quanto tempo os bebês quiserem?		
8.3	As mães que amamentam são informadas de que se seus bebês dormirem muito elas devem acordá-los e tentar a amamentação e que se seus seios ficarem cheios elas também devem tentar amamentá-los?		

<b>PASSO 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.</b>			
		SIM	NÃO
9.1	Os bebês recebem cuidados sem o uso de mamadeiras?		
9.2	A equipe fornece às mães informações sobre os riscos associados à alimentação com leite ou outros líquidos em mamadeiras?		
9.3	Os bebês recebem cuidados sem o uso de chupetas?		

<b>PASSO 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta da maternidade.</b>			
		SIM	NÃO
10.1	A equipe discute com as mães que estão perto de receber alta como elas alimentarão seus bebês após retornarem para casa?		

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



**ANEXO B – CONFIRMAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE  
HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DA CIDADE DE  
IMPERATRIZ-MA**



GOVERNO DO MARANHÃO

UNIDADE GESTORA REGIONAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ

**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Unidade Gestora Regional de Saúde de Imperatriz /  
Hospital Regional Materno Infantil estão de  
acordo com a execução do projeto  
Funcionamento e resultado da execução de que será  
PNSAM, iniciativa SHAC, na região de Imperatriz.  
executado no período de Outubro a Novembro, coordenado pelo  
pesquisador Tabiana Galvo Escrivão,  
desenvolvido em conjunto com o (a) aluno(a)  
\_\_\_\_\_ do (a)

\_\_\_\_\_ (Nome da Instituição de  
ensino ou pesquisa), e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da  
referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Declaramos  
conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução  
466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades  
como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu  
compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa  
nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal  
segurança e bem-estar.

Imperatriz, 20 de Outubro de 2016

Setor: \_\_\_\_\_

Brandão  
Tassiana M. Brandão  
Diretora Geral  
HRMI

Mat.: 2591568  
**Chefe Imediato**

31.10.2016

Antonia Iracilda e Silva Viana

**Antonia Iracilda e Silva Viana**

Gestora Regional de Saúde

UGRS/Imperatriz

## **ANEXO C – NORMAS E SUGESTÕES DE ROTINA PARA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA – IHAC NOS SETORES.**

### **MODELO- POLÍTICAS DA IHAC**

#### **PRÉ-NATAL**

Um membro de nossa equipe do nosso hospital, capacitada e apta em Amamentação, NBCAL LEI 11 265, Cuidado Amigo da Mulher e Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave oferecerá para as gestantes orientações sobre:

- ✓ A importância da amamentação para a mãe/bebê/família e nação;
- ✓ A importância do contato pele a pele logo ao nascer;
- ✓ A importância da amamentação logo ao nascer se mãe e filho estiverem bem;
- ✓ A importância do alojamento conjunto 24 horas por dia;
- ✓ A importância da amamentação guiada pelo bebê (livre demanda);
- ✓ A importância do bom posicionamento e da “pega” correta durante a amamentação;
- ✓ A importância da amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida, sem a oferta de outros alimentos ou líquidos;
- ✓ Que a continuidade da amamentação é importante depois dos seis meses de idade até dois anos ou mais complementados com alimentos seguros, adequados e saudáveis.
- ✓ Como manter a lactação; como extrair, conservar e oferecer o leite extraído;
- ✓ Malefícios do uso de: outro leite, chá, água; bico; chupeta e mamadeira;
- ✓ Direito de acompanhante no pré-parto, parto e pós parto e boas práticas durante o trabalho de parto e parto;
- ✓ Portaria 930/201 (Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave);
- ✓ Neste hospital é proibida a distribuição de amostras ou brindes, como substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas ou de materiais promocionais desses produtos para gestantes ou membros de suas famílias.

## **ROTINAS SUGERIDAS NO PRÉ-NATAL:**

- ✓ Na sala de espera em nossa unidade, diariamente, um membro da nossa equipe oferecerá orientações sobre um tema que emergir no grupo de gestantes, porém com o cuidado de contemplar discussões sobre: vantagens da amamentação exclusiva para a mãe/filho/família/nação, durante os primeiros seis meses e sua continuidade até dois anos ou mais; a importância de se iniciar a amamentação o mais precoce possível – na sala de parto – e continuar no alojamento conjunto sob livre demanda; demonstrar como os bebês podem retirar do peito de sua mãe todo leite que precisam; como manter a lactação; extração e conservação do leite retirado, assim, como oferecer ao bebê esse leite; malefícios do uso de bicos, fórmulas e outros alimentos.
- ✓ Além disso, serão informados sobre o direito à acompanhantes/doulas de sua escolha; uso de alimentação leve durante o trabalho de parto; informações sobre uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massagador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quente e fria. A necessidade de procedimentos invasivos, tais como: rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas que só serão utilizados por razões médicas e previamente explicadas.
- ✓ Na dinâmica de grupo, acima citada, as gestantes serão informadas onde se dirigir por ocasião do parto e onde procurar assistência quando tiver dificuldade na amamentação. Os membros da Equipe desse Hospital desaconselham o contato direto ou indireto entre funcionários de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas com gestantes ou mães nas dependências da unidade.

## **SALA DE PRÉ - PARTO E PARTO**

Um membro de nossa equipe capacitada e apta em Amamentação, NBCAL-LEI 11 265, Cuidado Amigo da Mulher e Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave estará pronta para oferecer a todas as, orientação e apoio para proporcionar a todos os bebês o melhor começo de vida possível.

- ✓ Assegurar o direito de um acompanhante escolhido pela gestante/mãe na sala de pré-parto e parto e autorizar a presença de doula se disponível;
- ✓ Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que exista restrições médicas e isso seja explicado à mulher;
- ✓ Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;
- ✓ Serão oferecidos métodos não farmacológicos de alívio da dor e alimentação leve durante o trabalho de parto;
- ✓ Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas, e que em caso de necessidade, esses procedimentos sejam explicados à mulher;
- ✓ Sempre que o binômio mãe – filho estiver bem clinicamente, o recém-nascido será colocado junto de sua mãe em contato pele a pele por pelo menos uma hora. A mãe será encorajada a reconhecer quando seu bebê estiver pronto para mamar e apoiada para iniciar a amamentação se possível nesse momento;
- ✓ O ritmo desenvolvido por ambos será respeitado evitando interromper esse contato antes de uma hora;
- ✓ Após o parto, mãe/filho/acompanhante e membro de equipe seguirão ao alojamento conjunto.

### **ROTINAS SUGERIDAS NA SALA DE PRÉ - PARTO E PARTO:**

Será propiciado por nossa equipe de saúde presentes na sala de pré-parto e parto, um ambiente de apoio, conforto físico e emocional, assegurando o direito da parturiente de ter um acompanhante de sua escolha e uma doula se disponível;

- ✓ A parturiente será estimulada a andar, se movimentar e escolher a posição desejada para dar a luz.
- ✓ Líquidos e alimentos leves serão oferecidos às parturientes durante o parto;
- ✓ A administração de sedativos, analgésicos e/ou anestésico, na parturiente, ocorrerá apenas após uma avaliação cuidadosa, individual da necessidade e consequências para a mãe e a criança. Métodos alternativos não farmacológicos serão disponibilizados às parturientes.

- ✓ Quando houver necessidade de procedimentos invasivos, por razões médicas os mesmos serão explicados à parturiente e acompanhante;
- ✓ Sempre que o binômio mãe /filho estiver bem clinicamente, um membro da equipe oferecerá ajuda para que o recém-nascido seja colocado em contato pele a pele junto de sua mãe, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora. A mãe será encorajada a reconhecer quando seu bebe estiver pronto para mamar (o bebê leva as mãos à boca, faz tentativas de sucção, emite sons, toca o mamilo com a mão, movimenta-se em direção à mama e procura a região da aréola), e incentivada a iniciar a amamentação, com ajuda de algum membro de nossa equipe.
- ✓ Os primeiros exames do bebê: Apgar, identificação, poderão ser feitos sobre o corpo da mãe para evitar interromper o contato pele a pele entre ambos.
- ✓ Seguirão para o alojamento conjunto: mãe/filho, acompanhante e membro da equipe.
- ✓ Procedimentos como verificação das medidas do bebê, uso do método de Crede, aplicação de vitamina K, vacinas serão postergados depois do contato pele a pele. Um membro de nossa equipe procurará realizar os procedimentos dolorosos com o bebê amamentando para amainar a dor.

## **ALOJAMENTO CONJUNTO**

Um membro de nossa equipe capacitada e apta em Amamentação, NBCAL-LEI 11 265, Cuidado Amigo da Mulher e Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave oferecerá às mães contínuo apoio e informações durante sua internação, e, principalmente sobre aspectos relacionados à amamentação.

- ✓ As mães receberão contínuo apoio e informações sobre aspectos relacionados à Amamentação durante sua internação
- ✓ Em caso de separação mãe/filho, a manutenção da lactação será sugerida pela frequente extração manual do leite;
- ✓ A primeira mamada será monitorizada do início ao final por um membro de nossa equipe capacitado.
- ✓ No nosso alojamento conjunto, a frequência e a duração das mamadas será guiada pelas necessidades e pelos sinais precoces de fome do bebê, isto é amamentação do recém-nascido será praticada em livre demanda.

- ✓ Será prescrito apenas o leite materno como alimento, exceto nos casos em que houver razões médicas.
- ✓ Todas as mães e recém-nascidos em boas condições de vitalidade e interação permanecerão juntos nas 24 horas do dia em alojamento conjunto.
- ✓ Uso de bicos artificiais, chupetas serão desaconselhadas.
- ✓ Na alta, as mães serão orientadas sobre a importância da manutenção da amamentação e será sugerido seu retorno à nossa Unidade no caso de dificuldade na amamentação ou na primeira semana após alta agendada à Unidade de saúde mais próxima de sua casa, para seguimento de puericultura.
- ✓ No alojamento conjunto não é permitido à presença de funcionários ou fabricante ou distribuidores dos substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas para promoverem seus produtos nem tampouco distribuí-los.

#### **ROTINAS SUGERIDAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO:**

Um membro de nossa equipe acolherá a Mãe/RN/acompanhante, vindos da sala de parto, diretamente ao alojamento conjunto, onde permanecerão juntos, durante as 24 horas do dia, sempre que o binômio mãe/filho estiverem bem.

A monetarização da primeira mamada será feita por um membro de nossa equipe aplicando o formulário Observação da Mamada (OMS-2004), a fim de detectar dificuldades na amamentação e oferecer ajuda e apoio emocional se necessário.

Um membro da equipe estará disponível sempre que solicitado a informar sobre amamentação: posicionamento e pega corretos; como manter a lactação em caso de separação mãe/filho através da extração manual do leite do peito (pelo menos 6 vezes nas 24 horas); bem como esclarecer que a amamentação é feita sob livre demanda, isto é guiada pelo bebe e sugerido que o peito seja oferecido assim que o bebe manifestar sinais precoces de fome (aumentar os movimentos dos olhos fechados ou abertos, abrir a boca, esticar a língua e virar a cabeça para procurar a mama, emitir sons suaves, chupar/morder as mãos, dedos, coberta/lençol, ou outro objeto que tocar sua boca); porque na unidade somente é usado leite materno (a não ser que haja razão medica para tal) e que o uso de bicos, chupetas e mamadeiras não serão permitido pelos risco que oferecem.

Por ocasião de alta hospitalar, as mães serão informadas e convidadas a procurar, em caso de qualquer dificuldade em amamentação, sem horário marcado, nossa

Instituição ou nas Unidades Básicas de Saúde ou Saúde da Família, mais próxima de sua residência ou pelo fone:

Para puericultura a criança sairá de alta já agendada para a Unidade Básica.

## **SEGUIMENTO POS ALTA DO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Um membro de nossa equipe, capacitada e apta em Amamentação, NBCAL-LEI 11 265, Cuidado Amigo da Mulher e Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave, oferecerá orientação e apoio às mães, para que a amamentação exclusiva seja bem sucedida.

1. Por ocasião da alta na maternidade, as mães serão informadas e convidadas a comparecerem quando tiverem dificuldades na amamentação à nossa Instituição ou utilizarem o Telefone: ... ou UBS , ... a fim de manter a amamentação exclusiva até o bebê completar seis meses e continuar com alimentação complementar até dois anos ou mais.
2. O bebê sairá agendado para puericultura na primeira semana pós alta.

## **ROTINAS SUGERIDAS NO SEGUIMENTO**

- ✓ Uma equipe multidisciplinar estará disponível para apoiar as mães em suas dificuldades, no que diz respeito à amamentação em nossa Instituição nos horários ...ou pelo telefone:...
- ✓ O retorno será oferecido até que as mães se sintam seguras na manutenção da amamentação exclusiva.
- ✓ Serão praticadas pela nossa Equipe, as habilidades do aconselhamento em amamentação, durante a consulta, isto é, consultas desenvolvidas num clima de empatia, sem julgamento ou recriminações, elogios às praticas adequadas.
- ✓ A Equipe de nossa Instituição estará vigilante no cumprimento da NBCAL.

## **UNIDADE NEONATAL**

Um membro de nossa equipe, capacitada e apta em Amamentação, NBCAL-LEI 11 265, Cuidado Amigo da Mãe e Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido

Grave ou Potencialmente Grave, oferecerá orientação e apoio as mães, para que a amamentação exclusiva seja possível mesmo em RN com necessidades especiais.

- ✓ Os pais serão informados sobre o estado clínico de seu filho e oferecido apoio para o estabelecimento e a manutenção da lactação.
- ✓ Orientação e apoio para a extração manual de leite de peito serão oferecidos enquanto a mãe e/ou bebê estiverem impossibilitados de amamentar ou ser amamentado, para a manutenção da lactação.
- ✓ Será autorizado a participação e permanência da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave.
- ✓ Será autorizado o livre acesso a mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independentemente da Unidade Neonatal e do Risco do RN.
- ✓ Apoio emocional e físico para permanecer junto ao seu filho durante o período de internação de seu filho será oferecido por nossa Equipe.
- ✓ Quando o bebê não tiver condições de sucção, uma explicação prévia, do uso do copinho, com leite cru da própria mãe ou leite do Banco de Leite Humano será feita à mãe. A mãe será encorajada e apoiada para colocar o bebê no peito, assim que ele estiver clinicamente bem e em condições de sugar.
- ✓ Por ocasião da alta, as mães serão orientadas sobre a importância da manutenção da Amamentação e será oferecida a ela e seu filho assistência à amamentação e seguimento em nossa Instituição ou nas UBS com acompanhamento específico para bebês de alta pós UTI;UTIN ou Canguru.

#### **ROTINAS SUGERIDAS NA UNIDADE NEONATAL:**

Individualmente ou em grupo, os pais serão convidados e encorajados a participarem e a se colocarem sobre toda a situação e assistência do seu filho.

- ✓ Durante a internação os pais serão informados: sobre o estado clínico de seu bebê; de poderem permanecer junto de seu bebê durante a internação do mesmo; sobre a importância da manutenção da lactação através da extração manual do leite do peito pelo menos de 6 a 8 vezes nas 24 horas ao dia. A coleta do leite ocorrerá na sala de coleta da unidade hospitalar. Quando o bebê não tiver condição de sucção, uma explicação prévia será oferecida sobre o uso de sonda ou copinho para alimentá-lo com leite cru da própria mãe ou leite do Banco de Leite conforme a



prescrição médica. A mãe será encorajada e apoiada para colocar o bebê no peito, assim que o mesmo estiver clinicamente bem e em condições de sugar.

✓ As situações especiais, de difícil manejo, ou que envolvam risco aumentado de desmame precoce serão discutidos em conjunto com a família e a equipe.

✓ Um membro de nossa equipe por ocasião da alta oferecerá orientação às mães sobre a importância da manutenção da amamentação. E no caso de alguma dificuldade na amamentação a nossa Instituição oferece assistência nos horários... ou pelo fone: ...

✓ Os bebês sairão da Unidade já com agendamento prévio para as Unidades Básicas de Saúde ou Saúde da Família, mais próxima de sua residência.

## **CUMPRIMENTO DA NBCAL**

Um membro de nossa equipe, capacitada e apta em Amamentação, NBCAL-LEI 11 265, Cuidado Amigo da Mãe e Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave oferecerá orientação e apoio as mães, para que a amamentação exclusiva seja possível mesmo em RN com necessidades especiais e atento para zelar pelo cumprimento da NBCAL.

1. Neste Hospital não aceitamos DOAÇÕES de substitutos de leite materno
2. Todos substitutos de leite humano quando necessário são comprados da mesma forma como outros alimentos/medicamentos ou pelo menos ao preço de atacado.
3. Não é permitido a presença de materiais promocionais de alimentos ou bebidas para lactentes, que não o leite materno, na unidade de saúde.
4. Zelamos para que gestantes e mães não recebam materiais que promovam a alimentação artificial.
5. O preparo dos substitutos do leite materno para gestantes, mães/familiares que precisem usá-los é demonstrado em locais reservados e por profissionais da saúde.
6. Os estoques de substitutos do leite materno são mantidos longe do alcance do olhar de gestantes e mães em nosso Hospital.
7. A oferta de amostras de substitutos do leite materno ou afins que interfiram com a amamentação, para gestantes ou mães, não é permitida nesta unidade.
8. Também não aceitamos Incentivos financeiros ou materiais para promover produtos do âmbito da NBCAL.

## **CUIDADO AMIGO DA MULHER**

Nossa equipe, capacitada e apta em Amamentação, NBCAL-LEI 11 265, Cuidado Amigo da Mãe e Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave, ficará atenta no cumprimento de todos os passos para implementar em nossa Unidade a assistência ideal para a gestante/mãe/bebê desde o pré parto ao puerpério (Cuidado Amigo da Mulher).

- ✓ Todas gestante/mãe/bebê terão direito a acompanhantes de sua livre escolha para que recebam apoio físico e ou/emocional durante o pré-parto parto e pós parto se desejarem, assim como a uma doula se disponível.
- ✓ Terá acesso a líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto caso desejarem.
- ✓ Serão oferecidos métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massageador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e fria, orientados à mulher durante o pré natal.
- ✓ Quaisquer procedimentos invasivos como: rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, parto instrumental e cesariano serão explicadas à parturiente/acompanhante quando forem necessários.
- ✓ A parturiente será incentivada a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas.