



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

**Módulo 2 – Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital  
Amigo da Criança: Um Curso para Gestores**

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF

2009

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

Imagem da capa: *Maternidad*, 1963,

© 2003 Espólio de Pablo Picasso/Artists Rights Society (ARS), Nova York

© 2005 United Nations Children's Fund; World Health Organization. Edição em inglês.

© 2008 Ministério da Saúde. Edição em português

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 1.200 exemplares

*Elaboração, edição e distribuição:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício-Sede, 6.º andar, Sala 625

CEP: 70058-900, Brasília/DF

*Home page:* <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>

*Autores:*

World Health Organization

United Nations Children's Fund

*Tradução:*

Candombá – [www.candomba.com.br](http://www.candomba.com.br)

*Organização (Edição em português):*

Marina Ferreira Rea – Rede IBFAN

*Colaboradores:*

Rede IBFAN

Ana Julia Colameo

Lucélia Fernandes

Natália F. Rea Monteiro

Rosana de Divitiis

Tereza Setsuko

Instituto de Saúde de São Paulo

Nelson Francisco Brandão

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

*Revisão Final:*

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/

DAPES/SAS/MS

*Apoio:*

Unicef – Brasil

Ministério da Saúde – Brasil

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

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

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

---

#### Ficha Catalográfica

---

Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 2 : fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança : um curso para gestores / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

310 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Tradução de: Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 1, Background and Implementation

ISBN 978-85-334-1575-1

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

CDU 613.95

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0093

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 2, Strengthening and sustaining the baby-friendly hospital initiative : a course for decision-makers

Em espanhol: Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez: revista, actualizada y ampliada para los cuidados integrados: módulo 2: fortaleciendo y sustentando la Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez: un curso para gestores

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233 1774 / 2020

Fax: (61) 3233 9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Diagramação: Sérgio Ferreira

Normalização e revisão: Convênio entre Ministério da Saúde e Fundação Universidade de Brasília

## AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento do curso original, “Promoting breast-feeding in health facilities: A short course for administrators and policy-makers” Doc. WHO/NUT/96.3 (“Promovendo a amamentação em unidades de saúde: um curso breve para administradores e gestores de políticas”), em 1996, foi um esforço conjunto empreendido por equipes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Wellstart International.

A revisão deste curso foi liderada por Randa Saadeh, cientista do Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento da OMS e coordenado por Ann Brownlee, professora clínica da Universidade da Califórnia, San Diego, no papel de consultora da Organização Mundial da Saúde. O curso recebeu um novo título, “Fortalecendo e sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores”, e integra outros documentos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) atualizados. As revisões de diversas seções do curso foram preparadas por Ann Brownlee; Randa Saadeh, do Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento da OMS; Mary Kroeger, ex-integrante da Academia de Desenvolvimento Educacional; e Wendelin Slusser, da Universidade da Califórnia (UCLA). Carol Gunther auxiliou no projeto gráfico do documento e dos *slides*.

Agradecemos a todos os tomadores de decisões relacionadas à IHAC, aos profissionais e ao pessoal de saúde que, por meio de sua diligência e carinho, implementaram e melhoraram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança ao longo dos anos e, portanto, contribuíram para o conteúdo deste curso revisado.

Membros de diversos grupos de coordenação da IHAC usaram a versão original do curso e ofereceram opiniões valiosas que contribuíram com a revisão do curso. Agradecimentos especiais a Carmen Casanovas, do Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento da OMS, a Constanza Vallenias e Peggy Henderson, do Departamento de Saúde e Desenvolvimento Infantil e do Adolescente da OMS, e Ellen Piwoz, da Academia de Desenvolvimento Educacional, que também ofereceram opiniões valiosas e novas informações e resultados para novas seções relacionadas ao HIV.

Essas contribuições multinacionais e multiorganizacionais foram fundamentais para ajudar a compor um curso destinado a proporcionar a tomadores de decisão a compreensão e o comprometimento necessários para incentivar suas unidades de saúde a conquistar e sustentar a condição de Amigas da Criança e, dessa forma, oferecer o melhor apoio possível a mães de bebês que usem seus serviços de maternidade.



# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>GUIA DO CURSO</b> . . . . .	<b>9</b>
Histórico . . . . .	9
Descrição do curso . . . . .	9
Preparação para o curso . . . . .	12
Local do curso . . . . .	15
Materiais do curso . . . . .	16
Atividades iniciais do curso . . . . .	19
Avaliação e relatórios . . . . .	19
Acompanhamento . . . . .	20
Anexos . . . . .	20
Anexo A – Temas sugeridos . . . . .	20
Anexo B – Amostras de relatórios de avaliação . . . . .	23
Anexo C – Descrição dos <i>slides</i> e fotografias . . . . .	27
<b>PLANOS DAS AULAS OU SEÇÕES</b> . . . . .	<b>29</b>
Seção 1: A situação nacional da alimentação de lactentes . . . . .	29
Seção 2: Os benefícios da amamentação . . . . .	47
Seção 3: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança . . . . .	99
Seção 4: As bases científicas dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" . . . . .	165
Seção 5: O processo de credenciamento da IHAC . . . . .	218
Seção 6: Custos e economias . . . . .	261
Seção 7: Como avaliar políticas e práticas . . . . .	300
Seção 8: Como desenvolver planos de ação . . . . .	303



## PREFÁCIO

Desde que foi lançada pelo UNICEF e pela OMS em 1991-1992, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) tem crescido, contando com mais de 19.600 hospitais credenciados em mais de 152 países nos últimos 15 anos. Nesse período, diversos encontros regionais ofereceram orientação e proporcionaram oportunidades para a criação de redes de contatos e a troca de informações entre os profissionais envolvidos com a implementação da iniciativa em seus países. Duas dessas reuniões aconteceram recentemente na Espanha (para profissionais da Europa) e em Botsuana (para profissionais do leste e do sul da África). Em ambas, foram oferecidas recomendações para atualizar os Critérios Globais, os instrumentos de avaliação relacionados, além do “Curso de 18 horas” à luz da experiência com a IHAC desde que esta começou, das orientações proporcionadas pela nova Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância e dos desafios apresentados pela pandemia do HIV. A importância de dar atenção ao “cuidado amigo da mãe” no âmbito da iniciativa também foi levantada por alguns grupos.

Como resultado do interesse e das solicitações pela atualização do conjunto (pacote) IHAC, o UNICEF, juntamente com a OMS, empreendeu a revisão dos materiais usados em 2004-2005, com Genevieve Becker, da BEST Services, à frente da revisão do curso e Ann Brownlee, da Universidade da Califórnia/San Diego, responsável pela revisão dos instrumentos de avaliação. Esse processo incluiu uma ampla “pesquisa com usuários” que contou com a participação de colegas de diversos países. Quando concluída a revisão do curso e dos instrumentos, o esboço inicial foi submetido à revisão de especialistas de todo o mundo e então testado em campo em países industrializados e em desenvolvimento.

O presente conjunto<sup>1</sup> IHAC inclui:

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

- 1.1 Implementação em Âmbito Nacional;
- 1.2 Implementação em Âmbito Hospitalar;
- 1.3 Critérios Globais da IHAC;
- 1.4 Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno;
- 1.5 Expansão da IHAC e Opções de Integração;
- 1.6 Fontes, Referências e Websites.

Módulo 2: Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores, adaptado do curso da OMS “Promovendo a amamentação em unidades de saúde, um curso breve para administradores e criadores de políticas”. Esse material pode ser usado para sensibilizar os tomadores de decisão de hospitais (diretores, administradores, gestores, etc.) e criadores de políticas quanto às diretrizes

<sup>1</sup> Os módulos 1 a 4 estão disponíveis no website do UNICEF, no endereço <[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html)> ou em buscas no website do UNICEF (<<http://www.unicef.org>>) ou no da OMS (<<http://www.who.int/nutrition>>).

da iniciativa e os impactos positivos que pode ter, e para conquistar seu comprometimento com a promoção e a manutenção da causa “Amigo da Criança”. O Módulo 2 inclui um Guia do Curso e oito Planos de Seção com impressos e transparências.

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

- 3.1 Orientações para Facilitadores do Curso e Lista de Conferência para Planejamento do Curso;
- 3.2 Modelos de Seções;
- 3.3 Transparências para o Curso.

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

- 4.1 Instrumentos de Auto-avaliação Hospitalar;
- 4.2 Orientações e Instrumentos para Monitoramento.

Módulo 5: Avaliação e Reavaliação Externa<sup>2</sup>, que oferece orientações e instrumentos para avaliadores externos, que usarão ambos inicialmente para avaliar se os hospitais atendem aos Critérios Globais e, portanto, respeitam integralmente os Dez Passos, e, então, para reavaliar, regularmente, se mantêm os padrões requeridos. Esse módulo inclui:

- 5.1 Guia para Avaliadores;
- 5.2 Instrumentos para Avaliação Externa de Hospitais;
- 5.3 Orientações e Instrumentos para Reavaliação Externa.

---

<sup>2</sup> Módulo 5, Avaliação e Reavaliação Externa, não disponível para distribuição. Oferecido apenas para autoridades nacionais da IHAC, que as oferecerão aos avaliadores que conduzirão avaliações e reavaliações da IHAC.



# GUIA DO CURSO

## Histórico

Desde que foi lançada, em 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem servido como força motivadora para que maternidade de todo o mundo adotem políticas e práticas de apoio à amamentação.

A mudança pode ser difícil, além de um processo potencialmente lento em algumas unidades de saúde, mas os tomadores de decisão ou gestores sensibilizados podem ocupar um papel fundamental na criação de possibilidades de transformação, pois sabem como trabalhar com pessoal e orçamentos e como dar início às mudanças institucionais. Quando administradores e criadores de políticas com maior nível de responsabilidades se sensibilizam quanto à importância do apoio à amamentação nas unidades de saúde e das mudanças necessárias para consegui-lo, ficam mais propensos a incentivar e apoiar o aperfeiçoamento contínuo de profissionais de saúde de nível intermediário.

Este curso foi desenvolvido principalmente para gestores de unidades de saúde hospitalares em países onde existe comprometimento com a amamentação nos níveis intermediários, mas onde os progressos são lentos. Este curso é breve (aproximadamente 10 a 12 horas de duração), prático e aborda tópicos específicos relevantes, como políticas e procedimentos, custos e economia e como enfrentar as barreiras iniciais do processo de mudança. Ele complementa outros cursos que oferecem os conhecimentos e as técnicas necessárias para agentes de saúde que prestam cuidados a mães e lactentes.

Este curso foi totalmente atualizado com a inclusão e a referência a estudos recentes, novos dados e referência a *websites*, quando apropriado. Tendo em vista o grande desafio apresentado pelo HIV, conteúdos relacionados a essa síndrome que possam ser úteis nos mais diversos contextos foram acrescentados aos planos de aulas.

O *website* que disponibiliza este curso traz *links* para os *slides* e transparências em arquivos do Microsoft PowerPoint para as diversas aulas ou seções. Os *slides* (em cores) podem ser usados com laptops ou projetores LCD, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto e branco) podem ser impressas e exibidas com retroprojetores. As transparências estão reproduzidas no primeiro impresso de cada seção, com seis transparências por página.

## Descrição do curso

O curso é composto por oito aulas ou seções, que podem ser apresentadas em um período de um dia e meio a dois dias. Cada seção contribui com o resultado final: desenvolver um plano de ação para implementar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

- **Seção 1: Situação da alimentação de lactentes no país.** Capacita os participantes para analisar a situação atual da alimentação de lactentes no país e aborda práticas que afetam as taxas de amamentação.
- **Seção 2: Benefícios da amamentação.** Discute as vantagens da amamentação e as desvantagens da alimentação artificial.
- **Seção 3: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Descreve a história e os contextos da IHAC e o processo de avaliação relacionado.
- **Seção 4: As bases científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.** Analisa as pesquisas que apóiam as recomendações de políticas.
- **Seção 5: O processo de credenciamento da IHAC.** Examina estratégias para o credenciamento bem sucedido e a administração de unidades de saúde já credenciadas, além de proporcionar a oportunidade de discutir barreiras ao processo e soluções em potencial.
- **Seção 6: Custos e economias.** Capacita os participantes a examinarem os investimentos relativos ao apoio à amamentação em suas unidades e as possíveis economias geradas por essa prática.
- **Seção 7: Avaliação de políticas e práticas.** Proporciona aos participantes a oportunidade de avaliarem suas unidades usando os Instrumentos de Auto-Avaliação Hospitalar para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, da OMS/UNICEF.
- **Seção 8: Desenvolvendo planos de ação.** Capacita os participantes para preparar um plano escrito para as mudanças em suas unidades de saúde e em seus programas.

Todas as seções são organizadas com o mesmo formato. As capas das seções informam:

- **objetivos** da seção;
- **duração**;
- **métodos de ensino**, como palestras, discussões, trabalho em grupos pequenos e apresentações dos participantes;
- **preparação para a seção**, como a coleta de dados locais sobre amamentação e a análise de pesquisas científicas.
- **materiais de treinamento** a serem usados na seção, como resumos dos estudos utilizados, impressos, transparências e *slides* em PowerPoint. Em certos casos, é recomendado o uso de recursos visuais e informado como consegui-los;
- **referências** que podem auxiliar o participante a se preparar para a seção, além de leituras complementares para aqueles interessados em mais informações ou na leitura das pesquisas abordadas.

Depois da capa, o resumo da seção é organizado em duas colunas: na coluna da esquerda, um resumo do **conteúdo** a ser apresentado; na coluna da direita, **notas para o treinador**, com sugestões para estratégias de treinamento, dicas de ensino e temas para discussão.

Este curso foi desenvolvido para ser breve e prático. Todo o material pode ser abordado em 10 ou 12 horas, não computadas as seções de abertura e encerramento. O curso possibilita certa flexibilidade, suas seções podem ser abreviadas ou expandidas, a depender das necessidades de grupos específicos e de circunstâncias específicas

quanto ao tempo. **Três modelos de estrutura** do curso (Anexo A) ilustram como ele pode ser conduzido em espaços temporais variados, a depender do tempo disponível dos tomadores de decisão para essa atividade.

- **Amostra de estrutura 1 (2 dias).** Essa é a versão recomendada, se possível, para todos os participantes (tomadores de decisão, criadores de políticas, gestores e administradores hospitalares com alto nível de responsabilidade), destinando-se dois dias inteiros para o evento. Ela permite explorar com profundidade os tópicos centrais relacionados à implementação e à revitalização da IHAC, que são mais importantes para os tomadores de decisão, e proporciona tempo suficiente para a realização de exercícios úteis (como aqueles relacionados à obtenção do credenciamento da IHAC), bem como para o desenvolvimento de planos de ação completos.
- **Amostra de estrutura 2 (1,5 dia).** Adaptada para que o primeiro dia seja destinado exclusivamente aos tomadores de decisão e administradores hospitalares com alto nível de responsabilidade. A manhã do segundo dia pode ser destinada a todos os participantes ou, se a agenda dos participantes com alto nível de responsabilidade não permitir, apenas aos administradores hospitalares, os quais desenvolverão planos de ação da IHAC.
- **Amostra de estrutura 3. (1 dia).** Adaptada para incluir um curso de meio dia de duração para gestores com alto nível de responsabilidade atarefados e de um dia inteiro para administradores hospitalares, com o turno da tarde voltado para o desenvolvimento de planos de ação da IHAC. Se esta versão mais breve do curso for a escolhida, será necessário que os responsáveis pelo planejamento do curso façam adaptações em cada uma das seções, com a escolha dos conteúdos e *slides* de PowerPoint mais relevantes. Se desejado, essa versão de 1 dia pode ser usada com todos os participantes, sem distinção.

A ordem das seções pode ser alterada, se necessário, para adequar-se às necessidades do grupo. No caso da primeira amostra de estrutura, a Seção 1 (Situação da alimentação de lactentes no país) deve ser apresentada primeiramente, para estimular nos participantes à reflexão quanto ao contexto local. Alguns grupos podem precisar da motivação estimulada pela Seção 2 (Benefícios da amamentação) antes de analisar o panorama nacional. A segunda amostra de estrutura começa com esta seção, já que isso pode ser benéfico para muitos grupos. Se os principais tomadores de decisão não puderem estar presentes em todas as seções, é importante que compareçam pelo menos às principais seções com conteúdo informativo, como a Seção 6 (Custos e economias). Por esse motivo, no programa de 1 dia, a Seção 6 é apresentada antes da 5.

O tempo empregado na abertura e no encerramento do curso não está incluído na estimativa de duração de 8 a 12 horas. Lembre-se de levar em conta que o tempo destinado a essas cerimônias deve ser computado; se uma ou ambas forem importantes para o sucesso do curso, o tempo será bem empregado. Os intervalos no meio da manhã e da tarde são essenciais, assim como o tempo destinado a perguntas/discussões ao final de cada uma das seções; lembre-se de levar esse tempo em conta. Outros eventos sociais são opcionais.

Decida se usará ou não seções adicionais. Alguns grupos sugerem informações clínicas adicionais. Uma maneira de oferecer essas informações fora da estrutura formal

do curso é com a exibição de vídeos, talvez à noite. Os vídeos sugeridos foram listados na seção “Materiais do curso” deste guia.

## Preparação para o curso

### ***Orçamento***

Os custos afetam todas as decisões de planejamento do curso e, portanto, devem ser avaliados com antecedência. Se for decidido cobrar pela participação, a taxa deve ser a menor possível para cobrir os custos. Oferecer créditos de ensino pode incentivar os participantes a pagar pelo programa. No caso de equipes de hospitais, pode ser interessante não cobrar a taxa do principal executivo ou gestor, para incentivar a participação de profissionais de alto nível.

Se os custos do curso forem um problema substancial, pode ser válido ajustar a seleção de participantes e o cronograma do curso para que os participantes voltem para casa ao final do dia; mas um curso “residencial”, com a permanência dos participantes à noite, é mais interessante, por permitir a interação entre facilitadores e participantes nas horas livres.

### ***Comitê organizador***

É recomendável que um comitê seja criado para supervisionar o planejamento, a implementação e atividades de acompanhamento do curso. Os membros devem ser pessoas que se envolverão com tais ações de acompanhamento. O coordenador nacional de aleitamento materno ou de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, ou o responsável por atividades da IHAC, pode ser o facilitador ou coordenador.

Entre as responsabilidades do comitê estão a seleção dos treinadores, do local do curso e o planejamento do cronograma, do protocolo (cerimônias e eventos sociais), de uma possível cobertura de imprensa e de atividades de avaliação e acompanhamento. O comitê pode indicar um coordenador geral do curso e providenciar serviços de secretariado e outros serviços de apoio. O comitê deve indicar e designar responsáveis por registrar o andamento das várias seções ou partes do curso.

Os responsáveis atuam como “mestres de cerimônias” e coordenam uma ou mais seções. Eles apresentam os palestrantes, controlam o horário das seções e distribuem e recolhem os formulários de avaliação.

### ***Seleção de palestrantes e outros profissionais***

Os palestrantes das seções devem ser escolhidos pelo comitê organizador. Eles devem ter credenciais e credibilidade para sensibilizar os participantes de alto nível a que se destina o curso; isso pode envolver a participação de estrangeiros. Pode ser interessante incluir um ou mais palestrantes que já atuaram ou participaram do curso em outra oportunidade.

Os palestrantes podem fazer parte da equipe de facilitadores que participarão de todo o curso ou, em alguns casos, ser pessoas que só participarão de uma aula em particular. É essencial que os palestrantes tenham conhecimentos sobre áreas específicas. Por exemplo:

- **Seção 1:** Requer a experiência de alguém com acesso a dados relativos ao panorama local da amamentação, tal como o coordenador nacional de aleitamento materno ou alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, um criador de políticas ou pesquisador (alguém envolvido com um estudo KAP, por exemplo). Essa pessoa pode apresentar parte da seção, com o auxílio do treinador.
- **Seções 2 e 4:** Requer um palestrante com sólida formação médica/científica (seja um facilitador do curso ou um convidado), capacitado a discutir as implicações do material das pesquisas. O apresentador da Seção 4 deve estar familiarizado com as pesquisas nela abordadas (são oferecidos resumos) e ter tempo suficiente para se preparar.
- **Seção 3:** Proporciona uma oportunidade para que o coordenador nacional de aleitamento materno ou alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, ou o representante da OMS ou do UNICEF, descreva o processo de avaliação da IHAC e apresente um relatório da situação nacional.
- **Seção 5:** Deve ser conduzida por um facilitador familiarizado com questões relativas ao credenciamento e à administração das unidades de saúde Amigas da Criança.
- **Seção 6:** Deve contar com um profissional com conhecimentos relativos a custos e economia quanto ao apoio à amamentação em unidades de saúde.
- **Seções 7 e 8:** Devem ser conduzidas por um facilitador familiarizado com as equipes em treinamento, com as condições de seus locais de trabalho e com conhecimentos sobre planejamento de programas. O coordenador nacional de aleitamento materno ou alimentação de lactentes e crianças de primeira infância ou outro profissional que possa se responsabilizar pelo acompanhamento do processo de implementação dos planos adotados pelas equipes são boas opções.

Nas aulas ou seções que exijam a formação de grupos pequenos, pode ser necessária a presença de mais facilitadores, a depender do tamanho dos grupos (aproximadamente um para cada cinco participantes). Os facilitadores de atividades desenvolvidas com grupos pequenos devem possuir alguma experiência com a implementação da IHAC, o planejamento de programas e o trabalho com grupos pequenos.

A equipe de apresentadores deve ser definida com a maior antecedência possível, e suas respectivas responsabilidades devem ficar claras. Os apresentadores devem dominar a estrutura do curso e entender como suas seções específicas se encaixam formando um todo.

#### ***Planejamento pré-curso das atividades/seções dos palestrantes***

É essencial que os patrocinadores e organizadores do curso se encontrem ou se correspondam regularmente com antecedência de alguns meses antes do início do curso. O comitê organizador deverá definir as responsabilidades de ensino e encaminhar o planejamento das seções para os docentes/facilitadores algumas semanas antes da realização do curso. Os docentes precisarão de tempo para se familiarizar com os materiais e obter [ou preparar] transparências ou documentos que ilustrem a situação local.

Pouco antes do curso, uma seção de dois dias para docentes/facilitadores pode ser organizada para fazer os acertos finais necessários. Os temas a serem abordados podem ser discutidos, e os palestrantes avaliarão suas responsabilidades e as seções. Uma discussão sobre cada uma das seções ou a realização de um ensaio podem familiarizar os docentes com o escopo geral do curso, para que percebam como suas partes se encaixam no todo. Essa “revisão” garantirá que todos os palestrantes estejam preparados e auxiliem na seleção final de materiais audiovisuais de apoio adequados, além de permitir que coordenem suas seções de forma a evitar repetições.

### ***Seleção dos participantes***

Os participantes devem ser gestores responsáveis por hospitais ou unidades de saúde que atendam mães e lactentes. Devem ser, em sua maioria, responsáveis por hospitais ainda não envolvidos com a IHAC ou onde não haja consenso quanto à importância de apoiar a amamentação. Alguns podem estar à frente de unidades “com-prometidas” ou Amigas da Criança, para que ofereçam bons exemplos aos demais.

Exemplos:

- administradores ou diretores de hospitais;
- chefes de departamentos importantes de grandes hospitais;
- gestores ou gerentes de hospitais;
- membros com alta responsabilidade em secretarias municipais de saúde (responsáveis pela administração de um ou mais hospitais);
- criadores de políticas com responsabilidade sobre as políticas ou a administração de unidades de saúde no nível nacional ou regional.

O comitê deve decidir quanto à destinação do curso para profissionais de determinado tipo de unidade de saúde, como hospitais regionais ou hospitais universitários, ou para um misto de representantes de hospitais públicos e privados, unidades de saúde grandes e pequenas, maternidades e outras unidades que ofereçam serviços de saúde para mães e crianças. A participação de profissionais de ambientes variados pode contribuir para discussões mais produtivas. As restrições orçamentárias e as avaliações quanto a quais profissionais são mais propensos a incentivar mudanças devem orientar a seleção dos participantes.

Os organizadores do curso talvez desejem convidar diversos representantes das mesmas unidades, para que trabalhem juntos nos planejamentos. Já foi demonstrado que a mudança ocorre mais rapidamente quando as equipes trabalham por um objetivo comum. Por outro lado, mais unidades poderão participar se contarem com apenas um participante no curso.

Outra decisão diz respeito a se todos os participantes serão de apenas uma região do país ou de todo o país. Uma das vantagens de se ter participantes de apenas uma região é que a interação durante o curso pode estimular a criação de contatos entre os participantes e suas unidades de saúde pelo apoio à amamentação. Mais uma vez, as restrições orçamentárias provavelmente influenciarão tais decisões, além do número planejado de cursos desse tipo.

Grupos de 15-20 pessoas são o ideal para estimular as discussões durante as seções; entretanto, apesar disso, em alguns países pode ser financeiramente mais viável convidar mais participantes.

### **Comunicação pré-curso com os participantes**

Uma pessoa com alto nível de importância no sistema de saúde, como o ministro da Saúde, deve endereçar **cartas-convite** para garantir o comparecimento de gestores, administradores e criadores de políticas que tenham influência e autoridade.

Um **questionário** pode ser enviado junto com a carta-convite para que os participantes preencham nome, endereço, telefone, local de trabalho, cargo, responsabilidades, se trabalham em um hospital IHAC, os problemas/desafios mais significativos para transformar seus hospitais em Amigos da Criança ou para fazer com que apoiem a amamentação, e o que esperam do curso. O Anexo B apresenta um modelo de questionário.

Pode ser solicitado que os participantes levem **dados relativos à alimentação de lactentes** em sua cidade ou região: taxas de amamentação exclusiva, taxas de qualquer tipo de amamentação, idade média com que os lactentes passam a receber outros alimentos líquidos (e tipos de alimentos), taxas de ocorrência de diarreia e estudos KAP (de conhecimentos, atitudes e práticas) sobre mães, famílias e profissionais de saúde relacionados a práticas de amamentação. Essas informações serão úteis durante discussões sobre a situação nacional (Seção 1), e durante a aula sobre auto-avaliação hospitalar (Seção 7) e quanto ao desenvolvimento de planos de ação (Seção 8).

Avalie a possibilidade de distribuir, antes do curso, **material de leitura**, como:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Protegendo, Promovendo e Apoiando a Amamentação: O Papel Especial dos Serviços de Maternidade*. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra: OMS, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno*. Genebra: OMS, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); e FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Módulo 1 – 1.2 Implementação a Nível Hospitalar e 1.3 Critérios Globais IHAC*. Nova York, NY: UNICEF.

Enfatize na carta que os participantes devem levar o material de leitura para o curso, já que este será citado durante as discussões.

## **Local do curso**

A escolha do local é importante para o sucesso do curso. O lugar deve ser atraente a participantes de alto nível e ao mesmo tempo se adequar ao orçamento. Se possível, deve estar localizado fora da cidade, para que os participantes se concentrem no curso sem distrações com outras responsabilidades. O tempo de viagem e os custos de transporte também devem ser levados em conta.

A disponibilidade de serviços de apoio e sistemas de comunicação, como copiadora, computador e impressora, telefones e aparelhos de fax, facilitam a organização e a condução do curso. Mas se alguns desses recursos não estiverem disponíveis, os organizadores devem fazer o melhor para se adaptar às condições locais.

Equipamentos audiovisuais e uma sala adequada devem estar disponíveis para as apresentações (fonte de eletricidade, projetores, telas e cortinas para escurecer o ambiente).

Algumas salas menores ou áreas são necessárias para os trabalhos com grupos menores das seções 5 e 8. Esses locais devem ser facilmente acessíveis a partir da sala principal, para que facilitadores e participantes não percam tempo se deslocando de um lugar para o outro.

## Materiais do curso

Se possível, uma cópia completa do guia do curso deve ser disponibilizada para os facilitadores responsáveis pelo conteúdo do curso. Os palestrantes devem receber cópias das seções relevantes, além dos arquivos PowerPoint a serem usados em suas respectivas apresentações.

Os **Planos de Aula ou Seção** e os **impressos** usados em cada seção estão encartados neste documento, e seguem o Guia do Curso. Os **arquivos PowerPoint com slides e transparências** de cada uma das seções, à exceção da 7 (que não usa esses recursos) podem ser acessados por meio de *links* no *website* do curso.

Os participantes devem receber cópias dos **impressos**, que podem ser encartados em uma pasta junto com outros materiais, como o cronograma do curso, a lista de participantes e palestrantes e outros documentos relevantes. Ao início de cada seção, os palestrantes devem orientar os participantes quanto aos documentos que serão utilizados. Uma alternativa é que os impressos sejam distribuídos no início das seções, mas isso pode desperdiçar um tempo valioso (Planilhas ou instruções para trabalhos de grupo devem ser distribuídas quando necessárias.). Uma versão condensada dos *slides* está incluída como impresso e deve ser copiada para os participantes. Esse impresso permite que eles se concentrem nas apresentações enquanto tomam notas.

Os **slides em PowerPoint** podem ser usados quando houver um *laptop* ou projetor à disposição. Os conjuntos de transparências incluem *slides* com textos, gráficos e outras formas de apresentação de dados e informações e, quando apropriado, fotografias. Todos os *slides* são impressos em cores. Alguns conjuntos de *slides* incluem fotografias, que estão listadas no Anexo C – mas, podem ser acrescentados *slides* com dados ou fotografias locais. Os palestrantes devem se familiarizar com as apresentações e são livres para adaptá-las, acrescentando ou suprimindo *slides* e substituindo dados ou fotografias, se acharem necessário.

O palestrante pode decidir usar transparências impressas quando não houver a disponibilidade de um computador para exibir os *slides* em PowerPoint, ou em seções onde forem usados muitos *slides* produzidos localmente e for complicado usar os dois modos de exibição. Os **arquivos PowerPoint de transparências** apresentam os “*slides*” em formato preto-e-branco, adequados para impressão em papel ou transparência. Esses arquivos não incluem os *slides* de fotografias em cores, por perderem muito a qualidade quando reproduzidas em preto-e-branco. O número de transparências e *slides* é o mesmo, para que possa ser feita a opção por uma ou outra mídia.



Os folhetos/livretos a seguir são considerados fontes de referência centrais do curso. As cópias desses folhetos geralmente são cobradas; se o orçamento permitir, é adequado que cada participante receba uma.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Genebra, 1981. Ou legislação nacional, se existir.

\_\_\_\_\_. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services: a joint WHO/UNICEF statement*. Geneva, 1989.

Ambos os documentos estão disponíveis em:

Organização Mundial da Saúde

Distribuição e Vendas

1211 Geneva 27

SUIÇA

Tel: [41](22) 791-2476

Fax: [41](22) 791-4857

Ou nos escritórios regionais da OMS.

Pode ser útil afixar pôster com os “Dez Passos” na sala. Entre em contato com o escritório da OMS ou do UNICEF para conseguir uma cópia.

Recomenda-se para a Seção 3, se possível, o uso de um conjunto de *slides* ou um vídeo com o tema “Amigo da Criança” contextualizado para o país ou região onde o curso for ministrado.

Recomenda-se para a Seção 4 o uso do vídeo “Delivery Self Attachment”, pesquisa do doutor L. Righard, 6 minutos, 1992). Este material está disponível em:

Geddes Productions P.O. Box 41761 Los Angeles, CA 90041 USA

Tel: (818) 951-2809

Fax: (818) 951-9960

(<<http://www.geddesproduction.com/oldweb0412/self.html>>)

Os vídeos a seguir também são opcionais. Como alternativa, é possível usar vídeos produzidos localmente e que reflitam o contexto local.

“Breast is Best: About Mother’s Milk, Breast-feeding and Early Contact with the Newborn” (Amamentar é o melhor: leite materno, amamentação e o contato precoce com o recém-nascido), de Gro Nylander (1994), 35 minutos. Disponível em diversas línguas em:

Health Info/Video Vital A/S

P.O. Box 5058, Majorstua

N-0301, Oslo

NORWAY

Tel: [47] (22) 699644

Fax: (47) (22) 600789

(E-mail: [health-info@videovital.no](mailto:health-info@videovital.no) ou [helse-info@videovital.no](mailto:helse-info@videovital.no))

“Hand Expressing and Cup Feeding” (Expressão manual do leite e alimentação com o auxílio de copos), produzido pela Nursing Mothers’ Association of Australia (1994), 30 minutos. Disponível em:

Australian Breastfeeding Assoc.

Waverly Group

P.O. Box 3006

Syndal, Victoria 3149

AUSTRALIA

Tel: [61] (3) 9803-9239 - Jenny

(<<http://www.breastfeeding.asn.au/products/groupprojs.html#v1>>)

Se houver disponibilidade de recursos, podem-se comprar outras publicações que proporcionem mais informações úteis, que possam ser utilizadas pelos palestrantes/facilitadores na preparação das seções, ou disponibilizadas na forma de biblioteca para consultas. Sugiram-se as seguintes publicações:

LAWRENCE, R. A.; LAWRENCE, R. M. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier/C.V. Mosby Inc., 2005.

SAVAGE-KING, F. *Helping mothers to breastfeed, revised edition*. Nairóbi: African Medical and Research Foundation, 1992. Documento disponível em português.

Os materiais e equipamentos necessários para o curso estão relacionados na lista abaixo. Prepare, com antecedência, os seguintes materiais para os participantes:

- pastas ou classificadores com a planilha de horários do curso e os impressos;
- blocos de papel;
- etiquetas ou crachás e cartões de identificação para as mesas com os nomes dos participantes;
- formulários de inscrição;
- documentação necessária para um fundo de despesas de última hora, se necessário;
- formulários de registro;
- lista com nomes e informações de contato para palestrantes, facilitadores e participantes.

Tenha disponíveis durante o curso:

- copiadora, papel;
- computador, impressora e papel;
- projetor de transparências, lâmpadas sobressalentes;
- *laptop* e projetor LCD para apresentação das transparências de PowerPoint, lâmpadas sobressalentes;
- suporte para projetor ou mesa;
- aparelho para reproduzir os vídeos, monitor e vídeos no formato correto;
- extensões;
- tela de projeção;
- *flipcharts*, suporte para *flipcharts*, canetas (uma para cada grupo pequeno é o ideal);
- giz e apagadores, se for usada lousa;
- transparências e canetas (se forem usados nos trabalhos em grupo);

- grampeador, grampos, cliques e fita adesiva;
- tesouras, furador de papel;
- lápis, apontadores, canetas;
- livros e outros documentos.

## Atividades iniciais do curso

**Registro:** Distribuição dos crachás, pastas com o cronograma do curso, documentos e impressos.

**Distribuição de questionários:** O questionário intitulado “Comunicação pré-curso com os participantes”; pode ser distribuído e recolhido no início do curso, se não houver sido enviado antes. O ideal é solicitar que sejam remetidos antes, já que os participantes geralmente chegam pouco antes do início do programa e dispõem de pouco tempo para preencher questionários.

**Apresentações:** Apresentação dos palestrantes/facilitadores e participantes

**Cerimônias de abertura** (Opcional): Devem ser o mais simples e breves possível.

## Avaliação e relatórios

Deve ser imputada a responsabilidade pela distribuição e coleta dos formulários de avaliação e pela compilação dos dados. O Anexo B contém amostras de **formulários de avaliação** que podem ser usados durante o curso. Eles incluem:

- formulários de avaliação das seções, a serem preenchidos por participantes e palestrantes. Esses formulários podem ser extremamente úteis, principalmente nas primeiras vezes em que o curso for realizado;
- um formulário de avaliação geral do curso, a ser preenchido após o encerramento dos trabalhos. Uma alternativa a esse formulário é agendar um breve período para discussão e troca de opiniões depois da última seção.

Pode-se também realizar uma **reunião para avaliação/discussão** para os organizadores e facilitadores ao final do curso. Se outros cursos semelhantes estiverem planejados para um futuro próximo, os organizadores poderão usar essa experiência para planejá-los.

Os patrocinadores e o comitê organizador devem decidir, antes da realização do curso, que tipo de **relatório** é necessário (propósito e conteúdo), e devem indicar um responsável pela formulação e distribuição desse relatório. Dessa forma, os responsáveis podem tomar notas quando necessário.

## Acompanhamento

A implementação bem-sucedida de planos de ação geralmente surte efeitos mais mensuráveis se os participantes souberem que deverão submeter posteriormente relatórios sobre seus progressos e se contarão ou não com suporte técnico e financeiro. Se o orçamento permitir, as atividades de acompanhamento devem ser realizadas após a realização do curso, seja pelo coordenador nacional de aleitamento materno ou alimentação de lactentes, seja pelo coordenador da IHAC. Num prazo estipulado depois do curso, os participantes podem receber cartas/formulários solicitando relatórios sobre seus progressos e dados estatísticos. As lições aprendidas poderão ser aplicadas em cursos futuros para administradores e criadores de políticas.

Deve ser anunciado, após o curso, exatamente que tipo de monitoramento/acompanhamento será conduzido e quando, e que tipo de apoio será disponibilizado.

Este curso pode desempenhar um papel importante no auxílio à implementação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em maternidades. O diálogo e o processo de solução de problemas entre colegas fomenta a motivação para dar início à mudança. A mudança duradoura de políticas que levam a práticas de apoio à amamentação é um resultado que compensa os esforços.

## Anexos

### Anexo A – Temas sugeridos

#### Amostras de Cronogramas para Curso Direcionado a Gestores

##### Amostra de cronograma 1: Versão de dois dias

*Nota:* Esta amostra de cronograma de dois dias é a versão recomendada, se possível, para todos os participantes (gestores, criadores de políticas e administradores hospitalares com alto nível de responsabilidade), destinando-se dois dias inteiros para o evento. Ela permite explorar com profundidade os tópicos centrais relacionados à implementação e à revitalização da IHAC que são mais importantes para os gestores, e proporciona tempo o bastante para a realização de exercícios úteis (como aqueles relacionados à obtenção do credenciamento da IHAC), bem como para o desenvolvimento de planos de ação completos.

Módulo	Tempo	Atividade	Palestrante
<b>Dia 1</b>			
	15 minutos	Apresentação	
1	45 minutos	Situação nacional da alimentação de lactentes	
2	1 hora	Os benefícios da amamentação	
	30 minutos	<i>Intervalo</i>	
3	1 hora	A Iniciativa Hospital Amigo da Criança	

continua

continuação

	1 hora	<i>Almoço</i>	
4	1,5 hora	Bases científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”	
	30 minutos	<i>Intervalo</i>	
5	1,5 hora	O processo de credenciamento da IHAC – Introdução e grupos de trabalho	
5	30 minutos	O processo de credenciamento da IHAC – Relatórios dos grupos de trabalho	
		<i>Jantar</i>	
		Seção noturna opcional: apresentação de vídeos e <i>slides</i>	
<b>Dia 2</b>			
6	1 a 1,75 hora	Custos e economias	
7	30 minutos	Políticas e práticas de avaliação – Apresentação e grupos de trabalho	
	15 minutos	<i>Intervalo</i>	
8	1 a 1,5 hora	Desenvolvendo planos de ação – Grupos de trabalho (equipes de unidades de saúde)	
	1 hora	<i>Almoço</i>	
8	1 hora	Resultados das auto-avaliações e do planeamento dos planos de ação – Relatórios das equipas e discussões	
	1 hora	Conclusão e opiniões dos participantes (pode incluir a discussão sobre a coordenação regional da IHAC)	

## Amostra de cronograma 2: Versão de 1,5 dia

*Nota:* Esta versão de 1,5 dia do curso foi adaptada para que o primeiro dia seja destinado aos gestores com alto nível de responsabilidade e aos administradores hospitalares. A manhã do segundo dia pode ser destinada a todos os participantes ou, se as agendas dos participantes com alto nível de responsabilidades não permitirem, apenas aos administradores hospitalares que desenvolverão planos de ação da IHAC.

Módulo	Tempo	Atividade	Palestrante
<b>Dia 1</b>			
	15 minutos	Apresentação	
2	1 hora	Os benefícios da amamentação	
1	45 minutos	Situação nacional da alimentação de lactentes	
	30 minutos	Intervalo	
3	1 hora	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	
	1 hora	<i>Almoço</i>	
4	1 hora	Bases científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”	

continua

continuação

5	30 minutos	O processo de credenciamento da IHAC – Introdução e grupos de trabalho	
	15 minutos	Intervalo	
5	30 minutos	O processo de credenciamento da IHAC – Relatórios dos grupos de trabalho	
6	1 a 1,75 hora	Custos e economias	
		Jantar	
		Seção noturna opcional: apresentação de vídeos e <i>slides</i>	
<b>Dia 2</b>			
7	30 minutos	Políticas e práticas de avaliação – Introdução e grupos de trabalho	
	15 minutos	Intervalo	
8	1,25 hora	Desenvolvendo planos de ação – Grupos de trabalho (equipes de unidades de saúde)	
8	1 hora	Resultados das auto-avaliações e do planejamento dos planos de ação – Relatórios das equipes e discussões	
	15 minutos	Conclusão e opiniões dos participantes	

### Amostra de cronograma 3: Versão de 1 dia

*Nota:* Esta versão do curso foi adaptada para incluir uma orientação de meio dia de duração destinada a gestores com alto nível de responsabilidade, e um dia inteiro destinado a administradores hospitalares, com tempo adicional à tarde destinado a discussões relativas ao desenvolvimento de planos de ação da IHAC. Se esta versão mais breve do curso for a escolhida, será necessário que os organizadores adaptem as seções e escolham as transparências mais relevantes aos participantes. Se desejado, essa versão também pode ser voltada a todos os participantes.

Módulo	Tempo	Atividade	Palestrante
<b>Dia 1</b>			
	15 minutos	Apresentação	
2	30 minutos	Os benefícios da amamentação	
1	30 minutos	Situação nacional da alimentação de lactentes	
3	30 minutos	A Iniciativa Hospital Amigo da Criança	
	30 minutos	Intervalo	
4	45 minutos	Bases científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”	
6	45 minutos	Custos e economias	
	30 minutos	Discussões relativas a estratégias centrais para os planos de ação	
	1 hora	Intervalo	

continua

continuação

7	30 minutos	Políticas e práticas de avaliação – Introdução e grupos de trabalho	
5	30 minutos	O processo de credenciamento da IHAC – Introdução e grupos de trabalho	
5	30 minutos	O processo de credenciamento da IHAC – Relatórios dos grupos de trabalho	
8	1,25 hora	Desenvolvendo planos de ação – Grupos de trabalho (equipes de unidades de saúde)	
8	45 minutos	Resultados das auto-avaliações e do planejamento dos planos de ação – Relatórios das equipes e discussões	
	15 minutos	Conclusão e opiniões dos participantes	

## Anexo B – Amostras de relatórios de avaliação

### Fortalecendo e mantendo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Um Curso para gestores

#### Questionário pré-curso

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Por favor, responda a estas perguntas antes do início do curso:

1. Qual a situação da sua unidade de saúde quanto ao credenciamento da IHAC? (Assinale uma das alternativas abaixo).  
 Não está envolvida com a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”.  
 Ainda não se decidiu quanto a tornar-se “Amiga da Criança”.  
 Recebeu um “Certificado de Comprometimento” para trabalhar no sentido de tornar-se “Amiga da Criança”.  
 Foi credenciada “Amiga da Criança”.  
 Não tenho relação com nenhuma unidade de saúde (vá para a questão 5).
2. Liste e descreva quaisquer mudanças positivas que foram feitas na sua unidade de saúde para apoiar a amamentação.
3. Quais são as principais dificuldades/desafios que sua unidade de saúde enfrenta em relação ao apoio à amamentação?  
Liste e descreva pelo menos 3 dificuldades.
4. Como este curso poderia ajudar a encontrar soluções para essas dificuldades/desafios e apoiar a amamentação em sua unidade de saúde?
5. Liste quaisquer expectativas (outras) que você tenha em relação a este curso.

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

Local: \_\_\_\_\_

Especialidade do respondente: \_\_\_\_\_

## Fortalecendo e mantendo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Um Curso para gestores

### Formulário para avaliação das seções do curso pelos participantes

Título da Seção:

1. O **tempo destinado** à seção foi:

muito pouco       adequado       exagerado

2. Quanto à **relevância** no auxílio em transformar as unidades de saúde dos participantes em “Amigas da Criança”, pode-se dizer que o conteúdo da seção foi:

muito relevante       relevante       pouco relevante       nada relevante

Sugestões para aumentar a relevância da seção:

3. Quanto à **qualidade das explicações** apreendidas na seção, pode-se dizer que foi:

muito alta       alta       baixa       muito baixa

Sugestões para aumentar a qualidade das explicações:

4. Outros comentários e sugestões para melhorar a seção:

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

Local: \_\_\_\_\_

Especialidade do respondente: \_\_\_\_\_



## Fortalecendo e mantendo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Um Curso para gestores

### Formulário de avaliação das seções do curso por observador

Título da seção:

1. O **tempo destinado** à seção foi:

muito pouco       adequado       exagerado

2. Quanto à **relevância** no auxílio em transformar as unidades de saúde dos participantes em “Amigas da Criança”, pode-se dizer que o conteúdo da seção foi:

muito relevante       relevante       pouco relevante       nada relevante

Sugestões para aumentar a relevância da seção:

3. O **nível técnico** do conteúdo da seção, levando-se em conta o tipo de participantes:

foi adequado       precisa de ajustes

Descreva como:

4. Quanto à **qualidade das explicações** apreendidas na seção, pode-se dizer que foi:

muito alta       alta       baixa       muito baixa

Sugestões para aumentar a qualidade das explicações:

5. Os **métodos de ensino** usados na seção:

foram adequados       precisam de ajustes

Sugestões para melhorar os métodos de ensino:

6. O **nível de interesse dos participantes** dessa seção foi:

muito alto       alto       baixo       muito baixo

Sugestões para aumentar o nível de interesse:

7. O nível de sucesso desta seção quanto a **motivar e convencer os participantes da necessidade de mudança** foi:

muito alto       alto       baixo       muito baixo

Sugestões para aumentar o nível de sucesso da seção quanto a motivar e convencer os participantes da necessidade de mudança:

8. Sugestões para melhorar esta seção em um próximo curso:

## **Fortalecendo e mantendo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Um curso para gestores**

### **Questionário de avaliação pós-curso**

1. Indique quaisquer ações relacionadas à “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” que planeja tomar após a conclusão deste curso.

2. Liste quaisquer mudanças que planeja fazer para melhorar a forma como sua unidade de saúde ou organização apóia a amamentação:

3. De modo geral, como classificaria a utilidade deste curso quanto ao auxílio com as dificuldades/desafios que sua unidade de saúde ou organização enfrenta para apoiar a amamentação?

Muito útil       Útil       Pouco útil       Nada útil

Fundamente sua resposta:

4. Na sua opinião, a duração do curso foi:

Muito breve       Adequada       Muito longa

Que ajustes sugere quanto à duração do curso?

5. O que mais gostou no curso?

6. O que menos gostou no curso?

7. Tem alguma sugestão para melhorar o curso no futuro?

## Anexo C – Descrição dos slides e fotografias

### Curso para gestores – relação de slides

#### Fotografias para complementar a seção 2 (opcional):

- 2a O leite materno protege contra infecções. A criança mais velha e magra à esquerda, que desmamou cedo e passou a ser alimentada com substitutos do leite materno, já foi ao hospital várias vezes e está desnutrida. Seu irmão mais novo, que se alimenta com leite materno, está saudável e cresce normalmente (Filipinas).
- 2b O leite materno é um fluido dinâmico que muda para atender às necessidades do lactente (ilustra a mudança na aparência do leite materno com o passar do tempo).
- 2c O leite do início da mamada é diferente do leite do final da mamada, que tem maior concentração de gorduras.
- 2d Este bebê, alimentado com substitutos do leite materno, já foi hospitalizado com diarreia crônica.
- 2e As alergias são menos comuns em bebês que são amamentados exclusivamente. Esta criança, cuja família tem um histórico de alergias, foi alimentada duas vezes com fórmulas infantis no berçário do hospital; ela desenvolveu dermatite atópica apesar de alimentada exclusivamente com leite materno.
- 2f A amamentação ajuda a criar laços entre a mãe e o bebê (pais admirando recém-nascido que mama).
- 2g Mãe amamentando bebê (benefícios para a mãe).
- 2h Mãe sorridente e recém-nascido bem nutrido e feliz (ilustra o crescimento e o desenvolvimento ideais).

#### Fotografias para complementar a seção 4 (opcional):

- 4a Bebê segurando o folheto *Protegendo, promovendo e apoiando a amamentação*, Tailândia (pode ser usada como introdução da seção).
- 4b Profissionais de saúde consultando uma política escrita durante treinamento “em serviço”, EUA (Passo 1).
- 4c Profissionais de saúde em uma seção em sala de aula, Filipinas (Passo 2).
- 4d Discussão em grupo durante treinamento, Jordânia (Passo 2).
- 4e Aula pré-natal em grupo, Indonésia (Passo 3).

- 4f Aconselhamento pré-natal sobre amamentação, EUA (Passo 3).
- 4g Início da amamentação desde cedo, com ajuda de enfermeira (Passo 4).
- 4h, i, j Três fotografias que ilustram como um bebê encontra o mamilo da mãe e começa a sugar por conta própria, se for dado tempo para esse processo (Passo 4).
- 4k Mostrando como amamentar com ajuda de enfermeira, EUA (Passo 5).
- 4l Mostrando como amamentar com ajuda de enfermeira, China (Passo 5).
- 4m Expressão manual da mama e uso do copo (Passo 5).
- 4n Nenhum outro alimento a não ser o leite materno – garrafas de água e fórmula infantil (Passo 6).
- 4o Não oferecer comidas ou bebidas, com enfermeira oferecendo mamadeira (Passo 6).
- 4p Alojamento conjunto, Tailândia (Passo 7).
- 4q Alojamento conjunto, Filipinas (Passo 7).
- 4r Alimentação por livre demanda, China (Passo 8).
- 4s Alimentação por livre demanda, Tailândia (Passo 8).
- 4t Ausência de bicos artificiais – amostras de bicos artificiais (Passo 9).
- 4u Ausência de chupetas – amostras de chupetas (Passo 9).
- 4v Alimentação com copo com leite coletado por meio de expressão manual (Passo 9).
- 4w Apoio à mãe, visita domiciliar, EUA (Passo 10).
- 4x Apoio à mãe em grupo, centro de saúde, Tailândia (Passo 10).
- 4y Apoio à mãe em grupo, Gana (Passo 10).
- 4z Apoio comunitário, “Motivadores da amamentação”, Suazilândia (Passo 10).

# PLANO DAS AULAS OU SEÇÕES<sup>1</sup>

## Seção 1: A situação nacional da alimentação de lactentes

### Objetivos

Ao final desta seção, os participantes devem ser capazes de:

- descrever e colocar em prática as recomendações da OMS para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância;
- descrever os termos usados para amamentação e alimentação complementar; e
- descrever a situação da alimentação de lactentes e crianças de primeira infância no país, inclusive os padrões e as tendências da amamentação e da alimentação complementar ao longo do tempo.

### Duração

45 minutos

### Métodos de ensino

Apresentação feita pelo coordenador nacional de aleitamento materno ou de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, ou outro profissional de renome.

Discussão.

### Preparação para a seção

É importante que essa seção seja planejada com antecedência, para que haja tempo para a coleta dos materiais com fontes externas necessárias. Os recursos necessários variam de país para país. Abaixo estão listadas idéias gerais sobre como preparar a seção.

- Analisar as definições e recomendações em relação à amamentação e à alimentação complementar (ver slides/transparências 1.4 a 1.6).
- Coletar dados nacionais e outras informações relevantes sobre práticas e tendências da amamentação e da alimentação complementar ao longo do tempo, com a análise de pesquisas e estudos recentes de abrangência nacional e local.
- Comparar os padrões com aqueles de países vizinhos ou de outras regiões.
- Contatar órgãos de saúde, pesquisadores (de universidades ou institutos de nutrição, por exemplo) e os escritórios regionais da OMS e do UNICEF para coletar dados adicionais.
- Consulte o **Banco de dados global da OMS sobre amamentação e alimentação complementar** (*WHO Global data bank on breastfeeding and complementary feeding*; <<http://www.who.int/research/iycf/bcfc/bcfc.asp>>) e reúna dados nacionais sobre a prática e a duração da amamentação.
- Consulte informações nacionais nas **Pesquisas demográficas e de saúde** (*Demographic and health surveys – DHS*) da Macro International, no **Estado**

<sup>1</sup> Cada seção inclui um plano de aula e impressos relacionados. O *website* que disponibiliza este curso traz links para os slides e transparências em arquivos de Microsoft PowerPoint. Os slides (em cores) podem ser usados com laptops ou projetores LCD, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto-e-branco) podem ser impressas e exibidas com retroprojetores. As transparências estão reproduzidas como primeiro impresso de cada seção, com seis transparências por página.

**das crianças do mundo** (*State of the world's children*), do UNICEF, nas **Pesquisas por agrupamento de indicadores múltiplos** (*Multiple indicator cluster surveys – MICS*), também do UNICEF, em sedes da La Leche League, ou em outras ONGs nacionais ou internacionais que atuem com ações voltadas à amamentação, como a WABA, a IBFAN e outras fontes relevantes (consultar Impresso 1.4 para detalhes sobre como acessar esses dados).

- Para dados sobre a incidência do HIV, inclusive entre mulheres grávidas, pesquise estatísticas no *website* da Unaid (consultar Impresso 1.4 para detalhes sobre como acessar os dados no *website*).
- Prepare transparências (se possível, com o programa PowerPoint) para exibir as informações.

## **Materiais de treinamento**

### ***Impressos***

- 1.1 Apresentação da Seção 1.
- 1.2a *Banco de dados global da OMS sobre amamentação e alimentação complementar.*
- 1.2b “Informação sobre Pesquisa Solicitada” do *Banco de dados global da OMS sobre amamentação e alimentação complementar.*
- 1.3a Indicadores de amamentação para domicílios.
- 1.3b Indicadores de amamentação para unidades de saúde.
- 1.4 Possíveis fontes de dados sobre alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.

Cópias de dados relevantes sobre a situação nacional/regional da alimentação de lactentes e crianças de primeira infância (o número de cópias depende do volume de material e dados disponíveis).

### ***Slides/transparências***

- 1.1-3 Fatos sobre a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.
- 1.4 Recomendações da OMS para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.
- 1.5-6 Termos e definições relativos à amamentação e à alimentação complementar.
- 1.7 Questões centrais para comparar a situação do país com as recomendações da OMS para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.
- 1.8 Questões centrais para comparar os dados das unidades de saúde com as recomendações da OMS.

Transparências adicionais com dados relativos ao país disponibilizados em questionários, estudos e pesquisas científicas.

O *website* que disponibiliza este curso traz links para os slides e transparências usadas nesta seção em dois arquivos de Microsoft PowerPoint. Os slides (em cores) podem ser projetados em um computador com projetor LCD, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto-e-branco) podem ser impressas e projetadas com um retroprojetor. As transparências também estão reproduzidas como primeiro impresso desta seção, com seis transparências por página.

## Referências

- 15 YEARS after innocent declaration, breastfeeding saving six million lives annually [press release]. Nova York: Unicef, 2005. Disponível em: <[http://www.unicef.org/media/media\\_30011.html](http://www.unicef.org/media/media_30011.html)>.
- BUTTE, N. F.; LOPEZ-ALARCON, M. G.; GARZA, C. *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/nutrition/nutrient\\_adequacy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/nutrition/nutrient_adequacy.htm)>.
- CHANDRA, R. K. Prospective studies of the effect of breastfeeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paed. Scand.*, [S.l.], n. 68, p. 691-694, 1979.
- DUNCAN, B. et al. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*, [S.l.], v. 91, n. 5, p. 867-872, 1993.
- FEACHEM, R. G.; KOBLENSKY, M. A. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bulletin of the World Health Organization*, [S.l.], v. 62, p. 271-291, 1993.
- GLOBAL data bank on breastfeeding and complementary feeding. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/research/iycf/bfcf/bfcf.asp>>.
- JONES, G. The bellagio child survival group: how many child deaths can we present this year? *Lancet*, [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003.
- KLEINMAN, R. L.; SENANAYAKE, P. (Ed.). *Breastfeeding: fertility and contraception*. Londres: International Planned Parenthood Federation, 1987.
- KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*, Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001. WHO/NHD/01.08, WHO/FCH/CAH/01.23. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who\\_fch\\_cah\\_01.23.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who_fch_cah_01.23.htm)>.
- REPORT of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: Genebra, Switzerland 28-30 March 2001. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001. WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH/01.24. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who\\_fch\\_cah\\_01.24.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who_fch_cah_01.24.htm)>.
- VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, [S.l.], v. 2, p. 319-322, 1987.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. *Facts for life: a communication challenge*. Wallingford, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global strategy on infant and young child feeding*. Geneva, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Indicators for assessing breastfeeding practices in households: report of an informal meeting 11-12 June 1991*, Genebra, Switzerland. Geneva, 1991.

WHO/CDD/SER/91.14 Revised. Disponible em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who\\_cdd\\_ser\\_91.14.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who_cdd_ser_91.14.htm)>.

\_\_\_\_\_. *Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding*: report of the joint WHO/Unicef informal interagency meeting 9-10 June, 1992, Geneva, Switzerland. Geneva, 1993. WHO/CDR/93.1, Unicef/SM/93.1.

\_\_\_\_\_. *WHO infant and young child nutrition (progress and evaluation report; and status of implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes), forty-seventh World Health Assembly, provisional agenda item 19, 23 March 1994*. Geneva, 1994.

\_\_\_\_\_. *Infant and young child nutrition*. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); LINKAGES. *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Geneva, 2003. Disponible em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html>; [http://www.who.int/childadolescent-health/publications/nutrition/iycf\\_at.htm](http://www.who.int/childadolescent-health/publications/nutrition/iycf_at.htm)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, 2003. Disponible em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html>> <[http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/global_strategy.htm)>.

\_\_\_\_\_. *Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding, adopted by participants at the WHO/Unicef policymaker's meeting on "Breastfeeding in the 1990s: a global initiative", ospedale degli innocenti*. Florence, 30 Jul.-1 Aug., 1990.



## Resumo da Seção

Conteúdo	Notas para o facilitador
	Informar que uma versão resumida da apresentação consta do Impresso 1.1, encartado na pasta dos participantes.
<b>1. Fatos centrais sobre alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b>	
Fatos sobre a amamentação.	Mostrar slides/transparências 1.1 a 1.3. Mencionar rapidamente cada um dos tópicos, enfatizando o papel importante da amamentação na proteção da saúde e da nutrição de crianças e mães.
<b>2. Recomendações atuais sobre alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resumo e discussão das recomendações <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar a amamentação até 1 hora depois do nascimento.</li> <li>• Amamentar exclusivamente até os seis meses de vida (180 dias).</li> <li>• Em seguida, oferecer alimentos complementares nutritivos e seguros a todas as crianças.</li> <li>• Continuar a amamentação até os 2 anos ou mais.</li> </ul> </li> </ul>	Projetar slide/transparência 1.4.  Fazer referência às recomendações da <i>Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância</i> .  Discutir a nova interpretação do “Passo 4” dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”:  <i>Colocar os bebês em contato pele a pele com as mães imediatamente após o parto por pelo menos 1 hora e estimular as mães a reconhecerem quando os bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário.</i>
<b>3. Termos relativos à amamentação e à alimentação complementar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição dos principais termos usados internacionalmente para descrever as diferentes formas de alimentar lactentes e crianças de primeira infância. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação exclusiva</li> <li>• Amamentação parcial</li> <li>• Alimentação mista</li> <li>• Alimentação com mamadeira</li> <li>• Alimentação artificial</li> <li>• Substituição da amamentação</li> <li>• Alimentação complementar.</li> </ul> </li> </ul>	Usar slides/transparências 1.5 e 1.6 para resumir as definições dos diferentes termos. Familiarizar-se com a lógica empregada para selecionar essas definições para uso no nível global.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outros termos comumente usados</li> </ul>	

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p><b>4. Padrões nacionais de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dados relacionados à amamentação e alimentação complementar.</li> </ul> <p>Analisar dados nacionais e comparar a situação nacional com as recomendações da OMS para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. Se possível, os dados devem incluir os seguintes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentagem de bebês que mamam exclusivamente nos 6 primeiros meses de vida (180 dias).</li> <li>• Porcentagem de bebês que mamam exclusivamente por mês, até os 6 meses.</li> <li>• Porcentagem de bebês que recebem alimentação complementar adequada.</li> <li>• Duração média da amamentação (em meses).</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 1.7 – resumo dos principais parâmetros, para comparar a situação nacional com as recomendações da OMS para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.</p> <p>Projetar slides/transparências com dados nacionais relacionados à iniciação, exclusividade e duração da amamentação e a práticas de alimentação complementar. Se possível, apresentar as tendências cronologicamente. Se as práticas não atenderem às recomendações da OMS, discuta alguns dos fatores que podem contribuir para isso.</p> <p>Alguns dados podem ser obtidos no <i>Banco de dados global da OMS sobre amamentação e alimentação complementar</i>. Mencione o impresso 1.2 (a-b), “<i>Banco de dados global da OMS sobre amamentação e alimentação complementar</i>”, e explique brevemente que esse é um banco de dados global com dados sobre a prevalência e a duração da amamentação e da alimentação complementar em todo o mundo.</p> <p>Informe que o Comitê Especialista (mencione a referência da OMS [2001]) recomenda a amamentação exclusiva por 6 meses, seguida pela continuidade da amamentação em concomitância com a introdução de alimentos complementares. Essa recomendação se aplica a todas as populações.</p>

Conteúdo	Notas para o facilitador
	<p>A OMS desenvolveu indicadores para a amamentação no domicílio, para guiar a coleta de dados em todo o mundo. Mencione aos participantes que esses indicadores estão listados no impresso 1.3a.</p> <p>Também pode haver disponibilidade de dados em fontes como as <i>Pesquisas demográficas e de saúde (DHS)</i> realizadas em diversos países com apoio da USAID, as <i>Pesquisas por agrupamento de indicadores múltiplos (MICS)</i> do UNICEF, pesquisas nacionais sobre alimentação de lactentes e nutrição, etc. (distribua o impresso 1.4, com informações sobre fontes de dados, aos participantes.) Se possível, também podem ser apresentados dados sobre países vizinhos: discuta possíveis motivos para as respectivas situações e para a ocorrência de panoramas positivos em certos países vizinhos, e negativos em outros.</p>
<p>▪ Dados relacionados a práticas de alimentação de lactentes em seguida ao parto em maternidades.</p> <p>Analisar dados das unidades de saúde que comparem as práticas de alimentação complementar com as recomendações da OMS:</p>	<p>Projetar slide/transparência 1.8 – resumo dos principais parâmetros.</p> <p>Mencionar que a OMS desenvolveu indicadores para a amamentação em serviços de maternidade para guiar a coleta de dados em todo o mundo. Informar aos participantes que o impresso 1.3b lista esses indicadores.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Início da amamentação:</b> percentual de bebês que começam a amamentar até 1 hora depois do parto.</li> <li>• <b>Alojamento conjunto:</b> percentual de bebês que ficam em tempo integral (24 h/dia) com as mães depois do parto.</li> <li>• <b>Amamentação exclusiva:</b> percentual de bebês que mamam exclusivamente, do parto à alta de hospitais/maternidades.</li> <li>• <b>Amamentação com mamadeira:</b> percentual de bebês que recebam qualquer tipo de amamentação em mamadeiras entre o parto e a alta (inclusive bebês nascidos por cesariana e em unidades especiais).</li> </ul>	<p>Projetar slides/transparências que apresentem dados nacionais ou de unidades de saúde relacionados a práticas de alimentação de lactentes em seguida ao parto em serviços de maternidade. Se essas informações forem disponibilizadas por avaliações da IHAC ou outras fontes, resumir os resultados.</p> <p>Apresentar essas informações e quaisquer outros dados importantes relacionados à implementação dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”.</p>

continua

continuação

<b>Conteúdo</b>	<b>Notas para o facilitador</b>
▪ Discussão	<p>Peça que os participantes contribuam com informações advindas de sua experiência profissional. Podem ser feitas perguntas sobre os motivos que, em suas opiniões, produzem certos tipos de dados (por exemplo, crenças e práticas locais que levem a baixos índices de amamentação exclusiva).</p> <p>Responda as perguntas dos participantes relativas à seção.</p>

# Impressos

## Impresso 1.1

### Apresentação da seção 1

<p><b>Fatos sobre a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Estima-se que cerca de 2 milhões de mortes de crianças poderiam ser evitadas a cada ano por meio de práticas eficazes de amamentação.</li><li>■ Lactentes que se alimentam exclusivamente com leite materno têm pelo menos 2 ½ menos ocorrências de doenças do que lactentes alimentados com substitutos do leite materno.</li><li>■ Os lactentes têm um risco 25 vezes maior de morrer de diarreia nos 6 primeiros meses de vida, se não forem exclusivamente amamentados.</li><li>■ Entre crianças com menos de 1 ano de idade, aquelas que não mamam têm um risco 3 vezes maior de morrer de infecções respiratórias do que as que são amamentadas exclusivamente.</li></ul> <p><small>De: Jones, 2003; Chandra, 1979; Feachem, 1984; e Victora, 1987.</small></p> <p><small>OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde</small> <span style="float: right;"><small>Transparência 1.1</small></span></p>	<p><b>Fatos sobre a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Lactentes que mamam exclusivamente por 4 meses ou mais apresentam 50% menos chances de ter crises de otite aguda do que aqueles que não mamam.</li><li>■ Em comunidades de baixa renda, o custo do leite de vaca ou em pó, além de mamadeiras, bicos e combustível, pode consumir de 25% a 50% da renda familiar.</li><li>■ A amamentação contribui naturalmente para o espaçamento entre as gestações; proporciona 30% mais proteção contra a concepção do que os programas de planejamento familiar existentes nos países em desenvolvimento.</li></ul> <p><small>De: Duncan et al, 1993; Unicef/OMS/UNESCO/UNFPA, 1993; e Kleinman, 1987.</small></p> <p><small>OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde</small> <span style="float: right;"><small>Transparência 1.2</small></span></p>
<p><b>Fatos sobre a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ O auge do período de desnutrição ocorre entre os 6 e os 28 meses de vida.</li><li>■ A desnutrição contribui para cerca de metade das mortes de crianças menores de 5 anos, e um terço desses casos ocorre em virtude de práticas alimentares inadequadas.</li><li>■ O aconselhamento em amamentação e alimentação complementar contribui para as boas práticas alimentares, bem como para a melhoria na ingestão alimentar e no crescimento.</li><li>■ O aconselhamento em amamentação e alimentação complementar contribui para a diminuição na incidência de diarreia.</li></ul> <p><small>OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde</small> <span style="float: right;"><small>Transparência 1.3</small></span></p>	<p><b>Recomendações da OMS para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Iniciar a amamentação até 1 hora depois do parto.</li><li>■ Amamentar exclusivamente nos 6 primeiros meses (180 dias) de vida.</li><li>■ Em seguida, oferecer alimentos complementares nutritivos e seguros a todas as crianças.</li><li>■ Continuar a amamentação até os 2 anos de idade ou mais.</li></ul> <p><small>Adaptado do "the Global Strategy".</small></p> <p><small>OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde</small> <span style="float: right;"><small>Transparência 1.4</small></span></p>
<p><b>Termos e definições relacionados à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA:</b> o lactente é alimentado apenas com leite materno; não lhe são oferecidos alimentos, água ou outros líquidos, com exceção de remédios, vitaminas ou minerais em gotas.</li><li>■ <b>AMAMENTAÇÃO PARCIAL ou ALIMENTAÇÃO MISTA:</b> o lactente mama e recebe também alimentação artificial seja com leite, cereais, outros alimentos ou água.</li><li>■ <b>ALIMENTAÇÃO COM MAMADEIRA:</b> o lactente é alimentado com mamadeira, independentemente do conteúdo, que também pode ser leite materno extraído da mãe.</li></ul> <p><small>OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde</small> <span style="float: right;"><small>Transparência 1.5</small></span></p>	<p><b>Termos e definições relacionados à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL:</b> o lactente é alimentado com substitutos do leite materno e não recebe leite de peito.</li><li>■ <b>SUBSTITUIÇÃO ADEQUADA DA AMAMENTAÇÃO:</b> processo de alimentar os filhos de mães HIV positivas que não recebem leite materno com uma dieta que proporcione todos os nutrientes de que a criança necessita.</li><li>■ <b>ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR:</b> processo de oferecer à criança alimentos como complemento ao leite materno ou a fórmulas infantis, quando estes forem insuficientes para atender às suas necessidades nutricionais.</li></ul> <p><small>OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde</small> <span style="float: right;"><small>Transparência 1.6</small></span></p>

***Principais parâmetros para comparar a situação nacional com as recomendações da OMS para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância***

---

- Proporção de bebês que mamam exclusivamente nos 6 primeiros meses (180 dias) de vida.
- Proporção de bebês mamam exclusivamente, por mês, até os 6 meses de vida.
- Proporção de bebês que recebem alimentação complementar adequada.
- Duração mediana da amamentação (em meses).

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 1.7

***Principais parâmetros para comparar os dados da unidade de saúde com as recomendações da OMS***

---

- **Início da amamentação:** Proporção de bebês que começam a amamentar até 1 hora depois do parto
- **Alojamento conjunto:** Proporção de bebês que ficam em alojamento conjunto em tempo integral (24 h/dia) com as mães depois do parto
- **Amamentação exclusiva:** Proporção de bebês que são amamentados exclusivamente, do parto à alta
- **Alimentação com mamadeira:** Proporção de bebês que recebem qualquer tipo de alimento em mamadeiras, entre o parto e a alta.

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 1.8

## Impresso 1.2a

### Banco de dados globais da OMS sobre amamentação e alimentação complementar

O *Banco de dados globais da OMS sobre amamentação e alimentação complementar* é mantido pelo Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento. O Banco foi reestruturado seguindo os indicadores e as definições mais recentes, que foram desenvolvidos para ampliar a nomenclatura, descrevendo os diferentes tipos de comportamentos de amamentação, bem como para aumentar a coerência, a confiabilidade e a comparabilidade dos dados.

O Banco contará, em breve, com indicadores relativos à alimentação complementar, assim que estiverem disponíveis.

O Banco reúne informações de pesquisas, estudos e análises nacionais e regionais que se concentram especificamente na prevalência e na duração da amamentação. Todos os esforços têm sido feitos para atingir uma cobertura mundial, que permitirá:

- monitoramento da prevalência e a duração da amamentação e a análise de tendências no tempo;
- comparações, no tempo, das situações nacionais, e entre países e regiões;
- avaliação de tendências e práticas relativas à amamentação, a qual pode servir de base para ações futuras;
- avaliação do impacto de programas de promoção da amamentação; e
- acesso imediato a dados atuais para uso por tomadores de decisão e idealizadores de políticas de saúde, cientistas, pesquisadores, administradores hospitalares, profissionais de saúde e outros interessados.

Para esse fim, é necessário que indicadores e definições globais relacionados à amamentação e alimentação complementar sejam disseminados mundialmente, e que pesquisadores e profissionais de saúde alimentem o Banco com dados recentes. Ambas as condições precisam ser atendidas para que o Banco alcance seu potencial, contribuindo para a saúde de mães e lactentes de todo o mundo.

Com esse objetivo, um relatório sobre as tendências da alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, em países onde há disponibilidade de dados, é preparado a cada três ou quatro anos. Atualmente, o Banco cobre 168 países e 98% das crianças do mundo. Espera-se que essa ferramenta ajude as autoridades nacionais competentes a atingir as metas que estabeleceram para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância e que, ao mesmo tempo, motive todas as partes interessadas a fortalecer os programas de apoio à amamentação e à alimentação complementar.

O Banco está disponível no endereço eletrônico <<http://www.who.int/research/iycf/bfcf/bfcf.asp>>. As informações podem ser acessadas por país e região, indicador e ano da pesquisa. Se desejar oferecer dados ou outras informações sobre amamentação, alimentação complementar ou práticas de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância no seu país, use o Formulário para Informações sobre Pesquisas, disponível no *website* e oferecido neste documento como Impresso 1.2b.

## Impresso 1.2b

### Formulário para informações sobre pesquisas para o Banco de Dados Globais sobre Amamentação e Alimentação Complementar

Não há informações adicionais disponíveis além das armazenadas no Banco de Dados Global sobre Amamentação e Alimentação Complementar, base de dados 2002.

Informações adicionais disponíveis:

Fonte da informação:

(Favor preencher um formulário por estudo.)

Ano: \_\_\_\_\_

Referência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### FAVOR ANEXAR RELATÓRIOS ORIGINAIS/CÓPIAS ELETRÔNICAS A ESTE FORMULÁRIO

Anexados

NÃO anexados. Motivo: \_\_\_\_\_

Pesquisa nacional:

Sim.

Não. Favor especificar:

Descrição da amostra do estudo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Amplitude do estudo (*número de participantes*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados desagregados disponíveis para:

zona rural/urbana.

região.

favor especificar:

outros.

favor especificar:

*Se houver dados disponíveis para os subgrupos acima mencionados, favor anexar todos os resultados para cada subgrupo.*

• Anexados

• NÃO anexados. Motivo: \_\_\_\_\_



## AMAMENTAÇÃO

Taxa de lactentes que receberam alguma amamentação: \_\_\_\_\_

*Definição: Lactentes com menos de 12 meses que foram amamentados em algum momento da vida.*

Duração média da amamentação: \_\_\_\_\_

*Definição: Duração média da amamentação em meses.*

Duração mediana da amamentação: \_\_\_\_\_

*Definição: Idade em meses quando 50% das crianças não são mais amamentadas.*

### AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

Definição de amamentação exclusiva usada no estudo:

**Taxa de amamentação exclusiva – % exclusiva**

**1 mês:** \_\_\_\_\_

**2 meses:** \_\_\_\_\_

**3 meses:** \_\_\_\_\_

**4 meses:** \_\_\_\_\_

**5 meses:** \_\_\_\_\_

**6 meses:** \_\_\_\_\_

*Definição: Lactentes com 1, 2, etc. meses que são exclusivamente amamentados na idade específica.*

**Taxa de amamentação exclusiva < 4 meses:**

**Taxa de amamentação exclusiva – % exclusiva**

**... de 0 a 4 meses:** \_\_\_\_\_

**(... de 0 a 6 meses)** \_\_\_\_\_

*Definição: Lactentes com menos de 4 meses que foram exclusivamente amamentados nas últimas 24 horas.*

**Outras taxas de amamentação exclusiva**

**Taxa de amamentação predominante:**

*% predominante*

**... de 0 a 4 meses:** \_\_\_\_\_

**(... de 0 a 6 meses)** \_\_\_\_\_

*Definição: Lactentes com menos de 4 meses que foram predominantemente amamentados nas últimas 24 horas.*

**Taxa de alimentação complementar oportuna**

**de 6 a 9 meses:**

*Definição: Lactentes de 6 a 9 meses que receberam alimentação complementar, além do leite materno, nas últimas 24 horas.*

<b>Taxa de amamentação continuada (1 ano):</b> de 12 a 15 meses:	<i>Definição: Crianças de 12 a 15 meses que foram amamentadas nas últimas 24 horas.</i>
---	---

<b>Taxa de amamentação continuada (2 anos):</b> de 20 a 30 meses	<i>Definição: Crianças de 20 a 30 meses que foram amamentadas nas últimas 24 horas.</i>
---	---

<b>Taxa de amamentação com mamadeira:</b>	<i>Definição: Crianças com menos de 12 meses que recebem alimentos ou líquidos por mamadeira.</i>
---	---

#### INDICADORES DE UNIDADES DE SAÚDE

<b>Taxa de amamentação:</b>	<i>Definição: Recém-nascidos que foram amamentadas nas 24 horas anteriores à alta*.</i>
-----------------------------	---

<b>Taxa de amamentação exclusiva:</b>	<i>Definição: Recém-nascidos que foram exclusivamente amamentadas do nascimento à alta*.</i>
---------------------------------------	--

<b>Taxa de alimentação com mamadeira:</b>	<i>Definição: Recém-nascidos que receberam alimentos ou líquidos com mamadeira nas 24 horas anteriores à alta.</i>
---	--

<b>Taxa de primeira mamada em tempo oportuno:</b>	<i>Definição: Recém-nascidos que mamaram pela primeira vez até 1 hora após o parto*.</i>
---	--

<b>Taxa de alojamento conjunto:</b>	<i>Definição: Recém-nascidos que ficam em tempo integral (24 h/dia) com as mães, começando após a primeira hora seguinte ao parto e não sendo delas separados por mais de 1 hora em nenhuma circunstância*.</i>
-------------------------------------	---

<b>Taxa de uso de mamadeira:</b>	<i>Definição: Recém nascidos que usaram mamadeira em qualquer momento antes da alta*.</i>
----------------------------------	---

\*Denominador: recém-nascidos que tiveram alta.

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Taxa total de fertilidade ( <i>mulheres com idades entre 15 e 49 anos</i> ):		Número de hospitais com instalações de maternidade:	
Idade média das mães no primeiro parto:		Proporções de partos auxiliados por profissionais treinados:	
Tempo médio de instrução das mães ( <i>mulheres com idades entre 15 e 49 anos</i> ):		Taxa de cesáreas:	
Proporção de mulheres com idades entre 15 e 49 anos com IMC<18,5:		Número de hospitais IHAC certificados:	
Proporção de mulheres com idades entre 15 e 49 anos com HIV/AIDS:		Números de hospitais comprometidos com a IHAC:	
Proporção de mulheres com idades entre 15 e 49 anos com IMC>30:		( <i>Iniciativa Hospital Amigo da Criança</i> )	

Fonte: *website* da OMS <<http://www.who.int/research/iycf/bcf/bcf.asp>>. Faça download do “formulário” acessando o link localizado no lado direito da página.

### Impresso 1.3a

#### Indicadores da amamentação no domicílio<sup>2</sup>

<p><b>TAXA DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA</b> Proporção de lactentes com menos de 6 meses que são exclusivamente amamentados. <u>Lactentes com &lt; 6 meses (&lt; 180 dias) de idade que foram exclusivamente amamentados nas últimas 24 horas.</u> Lactentes com &lt; 6 meses (&lt; 180 dias) de idade.</p>
<p><b>TAXA DE AMAMENTAÇÃO PREDOMINANTE</b> Proporção de lactentes com menos de 6 meses cuja alimentação predominante consiste da amamentação. <u>Lactentes com &lt; 6 meses (&lt; 180 dias) de idade que foram predominantemente amamentados nas últimas 24 horas.</u> Lactentes com &lt; 6 meses (&lt; 180 dias) de idade.</p>
<p><b>TAXA DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR OPORTUNA</b> Proporção de lactentes de 6 a 9 meses alimentados com leite materno e alimentos complementares. <u>Lactentes de 6 a 9 meses (180 a 299 dias) que receberam alimentos complementares além do leite materno nas últimas 24 horas.</u> Lactentes com 6 a 9 meses (180 a 299 dias) de idade.</p>
<p><b>TAXA DE AMAMENTAÇÃO CONTINUADA (1 ANO)</b> Proporção de crianças de 12 a 15 meses de idade que mamam. <u>Crianças de 12 a 15 meses de idade que foram amamentadas nas últimas 24 horas.</u> Crianças com 12 a 15 meses de idade.</p>
<p><b>TAXA DE AMAMENTAÇÃO CONTINUADA (2 ANOS)</b> Proporção de crianças de 20 a 23 meses de idade que mamam. <u>Crianças de 20 a 23 meses de idade que foram amamentadas nas últimas 24 horas.</u> Crianças de 20 a 23 meses de idade.</p>
<p><b>TAXA DE ALIMENTAÇÃO COM MAMADEIRA</b> Proporção de lactentes com menos de 12 meses que recebem qualquer tipo de alimento ou líquido via mamadeira. <u>Lactentes com &lt; 12 meses (&lt; 366 dias) de idade alimentados com mamadeira nas últimas 24 horas.</u> Lactentes com &lt; 12 meses (&lt; 366 dias) de idade</p>

<sup>2</sup> Fonte: *Indicadores para avaliar práticas de amamentação (Indicators for assessing breast-feeding practices)*. Relatório de Reunião Informal ocorrida em 11-12 de junho de 1991, em Genebra, Suíça. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1991 (OMS/CDD/SER/91.14), p. 14 (dois primeiros indicadores revisados para refletir as recomendações da OMS para a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida – AMS 55.25).

### Impresso 1.3b

#### Indicadores de amamentação para unidades de saúde<sup>3</sup>

	TÍTULO	DEFINIÇÃO	FONTE
<b>SERVIÇOS DE MATERNIDADE</b>			
1	Taxa de amamentação exclusiva feita por mãe natural	<u>Numerador:</u> N. de recém-nascidos exclusivamente amamentados por suas mães naturais do nascimento à alta. <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta
2	Taxa de substitutos do leite materno e outros artefatos	<u>Numerador:</u> N. de mães que receberam substitutos do leite materno, mamadeiras ou bicos antes da alta e durante consultas de pré-natal na unidade. <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta
3	Taxa de alimentação com mamadeiras	<u>Numerador:</u> N. de recém-nascidos que receberam alimentos ou líquidos em mamadeiras nas 24 horas anteriores à alta. <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta
4	Taxa de alojamento conjunto	<u>Numerador:</u> N. de recém-nascidos alojados com as mães em tempo integral, com início até 1 hora depois do parto, e não separados das mães por mais de 1 hora. <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta
5	Taxa de amamentação	<u>Numerador:</u> N. de recém-nascidos amamentados nas 24 horas anteriores à alta. <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta
6	Taxa de primeira amamentação em tempo oportuno	<u>Numerador:</u> N. de recém-nascidos que maram pela primeira vez até 1 hora depois do parto. <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta
Op.1	Taxa de alimentação exclusiva com leite materno	<u>Numerador:</u> N. de lactentes que maram exclusivamente no peito do nascimento à alta <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta
Op.2		<u>Numerador:</u> N. de recém-nascidos alojados em tempo integral (24 h/dia) com as mães, com início até 1 hora depois do parto, e não separados das mães por mais de 1 hora. <u>Denominador:</u> N. de altas de recém-nascidos.	Entrevistas com mães no momento da alta

<sup>3</sup>Fonte: *Indicadores para avaliar práticas que afetam a amamentação em unidades de saúde (Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding)*. Relatório da Reunião Informal Interagências, 9-10 de junho de 1992, OMS, Genebra, Suíça. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1993 (OMS/CDR/93.1, UNICEF/SM/93.1), p. 30.

## Impresso 1.4

### Possíveis fontes de dados sobre alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.

Fonte de dados	Como obter
MEASURE DHS, Macro International. 11785 Beltsville Drive, Suite 300 Calverton, Maryland, 20705 USA.	Relatórios sobre o contexto local podem ser obtidos com missões da USAID ou com a Macro International (e-mail: reports@orcmacro.com ou archive@orcmacro.com). Dados sobre a realidade nacional também podem ser obtidos na Internet em: < <a href="http://www.measuredhs.com/data/indicators/">http://www.measuredhs.com/data/indicators/</a> >
UNICEF. <i>Multiple indicator cluster survey</i> . Nova York, UNICEF.	Resultados de pesquisas realizadas no país podem estar disponíveis nos escritórios locais do UNICEF. Informações sobre o MICS, questionários, manuais e relatórios sobre o país também são disponibilizados no <i>website</i> do UNICEF: < <a href="http://www.childinfo.org/index2.htm">http://www.childinfo.org/index2.htm</a> >
WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>WHO Global data bank on breastfeeding and complementary feeding</i> . Genebra.	Os dados do Banco de dados global são disponibilizados no <i>website</i> do UNICEF: < <a href="http://www.who.int/research/iycf/bfcb/bfcb.asp">http://www.who.int/research/iycf/bfcb/bfcb.asp</a> > Entre em contato com Randa Saadeh para maiores informações: Department of Nutrition for Health and Development World Health Organization CH-1211 Geneva 27, Switzerland Tel. 41-22-791-3315 Fax: 41-22-791-4156 E-mail: saadehr@who.ch
Secretariado da UNAIDS, Genebra, Suíça	Os dados sobre incidência do HIV podem ser encontrados na Internet no Banco de Dados online sobre HIV/AIDS da Unaid/OMS: < <a href="http://www.who.int/globalatlas/default.asp">http://www.who.int/globalatlas/default.asp</a> >
Pesquisas e estudos nacionais [Favor listar]	

## Seção 2: Os benefícios da amamentação

### Objetivos

Ao final desta seção, os participantes devem ser capazes de:

- listar e explicar pelo menos três benefícios da amamentação para a criança, a mãe, a família e o hospital;
- descrever os benefícios da amamentação em hospitais; e
- descrever pelo menos três riscos relacionados à alimentação artificial.

### Duração

Seção: 1 hora

### Métodos de ensino

Trabalho em pequenos grupos

Palestra e discussão

Vídeo (opcional – também pode ser exibido em tempo livre)

### Preparação para a seção

- Analisar slides. Se possível, consultar as referências listadas nesta aula, concentrando-se naquelas com dados apresentados nos slides.
- Sempre que possível, preparar slides ou transparências e impressos com estudos, pesquisas e dados nacionais. Incluir slides fotográficos, se possível. Alguns slides fotográficos que podem ser apropriados para esta seção estão incluídos no arquivo de PowerPoint chamado “slides”, que acompanha este curso. Considerar seu uso se não houver disponibilidade de fotos produzidas localmente em quantidade suficiente.
- Decidir pela exibição ou não de um vídeo – como, por exemplo, *Brest is Best* (“Amamentar é melhor”) ou outros. Se não houver tempo durante a seção, os vídeos podem ser exibidos durante o intervalo para almoço ou à noite.

### Materiais de treinamento

#### Resumos

Resumos das pesquisas apresentadas na Seção 2.

#### Impressos

- 2.1. Apresentação da Seção 2.
- 2.2. Alimentação de lactentes e crianças de primeira infância: recomendações para a prática.
- 2.3. Amamentação exclusiva: a única fonte de água que os lactentes precisam (LINKAGES Folha FAQ 5).
- 2.4. Benefícios que a amamentação traz para a saúde: uma lista de referências (lista de referências, com reprodução autorizada, do *website* do UNICEF Iniciativa Amiga da Criança do Reino Unido <<http://www.babyfriendly.org.uk/health.asp>>).

### **Slides/Transparências**

2.1-2.28 e slides fotográficos 2a – 2h.

O *website* que disponibiliza este curso traz *links* para os slides e transparências usados nesta seção em dois arquivos de Microsoft PowerPoint. Os slides fotográficos estão inclusos no arquivo “slides” na ordem em que foram listados no Planejamento da Seção. Os slides (em cores) podem ser projetados em um computador com projetor LCD, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto e branco) podem ser impressas e projetadas com um retroprojetor. As transparências também estão reproduzidas como primeiro impresso desta seção, com seis transparências por página.

### **Vídeo (opcional)**

Um vídeo que pode ser usado é o *Breast is Best* (“Amamentar é melhor”) (35 minutos). O vídeo, produzido na Noruega, tem diversas possibilidades de uso em treinamento, incluindo uma seqüência que mostra um recém-nascido movendo-se pelo abdômen da mãe até achar o mamilo, sem ajuda. O vídeo está disponível em várias línguas em: Health Info/Vídeo Vital A/S, P.O. Box 5058, Majorstua, N-0301, Oslo, NORWAY (Tel.: (47) (22) 699644, Fax: (47) (22) 600789) ou pelo e-mail: health-info@videovital.no. Ele também pode ser solicitado à “Baby Milk Action” no endereço eletrônico <<http://www.babymilkaction.org/shop/videos.html>>.

Avalie a possibilidade de usar um vídeo com produção local, se disponível. Consultar as autoridades da IHAC, os escritórios nacionais ou regionais do UNICEF, IBFAN Brasil, La Leche League ou outra organização nacional ou regional relacionada para ver o que está disponível.

### **Outros materiais**

Flipchart e canetas hidrográficas.  
Lousa.

### **Referências**

ACONSELHAMENTO em amamentação: um curso de treinamento. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1993. WHO/CDR/93.6.

ANIANSSON, G. et al. A prospective coherent study on breastfeeding and otitis media in Swedish infants. *Pediat. Infect. Dis. J.*, [S.l.], v. 13, p. 183-188, 1994.

BERAL, V. et al. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, [S.l.], v. 360, p. 187-195, 2002.

BETRAN, A. P. et al. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin América. *BMJ*, [S.l.], v. 323, p. 1-5, 2001.

FERGUSON, D. M.; BEAUTRAIS, A. L.; SILVA, P. A. Breastfeeding and cognitive development in the first seven years of life. *Soc. Sci. Méd.*, [S.l.], v. 16, p. 1705-1708, 1982.



- HOWIE, P. W. et al. Protective effect of breastfeeding against infection. *BMJ*, [S.l.], v. 300, p. 11-16, 1990.
- KOLETZKO, B. et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, [S.l.], v. 319, p. 147-150, 1999.
- KULL, I. et al. Breast feeding and allergic diseases in infants – a prospective birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, [S.l.], v. 87, p. 478-481, 2002.
- LUCAS, A. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*, [S.l.], v. 339, n. 8788, p. 261-264, Feb. 1992.
- MORROW-TLUCAK, M.; HAUDE, R. H.; ERNHART, C. B. Breastfeeding and cognitive development in the first two years of life. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 26, p. 71-82, 1988.
- MORTENSEN, E. L. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, [S.l.], v. 287, p. 2365-2371, 2002.
- POPKIN, B. M. et al. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, [S.l.], v. 86, n. 6, p. 874-882, 1990.
- RIVA, E. et al. Early breastfeeding is linked to higher intelligence quotient scores in dietary treated phenylketonuric children. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 85, p. 56-58, Jan. 1996.
- RODGERS, B. Feeding in infancy and later ability and attainment: a longitudinal study. *Devel. Méd. Child. Neurol.*, [S.l.], v. 20, p. 421-426, 1978.
- SAADEH, R.; BENBOUZID, D. Breast-feeding and child spacing: importance of information collection to public health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, [S.l.], v. 68, n. 5, p. 625-631, 1990.
- SCARIATI, P. D.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, [S.l.], v. 99, n. 6, p. E5, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Breastfeeding and the use of water and teas*: Division of Child Health and Development – update no 9. Geneva, 1997. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/new\\_publications/nutrition/water\\_teas.pdf](http://www.who.int/child-adolescenthealth/new_publications/nutrition/water_teas.pdf)>.

## Resumo da Seção

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p><b>1. Discussão introdutória</b> Sondagem das opiniões dos participantes sobre os benefícios da amamentação.</p>	<p>Listar as categorias abaixo, em colunas, em um flipchart ou uma lousa.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Criança</li><li>• Mãe</li><li>• Família</li><li>• Hospital</li></ul> <p>Dividir os participantes em quatro grupos e distribuir uma categoria para cada. Peça que cada grupo aponte os benefícios da amamentação para sua categoria em 5 minutos. Peça que cada grupo exponha suas opiniões. Liste as respostas nas colunas respectivas.</p> <p>Mencionar que uma versão resumida da apresentação está reproduzida no Impresso 2.1, incluso nas pastas dos participantes.</p>
<p><b>2. Benefícios da amamentação para as crianças</b> O slide 2a mostra dois filhos de uma mesma família. O filho mais velho foi hospitalizado com desidratação e subnutrição. Parou de ser amamentado mais cedo do que o recomendado, porque sua mãe foi informada por um enfermeiro que a diarreia de seu filho foi causada pelo seu leite. Passando por problemas financeiros, ela não podia comprar fórmulas para a criança, então diluía o leite e o misturava com água contaminada durante o preparo. A criança teve outros episódios de diarreia e ficou subnutrida. A mãe engravidou novamente e decidiu amamentar o outro filho. A foto foi tirada quando o filho mais velho estava hospitalizado e sua mãe colocava o filho mais novo no berço ao seu lado.</p>	<p>Projetar o slide 2a ou algum outro slide fotográfico com uma história.</p>

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p>◆ Nutrição ideal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O leite materno possui nutrientes de alta qualidade, que são facilmente digeridos e usados com eficiência pelo corpo do bebê. O leite materno também possui toda a água que o bebê precisa. Não há necessidade de líquido adicional. Estudos indicam que, para lactentes amamentados exclusivamente, a água presente no leite materno excede a necessária para o bebê. O nível de soluto na urina e no sangue desses lactentes – mesmo aqueles que vivem em lugares quentes e secos – estava dentro dos limites normais, indicando uma ingestão adequada de água.</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.1 e apresentar o impresso 2.2.</p> <p>Projetar slide/transparência 2.2. Realçar as diferenças entre os três tipos de leite.</p> <p>Projetar slide/transparência 2.3 e apresentar o impresso 2.3 (LINKAGES: impresso sobre alimentação de lactente).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O leite materno é um fluido dinâmico que se adapta para satisfazer as necessidades do lactente. A composição do leite é influenciada pela <i>idade gestacional</i> do lactente (o leite do prematuro é diferente do leite do bebê a termo), <i>estágio de lactação</i> (o colostro difere do leite de transição e do leite maduro, que continua mudando com o passar do tempo), e <i>duração da amamentação</i> (o leite do início é diferente do leite do fim da mamada, que tem uma quantidade maior de gordura).</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.4. Destacar as propriedades dinâmicas do leite materno.</p> <p>Projetar slide fotográfico 2b para ilustrar como a composição do leite se altera com o crescimento do lactente.</p> <p>Projetar slide fotográfico 2c para mostrar a diferença entre o leite do início e o leite do fim da mamada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O colostro tem propriedades especiais e é muito importante para o lactente, em virtude de diferentes fatores digestivos, de desenvolvimento e proteção.</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.5. Ressaltar os pontos principais.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O leite materno é, de modo geral, o único alimento que os lactentes precisam nos 6 primeiros meses de vida. Alimentos complementares seguros e adequados devem ser introduzidos no sexto mês de vida, com a continuidade da amamentação.</li> </ul>	<p>Fazer referência ao impresso 2.3.</p>

continuação

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p>◆ O leite materno continua a ser uma importante fonte de energia e de nutrientes de alta qualidade durante o segundo ano de vida ou mais.</p>	<p>Projetar slide/transparência 2.6.</p>
<p>◆ Efeito protetor da amamentação na morbidade do lactente.</p>	<p>Projetar slide/transparência 2.7.</p>
<p>◆ Aumento da imunidade. O leite materno é um fluido ativo que protege o bebê contra infecções. Durante o primeiro ano de vida, devido ao fato de o sistema imunológico não estar totalmente desenvolvido, o bebê depende do leite materno para combater infecções.</p>	
<p>◆ Risco reduzido de diarreia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um estudo realizado nas Filipinas demonstrou que bebês alimentados com leite não humano tiveram 17 vezes mais chances de ficarem com diarreia do que lactentes amamentados exclusivamente com leite materno. Bebês amamentados parcialmente com leite materno tiveram mais chances de ficarem com diarreia do que aqueles alimentados exclusivamente com leite materno, mas menos chances do que os bebês que não receberam leite materno algum (POPKIN et al., 1990).</li> </ul>	<p>Opcional: Projetar slide fotográfico 2d, que mostra um bebê alimentado com substitutos do leite materno hospitalizado com diarreia severa.</p> <p>Projetar slide/transparência 2.8.</p> <p>Enfatizar a importância da amamentação continuada durante os episódios de diarreia, devido ao valor nutricional do leite materno e ao fato de ele assegurar uma recuperação mais rápida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um estudo realizado em Dundee, Escócia, mostrou que lactentes amamentados com leite materno tinham muito menos diarreia. Por exemplo, entre 0 e 13 semanas de vida, quase 20% dos lactentes que recebiam mamadeira tinham diarreia, comparados com apenas 3,6% dos lactentes que eram amamentados com leite materno (HOWIE et al., 1990).</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.9.</p>

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um estudo realizado nos Estados Unidos com 1.743 pares mães-bebês descobriu um efeito protetor contra diarreia em lactentes alimentados com leite materno, se comparados a lactentes não amamentados. Quanto mais leite materno o lactente ingeria, menor era o risco de contrair diarreia (efeito dose-resposta) (SCARIATI; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 1997).</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.10.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Redução do risco de infecções respiratórias. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outro estudo realizado em Dundee, Escócia, descobriu que lactentes que eram amamentados tinham muito menos doenças respiratórias. Por exemplo, entre 0 e 13 semanas de vida, quase 39% dos lactentes que recebiam mamadeira tinham doenças respiratórias, o que ocorreu em apenas 23% dos lactentes que recebiam leite materno (HOWIE et al., 1990).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.11.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Redução do risco de contrair otite média aguda. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um estudo realizado na Suécia descobriu que os lactentes que eram amamentados tinham menos otite média do que os que não eram amamentados. Por exemplo, de um a três meses de vida, 6% dos lactentes desmamados tinham a doença, o que ocorreu com apenas 1% dos lactentes que eram amamentados (ANIANSSON et al., 1994).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.12.</p>

continua

continuação

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"><li>• Um estudo realizado nos Estados Unidos com 1.743 pares mães-bebês mostrou um efeito protetor contra a otite média se os lactentes fossem alimentados com leite materno, em comparação com lactentes que não fossem amamentados. Quanto mais leite materno o lactente ingeria, menor era o risco de contrair a doença (efeito dose-resposta) (SCARIATI; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 1997).</li></ul>	Projetar slide/transparência 2.13.
◆ Efeitos protetores da amamentação na mortalidade de lactentes.	Projetar slide/transparência 2.14.
◆ Diarréias e infecções respiratórias <ul style="list-style-type: none"><li>• Em um estudo sobre os efeitos da amamentação na mortalidade de lactentes na América Latina, os autores concluíram que lactentes com 0-3 meses de vida alimentados com leite não humano tinham 14 vezes mais chances de morrer em decorrência de diarreia e 4 vezes mais chances de morrer em decorrência de infecções respiratórias do que aqueles exclusivamente alimentados com leite materno. Lactentes com 4-11 meses de vida alimentados com leite não humano tinham quase 2 vezes mais chances de morrer em decorrência de diarreia e infecção respiratória aguda do que os que eram parcialmente amamentados (BETRAN et al., 2001).</li></ul>	Projetar slide/transparência 2.15 e 2.16.
◆ A amamentação reduz o risco de doenças crônicas.	Projetar slide/transparência 2.17.

continua

continuação

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p>◆ Menos risco de contrair alergias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Existe o consenso de que as alergias são menos comuns em bebês que são amamentados exclusivamente. Estudo de coorte realizado recentemente na Suécia acompanhou 4.089 lactentes, constando que a amamentação exclusiva ou parcial reduziu o risco de doenças alérgicas. Crianças alimentadas exclusivamente com leite materno durante 4 meses ou mais apresentaram menos asma (7,7% contra 12%), menos dermatite (24% contra 27%) e menos rinite alérgica (6,5% contra 9%) (KULL et al., 2002).</li></ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.18.</p> <p>Projetar slide fotográfico 2e.</p>
<p>◆ Menor risco de obesidade.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Um estudo realizado na Alemanha descobriu que, em um universo de 9.357 crianças entre 5 e 6 anos de idade, havia uma diferença 5 vezes maior na prevalência da obesidade entre crianças que nunca foram amamentadas, em comparação com aquelas amamentadas durante mais de 1 ano. Quanto maior o tempo de amamentação da criança, menor a prevalência de obesidade aos 5 e 6 anos de idade (VON KRIES et al., 1999).</li></ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.19.</p>
<p>◆ A amamentação proporciona benefícios psicológicos e no desenvolvimento do bebê.</p>	<p>Slide/transparência 2.20.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• A amamentação ajuda na criação de vínculos entre a mãe e o bebê. O contato próximo logo após o nascimento ajuda a desenvolver um relacionamento de amor entre a mãe e a criança. Os bebês choram menos e as mães respondem melhor a suas necessidades.</li></ul>	<p>Projetar slides fotográficos 2f.</p>

continua

continuação

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os efeitos da amamentação e do leite materno no desenvolvimento e no QI de lactentes e crianças é um tema de muito interesse no meio científico, e as descobertas de décadas de pesquisas indicam melhores resultados de desenvolvimento e índices elevados de QI em crianças que receberam leite materno (FERGUSON et al., 1982).</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.21.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudos de longo prazo realizados recentemente em Copenhague indicam que o tempo de duração da amamentação está associado a níveis de QI significativamente maiores aos 27,2 anos de idade. Esses estudos também indicam efeito dose-resposta (MORTENSEN et al., 2002).</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.22.</p>
<p><b>3. Os benefícios da amamentação para a mãe</b></p>	<p>Opcional: projetar slide 2g.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Proteção para a saúde da mãe           <ul style="list-style-type: none"> <li>A oxitocina liberada durante a amamentação ajuda o útero a retornar ao tamanho normal e a reduzir o sangramento pós-parto.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.23.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A amamentação reduz o risco de câncer de mama e nos ovários. A reanálise dos dados de 47 estudos epidemiológicos realizados em 30 países concluiu que o risco relativo de contrair câncer de mama diminui 4,3% por ano de amamentação (BERAL et al., 2002).</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.24.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Maior intervalo de tempo entre gestações.           <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante os 6 meses posteriores ao parto, se a mulher estiver no período de amenorréia e amamentando seu bebê, ela tem 98% de proteção contra uma nova gravidez.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.25.</p>

continua



Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Perigos da alimentação com leite não humano:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferência nos vínculos entre a mãe e o bebê.</li> <li>• Mais diarreias e infecções.</li> <li>• Doenças respiratórias.</li> <li>• Diarréia permanente.</li> <li>• Desnutrição – deficiência de vitamina A.</li> <li>• Mais alergia e intolerância ao leite.</li> <li>• Maior risco de certas doenças crônicas.</li> <li>• Maior risco de obesidade.</li> <li>• Menor pontuação em testes de inteligência (bebês prematuros)</li> <li>• Maior probabilidade de gravidez para a mãe.</li> <li>• Maior risco de anemia e câncer de mama e ovário.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.26.</p> <p>Enfatizar os inúmeros riscos associados ao uso de mamadeira, água, fórmulas infantis e chupetas tanto no hospital quanto em casa. Enfatizar que o hospital tem a responsabilidade de informar sobre os benefícios da amamentação e os riscos da alimentação artificial para todas as mães.</p>
<p><b>4. Os benefícios da amamentação para a família.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Melhor saúde e nutrição.</li> <li>◆ A amamentação beneficia toda a família, emocional e nutricionalmente.</li> <li>◆ Benefícios econômicos.</li> <li>◆ A amamentação custa menos do que a alimentação artificial. O dinheiro gasto na compra de fórmulas infantis pode ser usado na compra de alimentos nutritivos para a mãe e a família.</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.28.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ A amamentação reduz os gastos com cuidados médicos, como consultas, medicamentos, exames de laboratório, internações, etc.</li> </ul>	<p>Mencionar que os detalhes relacionados com os benefícios econômicos da amamentação serão vistos na Seção 6, custos e economia.</p>

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p><b>5. Os benefícios da amamentação para o hospital.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ A amamentação cria uma atmosfera mais calma e terna. Os lactentes choram menos, ficam mais calmos; as mães respondem mais facilmente às necessidades de seus bebês.</li> <li>◆ Não há necessidade de enfermarias quando existe o alojamento conjunto, o que implica em mais espaço para os pacientes e funcionários do hospital. Salas de cuidados especiais ainda podem ser necessárias para bebês muito doentes.</li> <li>◆ O alojamento conjunto reduz a incidência de infecções neonatais. Os lactentes alimentados exclusivamente com o leite materno contraem menos infecções.</li> <li>◆ Menos horas de trabalho da equipe são consumidas. As mães são diretamente responsáveis pelos cuidados com seus bebês.</li> <li>◆ O apoio ao alojamento conjunto e à amamentação aumenta o prestígio do hospital e cria a imagem de uma unidade de saúde que faz o melhor para cuidar de mães e bebês.</li> <li>◆ Há menos abandono de crianças. Mães que amamentam têm menos tendência a abandonar ou abusar de seus filhos.</li> <li>◆ A amamentação é o meio mais seguro de alimentar o bebê em emergências.</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 2.28.</p>

<p><b>6. Discussão e conclusão.</b></p>	<p>Opcional: Projetar slide fotográfico 2h – mãe e bebê contentes.</p> <p>Fazer referência ao Manual do Participante e ao Impresso 2.4 – Os benefícios da amamentação. Esse material, cuja fonte é o <i>website</i> da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF do Reino Unido), oferece informações adicionais sobre pesquisas científicas que demonstram os benefícios da amamentação. Pergunte aos participantes se há dúvidas ou comentários.</p>
<p><b>7. Vídeo (opcional).</b></p>	<p>Cogitar a apresentação do vídeo “Brest is Best” (“Amamentar é melhor”), se disponível, e/ou outros vídeos de boa qualidade, se houver tempo. Se não houver tempo disponível durante a seção, cogitar apresentar o vídeo durante o intervalo para almoço ou à noite.</p>

### Resumos de estudos e pesquisas apresentados na Seção 2

Slide/transparência	Estudo
2.8	POPKIN, B. M. et al. Breastfeeding and diarrheal morbidity. <i>Pediatrics</i> , [S.l.], v. 86, n. 6, p. 874-882, Dec. 1990.
2.9 e 2.11	HOWIE, P. W. et al. Protective effect of breast feeding against infection. <i>BMJ</i> , [S.l.], v. 300, n. 6716, p. 11-16, 1990.
2.10 e 2.13	SCARIATI, P. D.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. <i>Pediatrics</i> , [S.l.], v. 99, n. 6, p. E5, Jun. 1997.
2.12	ANIANSSON, G. et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. <i>Pediatr. Infect. Dis. J.</i> , [S.l.], v. 13, n. 3, p. 183-188, Mar. 1994.
2.15 e 2.16	BETRAN, A. P. et al. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. <i>BMJ</i> , [S.l.], v. 323, n. 7308, p. 303-306, 11 Aug. 2001.
2.18	KULL, I. et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants – a prospective birth cohort study. <i>Archives of Disease in Childhood</i> , [S.l.], v. 87, p. 478-481, 2002.
2.19	VON KRIES, R. et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. <i>BMJ</i> , [S.l.], v. 319, n. 7203, p. 147-150, 17 Jul. 1999.
2.21	LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. <i>Lancet</i> , [S.l.], v. 339, n. 8788, p. 261-264, 11 Feb. 1992.

continua

continuação

2.21	FERGUSSON, D. M.; BEAUTRAIS, A. L.; SILVA, P. A. Breast-feeding and cognitive development in the first seven years of life. <i>Soc. Sci. Med.</i> , [S.l.], v. 16, n. 19, p. 1705-1708, 1982.
2.21	MORROW-TLUCAK, M.; HAUDE, R. H.; ERNHART, C. B. Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. <i>Soc. Sci. Med.</i> , [S.l.], v. 26, n. 6, p. 635-639, 1988.
2.21	RIVA, E. et al. Early breastfeeding is linked to higher intelligence quotient scores in dietary treated phenylketonuric children. <i>Acta Paediatr.</i> , [S.l.], v. 85, n. 1, p. 56-58, Jan. 1996.
2.22	MORTENSEN, E.L. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. <i>JAMA</i> , [S.l.], v. 287, n. 18, p. 2365-2371, 8 May 2002.
2.24	BERAL, V. et al. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. <i>Lancet</i> , [S.l.], v. 360, p. 187-195, 2002.
2.25	SAADEH, R.; BENBOUZID, D. Breast-feeding and child-spacing: importance of information collection for public health policy. <i>Bull. World Health Organ.</i> , [S.l.], v. 68, n. 5, p. 625-631, 1990.

## Amamentação e morbidade por diarreia

### Referente ao slide 2.8

**Referência.** POPKIN, B. M. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, [S.l.], v. 86, n. 6, p. 874-882, Dec. 1990.

**Métodos.** O estudo foi feito a partir de um único levantamento longitudinal com mais de 3.000 pares mães-bebês, da gravidez até a infância. Compõem a amostra lactentes da região de Cebu, nas Filipinas. A continuidade da amamentação e a ocorrência de morbidade por diarreia foi cuidadosamente estudada em uma análise longitudinal, o que permitiu o exame dos efeitos de padrões alimentares em idades específicas. Em virtude de o estudo ter controlado uma enorme variedade de causas ambientais da diarreia, os resultados podem ser generalizados para outras populações com certa margem de confiança.

**Constatações.** A adição de água, chás ou outros líquidos não-nutritivos a uma dieta de leite materno dobrou ou triplicou a propensão à diarreia. A posterior suplementação da amamentação com outros alimentos e líquidos nutritivos aumentou, de maneira significativa, o risco de diarreia; a maior parte dos benefícios da amamentação exclusiva, ou combinada com alimentos/líquidos nutritivos, diminuiu durante a segunda metade da infância. Os benefícios da amamentação foram levemente maiores em ambientes urbanos.

## O efeito protetor da amamentação no combate a infecções

### Referente aos slides 2.9 e 2.11

**Referência.** HOWIE, P. W. et al. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ*, [S.l.], v. 300, n. 6716, p. 11-16, 1990.

**Objetivo.** Avaliar as relações existentes entre a amamentação e as doenças de crianças nos primeiros dois anos de vida, com destaque para as doenças gastrointestinais.

**Estrutura.** Estudo prospectivo observacional de mães e bebês acompanhados por 24 meses após o nascimento.

**Ambiente.** Comunidades de Dundee.

**Métodos.** 750 pares formados por mães e filhos, dos quais 76 foram excluídos pelo fato de os bebês terem nascido prematuros (menos de 38 semanas), abaixo do peso (menos de 2.500g), ou permanecido sob cuidados especiais por mais de 48 horas. Do grupo remanescente de 674 bebês, 618 foram acompanhados por duas semanas. Observações detalhadas da alimentação e das doenças dos lactentes foram feitas por enfermeiros nos seguintes períodos: duas semanas, um, dois, três, quatro, cinco, seis, nove, 12, 15, 18, 21 e 24 meses. O principal efeito mensurado durante o acompanhamento foi a prevalência de doenças gastrointestinais nas crianças.

**Constatações.** Depois de controladas as variáveis de confusão, os bebês que foram amamentados por 13 semanas ou mais (277) tiveram significativamente menos doenças gastrointestinais do que aqueles alimentados com mamadeiras desde o nascimento (267), observados nos seguintes intervalos de idades: 0-13 semanas de vida ( $p < 0,01$ ; 95% intervalo de confiança para redução na incidência de 6,6% a 16,8%), 14-26 semanas de vida ( $p < 0,01$ ), 27-39 semanas ( $p < 0,05$ ), e 40-52 semanas de vida ( $p < 0,05$ ). Essa redução na incidência de doenças foi observada independentemente da introdução de suplementos após as 13 semanas de vida, manteve-se além do período da amamentação propriamente dita, e foi acompanhada por uma redução no índice de internação. Por outro lado, os bebês amamentados por menos de 13 semanas (180) tiveram índices de doenças gastrointestinais similares aos daqueles alimentados com mamadeiras. Reduções menores nos índices de doenças respiratórias foram observadas em idades entre 0-13 e 40-52 semanas de vida ( $p < 0,05$ ), em bebês amamentados por mais de 13 semanas. Não foi observado efeito protetor consistente da amamentação contra infecções do ouvido, olho, boca ou pele, cólica, eczema ou eritema infantil.

**Conclusões.** A amamentação durante as primeiras 13 semanas de vida proporciona uma proteção contra doenças gastrointestinais que se mantém além do próprio período de amamentação.

### Análise longitudinal da morbidade de lactentes e a duração da amamentação nos Estados Unidos

#### Referente aos slides 2.10 e 2.13

**Referência.** SCARIATI, P. D.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, [S.l.], v. 99, n. 6, p. E5, Jun. 1997.

**Introdução.** Estudos sobre os benefícios da amamentação para a saúde em países desenvolvidos têm mostrado resultados conflitantes. Esses estudos geralmente apresentam falhas relativas às variáveis de confusão, causalidade reversa e efeito dose-resposta. Procuramos responder a essas falhas com uma análise longitudinal dos dados para determinar se a amamentação protege os lactentes dos EUA contra diarreias e otites.

**Métodos.** Mães participaram de uma pesquisa pelo correio fornecendo informações sobre seus lactentes de 2, 3, 4, 5, 6 e 7 meses de idade. Os lactentes foram classificados em amamentados exclusivamente; alto, médio ou baixo grau de alimentação mista com leite materno e fórmulas infantis; ou exclusivamente alimentados com fórmulas infantis. Os diagnósticos de diarreia e otites foram baseados nos relatos das mães. A idade e o sexo do lactente, a ingestão de outros alimentos ou líquidos, a educação, profissão e tabagismo da mãe, o tamanho e renda familiar e o uso de creches e babás foram levados em consideração.

**Resultados.** O risco de desenvolvimento tanto de diarreia quanto de infecções do ouvido aumentou na proporção em que a amamentação diminuiu. No modelo geral, o risco de diarreia permaneceu significativo apenas nos lactentes que não eram alimentados com leite materno, se comparados àqueles que só eram alimentados desse modo (razão de chances = 1,8); o risco de infecções do ouvido permaneceu significativo no grupo alimentado com baixo grau de alimentação mista (razão de chances = 1,6) e entre lactentes que não eram alimentados com leite materno, se comparados àqueles que eram alimentados exclusivamente com leite materno (razão de chances = 1,7).

**Conclusões.** A amamentação protege os lactentes estadunidenses contra o desenvolvimento de diarreia e infecções do ouvido. A amamentação não precisa ser exclusiva para se obter esse benefício. A proteção mostra-se como um efeito dose-resposta.

### **Um estudo prospectivo de coorte sobre a amamentação e a otite média em lactentes da Suécia**

#### **Referente ao slide 2.12**

**Referência.** ANIANSSON, G. et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 183-188, Mar. 1994.

**Métodos.** Este estudo analisou o efeito da amamentação na frequência de crises de otite média aguda. O protocolo teve como finalidade examinar bebês com 2, 6 e 10 meses de idade. A cada visita eram coletadas culturas da nasofaringe, o processo de alimentação era registrado e as crises de otite média aguda (OMA) eram documentadas. As análises basearam-se em informações completas de 400 crianças. Elas representavam 83% dos recém-nascidos nas áreas estudadas.

**Constatações.** Com 1 ano de idade, 85 (21%) crianças tiveram 111 episódios de OMA; 63 (16%) tiveram 1, e 22 (6%) tiveram 2 ou mais episódios. A frequência de OMA foi significativamente menor em crianças alimentadas com leite materno do que naquelas não alimentadas com leite materno ( $P < 0,05$ ). O primeiro episódio de OMA ocorreu significativamente mais cedo em crianças que desmamaram antes dos 6 meses de idade do que nos outros grupos. A frequência de culturas da nasofaringe positivas para *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e *Streptococcus pneumoniae* foi maior em crianças com OMA. Nas idades de 4 a 7 e 8 a 12 meses de idade,

a frequência de OMA foi significativamente maior em crianças que tinham contato com babás ou irmãos ( $P < 0,05$  e  $< 0,01$ , respectivamente). A frequência de infecções do trato respiratório superior foi maior nas crianças com OMA e significativamente menor nas crianças alimentadas com leite materno.

### **Estudo ecológico do efeito da amamentação na mortalidade infantil na América Latina**

#### **Referente aos slides 2.15 e 2.16**

**Referência.** BETRAN, A. P. et al. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin América. *BMJ*, [S.l.], v. 323, n. 7308, p. 303-306, 11 Aug. 2001.

**Objetivo.** Estimar o efeito da amamentação com leite materno exclusivo e parcial na mortalidade infantil por doença diarreica e infecções respiratórias agudas na América Latina.

**Projeto.** Análise de risco atribuível de dados nacionais sobre mortalidade infantil e amamentação materna.

**Cenário:** América Latina e Caribe.

**Principais medidas de resultados.** Mortalidade infantil devido à diarreia e infecção respiratória aguda e taxas nacionais representativas de aleitamento.

**Resultados.** 55% das mortes infantis por diarreia e infecções respiratórias agudas na América Latina são evitáveis pela amamentação exclusiva entre crianças de 0-3 meses de idade e amamentação parcial no restante do primeiro ano de vida. Entre crianças com 0-3 meses de idade, 66% das mortes por essas causas são evitáveis pela amamentação exclusiva; entre crianças com idade de 4-11 meses, 32% de tais mortes são evitáveis pela amamentação parcial. E 13,9% das mortes infantis por todas as causas são evitáveis por esses padrões de amamentação. O número anual de mortes evitáveis é de aproximadamente 52.000 para a região.

**Conclusões.** A amamentação exclusiva de crianças com idade de 0-3 meses e a amamentação parcial no restante dos 12 meses iniciais de vida das crianças poderia reduzir substancialmente a mortalidade infantil na América Latina. Intervenções para promover o aleitamento materno deveriam ter como alvo principal as crianças menores.

### **Amamentação e doenças alérgicas em lactentes – um estudo prospectivo de coorte de nascimentos**

#### **Referente ao slide 2.18**

**Referência.** KULL, I. et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants – a prospective birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, [S.l.], v. 87, p. 478-481, 2002.

**Objetivo.** Investigar o efeito da amamentação nas doenças alérgicas de crianças até 2 anos de idade.

**Métodos.** Uma coorte de nascimentos com 4.089 crianças foi acompanhada prospectivamente em Estocolmo, Suécia. As informações sobre exposições variadas foram obtidas por meio de questionários respondidos pelos pais quando os lactentes estavam com dois meses de vida, e sobre sintomas alérgicos e alimentação quando estavam com 1 e 2 anos de idade. A duração da amamentação exclusiva e parcial foi avaliada separadamente. Foram usadas definições relacionadas a sintomas de várias

doenças alérgicas. Razões de chances (RC) e intervalos de confiança (IC) de 95% foram estimados em um modelo de regressão logística múltipla. Foram feitos ajustes para variáveis de confusão em potencial.

**Resultados.** As crianças exclusivamente amamentadas durante quatro meses ou mais apresentaram menos asma (7,7% contra 12%, RC ajustada = 0,7; IC 95%: 0,5-0,8), menos dermatite atópica (24% contra 27%, RC ajustada = 0,8; IC 95%: 0,7-1,0) e menos suspeita de rinite alérgica (6,5% contra 9%, RC ajustada = 0,7; IC 95%: 0,5-1,0) aos 2 anos de idade. Houve uma significativa redução no risco de asma relacionada à amamentação parcial por seis meses ou mais (RC ajustada = 0,7; IC 95%: 0,5 a 0,9). De cinco possíveis doenças alérgicas – asma, suspeita de rinite alérgica, dermatite atópica, sintomas relacionados a alergias a alimentos e sintomas de suspeita de alergia respiratória depois da exposição a animais ou pólen –, três ou mais foram encontradas em 65% das crianças. A amamentação exclusiva preveniu que as crianças contraíssem doenças alérgicas múltiplas (RC ajustada = 0,7, IC 95%: 0,5 a 0,9) durante os dois primeiros anos de vida.

**Conclusão.** A amamentação exclusiva parece ter um efeito preventivo no desenvolvimento de doenças alérgicas – asma, dermatite atópica e suspeita de rinite alérgica – até os 2 anos de idade. Esse efeito preventivo também foi evidente em relação a doenças alérgicas múltiplas.

### **Amamentação e obesidade: um estudo transversal**

#### **Referente ao slide 2.19**

**Referência.** VON KRIES, R. et al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, [S.l.], v. 319, n. 7203, p. 147-150, 17 Jul. 1999.

**Objetivo.** Avaliar o impacto da amamentação no risco de obesidade e excesso de peso em crianças no início da vida escolar.

**Desenho:** Transversal.

**Cenário.** Bavária, sul da Alemanha.

**Métodos.** Coleta de dados sobre a altura e o peso de 134.577 crianças submetidas ao exame de saúde obrigatório realizado à admissão no sistema de ensino da Bavária. Fatores como alimentação, dieta e estilo de vida de uma subamostra de 13.345 crianças foram avaliados por meio da análise de questionários respondidos pelos pais.

**Participantes.** 9.357 crianças alemãs com idades entre 5 e 6 anos.

**Principais medidas de resultados.** O excesso de peso foi definido como um índice de massa corporal superior ao percentil 90 e a obesidade como um índice superior ao percentil 97, para todas as crianças matriculadas. A amamentação exclusiva foi definida como alimentação apenas com leite materno.

**Resultados.** A prevalência de obesidade em crianças que nunca foram amamentadas foi de 4,5%, e de 2,8% em crianças que foram amamentadas. Foi observado um claro efeito dose-resposta entre a duração da amamentação exclusiva e a prevalência da obesidade: a prevalência foi de 3,8% em crianças amamentadas exclusivamente por dois meses, 2,3% em crianças amamentadas exclusivamente por 3-5 meses, 1,7% em crianças amamentadas exclusivamente por 6-12 meses e de 0,8% em crianças



amamentadas exclusivamente por mais de 12 meses. Relações similares foram encontradas na prevalência do excesso de peso. O efeito protetor da amamentação não foi relacionado a diferenças de classe social ou estilo de vida. Depois do ajuste de potenciais variáveis de confusão, a amamentação permaneceu como um fator protetor significativo contra o desenvolvimento da obesidade (RC = 0,75; IC 95%: 0,57-0,98) e do excesso de peso (0,79, 0,68 a 0,93).

**Conclusões.** Em países industrializados, promover uma amamentação prolongada pode ajudar a reduzir a prevalência da obesidade infantil. Como crianças obesas têm um risco maior de se tornarem adultos obesos, tais medidas preventivas podem resultar na redução da prevalência de doenças cardiovasculares e outras doenças relacionadas à obesidade.

### **O leite materno e o quociente de inteligência subsequente de crianças prematuras**

#### **Referente ao slide 2.21**

**Referência.** LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*, [S.l.], v. 339, n. 8788, p. 261-264, 1 fev. 1992.

**Resumo.** Existe grande controvérsia quanto à nutrição no começo da vida ter ou não influência, a longo prazo, no neurodesenvolvimento. Demonstramos anteriormente que, em lactentes prematuros, a opção da mãe por oferecer leite materno está associada a melhores resultados em testes de desenvolvimento aos 18 meses. Apresentamos agora dados do quociente de inteligência (QI) das mesmas crianças, avaliadas aos 7,5-8 anos de idade.

**Métodos.** Foi avaliado o QI de 300 crianças por meio do uso da Escala de Inteligência Weschler para Crianças (revista, anglicanizada).

**Resultados.** As crianças que consumiram leite materno nas primeiras semanas de vida obtiveram um QI significativamente mais alto com 7,5-8 anos do que aquelas que não consumiram leite materno. Uma vantagem de 8,3 pontos (sobre metade do desvio padrão) no QI se manteve mesmo depois de ajustadas diferenças de nível educacional e classe social das mães entre os grupos ( $p < 0,0001$ ). Essa vantagem foi associada à alimentação com leite materno em mamadeiras em lugar da alimentação no seio. Foi observado um efeito dose-resposta na relação entre a proporção do leite materno na dieta e o QI subsequente. As crianças cujas mães optaram por amamentar e não tiveram sucesso obtiveram o mesmo QI daquelas cujas mães optaram por não alimentar com leite materno.

**Conclusões.** Embora os resultados possam ser explicados pelas diferenças entre os grupos no que diz respeito a habilidades de criação e potencial genético (mesmo depois dos ajustes de fatores sociais e educacionais), nossos dados sugerem efeitos benéficos do leite materno no neurodesenvolvimento.

### **A amamentação e o desenvolvimento cognitivo nos sete primeiros anos de vida**

#### **Referente ao slide 2.21**

**Referência.** FERGUSSON, D. M.; BEAUTRAIS, A. L.; SILVA, P. A. Breastfeeding and cognitive development in the first seven years of life. *Soc. Sci. Méd.*, [S.l.], v. 16, n. 19, p. 1705-1708, 1982.

**Métodos.** Com base em uma coorte de nascimentos na Nova Zelândia, foi analisada a relação entre práticas de amamentação, inteligência e desenvolvimento de linguagem aos 3, 5 e 7 anos de idade.

**Resultados.** Os resultados demonstram que, mesmo com o controle de fatores como inteligência e nível de escolaridade da mãe, habilidades na criação infantil, experiências na infância, condição socioeconômica da família, peso e idade gestacional ao nascimento, foi observada nas crianças amamentadas a tendência a um desempenho ligeiramente melhor nos testes quando comparado ao de crianças alimentadas com mamadeira. As crianças amamentadas tiveram, em média, um desempenho dois pontos superior em escalas com desvio padrão 10, ao de crianças alimentadas com mamadeira, com todos os fatores levados em consideração.

**Conclusões.** Concluiu-se que a amamentação pode estar associada a níveis de inteligência e desenvolvimento da linguagem ligeiramente maiores ou, alternativamente, que essas diferenças podem ser devidas a efeitos de outras variáveis de confusão não contempladas pela análise.

### **A amamentação e o desenvolvimento cognitivo nos dois primeiros anos de vida**

#### **Referente ao slide 2.21**

**Referência.** MORROW-TLUCAK, M.; HAUDE, H.; ERNHART, C. B. Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. *Soc. Sci. Méd.*, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 635-639, 1988.

**Método.** A relação entre a amamentação e o desenvolvimento cognitivo nos dois primeiros anos de vida foi avaliada em uma coorte de crianças acompanhadas em um estudo de fatores de risco para o desenvolvimento.

**Resultados.** O uso da Escala de Bayley em dois momentos, 1 e 2 anos de idade, revelou uma diferença significativa no índice de desenvolvimento mental das crianças alimentadas com mamadeira, amamentadas por até quatro meses e amamentadas por mais de quatro meses – favorável às crianças amamentadas. Essa relação se manteve, sem diferenças significativas, contudo, quando o fator foi a prática alimentar aos 6 meses de idade. Análises de regressão que examinaram a relação entre a duração da amamentação e o desenvolvimento cognitivo revelaram uma relação tênue, mas significativa, entre a duração da amamentação e as pontuações na Escala de Bayley em dois momentos: 1 e 2 anos de idade. Explicações alternativas para os resultados são discutidas.

### **A amamentação desde cedo está relacionada a um QI maior em crianças fenilcetonúricas tratadas com dietas**

#### **Referente ao slide 2.21**

**Referência.** RIVA, E. et al. Early breastfeeding is linked to higher intelligence quotient scores in dietary treated phenylketonuric children. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 85, n. 1, p. 56-58, jan. 1996.

**Histórico.** O controle rigoroso da ingestão de fenilalanina é a principal intervenção na dieta de crianças fenilcetonúricas. Contudo, permanece inexplorada a relação de outros fatores relacionados à dieta com melhoras no estado clínico, em termos de neurodesenvolvimento de crianças fenilcetonúricas em tratamento.

**Métodos.** Comparamos retrospectivamente o quociente de inteligência (QI) de 26 crianças fenilcetonúricas em idade escolar que foram amamentadas ou alimentadas com fórmulas infantis por 20-40 dias antes de intervenções na dieta.

**Resultados.** As crianças amamentadas quando lactentes tiveram resultados significativamente melhores (QI 14 pontos maior,  $p = 0,01$ ) do que aquelas alimentadas com fórmula infantil. Foi observada uma vantagem de 12,9 pontos mesmo depois de ajustes relativos ao nível social e de escolaridade da mãe ( $p = 0,02$ ). Nessa amostra de lactentes fenilcetonúricos nascidos a termo e tratados desde cedo, não foi observada relação entre o QI e a idade do começo do tratamento ou com os níveis de fenilalanina no plasma durante o tratamento.

**Conclusões.** Concluimos que a amamentação no estágio pré-diagnóstico pode ajudar lactentes em tratamento e com fenilcetonúria, melhorando seu desenvolvimento neurológico.

### **A associação entre a duração da amamentação e a inteligência em idade adulta**

#### **Referente ao slide 2.22**

**Referência.** MORTENSEN, E. L. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, [S.l.], v. 287, n. 18, p. 2365-2371, 8 May 2002.

**Conteúdo.** Algumas pesquisas sugerem uma associação positiva entre a amamentação e o desenvolvimento cognitivo no começo e no meio da infância. Entretanto, o único estudo anterior a investigar a relação entre a amamentação e a inteligência em adultos apresentou diversas falhas metodológicas.

**Objetivo.** Determinar a associação entre a duração da amamentação de lactentes e a inteligência de jovens adultos.

**Desenho e local do estudo e participantes.** Estudo prospectivo de coorte de nascimentos realizado com uma amostra de 973 homens e mulheres, e uma segunda amostra de 2.280 homens, todos nascidos em Copenhague, Dinamarca, entre outubro de 1959 e dezembro de 1961. As amostras foram divididas em 5 categorias baseadas na duração da amamentação, avaliada por meio de entrevistas médicas com as mães em exames realizados no 1º ano de vida.

**Principais medidas de resultados.** A inteligência foi medida com o uso da Escala de Inteligência Weschler para Adultos (WAIS), com a idade média de 27,2 anos na amostra que continha homens e mulheres; teste Borge Priens Prove (BPP), com a idade média de 18,7 anos na amostra só de homens. Treze potenciais variáveis de confusão foram incluídas na análise: nível social e de escolaridade dos pais; ocorrência de mãe solteira; altura, idade e ganho de peso da mãe durante a gravidez e consumo de cigarros durante o terceiro trimestre; número de vezes que engravidou; idade gestacional estimada; peso ao nascimento; comprimento ao nascimento; e índices de complicações na gravidez e no parto.

**Resultados.** A duração da amamentação foi associada a pontuações significativamente maiores nas escalas verbal, de desempenho e total do teste de QI WAIS. Depois do ajuste de regressão das variáveis de confusão, as médias na escala total do teste WAIS foram de 99,4; 101,7; 102,3; 106,0 e 104,0 para adultos amamentados, respectivamente, menos de 1 mês, de 2 a 3 meses, de 4 a 6 meses, de 7 a 9 meses e mais do

que 9 meses ( $p=0,003$  para o teste F). As pontuações médias correspondentes no BPP foram: 32,0; 39,2; 39,9; 40,1 e 40,1 ( $p=0,01$  para o teste F).

**Conclusão.** Independente da grande variação de possíveis fatores de confusão, foi observada uma associação significativa positiva entre a duração da amamentação e a inteligência em 2 amostras independentes de jovens adultos, avaliados com 2 testes de inteligência diferentes.

### **Câncer de mama e amamentação: reanálise colaborativa de dados individuais de 47 estudos epidemiológicos realizados em 30 países.**

#### **Referente ao slide 2.24**

**Referência.** BERALL, V et al. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, [S.l.], v. 360, p. 187-195, 2002.

**Histórico.** Embora a gravidez seja reconhecida como fator de proteção contra o câncer de mama, ainda não está claro se a amamentação contribui ou não para esse efeito protetor.

**Métodos.** Foram coletados, checados e analisados dados individuais de 47 estudos epidemiológicos realizados em 30 países (que incluíram informações sobre padrões de amamentação e outros aspectos da gravidez e do parto), com um universo de 50.302 mulheres com câncer de mama invasivo e 96.973 controles. As estimativas do risco de câncer de mama associado à amamentação em mulheres que já tenham dado à luz mais do que uma vez foram calculadas depois de estratificações bem definidas de idade, paridade, idade no nascimento do primeiro filho, nível de escolaridade e ocorrência de menopausa.

**Resultados.** As mulheres com câncer de mama tiveram, em média, menos bebês do que os controles (2,2 contra 2,6). Além disso, a amamentação foi identificada com menor frequência em mulheres com câncer que tenham dado à luz mais de uma vez do que nos controles (71% contra 79%), e a média do período de amamentação foi menor (9,8 contra 15,6 meses). O risco relativo de câncer de mama diminuiu 4,3% (IC 95%: 2,9-5,8;  $p<0,0001$ ) para cada 12 meses de amamentação, e 7,0% (5,0-9,0;  $p<0,0001$ ) por nascimento. A intensidade na redução do risco relativo de câncer de mama associado à amamentação não diferiu significativamente entre mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento, e não sofreu variações significativas em virtude de idade, ocorrência de menopausa, origem étnica, número de filhos, idade no nascimento do primeiro filho ou nenhuma das outras nove características pessoais avaliadas. Estima-se que a incidência cumulativa de câncer de mama em países desenvolvidos seria reduzida a mais da metade, de 6,3 para 2,7 por 100 mulheres até 70 anos de idade, se as mulheres tivessem a média de filhos e o período da amamentação que prevalecia nos países em desenvolvimento até recentemente. A amamentação foi relacionada a quase dois terços dessa redução estimada de incidência do câncer de mama.

**Interpretação.** Quanto mais as mulheres amamentam, maior é a proteção contra o câncer de mama. A ausência de amamentação ou a amamentação por curto espaço

de tempo, típicas em mulheres de países desenvolvidos, contribui significativamente para a alta incidência de câncer de mama nesses países.

### **A amamentação e espaçamento entre gestações: a importância da coleta de informações para as políticas de saúde pública**

#### **Referente ao slide 2.25**

**Referência.** SAADEH, R.; BENBOUZID, D. Breastfeeding and child-spacing: importance of information collection for public health policy. *Bull. World Health Organ.*, [S.l.], v. 68, n. 5, p. 625-631, 1990.

**Resumo.** A presença da amenorréia lactacional não pode ser considerada um fator totalmente confiável para a proteção contra a gravidez. Entretanto, o uso da amamentação como um mecanismo de espaçamento entre gestações tem implicações importantes para as políticas mundiais de saúde. Este artigo identifica as informações que devem ser coletadas e examinadas como base para o desenvolvimento de diretrizes relativas a como reduzir a proteção dupla proporcionada pela amenorréia lactacional pós-parto e outros métodos de planejamento familiar, e discute quando tais métodos devem ser introduzidos.

## Impresso 2.1

### Apresentação da seção 2

#### Os benefícios da amamentação para o lactente

- Proporciona nutrição de ótima qualidade e crescimento ideal.
- Oferece água adequada para hidratação.
- Protege contra infecções e alergias.
- Favorece o desenvolvimento e a criação de vínculos afetivos.

Transparência 2.1

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Resumo das diferenças entre os tipos de leite

	Leite materno	Leites de animais	Fórmulas infantis
<b>Proteínas</b>	Quantidade adequada, de fácil digestão	Em excesso, de difícil digestão	Parcialmente corrigida
<b>Gorduras</b>	Ácidos graxos essenciais suficientes, lipase para a digestão	Carência de ácidos graxos essenciais, não contém lipase	Não contém lipase
<b>Água</b>	Suficiente	Em excesso	Pode necessitar de mais
<b>Propriedades anti-infecciosas</b>	Presente	Ausente	Ausente

Adaptado de: Aconselhamento em amamentação: curso de treinamento. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1993 (OMS/CDR/93.6)

Transparência 2.2

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Não há necessidade de água

País	Temperatura (°C)	Umidade relativa (%)	Osmolaridade da urina (mOsm/L)
Argentina	20-39	60-80	105-199
Índia	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

Fonte: *Breastfeeding and the use of water and teas*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1997.

Transparência 2.3

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### As diferenças na composição do leite materno (dinâmico)

- Idade gestacional no nascimento (premature e normal)
- Estágio da lactação (colostr e leite maduro)
- Durante a alimentação (leite do início e leite do fim da mamada)

Transparência 2.4

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### O colostro

##### Propriedade

- Rico em anticorpos
- Rico em glóbulos brancos
- Laxante
- Fatores de crescimento
- Rico em vitamina A

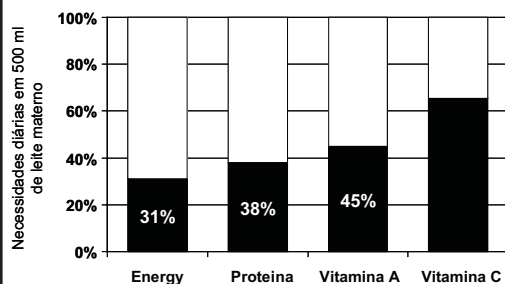
##### Importance

- Protege contra infecções e alergias
- Protege contra infecções
- Elimina o mecônio; ajuda a prevenir icterícia
- Ajuda no amadurecimento intestinal; previne alergias, intolerância
- Reduz a severidade de algumas infecções (como sarampo e diarreia); previne doenças de visão relacionadas à vitamina A

Transparência 2.5

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### O leite materno no segundo ano de vida



Fonte: Aconselhamento em amamentação: curso de treinamento. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1993 (OMS/CDR/93.6)

Transparência 2.6

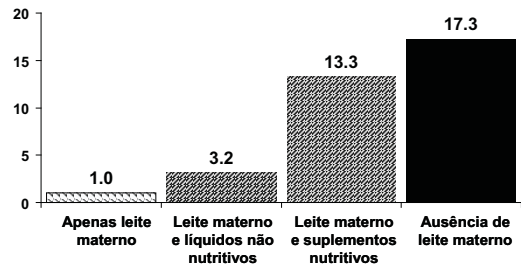
OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## O efeito protetor da amamentação na morbidade do lactente

Transparência 2.7

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

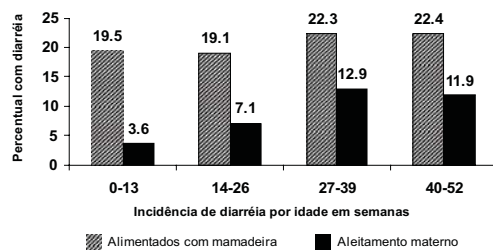
## Risco de diarreia por método de alimentação de lactentes com 0-2 meses de idade, Filipinas



Adaptado de: Popkin B.M., Adair L, Akin JS, Black R, et al. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 1990, 86(6): 874-882

Transparência 2.8

## Proporção de bebês alimentados com mamadeira e com aleitamento materno nas 13 primeiras semanas de vida que tiveram diarreia em semanas diversas durante o primeiro ano de vida, Escócia

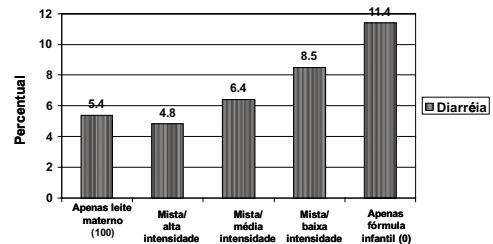


Adaptado de: Howie P.W., Forsyth J.S., Ogston S.A., Clark A., Florey C.V. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

Transparência 2.9

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Proporção de lactentes com 2-7 meses de idade com diarreia, por categoria de alimentação no mês precedente, EUA

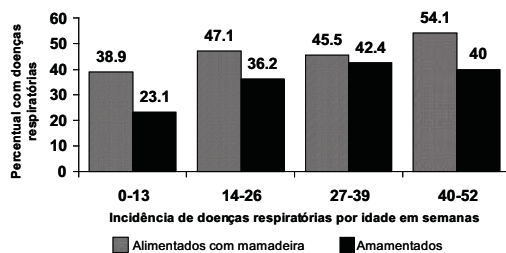


Adaptado de: Scariot P.D., Grummer-Strawn L.M., Fein S.B. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997, 99(6)

Transparência 2.10

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Proporção de bebês alimentados com mamadeira e com leite materno nas 13 primeiras semanas de vida que tiveram doenças respiratórias em diversas semanas durante o primeiro ano de vida, Escócia

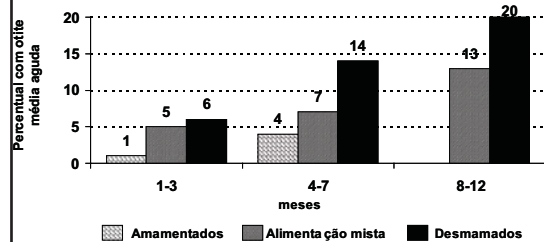


Adaptado de: Howie P.W., Forsyth J.S., Ogston S.A., Clark A., Florey C.V. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

Transparência 2.11

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Frequência de otite média aguda em relação ao padrão alimentar e a idade, Suécia

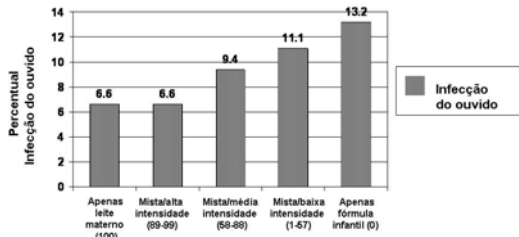


Adaptado de: Aniansson G., Alm B., Andersson B., Hakansson A, et al. A prospective coherent study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediat Infect Dis J*, 1994, 13: 183-188

Transparência 2.12

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

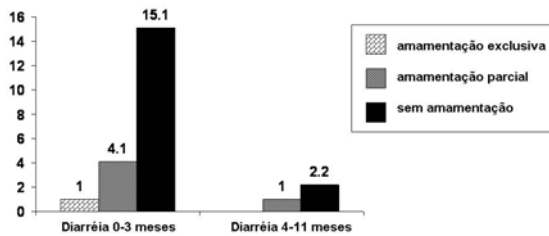
**Proporção de lactentes com 2-7 meses de idade com infecções do ouvido, por categoria de alimentação no mês precedente (EUA)**



Adaptado de: Scariati P.D., Grummer-Strawn L.M. e Fein S.B. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997, 99(6).

Transparência 2.13

**Riscos relativos de morte em consequência de diarreia na América Latina, por idade e categoria de amamentação**



Adaptado de: Betran A.P., de Onis M., Lauer J.A., Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001, 323: 1-5

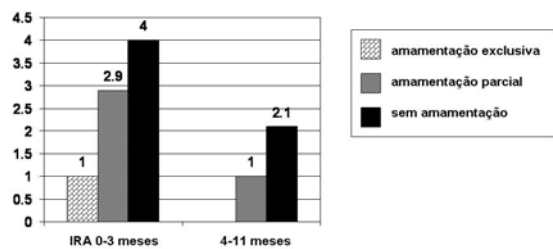
Transparência 2.15

**Os efeitos protetores da amamentação na mortalidade de lactentes**

OMS e UNICEF - Curso de INAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 2.14

**Riscos relativos de morte em consequência de infecções respiratórias agudas na América Latina, por idade e categoria de amamentação**



Fonte: Betran A.P., de Onis M., Lauer J.A., Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001, 323: 1-5

OMS e UNICEF - Curso de INAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 2.16

**A amamentação reduz o risco de doenças crônicas**

OMS e UNICEF - Curso de INAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparency 2.17

**A amamentação reduz o risco de problemas alérgicos - um estudo de coorte prospectivo desde o nascimento**

Tipo de alimentação	Asma	Dermatite atópica	Rinite alérgica
Crianças amamentadas exclusivamente por 4 meses ou mais	7.7%	24%	6.5%
Crianças amamentadas por um período de tempo menor	12%	27%	9%

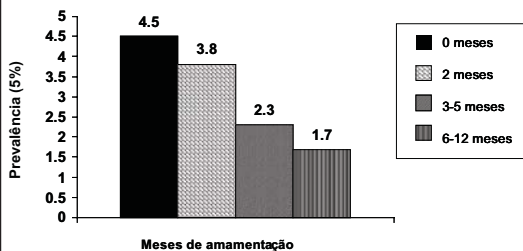
Fonte: Kull I. et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants - a prospective birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 87:478-481

OMS e UNICEF - Curso de INAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 2.18



### A amamentação diminui a prevalência de obesidade na infância aos cinco e seis anos de idade, Alemanha



Adaptado de: von Kries R., Koletzko B., Sauerwald T. et al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, 1999, 319:147-150.

Transparência 2.19

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### A amamentação proporciona benefícios psicossociais e de desenvolvimento

Transparência 2.20

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Quociente de inteligência por tipo de alimentação (resultados de pesquisas)

**AM 2 pontos a mais que AA.**  
Crianças com 3-7 anos de idade, 1982

**AM 2.1 pontos a mais que AA.**  
Crianças com 6 meses a 2 anos de idade, 1988

**LM 7.5 pontos a mais que sem LM.**  
Crianças com 7.5-8 anos de idade, 1992

**AM 12.9 pontos a mais que AA.**  
Crianças com 9.5 anos de idade, 1996

**AM 8.3 pontos a mais que AA.**  
Crianças com 7.5-8 anos de idade, 1992

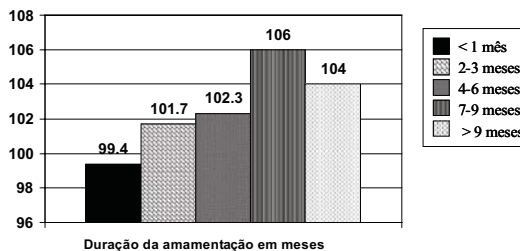
Fontes:  
\*Fergusson D.M. et al. *Soc SciMed* 1982  
\*Morrow-Tlucak M. et al. *SocSciMed* 1988  
\*Lucas A. et al. *Lancet* 1992  
\*Riva E. et al. *Acta Paediatr* 1996

Transparência 2.21

AM = amamentados  
AA = alimentados artificialmente com fórmulas infantis  
LM = leite materno

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Duração da amamentação associada à QI maior em adultos jovens, Dinamarca



Adaptado de: Mortensen E.L., Michaelsen K.F., Sanders S.A., Reinisch J.M. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, 2002, 287: 2365-2371.

Transparência 2.22

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

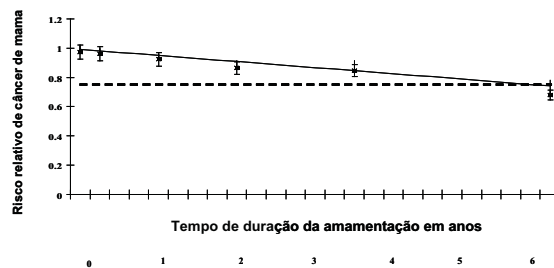
### Os benefícios da amamentação para a mãe

- Protege a saúde da mãe
  - ajuda a reduzir o risco de sangramento uterino e ajuda o útero a retornar ao tamanho normal
  - reduz o risco de câncer de mama e de ovário
- Ajuda a evitar uma nova gravidez
- Ajuda a mãe a retornar ao peso anterior ao da gravidez

Transparência 2.23

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Câncer de mama e amamentação: análise de dados de 47 estudos epidemiológicos realizados em 30 países

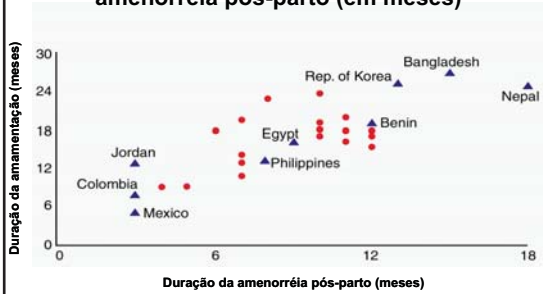


Adaptado de: Beral V. et al. (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries. *Lancet* 2002; 360: 187-95

Transparência 2.24

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Relação entre a duração da amamentação e a amenorréia pós-parto (em meses)



Adaptado de: Saadeh R., Benbouzid D. Breast-feeding and child spacing: importance of information collection to public health policy. *Boletim da OMS*, 1990, 68(5) 625-631.

Transparência 2.25

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Os riscos da alimentação artificial

- Interferência no vínculo entre mãe e bebê
- Maior incidência de diarreia e infecções respiratórias
- Diarreia persistente
- Subnutrição – deficiência de vitamina A
- Maior possibilidade de morte
- Maior frequência de gravidez para a mãe
- Maior incidência de alergias e intolerância ao leite
- Maior risco de algumas doenças crônicas
- Excesso de peso
- Menor pontuação em testes de inteligência
- Maior risco de anemia e câncer de mama e ovário para a mãe



Mãe

Adaptado de: Aconselhamento em amamentação: curso de treinamento. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1993 (OMS/CDR/93.6).

Transparência 2.26

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Os benefícios da amamentação para a família

- Melhor saúde, mais nutrientes e maior bem-estar
- Benefícios econômicos
  - a amamentação é mais barata do que a alimentação artificial
  - a amamentação reduz os gastos com cuidados médicos

Transparência 2.27

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Os benefícios da amamentação para o hospital

- Atmosfera emocionalmente mais calma e terna
- Ausência de enfermarias, mais espaço para o hospital
- Menos infecções neonatais
- Menor emprego de horas de trabalho dos funcionários
- Melhora na imagem e no prestígio do hospital
- Menor abandono de crianças
- Maior segurança em emergências

Transparência 2.28

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Impresso 2.2

### Alimentação de lactentes e crianças de primeira infância: recomendações para a prática<sup>4</sup>

A Consultoria Especializada recomenda a amamentação exclusiva por 6 meses, com a introdução de alimentos complementares e a continuidade da amamentação depois desse período. Essa recomendação se aplica às populações. A Consultoria Especializada reconhece que algumas mães não serão capazes ou escolherão não seguir essas recomendações. Essas mães também devem ser apoiadas para otimizar a nutrição de seus lactentes.

A proporção de lactentes amamentados exclusivamente aos seis meses pode ser maximizada se for dada atenção a problemas em potencial:

- condição nutricional das gestantes e lactantes;
- ingestão de micronutrientes por lactentes que vivem em áreas com alta deficiência de ferro, zinco e vitamina A; e
- oferta de cuidados médicos primários de rotina a lactentes, incluindo avaliação de crescimento e de sinais clínicos de deficiências de micronutrientes.

A Consultoria Especializada também reconhece a necessidade da alimentação complementar aos 6 meses de idade e recomenda a introdução de alimentos complementares nutricionalmente adequados, seguros e apropriados em conjunto com a continuidade da amamentação.

A Consultoria Especializada reconhece que a amamentação exclusiva até os 6 meses ainda é rara. Entretanto, nota que está havendo aumentos substanciais nessa prática em vários países, particularmente naqueles onde há apoio à lactação. O pré-requisito para a implementação dessas recomendações é o fornecimento de apoio social e nutricional adequado à mulher lactante.

## Impresso 2.3

### Amamentação exclusiva: a única fonte de água de que os lactentes precisam

#### 5 Perguntas Frequentes (FAQ), outubro de 2002

Os recém-nascidos saudáveis chegam ao mundo bem hidratados, e assim permanecem se forem amamentados exclusivamente, dia e noite, até mesmo nos lugares mais quentes e secos. Entretanto, o hábito de oferecer água aos lactentes durante os seis primeiros meses de vida – o período recomendado para a amamentação exclusiva – persiste em várias partes do mundo, com conseqüências danosas para a saúde e nutrição. Estas FAQ discutem as conseqüências do papel da amamentação e a oferta de água aos lactentes.

<b>P.</b>	<b>Por que a amamentação exclusiva é recomendada até os seis primeiros meses de vida?</b>
-----------	---

<sup>4</sup> Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento e Departamento de Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *A duração ideal da amamentação exclusiva*: relatório de consultoria especializada, Genebra, Suíça 28-30 mar. 2001. Genebra, 2001. p. 2. OMS/NHD/01.09, OMS/FCH/CAH/01.24. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who\\_fch\\_cah\\_01.24.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/nutrition/who_fch_cah_01.24.htm)>.

As orientações internacionais recomendam a amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida baseando-se em evidências científicas quanto aos benefícios para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento do lactente. O leite materno possui toda a energia e os nutrientes que um lactente precisa durante os seis primeiros meses de vida. A amamentação exclusiva reduz a morte provocada por doenças comuns na infância, como a diarreia e a pneumonia, acelera a recuperação durante as doenças e ajuda a aumentar o intervalo entre gestações.

<b>P.</b>	<b>A suplementação com água desde cedo é um hábito comum? Caso seja, por quê?</b>
-----------	---

O hábito de oferecer água e outros líquidos, como chás, água com açúcar e sucos para lactentes no primeiro mês de amamentação está disseminado pelo mundo todo, como ilustrado na Figura 1. Esse hábito geralmente começa no primeiro mês de vida. Uma pesquisa feita nas cercanias de Lima, Peru, mostrou que 83% dos lactentes receberam água e chás no primeiro mês de vida. Estudos realizados em várias comunidades de países como Gâmbia, Filipinas, Egito e Guatemala mostraram que mais de 60% dos recém-nascidos receberam água com açúcar e/ou chás.

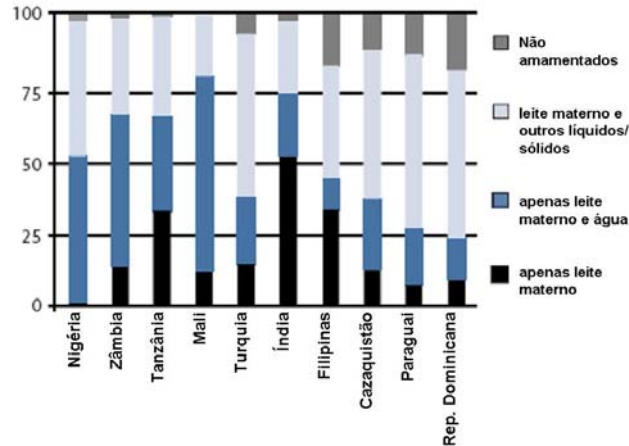
As razões para a suplementação com água variam de cultura para cultura. Algumas razões mais comuns:

- ela é necessária para a vida;
- para saciar a sede;
- para aliviar a dor (de cólicas e de ouvido);
- para prevenir e tratar resfriados e prisões de ventre; e
- para melhorar o mau humor.

Crenças culturais e religiosas também influenciam na suplementação com água na primeira infância. Ditados populares transmitidos de geração em geração aconselham as mães a oferecer água para seus bebês. A água pode ser vista como fonte da vida – uma necessidade espiritual e fisiológica. Algumas culturas consideram o ato de oferecer água para o recém-nascido como um modo de recebê-lo no mundo.

As orientações de profissionais da saúde também influenciam o uso da água em várias comunidades e hospitais. Por exemplo, um estudo realizado em uma cidade de Gana mostrou que 93% das parteiras achavam que a água deveria ser oferecida para todos os lactentes no primeiro dia de vida. No Egito, várias enfermeiras aconselhavam as mães a oferecer água com açúcar aos bebês logo após o parto.

**Figura 1. Práticas de alimentação entre lactentes**



Fonte: Demographic and Health Surveys, 1990-1995. Baseado em relatório respondido por mães de lactentes com menos de 4 meses de vida na época da pesquisa.

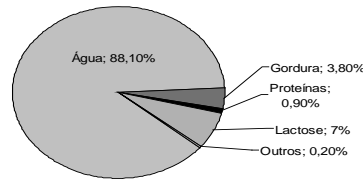
**P. Como os bebês amamentados podem ingerir água suficiente?**

A depender da temperatura, da umidade e do peso e nível de atividade do bebê, a exigência diária média de líquidos para lactentes saudáveis pode variar de 80-100 ml/kg na primeira semana de vida a 140-160 ml/kg entre 3-6 meses de vida. Essas quantidades estão disponíveis no leite materno, se a amamentação for exclusiva e irrestrita (sob demanda, dia e noite), por duas razões:

**O leite materno possui 88% de água.** A concentração de água no leite materno consumido por um bebê exclusivamente amamentado atende às exigência de água de lactentes com uma considerável margem de segurança. Mesmo que um recém-nascido ingira pouca água no primeiro leite, grosso e amarelado (colostró), não é necessária água adicional, uma vez que o bebê já nasce com água. Leite com maior conteúdo de água geralmente “desce” no terceiro ou quarto dia de vida. A figura 2 mostra os principais componentes do leite materno.

**O leite materno tem poucos solutos.** Uma das principais funções da água é ajudar a eliminar, através da urina, o excesso de solutos (substâncias dissolvidas como sódio, potássio, nitrogênio e cloreto). Os rins – embora imaturos até aproximadamente os três meses de idade – são capazes de concentrar excesso de solutos na urina para manter uma química corporal saudável e balanceada. Pelo fato de o leite materno ter poucos solutos, o lactente não necessita de tanta água quanto uma criança mais velha ou um adulto.

**Figura 2. Composição do leite materno**  
Água; Gordura; Proteínas; Lactose; Outros



Fonte: LAWRENCE, R. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc. 1994.

**P. E quanto aos lactentes que vivem em climas quentes e úmidos?**

A água no leite materno excede as exigências de água do lactente em condições normais e é adequada para bebês amamentados em climas quentes e úmidos. Estudos indicam que lactentes saudáveis e amamentados exclusivamente nos seis primeiros meses de vida não necessitam de líquidos adicionais nem mesmo em países com temperaturas extremamente altas e baixa umidade. Os níveis de soluto na urina e no sangue de bebês amamentados exclusivamente, e que vivem nessas condições, estavam dentro das variações normais, indicando ingestão de água adequada.

**P. Oferecer água para um lactente antes dos seis primeiros meses pode ser perigoso?**

Oferecer água antes dos seis meses de idade pode acarretar perigos significativos para a saúde.

**A suplementação com água aumenta o risco de subnutrição.** Substituir o leite materno por um líquido com pouco ou nenhum valor nutricional pode provocar um impacto negativo nas condições nutricionais, de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento do lactente. O consumo de água ou outros líquidos, mesmo de volumes pequenos, pode encher o estômago do lactente e reduzir seu apetite por leite materno, rico em nutrientes. Estudos mostram que a suplementação com água antes dos 6 meses de idade pode reduzir a ingestão de leite materno em mais de 11%. A suplementação com água com açúcar na primeira semana de vida está associada a maior perda de peso e maiores internações hospitalares.

**A suplementação com água aumenta o risco de contrair doenças.** Água e complementos alimentares auxiliam a introdução de agentes patogênicos. Os lactentes têm maior risco de exposição aos organismos causadores de diarreia, principalmente em ambientes com higiene e saneamento básico precários. Nos países menos desenvolvidos, duas entre cada cinco pessoas não têm acesso à água potável segura. O leite materno assegura o acesso do lactente a um abastecimento imediato e adequado de água limpa.

Uma pesquisa realizada nas Filipinas confirma os benefícios da amamentação exclusiva e o efeito prejudicial da suplementação desde cedo com líquidos não-nu-

tritivos na prevenção de diarreias. Dependendo da idade, a chance de um lactente alimentado com água, chás e preparados à base de plantas e ervas em complemento ao leite materno contrair diarreia era duas ou três vezes maior do que a de lactentes exclusivamente amamentados.

<b>P.</b>	<b>Devemos oferecer água a lactentes amamentados que tenham diarreia?</b>
-----------	---

No caso de uma diarreia suave, é recomendado que se aumente a frequência da amamentação. Quando um lactente tem diarreia moderada a severa, os responsáveis devem procurar imediatamente um médico e continuar a amamentação, como recomendado pelas diretrizes da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Os lactentes que pareçam desidratados podem precisar da Terapia de Reidratação Oral (TRO), que só deve ser adotada com o aconselhamento de um enfermeiro<sup>5</sup>.

<b>P.</b>	<b>Como os programas podem mudar o hábito da suplementação com água?</b>
-----------	--

Para mudar o hábito comum da suplementação com água no começo da infância, os responsáveis por programas devem compreender os motivos culturais para esta prática, analisar os dados existentes, realizar visitas domiciliares para prestar orientações sobre práticas alimentares e desenvolver estratégias de comunicação efetivas para os públicos-alvo selecionados. Profissionais da saúde e voluntários precisam ser informados de que o leite materno possui a concentração de água necessária para bebês exclusivamente amamentados nos seis primeiros meses de vida. Eles também precisam ser treinados para transmitir as mensagens e favorecer mudanças de comportamento. Abaixo são apresentadas mensagens desenvolvidas em programas de incentivo à amamentação que superam barreiras como crenças locais e atitudes quanto à necessidade de água de lactentes.

*Oferecer informações precisas, adaptar mensagens para superar as crenças e preocupações de diferentes públicos, e negociar com as mães a adoção de novos comportamentos pode ajudar a estabelecer a amamentação exclusiva como um novo modelo comunitário.*

---

<sup>5</sup> A Solução de Reidratação Oral (SRO) usado na TRO ajuda a repor água e eletrólitos perdidos durante a diarreia. A “super ORS”, à base de carboidratos do arroz ou outros cereais, para melhor absorção, vem sendo desenvolvida para melhorar o tratamento.

### **Transmitindo a mensagem “Não Ofereça Água”**

As mensagens a seguir foram usadas em programas para convencer mães, famílias e enfermeiros de que lactentes amamentados exclusivamente não precisam de água nos seis primeiros meses de vida. Os meios mais efetivos para se transmitir as mensagens dependem do público e das práticas, crenças, preocupações e de limitações a boas práticas em contextos específicos.

#### **Deixe claro o significado da amamentação exclusiva**

- Amamentação exclusiva significa oferecer apenas leite materno, ou seja, nada de água, líquidos, chás, preparados à base de plantas e ervas ou alimentos comumente oferecidos nos seis primeiros meses de vida (é importante dar nome às bebidas e alimentos comumente oferecidos nos seis primeiros meses. Um programa descobriu que as mulheres pensavam que a mensagem “não ofereça água” não se aplicava aos chás de ervas e outros líquidos).

#### **Contextualize as idéias geralmente associadas à água ao colostro**

- O colostro é o alimento de boas vindas dos recém-nascidos. É, também, a primeira fonte de imunização, protegendo o bebê de doenças.
- O colostro limpa o estômago do recém-nascido. Não é necessário água com açúcar.

#### **Explique o porquê de os bebês amamentados exclusivamente não precisarem de água**

- O leite materno tem 88% de água.
- Toda vez que uma mãe amamenta, ela oferece água ao bebê por meio do leite materno.
- O leite materno possui tudo o que um bebê necessita para saciar a sede e a fome. Ele é o melhor alimento e a melhor bebida para se oferecer a um bebê, para que ele cresça forte e saudável.

#### **Aponte os riscos de se oferecer água**

- Oferecer água para bebês pode ser prejudicial e causar diarreia e outras doenças. O leite materno é limpo e puro, e protege contra doenças.
- O estômago dos lactentes é pequeno. Quando o bebê bebe água, há menos espaço para o leite materno, nutritivo e necessário para que ele possa crescer forte e saudável.

#### **Associe boas práticas de amamentação ao consumo de líquidos adequados**

- Quando a mãe pensa que seu bebê está com sede, ela deve amamentá-lo imediatamente. Isso fará com que o bebê obtenha toda a água de que precisa.
- Quanto mais a mãe amamenta seu filho, maior é a produção de leite materno, o que significa mais água para o bebê.



<b>P.</b>	<b>Quais são as necessidades de água das crianças após os seis meses de idade?</b>
-----------	--

As orientações para o consumo de água após os seis meses são menos claras do que aquelas para a primeira metade da infância. No sexto mês, os alimentos complementares – alimentos oferecidos em complemento ao leite materno para suprir o crescimento das necessidades nutricionais do lactente – devem ser introduzidos. Os tipos de alimentos que uma criança consome afetam as necessidades de água da criança. Na maioria dos casos, a exigência de água de lactentes com 6-11 meses pode ser suprida com o leite materno. A necessidade adicional de água pode ser suprida por frutas ou suco de frutas, verduras ou pequenas quantidades de água *fervida* oferecidas após as refeições.

Devem ser tomados cuidados para garantir que a água e outros líquidos não substituam o leite materno. A água também pode substituir ou diminuir o conteúdo nutricional dos alimentos complementares com alta densidade energética. Mingaus, sopas, caldos e outros alimentos ralos oferecidos aos lactentes geralmente não possuem a densidade energética recomendada para alimentos complementares (0,6 kcal/g). Reduzir a quantidade de água nesses alimentos pode melhorar a condição nutricional de crianças nessa faixa etária.

#### **Publicações da LINKAGES relacionadas ao assunto**

- Facts for Feeding: Birth, Initiation of Breastfeeding, and the First Seven Days after Birth, 2002
- Facts for Feeding: Breastmilk: A Critical Source of Vitamin A for Infants and Young Children, 2000
- Facts for Feeding: Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months, 2001
- Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence, 2002
- Recommended Feeding and Dietary Practices to Improve Infant and Maternal Nutrition, 2001

#### **Referências**

ALMROTH, S. G.; BIDINGER, P. No need for water supplementation for exclusively breastfed infants under hot and arid conditions. *T. Roy. Soc. Trop. Med. H.*, [S.l.], v. 84, n. 602-604, 1990.

ARMELINI, P. A.; GONZALEZ, C. F. Breastfeeding and fluid intake in a hot climate. *Clin Pediatr.*, [S.l.], v. 18, p. 424-425, 1979.

BROWN, K. et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*, [S.l.], v. 83, n. 1, p. 31-40, Jan. 1989.

GLOVER, J.; SANDILANDS, M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 163-166, Dec. 1990.

GOLDBERG, N. M.; ADAMS, E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate – not really a necessity. *Arch. Dis. Child.*, [S.l.], v. 58, p. 73-74, 1983.

HOSSAIN, M. et al. Prolactant infant feeding practices in rural Egypt. *J. Trop. Pediatr.*, [S.l.], v. 38, n. 6, p. 317–322, Dec. 1992.

POPKIN, B. M. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, [S.l.], v. 86, n. 6, p. 874-882, Dec. 1990.

SACHDEV, H. P. S. et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet*, [S.l.], v. 337, p. 929–933, Apr. 1991.

VICTORA, C. et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: a case-control study. *Am. J. Epidemiol.*, [S.l.], v. 129, n. 5, p. 1032–1041, May 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Breastfeeding and the use of water and teas: Division of Child Health and Development – update no 9. Genebra: Organização Mundial da Saúde, nov. 1997. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescent-health/new\\_publications/nutrition/water\\_teas.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/new_publications/nutrition/water_teas.pdf)>.

**Amamentação exclusiva: a única fonte de água de que os lactentes precisam: Perguntas Frequentes** é uma publicação da LINKAGES: Breastfeeding, LAM, Related Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program, e foi viabilizada graças à ajuda oferecida pela Academy for Educational Development (AED) pela GH/HIDN à Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), sob os termos do Acordo Cooperativo n. HRN-A-00-97-00007-00. As opiniões aqui expressas são dos autores e não necessariamente expressam as opiniões da USAID ou da AED.

#### Impresso 2.4

#### Iniciativa Hospital Amigo da Criança do Reino Unido: Benefícios da amamentação para a saúde

Evidências significativas e confiáveis produzidas em anos recentes demonstram que a amamentação traz vantagens importantes tanto para o lactente quanto para a mãe, mesmo em países industrializados.

Os estudos publicados recentemente, listados abaixo, descrevem os reflexos à saúde associados a métodos de alimentação de lactentes. Todos os estudos foram submetidos a ajustes de variáveis sociais e econômicas, e todos foram realizados em regiões industrializadas.

Há também uma lista adicional de temas de saúde associados à amamentação por alguns pesquisadores. Algumas pesquisas necessitam de maiores investigações para esclarecer os efeitos protetores da amamentação, e foram incluídas para o interesse e a informação dos leitores.

Para receber atualizações por e-mail da Iniciativa Hospital Amigo da Criança relacionadas a pesquisas sobre a amamentação, clique aqui.

*Esta página foi atualizada pela última vez em 3 de março de 2004.*



**Bebês alimentados artificialmente têm maior risco de contrair:**

Infecções gastrointestinais;  
Infecções respiratórias;  
Enterocolite necrosante;  
Infecções do ouvido;  
Alergias (eczema, asma e dificuldade respiratória); e  
Diabetes dependentes de insulina.

**E os bebês amamentados podem ter um melhor:**

Desenvolvimento neurológico.

**Outros estudos relacionados a saúde e amamentação:**

Doenças cardiovasculares no futuro;  
Câncer infantil;  
Amamentação, compartilhamento da cama e morte súbita;  
Amamentação e transmissão de HIV; e  
Amamentação e saúde dentária.

**As mulheres que amamentam têm menor risco de contrair:**

Câncer de mama;  
Câncer de ovário; e  
Fraturas no quadril e osteoporose.

**Outros efeitos protetores em potencial da amamentação (necessitam de mais pesquisas):**

**Para o lactente:**

Esclerose múltipla;  
Apendicite aguda; e  
Amidalite.

**Para a mãe:**

Artrite reumatóide.

Fonte: <<http://www.babyfriendly.org.uk/health.asp>>

### **Infecções gastrointestinais**

HOWIE, P. W. et al. Protective effect of breastfeeding against infection. *BMJ*, [S.l.], v. 300, p. 11-16, 1990.

Foram acompanhados 674 lactentes para descobrir a relação entre a alimentação do lactente e doenças infecciosas. A incidência de doenças gastrointestinais em lactentes amamentados exclusivamente por 13 semanas ou mais foi de 2,9% (após ajustes de fatores de confusão). Foi observada nos lactentes parcialmente amamentados uma incidência de 15,7%, e de 16,7% nos lactentes não amamentados. Os lactentes parcialmente amamentados ou não amamentados tiveram, portanto, um risco cinco vezes maior de desenvolver doenças gastrointestinais. O estudo também sugere que a amamentação exclusiva por 13 semanas ou mais está associada a uma proteção significativa além do período de amamentação. Entretanto, nenhuma redução significativa na incidência de otite média foi observada.

### **Infecções respiratórias**

WILSON, A. C. et al. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ*, [S.l.], v. 316, p. 21-25, 1998. Este estudo acompanhou um grupo de lactentes nascidos em Dundee durante a infância. As crianças foram estudadas aos 7 anos de idade. Após ajustes de fatores de confusão, a probabilidade estimada para doenças respiratórias foi de 17% (IC 95%: 15,9%-18,1%) para os amamentados exclusivamente por pelo menos 15 semanas, de 31% (26,8%-35,2%) para os parcialmente amamentados, e de 32% (30,7%-33,7%) para os não amamentados. Isso significa que os lactentes parcialmente amamentados ou não amamentados tiveram quase duas vezes mais riscos de desenvolver doenças respiratórias durante os 7 primeiros anos de idade. O estudo também descobriu que a introdução de alimentos sólidos antes das 15 semanas de vida está associada ao crescimento da probabilidade de dificuldade respiratória durante a infância – 21,0% (19,9% a 22,1%) contra 9,7% (8,6% a 10,8%) –, assim como um maior percentual de gordura corporal e de peso. A pressão sistólica do sangue aumentou significativamente em crianças não amamentadas, se comparadas às que foram amamentadas – média 94,2 mmHg (93,5 a 94,9) contra 90.7 mmHg (89.9 a 91.7).

ODDY, W. H. et al. Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, [S.l.], v. 88, p. 224-228, 2003.

Este estudo com 2.602 crianças australianas descobriu que visitas a hospitais, médicos ou clínicas, e internações em hospitais em virtude de doenças respiratórias e infecções no primeiro ano de vida são significativamente menores entre bebês predominantemente amamentados. A interrupção da amamentação predominante antes dos 6 meses e a interrupção da amamentação antes dos 8 meses estavam associadas ao aumento do risco de contrair infecções do trato respiratório inferior. As infecções do trato respiratório superior foram significativamente mais comuns quando a amamentação predominante foi interrompida antes dos 2 meses de vida e quando a amamentação parcial foi interrompida antes dos 6 meses.

GALTON BACHRACH, V. R. et al. Breastfeeding and the risk of hospitalisation for respiratory disease in infancy. A meta-analysis. *Arch. Pediatr. Adolesc. Méd.*, [S.l.], v. 157, p. 237-243, 2003. Esta metanálise de estudos feitos em países desenvolvidos concluiu que o risco de doenças graves do trato respiratório, resultando em hospitalização, é três vezes maior entre lactentes que não são amamentados, em comparação com os que são amamentados exclusivamente por 4 meses (risco relativo = 0,28; IC 95%: 0,14–0,54).

Veja também:

WRIGHT, A. L. et al. Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ*, [S.l.], v. 299, p. 946-949, 1989.

#### **Enterocolite necrosante (ECN)**

LUCAS, A.; COLE, T. J. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet*, [S.l.], v. 336, p. 1519-1522, 1990. Dos 926 lactentes prematuros estudados, 51 desenvolveram ECN. Lactentes alimentados exclusivamente com fórmulas infantis tiveram de 6 a 10 vezes mais chances de desenvolver a doença do que aqueles que foram amamentados. Embora rara em bebês com mais de 30 semanas de gestação, a enterocolite necrosante foi 20 vezes mais comum quando o bebê não recebeu leite materno algum.

#### **Infecções do trato urinário**

PISACANE, A.; GRAZIANO, L.; ZONA, G. Breastfeeding and urinary tract infection. *J. Pediatr.*, [S.l.], v. 120, p. 87-89, 1992. 128 lactentes hospitalizados com infecção do trato urinário foram comparados com 128 lactentes controles hospitalizados. Todos os lactentes tinham menos de 6 meses de vida. Eles foram estratificados por idade, sexo, classe social, ordem de nascimento e tabagismo da mãe. Os lactentes alimentados artificialmente no momento em que deram entrada no hospital tiveram cinco vezes mais chances de contraírem infecções do trato urinário do que aqueles que foram amamentados.

### **Infecções auditivas**

DUNCAN, B. et al. Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*, [S.l.], v. 5, p. 867-872, 1993. 1.013 lactentes foram estudados durante o primeiro ano de vida para avaliar a relação entre a alimentação do lactente e a otite média aguda e recorrente. 467 lactentes tiveram pelo menos um episódio e 169 tiveram otite média recorrente. Lactentes amamentados exclusivamente por pelo menos 4 meses tiveram 50% menos episódios de otite média, e aqueles parcialmente amamentados tiveram 40% menos.

ANIANSSON, G. et al. A prospective cohort study on breastfeeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, [S.l.], v. 13, p. 183-188, 1994. 400 lactentes foram estudados com 2, 6, 10 e 12 meses de idade. Os bebês amamentados tiveram significativamente menos incidentes de otite média aguda em cada faixa de idade.

Veja também:

PARADISE, J. L.; ELSTER, B. A.; TAN, L. Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media. *Pediatrics*, [S.l.], v. 94, p. 853-860, 1994.

NIEMELÄ, M. et al. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics*, [S.l.], v. 106, p. 483-488, 2000.

### **Alergias (eczema, asma e dificuldade respiratória)**

SAARINEN, U. M.; KAJOSAARI, M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*, [S.l.], v. 346, p. 1065-1069, 1995. 150 crianças foram estudadas até os 17 anos para determinar o efeito da amamentação em doenças atópicas. As crianças foram divididas em três grupos: amamentação prolongada (mais de 6 meses), intermediária (1-6 meses), e pouca ou nenhuma amamentação (menos de 1 mês). Elas foram acompanhadas com 1, 3, 5, 10 e 17 anos. A prevalência de manifestações atópicas durante o acompanhamento foi maior no grupo com pouca ou nenhuma amamentação. A amamentação por mais de 1 mês, sem oferta de suplementos, foi associada a uma redução significativa na incidência de alergias alimentares aos 3 anos de idade e de alergia respiratória aos 17 anos de idade. A amamentação por 6 meses foi associada a uma significativa redução na incidência de eczema durante os primeiros 3 anos e de atopias na adolescência.

LUCAS, A. et al. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomised prospective study. *BMJ*, [S.l.], v. 300, p. 837-840, 1990. Lactentes prematuros foram aleatoriamente selecionados para receber fórmula para prematuros ou leite de banco de leite materno, isolados ou como suplemento ao leite da mãe. O uso de leite materno foi associado a uma significativa redução na incidência de doenças alérgicas, principalmente eczema, aos 18 meses de vida, em lactentes com histórico familiar de doenças atópicas. Nos bebês sem histórico familiar não foi observado efeito algum.

ODDY, W. H. et al. Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*, [S.l.], v. 319, p. 815-819, 1999. Um estudo australiano acompanhou 2.187 crianças do nascimento aos 6 anos de idade e descobriu que a ingestão de leite que não o materno antes dos 4 meses foi fator de risco significativo para asma (RC = 1,25; IC 95%: 1,02-1,52), após ajustes dos fatores de confusão. Essa ingestão também implicou em um fator de risco para três ou mais ocorrências de dificuldade respiratória a partir do 1º ano de idade (1,41; 1,14-1,76), dificuldade respiratória no ano anterior (1,31; 1,05 a 1,64), distúrbio do sono provocado por dificuldade respiratória no ano anterior (1,42; 1,07-1,89), e reação positiva no teste de pele para pelo menos um aero alérgeno (1,30; 1,04-1,61).

ODDY, W. H. et al. Maternal asthma, infant feeding, and the risk of asthma in childhood. *J. Allergy Clin. Immunol.*, [S.l.], v. 110, p. 65-67, 2002.

Crianças com 6 anos de idade tiveram mais chances de sofrer de asma quando não exclusivamente amamentadas por pelo menos 4 meses, independente do histórico de asma de suas mães (RC = 1,35; IC 95%: 1,00-1,82).

Veja também:

KULL, I. et al. Breast feeding and allergic diseases in infants-a prospective birth cohort study. *Arch. Dis. Child.*, [S.l.], v. 87, p. 478-481, 2002.

WILSON, A. C. et al. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ*, [S.l.], v. 316, p. 21-25, 1998. (resumido acima).

WRIGHT, A. L. et al. Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Arch. Pediatr. Adolesc. Méd.*, [S.l.], v. 149, p. 758-763, 1995.

### Diabetes dependentes de insulina

GERSTEIN, H. C. Cows' milk exposure and type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*, [S.l.], v. 17, p. 13-19, 1994.

Essa análise agrupou resultados de 19 estudos sobre a relação entre a alimentação do lactente e a diabetes dependente de insulina (DDI), selecionados para minimizar vieses. Foi concluído que os pacientes que começaram a ter ataques de DDI cedo tiveram mais chances de terem sido amamentados por menos de 3 meses do que os controles saudáveis. Em uma análise separada, também foi descoberto que os pacientes com DDI tiveram mais chances de terem sido expostos a proteínas de leite de vaca antes dos 4 meses de idade. É estimado que mais de 30% das causas de diabetes do tipo 1 podem ser prevenidas retirando produtos à base de leite de vaca da dieta de 90% da população nos 3 primeiros meses de vida.

KARJALAINEN, J. et al. A bovine albumin peptide as a possible trigger of insulin-dependent diabetes mellitus. *New Engl. J. Méd.*, [S.l.], v. 327, p. 302-307, 1992.

Este estudo descobriu que crianças recentemente diagnosticadas com diabetes tiveram um nível maior de IgG anti-BSA (albumina sérica bovina). Esse anticorpo, uma proteína contra o leite de vaca, tem uma estrutura homóloga ao antígeno de superfície p69 da célula b da ilhota pancreática. Os autores especulam se os anticorpos anti-BSA atacam as células b de crianças com tendências genéticas.

VIRTANEN, S. M. et al. Infant feeding in children <7 years of age with newly diagnosed IDDM. *Diabetes Care*, [S.l.], v. 14, p. 415-417, 1991.

Este estudo de caso – controle que envolveu cerca de 700 crianças diabéticas, descobriu que o risco de diabetes dependente de insulina dobrou em crianças exclusivamente amamentadas por menos de 2 meses, e dobrou em crianças que começaram a consumir produtos derivados do leite antes dos 2 meses de idade. O risco foi menor em crianças exclusivamente amamentadas por mais tempo. Em análise multivariada, a introdução de produtos derivados do leite de vaca foi o fator de risco mais importante. Isso sugere, juntamente com estudos anteriores, que a alimentação de lactentes com fórmulas infantis favorece o surgimento da diabetes juvenil



Veja também:

PARONEN, J. et al. Effect of cow's milk exposure and maternal type 1 diabetes on cellular and humoral immunization to dietary insulin in infants at genetic risk for type 1 diabetes: finnish trial to reduce IDDM in the genetically at risk study group. *Diabetes*, [S.l.], v. 49, p. 1657-1665, 2000.

YOUNG, T. K. et al. Type 2 diabetes mellitus in children: prenatal and early infancy risk factors among native canadians. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, [S.l.], v. 156, p. 651-655, 2002.

MAYER, E. J et al. Reduced risk of IDDM among breast-fed children: the Colorado IDDM registry. *Diabetes*, [S.l.], v. 37, p. 1625-1632, 1988.

**Outros estudos de interesse (quer requerem maiores pesquisas) sobre os benefícios para a saúde do lactente:**

PISACANE, A. et al. Breast feeding and multiple sclerosis. *BMJ*, [S.l.], v. 308, p. 1411-1412, 1994.

\_\_\_\_\_. Breast feeding and acute appendicitis. *BMJ*, [S.l.], v. 310, p. 836-837, 1995.

\_\_\_\_\_. Breast feeding and tonsillectomy. *BMJ*, [S.l.], v. 312, p. 746-747, 1996.

**Desenvolvimento neurológico**

ANDERSON, J. W. et al. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am. J. Clin. Nutr.*, [S.l.], v. 70, p. 525-535, 1999.

Uma metanálise de diferenças observadas em 20 estudos sobre desenvolvimento cognitivo entre crianças amamentadas e alimentadas com fórmula infantil, mostrou – após ajustados os co-fatores associados – que a amamentação estava associada a maiores pontuações de desenvolvimento cognitivo e que os benefícios da amamentação para o desenvolvimento aumentam com a duração da amamentação. Após o ajuste de co-variáveis, o aumento da função cognitiva foi de 3,16 (IC 95%: 2,35-3,98) pontos. Níveis significativamente maiores de função cognitiva foram observados em crianças amamentadas, se comparados àquelas alimentadas com fórmulas infantis, aos 6-23 meses de vida, e essas diferenças permaneceram estáveis por anos. Os lactentes nascidos abaixo do peso apresentaram diferenças maiores (5,18 pontos; IC 95%: 3,59-6,77) do que as crianças nascidas com peso normal (2,66 pontos; IC 95%: 2,15-3,17).

LUCAS, A. et al. Breastmilk and subsequent intelligence quotient in children born preterm *Lancet*, [S.l.], v. 339, p. 261-264, 1992.

300 crianças prematuras foram estudadas com 7-8 anos de idade. Depois de estratificadas por classe social, nível de escolaridade da mãe, peso de nascimento, idade gestacional, ordem de nascimento, sexo e idade da mãe, foi descoberto que as crianças amamentadas desde o nascimento tiveram 8,3 pontos de vantagem no quociente de inteligência (QI) sobre aquelas alimentadas com leite artificial. Essa vantagem foi associada ao fato de a oferta do leite materno ser feita com mamadeira, e não no seio. Foi observado um efeito dose-resposta entre a proporção do leite materno na dieta e o QI subsequente. As crianças cujas mães optaram amamentar, mas que não obtiveram sucesso, tiveram o mesmo QI das crianças alimentadas artificialmente.

MORROW-TLUCAK, M.; HAUDE, R. H.; ERNHART, C. B. Breastfeeding and cognitive development in the first two years of life. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 26, p. 71-82, 1988.

O estudo mediu o desenvolvimento cognitivo em crianças com 2 anos de idade. Foram feitos ajustes por grupo étnico, se a mãe fumava ou não, consumo de álcool, atitude e QI maternos. Usando a escala Bayle, foi concluído que as crianças amamentadas por quatro meses ou menos tiveram 3,7 pontos de vantagem sobre aquelas alimentadas artificialmente. As amamentadas por mais de quatro meses tiveram 9,1 pontos de vantagem. Assim como o estudo acima, este estudo mostra efeito dose-resposta entre a duração da amamentação e o subsequente QI.

VESTERGAARD, M. et al. Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 88, p. 1327-1332, 1999.

Objetivando ter menos presente a influência do meio ambiente, este estudo trabalhou com crianças com menos de 1 ano de idade. A coordenação motora e o desenvolvimento de linguagem foram avaliados em 1.656 bebês, filhos únicos e saudáveis com 8 meses de idade e peso ao nascer de pelo menos 2.500g. A proporção de lactentes que dominaram os marcos específicos aumentou consistentemente com o aumento da amamentação. O risco relativo a não dominar os marcos, da maior para a menor categoria de amamentação, foi de 1,3 (IC95%: 1,0-1,6) para o ato de engatinhar, 1,2 (IC 95%: 1,1-1,3) para o ato de pegar coisas e 1,5 (IC 95%: 1,3-1,8) para o ato de balbuciar. Houve pouca mudança após ajustes de fatores de confusão.

MORTENSEN, E. L. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, [S.l.], v. 287, p. 2365-2371, 2002.

Os bebês amamentados por mais tempo crescem e ficam mais inteligentes, de acordo com este estudo realizado na Dinamarca com duas amostras de nascidos entre 1959 e 1961.

Veja também:

UAUY, R.; PEIRANO, P. Breast is best: human milk is the optimal food for brain development. *Am. J. Clin. Nutr.*, [S.l.], v. 70, p. 433-434, 1999.

FEWTRELL, M. S. et al. Double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation in formula fed to preterm infants. *Pediatrics*, [S.l.], v. 110, p. 73-82, 2002.

### **Câncer de mama**

BERAL, V et al. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, [S.l.], v. 360, p. 187-195, 2002.

Uma análise retrospectiva de 47 estudos sobre câncer de mama, com informações sobre modos de amamentação, descobriu que quanto mais a mulher amamenta, mais protegida fica contra o câncer de mama. O risco relativo de câncer de mama diminuiu 4,3% (IC 95%: 2,9-5,8;  $p < 0,0001$ ) para cada 12 meses de amamentação. O risco relativo permaneceu o mesmo após ajustes de controle entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, e não sofreu variações significativas em virtude de idade, ocorrência de menopausa, origem étnica, número de filhos, idade no nascimento do primeiro filho ou nenhuma das outras nove características pessoais avaliadas. O grupo de estudo estima que a incidência cumulativa de câncer de mama em países desenvolvidos seria reduzida por mais da metade, de 6,3 para 2,7 por 100 mulheres até 70 anos de idade, se as mulheres tivessem a média de filhos e o período da amamentação que prevalecia nos países em desenvolvimento até recentemente. A amamentação foi relacionada a quase dois terços dessa redução estimada na incidência do câncer de mama.

UNITED KINGDOM NATIONAL CASE-CONTROL STUDY GROUP. Breast feeding and risk of breast cancer in young women. *BMJ*, [S.l.], v. 307, p. 17-20, 1993.

Este estudo, feito com mulheres de 11 regiões do Reino Unido, combinou 755 casos de câncer de mama com 675 controles. O estudo mostrou que o risco de desenvolver câncer de mama antes dos 36 anos de idade estava negativamente relacionado à duração da amamentação e ao número de bebês amamentados. Foram feitos ajustes para o uso oral de contraceptivos, nuliparidade, idade ao primeiro parto, histórico familiar e idade da menarca. Casos de câncer e controles foram similares em relação à situação conjugal, à idade em que a mãe deixou a escola e ao consumo de álcool.

NEWCOMB, P. A. et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *New Engl. J. Méd.*, [S.l.], v. 330, p. 81-87, 1994.

Este teste realizado nos EUA avaliou mais de 14.000 mulheres na pré e pós-menopausa. O risco de câncer de mama foi 22% menor entre as mulheres que ainda não passaram pela menopausa que alguma vez amamentaram, do que naquelas que nunca amamentaram. A duração total da lactação também foi associada a uma redução no risco de câncer de mama entre as mulheres pré-menopausa. Os autores do estudo estimam que se todas as mulheres amantassem seus filhos por 4-12 meses, o câncer de mama poderia ser reduzido em 11% entre as mulheres na pré-menopausa. Ademais, eles concluíram que, se as mulheres amantassem seus filhos por 24 meses ou mais, a incidência dessa forma de câncer de mama poderia ser reduzida em quase 25%.

Veja também:

FURBERG, H. et al. Lactation and breast cancer risk. *Int. J. Epidemiol.*, [S.l.], v. 28, p.396-402, 1999.

LAYDE, P. M. et al. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and steroid hormone study group. *J. Clin. Epidemiol.*, [S.l.], v. 42, p. 963-973, 1989.

MICHELS, K. B. et al. Prospective assessment of breastfeeding and breast cancer incidence among 89,887 women. *Lancet*, [S.l.], v. 347, p. 431-436, 1996. (este estudo não encontrou risco reduzido).

### **Câncer de ovário**

ROSENBLATT, K. A. et al. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer - The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int. J. Epidemiol.*, [S.l.], v. 22, p. 499-503, 1993.

Este estudo multinacional demonstrou uma redução no risco de câncer de ovário entre mulheres que amamentaram por pelo menos 2 meses em cada filho, se comparadas àquelas que não amamentaram. Houve pouca redução no risco de câncer com o aumento da duração da lactação.

Veja também:

GWINN, M. L. et al. Pregnancy, breast feeding, and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. *J. Clin. Epidemiol.*, [S.l.], v. 43, p. 559-568, 1990.

### **Fraturas no quadril e osteoporose**

CUMMING, R. G.; KLINEBERG, R. J. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int. J. Epidemiol.*, [S.l.], v. 22, p. 684-691, 1993.

Neste estudo de 311 casos de fraturas no quadril de mulheres com mais de 65 anos de idade, foi descoberto que mulheres que tinham dado à luz mais de uma vez e não amamentaram tiveram risco de fraturas no quadril duas vezes maior do que aquelas que não deram à luz e aquelas que amamentaram (após ajustes de fatores de confusão).

POLATTI, F. et al. Bone mineral changes during and after lactation. *Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 94, p. 52-56, 1999.

Em 308 mulheres que amamentaram quase exclusivamente por 6 meses, a densidade mineral dos ossos diminuiu durante este período, mas mostraram um aumento aos 18 meses para um nível maior que o nível basal.

Veja também:

MELTON, L. J. et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos. Int.*, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 76-83, 1993.

SOWERS, M. et al. Changes in bone density with lactation. *JAMA*, [S.l.], v. 269, p. 3130-3135, 1993.

KALKWARF, H. J.; SPECKER, B. L. Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obstet Gynecol.*, [S.l.], v. 86, p. 26-32, 1995.

SOWERS, M. et al. A prospective study of bone density and pregnancy after an extended period of lactation with bone loss. *Obstet Gynecol.*, [S.l.], v. 85, p. 285-289, 1995.

KALKWARF, H. J. Hormonal and dietary regulation of changes in bone density during lactation and after weaning in women. *J. Mammary Gland Biol. Neoplasia*, [S.l.], v. 4, p. 319-329, 1999.

**Outros estudos de interesses (quer requerem maiores pesquisas) sobre os benefícios para a saúde da mãe:**

BRUN J, G.; NILSSEN, S.; KVALE, G. Breast feeding, other reproductive factors and rheumatoid arthritis: a prospective study. *Br. J. Rheumatol.*, [S.l.], v. 34, p. 542-546, 1995.

**Fatores de risco de doenças cardiovasculares**

TOSCKE, A. M. et al. Overweight and obesity in 6- to 14-year-old Czech children in 1991: protective effect of breast-feeding. *J. Pediatr.*, [S.l.], v. 141, p. 764-769, 2001.

Em 1991, foram coletados dados de 33.768 crianças tchecas com idades entre 6 e 14 anos. As crianças alguma vez amamentadas tiveram menos chances de ficarem obesas ou acima do peso do que aquelas que nunca foram amamentadas. Após ajuste de nível de escolaridade dos pais, ocorrência de obesidade entre os pais, tabagismo da mãe, alto peso ao nascer, utilização de televisão, número de irmãos e atividade física, as razões de chance ajustadas para amamentação foram de 0,80 para apresentar excesso de peso (IC 95%: 0,71-0,90) e 0,80 para a obesidade (IC 95%: 0,66 a 0,96).

VON KRIES, R. et al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, [S.l.], v. 319, n. 7203, p. 147-150, 1999.

Em um estudo realizado com 9.357 crianças alemãs com idades entre 5 e 6 anos, foi constatado que as nunca amamentadas tiveram mais chances de ficar com sobrepeso ou obesas do que as amamentadas. Efeito dose-resposta foi identificado – 4,5% das crianças nunca amamentadas foram consideradas obesas, o que foi observado em 2,3% das crianças amamentadas por 3-5 meses, 1,7% das crianças amamentadas por 6-12 meses, e 0,8% das crianças amamentadas por mais de 12 meses. Após ajustes de potenciais fatores de confusão, a amamentação permaneceu um fator significativo de proteção contra o desenvolvimento da obesidade (RC = 0,75; IC 95%: 0,57-0,98) e do excesso de peso (0,79; 0,68-0,93). Os autores do estudo destacam que crianças obesas têm maior risco de se tornarem adultos obesos, e que uma maior duração da amamentação pode implicar em uma redução na prevalência de doenças cardiovasculares e de outras doenças relacionadas à obesidade.

RAVELLI, A. C. et al. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch. Dis. Child.*, [S.l.], v. 82, p. 248-252, 2000.

Dos 625 indivíduos com 48-53 anos de idade nascidos à época do grave período de fome em Amsterdã (1944-45), aqueles alimentados com mamadeira após a alta hospitalar tiveram maiores fatores de risco de doenças cardiovasculares do que aqueles amamentados exclusivamente. Eles tiveram uma maior média na concentração de glicose plasmática após 120 minutos do teste de tolerância a glicose, maior concentração de colesterol LDL (lipoproteína de baixa densidade), menor concentração de colesterol HDL (lipoproteína de alta densidade), e maior razão LDL/HDL. A pressão sanguínea sistólica e o índice de massa corporal não foram afetados pelo método de alimentação do lactente.

ARMSTRONG, J. et al. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, [S.l.], v. 359, p. 2003-2004, 2002.

Um estudo realizado com 32.200 crianças escocesas com idades entre 39-42 meses constatou que a prevalência da obesidade foi significativamente menor entre crianças amamentadas, após controles para nível socioeconômico, peso ao nascer e sexo (RC=0,70; IC 95%: 0,61-0,80).

Veja também:

GILLMAN, M. W. et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA*, [S.l.], v. 285, p. 2461-2467, 2001.

HEDIGER, M. L. et al. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *JAMA*, [S.l.], v. 285, p. 2453-2460, 2001.

WILSON, A. C. et al. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ*, [S.l.], v. 316, p. 21-25, 1998. (resumido acima).

MARMOT, M. G. et al. Effect of breast-feeding on plasma cholesterol and weight in young adults. *J. Epidemiol. Community Health*, [S.l.], v. 34, p. 164-167, 1980.

STETTLER, N. et al. Infant weight gain and childhood overweight status in a multi-center, cohort study. *Pediatrics*, [S.l.], v. 109, p. 194-199, 2002.

### **Câncer infantil**

SHU, X. O. et al. Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. *J. Natl. Cancer Inst.*, [S.l.], v. 91, p. 1765-1772, 1999.

Informações sobre amamentação foram obtidas por meio de entrevistas telefônicas com mães de 1.744 crianças com leucemia linfoblástica aguda (LLA) e 1.879 controles, com idades entre 1-14 anos, e 465 crianças com leucemia mielóide aguda (LMA) e 539 controles, com idades entre 1-17 anos. A amamentação foi associada a uma redução de 21% no risco de leucemia aguda na infância (RC de todos os tipos combinados = 0,79, IC 95%: 0,70-0,91). As associações inversas foram mais intensas com uma maior duração da amamentação. Os autores reconhecem a necessidade de mais pesquisas.

MATHUR, G. P. et al. Breastfeeding and childhood cancer. *Indian Pediatr.*, [S.l.], v. 30, p. 651-657, 1993.

Foram analisadas a duração total da amamentação e da amamentação exclusiva de 99 casos de câncer infantil e 90 controles. A diferença entre a duração média da amamentação nos casos e nos controles foi significativa para todos os tipos de câncer ( $p < 0,05$ ) e para linfoma ( $p < 0,01$ ). Quando a duração média da amamentação exclusiva foi comparada, a diferença foi altamente significativa para todos os tipos de câncer ( $p < 0,001$ ) e para linfoma ( $p < 0,001$ ). Casos e controles não diferiam em termos de idade, sexo, ano de nascimento, ordem de nascimento, idade e nível de escolaridade das mães, tabagismo e nível socioeconômico dos pais, mas um histórico familiar positivo de câncer estava presente em 4 casos e em apenas 1 controle.

Veja também:

DAVIS, M. K. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int. J. Cancer Suppl.*, [S.l.], v. 11, p. 29-33, 1998.

#### **Amamentação, compartilhamento da cama e morte súbita (SMSI)**

Pesquisas descobriram associações entre a amamentação e a redução no risco de síndrome da morte súbita infantil (SMSI), assim como entre o compartilhamento de cama e a amamentação bem-sucedida. Se os bebês dividirem a cama com suas mães, apresentarão maior risco de morte súbita apenas se um dos pais for fumante, mas não há risco maior no caso de pais não-fumantes.

BLAIR, P. S. et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of sudden infant death syndrome. *BMJ*, [S.l.], v. 319, p. 1457-1462, 1999.

Um estudo de caso – controle de três anos, feito com 325 bebês que morreram e 1.300 controles, concluiu que não há associação entre lactentes que dividem a cama com os pais e o aumento do risco de síndrome da morte súbita infantil entre pais que não fumam ou lactentes com mais de 14 semanas. Houve um aumento de risco para lactentes que dormiam com os pais durante todo o sono ou que eram levados para a cama deles (9,78, 95% IC: 4,02 – 23,83), mas não foi significativa para lactentes com pais não-fumantes ou para lactentes mais velhos (> 14 semanas). O risco também se tornou não significativo após ajustes para o consumo recente de álcool pela mãe (> 2 unidades), uso de edredons (> 4 peças), cansaço dos pais (lactente dormiu no máximo 4 horas nas 24 horas anteriores), e condições de superlotação (> 2 pessoas por cômodo da casa). Lactentes que dormiam em quartos separados dos pais tinham maior risco (10,49; 4,26-25,81), comparados àqueles que dormiam com os pais no sofá (48,99; 5,04-475,60).

Veja também:

KLONOFF-COHEN, H.; EDELSTEIN, S. L. Bed sharing and the sudden infant death syndrome. *BMJ*, [S.l.], v. 311, p. 1269-1272, 1995.

FORD, R. P. et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int. J. Epidemiol.*, [S.l.], v. 22, p. 885-890, 1993.

O Estudo de Morte Infantil da Nova Zelândia examinou dados de 356 mortes infantis classificadas como SMSI e 1.529 controles com mais de 3 anos. As crianças dos casos pararam de ser amamentadas antes que os controles: com 13 semanas, 67% dos controles eram amamentados, contra 49% das crianças dos casos. Um risco reduzido de SMSI em crianças amamentadas persistiu durante os 6 primeiros meses, após controle de fatores de confusão demográficos, maternos e infantis. Lactentes amamentados exclusivamente no hospital (OR = 0,52; 95% IC: 0,35-0,71) e durante os 2 últimos dias (OR = 0,65; 95% IC: 0,46-0,91) tiveram significativamente menores riscos de SMSI do que aqueles não amamentados.

KLONOFF-COHEN, H. S. et al. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA*, [S.l.], v. 273, p. 795-798, 1995. Um total de 200 pais de lactentes que morreram de SMSI entre 1989 e 1992 foi comparado com 200 pais controles que tiveram bebês saudáveis. Houve um aumento no risco de SMSI associado com o fumo passivo (OR = 3,50; 95% IC = 1,81-6,75). A amamentação protegeu contra SMSI entre filhos de não fumantes (OR = 0,37), mas não para os filhos de fumantes (OR = 1,38), após ajustes de fatores de confusão.

Veja também:

ALM, B. et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Arch. Dis. Child.*, [S.l.], v. 86, p. 400-402, 2002.

GILBERT, R. E. et al. Bottle feeding and the sudden infant death syndrome. *BMJ*, [S.l.], v. 310, p. 88-90, 1995.

MC VEA, K. L. S. P. et al. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 16, p. 13-20, 2000.

HOOKER, E.; BALL, H. L.; KELLY, P. J. Sleeping like a baby: attitudes and experiences of bedsharing in northeast England. *Méd. Anthropol.*, [S.l.], v. 19, p. 203-222, 2001.

Uma investigação antropológica na região nordeste da Inglaterra descobriu que 65% dos pais dormiam junto com seus bebês, julgando a prática como uma estratégia conveniente de cuidado. A amamentação foi associada a esta prática.

McKENNA, J. J.; MOSKO, S. S.; RICHARD, C. A. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, [S.l.], v. 100, p. 214-219, 1997.

O efeito de compartilhar a mesma cama entre mãe e bebê no comportamento da amamentação noturna foi estudado em 20 pares de mães e filhos com esse hábito de dormir, e 15 pares de mães de filhos com o hábito de dormir separados, quando o lactente tinha de 3 a 4 meses de vida. Todos eram saudáveis e amamentados exclusivamente durante a noite. A descoberta mais importante foi a de que os lactentes que dividiam a cama com as mães eram amamentados aproximadamente três vezes mais durante a noite do que aqueles que dormiam separados: isso refletiu em um aumento de 2 vezes no número de episódios de amamentação e 39% de episódios maiores de amamentação. Os autores dizem que, aumentando a amamentação, o compartilhamento da cama com o bebê pode proteger contra SMSI pelo menos em alguns contextos.

Veja também:

MOSKO, S.; RICHARD, C.; McKENNA, J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics*, [S.l.], v. 100, p. 841-849, 1997.

BALL, H. L.; HOOKER, E.; KELLY, P. J. Where will the baby sleep? Attitudes and practices of new and experienced parents regarding co-sleeping with their newborn infants. *American Anthropologist*, [S.l.], v. 101, p. 143-151, 1999.

UNICEF Iniciativa Amiga da Criança do Reino Unido, Política de *bed sharing*



### Transmissão de HIV-1

O vírus HIV pode ser transmitido pela amamentação. Infelizmente, a maior parte das pesquisas não conseguiu identificar a amamentação quando exclusiva em várias pesquisas comparando o risco de infecção entre bebês alimentados com fórmulas infantis e bebês alimentados com qualquer leite materno. O primeiro estudo a comparar a amamentação, com definição adequada, com alimentação mista e alimentação artificial, não encontrou diferença significativa na infecção pelo HIV entre bebês amamentados exclusivamente e alimentados artificialmente.

COUTSOUDIS, A. et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet*, [S.l.], v. 354, p. 471-476, 1999.

Bebês de 549 mães sul-africanas infectadas com o vírus HIV-1 foram avaliados com 3 meses de idade. Após ajustes de fatores de confusão, a amamentação exclusiva mostrou menor risco de transmissão de HIV-1 do que a alimentação mista (razão de risco 0.52 – 95% IC 0.28-0.98) e um risco similar para a não amamentação (0.85 – 0.51-1.42). Os autores sugerem mais pesquisas, mas apontam que os bebês amamentados exclusivamente tiveram (não significativamente) probabilidade menor de infecção do que aqueles que nunca foram amamentados, e deixam a entender, também, que isso pode ser devido à neutralização do vírus adquirido durante o processo de nascimento, pelos fatores imunológicos do leite materno. Eles expõem que o aleitamento misto traz maior risco devido ao fato de que os fatores imunológicos do leite materno são neutralizados pelos danos ao intestino do lactente e pelo rompimento de barreiras imunológicas causado pela contaminação quando em aleitamento misto.

Há um editorial deste tema na mesma edição do *Lancet* (Newell M-L (1999) Infant feeding and HIV-1 transmission. *Lancet* 354: 442-3) e correspondência na edição seguinte (Infant feeding patterns and HIV-1 transmission. *Lancet*354: 1901-1904).

COUTSOUDIS, A. et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, [S.l.], v. 15, p. 379-387, 2001.

Bebês de mães infectadas com o vírus HIV que foram amamentados exclusivamente por três meses ou mais não tiveram maior risco de infecção com o vírus HIV durante os seis primeiros meses do que aqueles que nunca foram amamentados. 551 mães infectadas com o vírus HIV e seus bebês foram incluídos no estudo. A amamentação exclusiva, definida como uma variável de tempo dependente teve significativamente um menor risco de infecção de HIV do que a alimentação artificial (razão de risco 0,56; 95% IC 0,32-0,98,  $p = 0.59$ ). Os autores sugerem que outros alimentos e líquidos ingeridos por bebês alimentados com alimentos misturados prejudicam o intestino e facilitam a entrada do vírus HIV presente no leite materno pelos tecidos do corpo. Isso é sustentado pela descoberta de que, se mães amamentaram seus filhos juntamente com outros alimentos, uma vez que o período da amamentação tenha terminado, novas infecções do vírus HIV começaram a ocorrer. Os pesquisadores sugerem mais pesquisas sobre o assunto.

Veja também:

COUTSOUDIS, A. et al. Free formula milk for infants of HIV-infected women: blessing or curse? *Health Policy and Planning*, [S.l.], v. 17, p. 154-160, 2002.

NICOLL, A. Infant feeding and HIV-1 infection. *AIDS*, [S.l.], v. 14, Suppl 3, p. S57-74, 2000.

LATHAM, M. C.; PREBLE, E. A. Appropriate feeding methods for infants of HIV infected mothers in sub-Saharan Africa. *BMJ*, [S.l.], v. 320, p. 1656-1660, 2000.

### **Saúde dental**

LABBOK, M. H.; HENDERSHOT, G. E. Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *Am. J. Prev. Méd.*, [S.l.], v. 3, p. 227-232, 1987.

Dados de 9.698 crianças entre 3 e 7 anos de idade foram retrospectivamente analisados para avaliar a associação entre a amamentação e a má oclusão dentária. Após ajustes de fatores de confusão, maior duração da amamentação foi associada ao declínio da prevalência da má oclusão.

PALMER, B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 14, p. 93-98, 1998.

Uma pesquisa feita com 600 crânios preservados das antigas culturas nos museus dos EUA descobriu que quase todos tinham oclusões perfeitas (alinhamento correto dos dentes, permitindo uma mordida melhor). Como os crânios pertenciam a pessoas que viveram antes do advento da alimentação artificial, elas todas devem ter sido amamentadas. O autor ressalta que uma boa oclusão e boa formação da arcada dentária eram muito menos comuns entre seus próprios pacientes e entre as amostras de estudos com crânios de tempos mais recentes.

Veja também:

PAUNIO, P.; RAUTAVA, P.; SILLANPAA, M. The finnish family competency study: the effects of living conditions on sucking habits in 3-year old finnish children and the association between these habits and dental occlusion. *Acta Odontol. Scand.*, [S.l.], v. 51, p. 23-29, 1993.

OGAARD, B.; LARSSON, E.; LINDSTEN, R. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths and breast or bottle feeding on posterior cross bite in Norwegian and Swedish 3-year old children. *Amer. J. Ortho. & Dentofac. Orthopedics*, [S.l.], v. 106, p. 161-166, 1994.

VALAITIS, R. et al. A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *Can. J. Public Health*, [S.l.], v. 91, p. 411-417, 2000.

### **Resenhas sobre os benefícios da amamentação**

AMERICAN ACADEMY WORK GROUP ON BREASTFEEDING. Policy statement on breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, [S.l.], v. 100, p. 1035-1039, 1997.

HEINIG, M. J.; DEWEY, K. G. Health effects of breastfeeding for mothers: a critical review. *Nutrition Research Reviews*, [S.l.], v. 10, p. 35-56, 1997.

\_\_\_\_\_. Health advantages of breastfeeding for infants: a critical review. *Nutrition Research Reviews*, [S.l.], v. 9, p. 89-110, 1996.

STANDING COMMITTEE ON NUTRITION OF THE BRITISH PAEDIATRIC ASSOCIATION. Is breastfeeding beneficial in the UK? *Arch. Dis. Child*, [S.l.], v. 71, p. 376-380, 1994.

## **Seção 3: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança**

### **Objetivos**

Ao final desta seção, os participantes devem ser capazes de:

- descrever a história e a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) da OMS/UNICEF e a experiência dos participantes em suas instituições e países;
- descrever as orientações do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno que devem ser seguidas pelas unidades de saúde;
- descrever os Critérios Globais e o Instrumento de Auto-Avaliação da OMS/UNICEF;
- descrever a avaliação e o processo de credenciamento da IHAC;
- discutir a importância do monitoramento e da reavaliação da conformidade com os Dez Passos;
- discutir o papel dos tomadores de decisão das unidades de saúde no apoio à IHAC; e
- discutir os principais aspectos da Estratégia Global relativos à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância e ao papel da IHAC.

### **Duração**

Total: 1 hora

### **Métodos de ensino**

Apresentação

Discussão

Vídeo ou *slide show* (opcional)

### **Preparação para a seção**

- Trabalhar com o coordenador nacional de aleitamento materno e/ou escritórios nacionais e regionais da OMS e do UNICEF para reunir informações

sobre a situação da IHAC no nível nacional (com o uso de transparências, se possível).

- Coletar exemplos de Instrumentos de Auto-Avaliação preenchidos para possibilitar uma compreensão geral da situação da IHAC nas maternidades do país. Garantir o sigilo das informações sobre essas unidades.
- Analisar Critérios Globais, o Instrumento de Auto-Avaliação e os processos de avaliação e reavaliação e preparar uma resenha breve, a ser exposta durante a apresentação. Uma cópia dos Critérios Globais e do Instrumento de Auto-Avaliação (revisados) está inclusa no material – Impressos 3.4 e 3.5. Informações e links para download do curso da IHAC e dos documentos de avaliação estão disponíveis no website do UNICEF: <[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme)>.
- Analisar o documento da OMS/UNICEF *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância*. WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Genebra, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html>; [http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm)>. Ler principalmente as seções 30, 31 e 34, p. 13 a 19, que se concentram na importância do apoio continuado à Iniciativa Hospital Amigo da Criança e na implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, além do monitoramento e da reavaliação de unidades já credenciadas e da expansão da iniciativa para clínicas, centros de saúde e hospitais pediátricos.

## Materiais de treinamento

### Impressos

- 3.1 Apresentação da seção 3.
- 3.2 Amamentação: um tema mundial.
- 3.3 Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno: resumo e principais pontos.
- 3.4 *Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Módulo 1: Histórico e Implementação, Seção 1.2: Implementação ao Nível Hospitalar e Seção 1.3: Critérios Globais IHAC*, OMS e UNICEF, 2006. Disponível em: <[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme)>.
- 3.5 *Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Módulo 4: Auto-avaliação Hospitalar e Monitoramento, 4.1: Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar (Baby-friendly Hospital Initiative, Section 4: Hospital Self-Appraisal and Monitoring, 4.1: The Hospital Self-Appraisal Tool)*, OMS e UNICEF, 2006. Disponível em: <[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme)>.
- 3.6 Cursos de amamentação e alimentação de lactentes e crianças de primeira infância da OMS/UNICEF.
- 3.7 Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Orientação e Instrumentos para Monitoramento e Reavaliação.

### ***Slides/Transparências***

- 3.1 Metas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- 3.2-3 Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.
- 3.4-5.1 Datas importantes da história da amamentação e da IHAC.
- 3.6-12.1 Código Internacional: resumo e papel dos hospitais Amigos da Criança.
- 3.13 O credenciamento da IHAC.
- 3.14-15 Diferenças entre monitoramento e reavaliação.
- 3.16-17 O papel do administrador hospitalar na IHAC.
- 3.18.21 A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância e o fortalecimento da IHAC.

O *website* que disponibiliza este curso traz *links* para os *slides* e transparências usados nesta seção em dois arquivos de Microsoft PowerPoint. Os *slides* (em cores) podem ser projetados em um computador com projetor LCD, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto e branco) podem ser impressas e projetadas com um retroprojetor. As transparências também estão reproduzidas como primeiro impresso desta seção, com seis transparências por página.

### ***Materiais adicionais a serem distribuídos***

- *Protegendo, promovendo e apoiando a amamentação: o papel especial dos serviços de maternidade. Uma declaração conjunta OMS/Unicef*. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services: a joint WHO/Unicef Statement*. Genebra, 1989. (NT Material existente em Português).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Código internacional de comercialização de substitutos do leite materno*. Genebra, 1981.

### ***Recursos audiovisuais adicionais sugeridos***

- Conjunto de *slides* ou vídeo sobre a IHAC no país ou região onde será realizado o curso (opcional, se disponível).

### **Referências**

HORTON, S. et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy and Planning*, v. 11, n. 2, p. 156-168, 1996.

INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK. *Protecting infant health: a health workers' guide to the international code of marketing of breast-milk substitutes*. 7th ed. Penang, Malasia: IBFAN, 1993. NT Material existente em Português.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. Genebra: WHO, 2002. (WHO/NHD/01.08; WHO/FCH/CAH/01.23).

NEW data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations: WHO technical consultation on behalf of the

UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV: Geneva, 11-13 October 2000. Genebra, 2001. (WHO/RHR/01.28).

SAADEH, R. et al. *Breastfeeding: the technical basis and recommendations for action*. Genebra: WHO, 1993. WHO/NUT/MCH/93.1.

THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *BFHI: Revised and Updated Materials*. New York, 2006. Disponível em: <[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme)>.

UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency task team on Mother-to-child Transmission of HIV: Geneva, 11-13 October 2000. Genebra : [s.n.], 2001. (WHO/RHR/01.28).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Código internacional de comercialização de substitutos do leite materno*. Genebra, 1981. NT Material existente em Português.

\_\_\_\_\_. *Global strategy for infant and young child feeding*. Genebra, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html>> <[http://www.who.int/childadolescent-health/NUTRITION/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/childadolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm)>. NT Material existente em Português.

\_\_\_\_\_. *Global strategy for infant and young child feeding: The optimal duration of exclusive breastfeeding*. Genebra, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA54/ea54id4.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/ea54id4.pdf)>.

\_\_\_\_\_. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Genebra, 1989. NT Material existente em Português.

\_\_\_\_\_. *Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001*. Genebra, 2001. WHO/NHD/01.09; WHO/FCH/CAH/01.24.

\_\_\_\_\_. *Resolução AMS 39.28: alimentação de lactentes e crianças de primeira infância*. Genebra, 1992.

\_\_\_\_\_. *Resolução AMS 47.5: nutrição de lactentes e crianças de primeira infância*. Genebra, 1994.

\_\_\_\_\_. *The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions*. Genebra, 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/NUTRTION/ISBN\\_92\\_4\\_159429\\_2.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/NUTRTION/ISBN_92_4_159429_2.htm)>.

Informações adicionais podem ser levantadas com órgãos regionais/nacionais; comitês nacionais de amamentação, associados locais da Wellstart, grupos IBFAN e outras fontes.

## Resumo da Seção

Conteúdo	Notas para o treinador
<p><b>1. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) – Descrição e datas importantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A IHAC é um movimento mundial, liderado pela OMS e pelo UNICEF, que tem por objetivo oferecer a todo bebê o melhor começo de vida possível, por meio da criação de um ambiente de cuidados de saúde onde a amamentação é a regra.</li> </ul>	<p>Mencionar que o Impresso 3.1, presente na pasta do participante, inclui uma versão resumida da apresentação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A IHAC tem dois objetivos principais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformar hospitais e unidades de maternidade, com a implementação dos “Dez Passos”.</li> <li>• Acabar com a prática de distribuição gratuita ou a baixo custo de substitutos do leite materno nas maternidades e hospitais.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Projetar <i>slide</i>/transparência 3.1</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A declaração conjunta OMS/UNICEF sobre amamentação e serviços de maternidade transformou-se em ponto central da IHAC. Maternidades e hospitais que aplicam os princípios elencados na declaração conjunta estão sendo credenciados Amigos da Criança para despertar a atenção pública para as boas práticas de alimentação de lactentes.</li> </ul>	<p>Falar sobre a Declaração Conjunta, que os participantes receberam na forma de impresso com os materiais do curso. Descrever brevemente as informações contidas no impresso.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno são uma base de comparação adequada para medir os padrões de serviços de maternidade.</li> </ul>	<p>Projetar <i>slides</i>/transparências 3.2 e 3.3.</p> <p>Informar que os Dez Passos estão listados na Declaração Conjunta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Breve histórico que resume a história e o desenvolvimento da IHAC e eventos relacionados:</li> </ul> <p><b>1979</b> – Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (Genebra).</p>	<p>Projetar <i>slides</i>/transparências 3.4 e 3.5.</p> <p>Fazer referência ao Impresso 3.2 “Amamentação – um tema mundial”, que descreve essa história com mais detalhes.</p>

continua

<p><b>1981</b> – Adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.</p> <p><b>1989</b> – Protegendo, Promovendo e Apoiando a Amamentação: o Papel Especial dos Serviços de Maternidade. Uma Declaração Conjunta OMS/UNICEF.</p> <p>Convenção sobre os Direitos da Criança.</p> <p><b>1990</b> – Declaração de Innocenti.</p> <p>Cúpula Mundial da Infância.</p> <p><b>1991</b> – Lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.</p> <p><b>2000</b> – Consultoria Especializada da OMS sobre HIV e Alimentação de Lactentes.</p> <p><b>2001</b> – Consultoria da OMS sobre a duração ideal da amamentação exclusiva (cerca de 6 meses).</p> <p><b>2002</b> – Endosso da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância pela Assembleia Mundial da Saúde.</p> <p><b>2005</b> – Declaração de Innocenti 2005.</p> <p><b>2006/7</b> – Revisão dos documentos da IHAC e proposta de sua ampliação.</p> <p><b>2006</b> – Consultoria Especializada da OMS sobre HIV e Alimentação de Lactentes.</p>	<p>Mencionar que a Declaração de Innocenti incluía quatro objetivos: a indicação de um coordenador nacional de aleitamento materno; a criação de um comitê nacional multissetorial de aleitamento materno; garantir que toda e qualquer unidade que ofereça serviços de maternidade siga os Dez Passos definidos na Declaração Conjunta OMS/UNICEF, com propostas de ações para efetivar princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; propor a criação de legislações de proteção aos direitos da amamentação de trabalhadoras com meios para sua implementação. A defesa do Código e da implementação dos Dez Passos foram os pontos centrais da IHAC, lançada dois anos depois. Em 2005, uma declaração complementar reforçou a importância da revitalização e da expansão da IHAC e da identificação de recursos para a sua continuidade.</p> <p>Como parte dos esforços para revitalizar e expandir a IHAC, os documentos da iniciativa foram revisados em 2006, com informações atualizadas e novos módulos relacionados a HIV e alimentação de lactentes e <i>Cuidado Amigo da Mãe</i>.</p> <p>Esta seção abordará os componentes centrais do Código Internacional e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o papel que os administradores hospitalares podem ter no apoio ao Código e à IHAC. Em muitos contextos com alta incidência de HIV, existe a necessidade de abordar questões relacionadas ao HIV no âmbito da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Esses temas são abordados neste curso nas Seções 4 e 5.</p>
---	---



	<p>A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância será abordada no final da seção, com análise referente a como ela reforça a importância tanto do Código quanto dos Dez Passos da IHAC.</p>
<p><b>2. Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno – resumo e papel dos hospitais Amigos da Criança</b></p>	<p>Nota: Esta visão geral do código pode ser apresentada neste momento ou mais adiante nesta seção (em seguida à discussão sobre monitoramento e reavaliação ou no final), caso seja apresentada por outro palestrante.</p> <p>Projetar <i>slide</i>/transparência 3.6.</p>
<p>▪ <b>Objetivo</b> – O objetivo do código é contribuir para a oferta de uma nutrição segura e adequada para lactentes, com a proteção e a promoção da amamentação e a garantia do uso adequado de substitutos do leite materno, quando necessários, com base em informações e práticas de comercialização e distribuição adequadas.</p>	<p>Projetar <i>slides</i>/transparências 3.7 e 3.8.</p> <p>Distribuir cópias do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno para os participantes.</p>
<p>▪ <b>Abrangência</b> – O código se aplica ao <i>marketing</i>, e práticas relacionadas, dos seguintes produtos: substitutos do leite materno, inclusive fórmulas infantis; outros alimentos e bebidas derivados do leite, como alimentos complementares oferecidos em mamadeiras, quando promovidos ou representados como adequados, com ou sem modificação, para uso como substituto parcial ou total do leite materno; mamadeiras e bicos. O código também se aplica à qualidade e disponibilidade desses produtos e às informações relativas ao seu uso.</p> <p>▪ A OMS e o UNICEF se empenham para acabar com a distribuição de produtos – contemplados pelo Código Internacional – gratuitos ou de baixo custo no âmbito do sistema de saúde.</p>	

<p>▪ Alguns dos pontos principais do Código:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ausência de publicidade de substitutos do leite materno para o público;</li> <li>• ausência de doações de substitutos do leite materno a maternidades;</li> <li>• ausência de ofertas de amostras para mães;</li> <li>• ausência de publicidade no âmbito do sistema de saúde;</li> <li>• ausência de contato de funcionários dos fabricantes com as mães;</li> <li>• ausência de presentes ou amostras para profissionais de saúde;</li> <li>• ausência de uso de espaço, equipamentos ou material educacional patrocinado ou produzido por fabricantes para transmitir informações sobre alimentação de lactentes para as mães;</li> <li>• ausência de fotografias de lactentes ou que idealizem a alimentação artificial nos rótulos de produtos;</li> </ul>	<p>Projetar <i>slides</i>/transparências 3.9 e 3.10</p> <p>Solicitar que os participantes tenham à mão o impresso 3.3, “Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno: resumo e pontos principais”, que apresenta os principais dispositivos do código e seu embasamento técnico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• as informações oferecidas para os profissionais de saúde científicas e factuais.</li> <li>• as informações sobre alimentação artificial, inclusive aquelas impressas em rótulos, explicativas sobre os benefícios da amamentação e os custos e perigos associados à alimentação artificial. Produtos inadequados, como leite condensado adoçado, não devem ser promovidos para bebês.</li> </ul>	
<p>▪ O fim dos suprimentos gratuitos e de baixo custo é um elemento essencial para alcançar o credenciamento da IHAC. Os hospitais Amigos da Criança, seus administradores e equipes têm um papel importante no cumprimento do Código.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suprimentos gratuitos ou de baixo custo de substitutos do leite materno não devem ser aceitos em unidades de cuidados de saúde.</li> </ul>	<p>Projetar <i>slides</i>/transparências 3.11 e 3.12 e analisar as orientações apresentadas.</p> <p>Mencionar que as amostras incluem todos os produtos que possam interferir com o início de sucesso e com a construção do hábito da amamentação, como mamadeiras, bicos, chupetas, fórmulas infantis e outros tipos de fórmulas, como fórmulas para prematuros.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os substitutos do leite materno devem ser comprados pela unidade de saúde da mesma forma como outros alimentos e medicamentos, por um preço no mínimo de atacado.</li> <li>• Materiais promocionais de alimentos ou bebidas para lactentes, que não o leite materno, não devem ser permitidos na unidade de saúde.</li> <li>• Gestantes não devem receber materiais que promovam a alimentação artificial.</li> <li>• A alimentação com substitutos do leite materno deve ser demonstrada apenas por profissionais de saúde, e apenas para gestantes, mães ou familiares que precisem usá-los.</li> <li>• Os estoques de substitutos do leite materno da unidade devem ser mantidos longe da vista de gestantes e mães.</li> <li>• A administração da unidade de saúde não deve permitir a oferta de amostras de substitutos do leite materno ou afins, que interfiram na amamentação, para gestantes ou mães.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não devem ser aceitas induções financeiras ou materiais para promover produtos do âmbito do código por profissionais de saúde ou suas famílias.</li> <li>• Os fabricantes e distribuidores de produtos contemplados pelo código devem informar à unidade quaisquer contribuições feitas a profissionais de saúde na forma de bolsas de estudos, viagens de estudos, verbas para pesquisa, conferências etc. Essas informações também podem ser prestadas pelo profissional favorecido.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão de táticas de <i>marketing</i> empregadas pelas empresas nas unidades de saúde dos participantes e como lidar com elas.</li> </ul>	<p>Perguntar aos participantes que tipo de táticas de <i>marketing</i> as empresas que comercializam fórmulas infantis têm usado em seus hospitais e pedir suas sugestões para lidar com elas.</p>

continua

<p><b>3. Critérios Globais IHAC da OMS/ UNICEF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descrição de como os Critérios Globais usados no processo de avaliação da IHAC foram desenvolvidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desafio de encontrar métodos objetivos para medir cada um dos Dez Passos. Importância de indagar mães e observar as práticas empregadas na unidade.</li> <li>• Os Critérios Globais foram usados para desenvolver tanto o Instrumento de Auto-Avaliação quanto os Instrumentos do processo de avaliação externa.</li> <li>• Os Critérios Globais, o Instrumento de Auto-Avaliação, o curso e os Instrumentos de avaliação foram revisados em 2006. Eles agora incluem critérios e módulos opcionais relacionados ao HIV e a práticas de parto Amigo da Mãe.</li> <li>• Importância de usar os Critérios Globais em detrimento de critérios desenvolvidos nacionalmente.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Solicitar que os participantes tenham à mão o Impresso 3.4, “Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Módulo 1: Histórico e Implementação”, OMS e UNICEF, revisado em 2006, que inclui uma cópia dos Critérios Globais. Peça aos participantes que leiam os critérios e discutam alguns deles.</p>
<p><b>4. Uso do Instrumento de Auto-Avaliação Hospitalar desenvolvido pela OMS/UNICEF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Instrumento de Auto-Avaliação hospitalar pode ser usado por unidades de saúde para analisar rapidamente sua situação no processo de criação de um ambiente que apóie a amamentação. Ele inclui perguntas com respostas objetivas, do tipo “sim” ou “não”, e prescinde de entrevistas com mães ou membros da equipe. Os hospitais e as unidades de saúde podem usá-los sem intermédio de um assessor externo.</li> </ul>	<p>Peça aos participantes que analisem rapidamente o Instrumento de Auto-avaliação incluído no Impresso 3.5, “Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Módulo 4: Auto-avaliação Hospitalar e Monitoramento”. Informe que as perguntas foram formuladas para possibilitar uma identificação inicial (por meio de auto-avaliação) quanto ao nível de conformidade do hospital com os critérios de cada um dos Dez Passos. O Instrumento conta ainda com perguntas relacionadas ao Código Internacional, ao HIV e ao Cuidado Amigo da Mãe.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se a maioria das respostas for “sim” e pelo menos 75% das mães que deram à luz no ano anterior amamentaram exclusivamente do parto à alta ou se, em caso contrário, isso tenha ocorrido em virtude de decisões médicas aceitáveis ou escolhas informadas, o hospital pode decidir se submeter a uma avaliação externa e, caso aprovado, ser credenciado Amigo da Criança.</li> <li>▪ Um hospital com muitas respostas “não” ou com baixo índice de amamentação exclusiva pode decidir desenvolver um plano de ação para empreender mudanças que levarão a um apoio mais eficiente à amamentação. Quando as mudanças tiverem sido colocadas em prática, o hospital pode realizar outra auto-avaliação e, caso esteja preparado, solicitar avaliação externa.</li> </ul>	<p>Distribua uma cópia extra do Instrumento de Auto-Avaliação (Impresso 3.5) para as equipes das unidades de saúde. Peça que os participantes se reúnam com colegas de suas unidades e preencham o Instrumento antes da primeira seção pela manhã (a menos que já as tenham preenchido antes de comparecer ao curso e/ou tenham trazido). Cada grupo deverá analisar seus resultados e compartilhá-los com os outros participantes durante a seção “Políticas e práticas de avaliação” (Seção 7).</p> <p>Nota: Caso seja mais proveitoso, a Seção 7 pode ser apresentada depois da Seção 3, para que os participantes possam avaliar como suas unidades estão se saindo na implementação dos Dez Passos antes das Seções 4 e 5.</p>
<p><b>5. Avaliação e credenciamento hospitalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este processo geralmente inclui os seguintes passos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitação de avaliação externa.</li> <li>• Avaliação, geralmente realizada por uma equipe de 2 a 4 assessores durante 1 a 2 dias, dependendo do tamanho do hospital.</li> <li>• Relatório informal e <i>feedback</i> sobre os resultados para representantes do hospital, que inclui as conquistas e os passos que necessitam de maior atenção.</li> <li>• Envio de relatório com resultados e recomendações ao grupo nacional de coordenação da IHAC, que toma as decisões finais em relação ao credenciamento dos hospitais.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 3.13 “A Rota do Credenciamento da IHAC” e discutir o processo (se houver diferenças no processo usado no seu país, adaptar).</p> <p>Enfatizar que todos os Dez Passos precisam ser atendidos (não 8 dos 10 passos, por exemplo) e que não são permitidos suprimentos gratuitos ou de baixo custo de produtos contemplados pelo Código Internacional. Se o órgão nacional decidir que os critérios relativos ao HIV e Cuidado Amigo da Mãe devem ser incluídos na Iniciativa, eles também deverão ser atendidos.</p> <p>Discutir o fato de que o “Certificado de Compromisso” é emitido para hospitais que, submetidos à avaliação oficial, ainda não se encontram em total conformidade (quanto aos Critérios Globais, por exemplo). Isso significa que esses hospitais se comprometem a, dentro de um período específico de tempo, criar um plano de ação e colocar em prática as mudanças necessárias para se tornarem Amigos da Criança.</p>

continua

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Credenciamento do hospital como Amigo da Criança ou oferta de Certificado de Compromisso.</li> <li>• Se o hospital ainda precisar colocar mudanças em prática, entrar em contato com o grupo nacional de coordenação da IHAC para determinar a necessidade de apoio técnico.</li> </ul>	
<p><b>6. Treinamento da IHAC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A maior parte dos hospitais precisa treinar suas equipes durante o processo de credenciamento. Geralmente, pelo menos 20 horas de treinamento em promoção e apoio à amamentação são necessárias, entre as quais são incluídas pelo menos 3 horas de prática clínica supervisionada.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O UNICEF, a OMS e outros grupos desenvolveram materiais de treinamento que podem ser usados para treinar as equipes. Esses cursos estão listados em um resumo de uma página.</li> </ul>	<p>Fazer referência ao Impresso 3.6, “Cursos de amamentação da OMS/UNICEF”. Mencionar que os materiais usados para treinar equipes de maternidades foram revisados e que o “Curso de 20 horas, Módulo 3: Promoção e Apoio à Amamentação em Hospitais Amigos da Criança” está disponível no <i>website</i> do UNICEF: &lt;<a href="http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme">http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme</a>&gt;. Mencionar qualquer apoio para treinamentos disponibilizado por escritórios regionais ou nacionais do UNICEF, órgão nacional de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância ou grupo de coordenação da IHAC.</p>
<p><b>7. Monitoramento e reavaliação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quando um hospital é credenciado Amigo da Criança, é importante que mantenha o apoio à amamentação bem-sucedida.</li> <li>▪ O monitoramento e/ou a reavaliação da conformidade do hospital com os Dez Passos pode ajudar os administradores e as equipes de trabalho a determinar sua situação e os pontos que precisam de mais atenção para que mantenham os padrões.</li> </ul>	

continuação

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O monitoramento pode ser tanto de responsabilidade do hospital quanto do grupo nacional de coordenação da IHAC.</li><li>▪ A reavaliação geralmente é um processo externo, muito parecido com a avaliação inicial, mas geralmente menos extenso.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existem diferenças fundamentais entre o monitoramento e a reavaliação.</li></ul>	Projetar slides/transparências 3.14 e 3.15.
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ As orientações da IHAC e os Instrumentos para monitorar e reavaliar hospitais Amigos da Criança foram revisados no início de 2006 e estão disponíveis como parte dos documentos IHAC atualizados.</li></ul>	Distribua o Impresso 3.7, um resumo das orientações e Instrumento da OMS/UNICEF para monitoramento e reavaliação. Comente brevemente os conteúdos e as formas como os Instrumentos podem ser usados.
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ As orientações e Instrumento de monitoramento estão inclusos na Seção 4, Auto-avaliação e monitoramento hospitalar, Seção 4.2. As orientações e Instrumento de reavaliação estão inclusos no Módulo 5: Assessoria e reavaliação externa, Seção 5.3.</li></ul>	
<b>8. O papel do administrador hospitalar na IHAC</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Familiarizar-se com o processo de credenciamento da IHAC.</li><li>▪ Decidir onde, na estrutura do hospital, repousa a responsabilidade pela IHAC – na forma de comitê de coordenação, grupo de trabalho, equipe multidisciplinar, etc.</li></ul>	Projetar os slides/transparências 3.16 e 3.17. Mencionar que em situações de alta incidência de HIV, os administradores hospitalares precisam levar em conta a inclusão de outras questões no processo de implementação IHAC. Esses temas serão discutidos nas Seções 4 e 5.
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Criar um processo para integrar o grupo com responsabilidade pelas ações relacionadas à IHAC ao fluxo de trabalho do hospital.</li><li>▪ Garantir que os profissionais-chave trabalhem no preenchimento e na interpretação do Instrumento de Auto-Avaliação Hospitalar com base nos Critérios Globais.</li></ul>	

continua

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoiar as equipes em decisões tomadas no sentido de alcançar a condição de Amigo da Criança.</li> <li>▪ Oferecer quaisquer treinamentos relacionados à IHAC que sejam necessários.</li> <li>▪ Colaborar com o grupo nacional de coordenação da IHAC e solicitar avaliação externa quando o hospital estiver pronto.</li> <li>▪ Incentivar as equipes a manter a conformidade com os Dez Passos, providenciando treinamentos de atualização, monitoramentos e reavaliações periódicas.</li> </ul>	
<p><b>9. Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância</b></p>	<p>Projetar slide/transparência 3.18</p>
<p>A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância tem por objetivo revitalizar os esforços para promover, proteger e apoiar a alimentação ideal de lactentes e de crianças de primeira infância.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Estratégia tem como base iniciativas empregadas no passado, principalmente a Declaração de Innocenti e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e atua nas necessidades de todas as crianças, incluindo aquelas que vivem em circunstâncias difíceis, como lactentes de mães portadoras de HIV, lactentes desnutridos e lactentes em situações de emergência.</li> </ul> <p>Seu objetivo é “melhorar – por meio da alimentação ideal – a condição nutricional, o crescimento e o desenvolvimento, a saúde e, portanto, a sobrevivência de lactentes e crianças de primeira infância”.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A estratégia reafirma a relevância e a urgência das metas operacionais da Declaração de Innocenti, incluindo a implementação dos Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno em todas as maternidade e fazendo valer os princípios e objetivos do Código Internacional, que formou as bases da IHAC.</li> </ul>	<p>Projetar slide/transparência 3.19</p>



<p>■ A estratégia tem cinco metas operacionais adicionais. Solicitar a todos os governos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvam, implementem, monitorem e avaliem uma política abrangente para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.</li> <li>• Garantam que o setor de saúde e outros setores relevantes protejam, promovam e apoiem a amamentação exclusiva por seis meses e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, com a oferta às mães do apoio de que precisem.</li> <li>• Promovam a amamentação desde cedo, adequada, segura e apropriada, e a sua continuidade.</li> <li>• Ofereçam orientações sobre a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância em circunstâncias extremamente difíceis.</li> <li>• Avaliem quais novas leis ou medidas cabíveis podem ser necessárias como parte de uma política abrangente de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, para fazer valer os princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções subseqüentes da Assembléia Mundial de Saúde.</li> </ul> <p>(Ver metas em <i>Estratégia Global</i>).</p>	
<p>■ A Estratégia Global reforça que “as rotinas e os procedimentos hospitalares devem apoiar plenamente o início e a manutenção da amamentação por meio da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, do monitoramento e da reavaliação de unidades credenciadas, da expansão da Iniciativa para clínicas, centros de saúde e hospitais pediátricos”.</p>	<p>Projetar slides/transparências 3.20 e 3.21.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É também necessário que seja dado apoio à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância em situação extremamente difícil, sendo uma dessas situações o HIV/AIDS, e que se garanta que os responsáveis por atendimentos de emergência estejam bem treinados para apoiar práticas adequadas de alimentação que estejam em conformidade com os princípios universais da Iniciativa.</li> </ul>	
<p><b>10. Resumo do progresso mundial e regional da IHAC</b></p>	<p>Apresentar informações atuais sobre o número de hospitais Amigos da Criança no mundo e/ou região, se disponível.</p>
<p><b>11. Situação atual da IHAC no país</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descrição da situação atual da IHAC no país, incluindo, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de hospitais comprometidos a se tornarem Amigos da Criança (com certificados de comprometimento, se usados no país).</li> <li>• Número de hospitais credenciados como Amigos da Criança.</li> <li>• Processos de monitoramento ou reavaliação em andamento.</li> </ul> </li> <li>▪ Descrição breve dos planos futuros do país em relação à IHAC.</li> </ul>	<p>Solicitar que um representante nacional da IHAC ou da OMS/UNICEF descreva a situação atual da Iniciativa.</p> <p>Solicitar ao mesmo representante que descreva os planos da Iniciativa para o futuro. Pergunte aos participantes se há dúvidas, comentários ou sugestões a serem feitos. Dê tempo para as discussões.</p>
<p><b>12. Experiência do país com a IHAC (opcional)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Breve estudo de caso “A IHAC em Ação”, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiência de um hospital local que se tornou Amigo da Criança, ou</li> <li>• apresentação da experiência em outro país.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Se for adequado e do interesse dos participantes, organize a apresentação de um breve “estudo de caso”. Um administrador ou tomador de decisão de algum hospital Amigo da Criança local pode descrever “como eles conseguiram”. Alternativamente, pode ser exibido um conjunto de slides ou um vídeo com a experiência em outro lugar.</p> <p>Reserve tempo para possíveis perguntas, no final.</p>

## Impresso 3.1

### Apresentação da Seção 3

#### Objetivos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança

1. Transformar hospitais e maternidades por meio da implementação dos “Dez Passos”.
2. Dar um fim à distribuição de suplementos de substitutos do leite materno, gratuitos ou a baixo custo, em maternidades e hospitais.

Transparência 3.1

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde



**Toda unidade que cuida de mães e bebês deve seguir estes Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

Transparência 3.2

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde



**Toda unidade que cuida de mães e bebês deve seguir estes Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**

6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento não seja o leite materno, a não ser que haja uma indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos –24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno por livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a lactentes.
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Transparência 3.3

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Datas importantes na história da amamentação e da IHAC

- 1979** – Reunião Conjunta OMS/Unicef sobre Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Genebra
- 1981** – Adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno
- 1989** – Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: Papel Especial das Maternidades. Uma Declaração Conjunta OMS/Unicef.
  - Convenção sobre os Direitos da Criança
- 1990** – Declaração de Innocenti
  - Cúpula Mundial da Infância

Transparência 3.4

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Datas importantes na história da amamentação e da IHAC

- 1991** – Lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- 2000** – Consultoria Especializada da OMS sobre HIV e Alimentação de Lactentes
- 2001** – Consultoria da OMS sobre a duração ideal da amamentação exclusiva
- 2002** – Aprovação da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância pela Assembleia Mundial da Saúde
- 2005** – Declaração de Innocenti 2005
- 2006** – Consultoria Especializada da OMS sobre HIV e Alimentação de Lactentes
- 2007** – Atualização dos materiais utilizados para capacitar e avaliar a IHAC, assim como proposta de ampliação.

Transparência 3.5

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno: Resumo e papel do Hospital Amigo da Criança

Transparência 3.6

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Objetivo

Contribuir para uma nutrição segura e adequada dos lactentes, por meio da:

- proteção e promoção do aleitamento materno; e
- da garantia do uso adequado de substitutos do leite materno, quando **estes** são necessários, com base em informações corretas e práticas de comercialização e distribuição apropriadas.

Transparência 3.7

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Abrangência

Marketing e práticas a ele relacionadas, qualidade e disponibilidade e informações relativas ao uso de:

- substitutos do leite materno, dentre os quais estão as fórmulas infantis;
- outros produtos derivados do leite, alimentos e bebidas, dentre os quais estão os alimentos complementares oferecidos em mamadeiras, para uso como substituto parcial ou total do leite materno; e
- mamadeiras e bicos.

Transparência 3.8

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Resumo dos pontos principais do Código Internacional:

- Proibida a publicidade de substitutos do leite materno e outros produtos para o público
- Proibidas as doações de substitutos do leite materno a maternidades
- Proibidas as ofertas de amostras grátis para mães
- Proibida a promoção de substitutos do leite materno no âmbito do sistema de saúde
- Proibido o contato de representantes das empresas com as mães
- Proibida a distribuição de presentes ou brindes para profissionais de saúde

Transparência 3.9

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Resumo dos pontos principais do Código Internacional:

- Proibido o uso de espaço, equipamentos ou material educacional patrocinado ou produzido por fabricantes para transmitir informações sobre alimentação de lactentes para as mães.
- Proibido o uso de fotografias ou imagens de lactentes, ou que idealizem a alimentação artificial, nos rótulos de produtos.
- As informações oferecidas aos profissionais de saúde devem ser científicas e factuais.
- As informações sobre alimentação artificial, inclusive as contidas em rótulos, devem explicar os benefícios da amamentação e os custos e perigos associados à alimentação artificial.
- Produtos inadequados, como leite condensado adoçado, não devem ser promovidos para bebês.

Transparência 3.10

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## O papel dos administradores e equipes de saúde no cumprimento do Código Internacional:

- Suprimentos gratuitos ou de baixo custo de substitutos do leite materno não devem ser aceitos na unidade de saúde.
- Os substitutos do leite materno devem ser comprados pela unidade de saúde da mesma forma como outros alimentos e medicamentos, pelo menos ao preço de atacado.
- Materiais promocionais de alimentos ou bebidas para lactentes, que não o leite materno, não devem ser permitidos na unidade de saúde.
- Gestantes e mães não devem receber materiais que promovam a alimentação artificial.
- A alimentação com substitutos do leite materno deve ser demonstrada apenas por profissionais da saúde, e apenas para gestantes, mães ou familiares que precisem usá-los.

Transparência 3.11

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

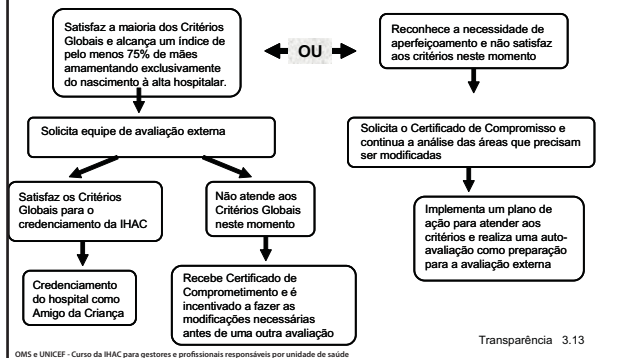
## O papel dos administradores e equipes de saúde no cumprimento do Código Internacional:

- Os estoques de substitutos do leite materno da unidade de saúde devem ser mantidos longe da vista de gestantes e mães.
- A administração da unidade de saúde não deve permitir a oferta de amostras de substitutos do leite materno ou afins que interfiram com a amamentação, para gestantes ou mães.
- Incentivos financeiros ou materiais para promover produtos do âmbito do Código não devem ser aceitos por profissionais de saúde ou suas famílias.
- Os fabricantes e distribuidores de produtos contemplados pelo Código devem informar à unidade quaisquer contribuições feitas a profissionais de saúde na forma de bolsas de estudos, viagens de estudos, verbas para pesquisa, conferências etc. Essas informações também devem ser prestadas pelo profissional favorecido.

Transparência 3.12

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## O caminho para receber o título de Hospital Amigo da Criança



OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 3.13

## Diferenças entre monitoramento e reavaliação

Monitoramento	Reavaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalia os progressos nos “Dez Passos”</li> <li>Identifica as áreas que necessitam de melhorias e auxilia no planejamento de ações</li> <li>Pode ser organizado pelo hospital ou pelo Grupo Nacional de Coordenação da IHAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avalia se o hospital cumpre os Critérios Globais para os “Dez Passos”</li> <li>Igual ao monitoramento, mas também decide se o hospital pode manter o credenciamento como “Amigo da Criança”</li> <li>Geralmente é organizado pelo Grupo Nacional de Coordenação da IHAC</li> </ul>

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 3.14

## Diferenças entre monitoramento e reavaliação

Monitoramento	Reavaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser feito por monitores “internos” ou externos ao hospital</li> <li>De baixo custo, quando realizado por uma equipe interna</li> <li>Pode ser feito com frequência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser feita por avaliadores “externos”</li> <li>De maior custo, uma vez que requer avaliadores “externos”</li> <li>Geralmente ocorre com menos frequência</li> </ul>

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 3.15

## O papel do administrador hospitalar na IHAC

- Familiarizar-se com o processo de credenciamento da IHAC
- Decidir, na estrutura do hospital, quem responderá pela IHAC – na forma de comitê de coordenação, grupo de trabalho, equipe multidisciplinar etc.
- Criar um processo de trabalho dentro do hospital para integrar o grupo responsável pelas ações relacionadas à IHAC.
- Garantir que o grupo responsável pela IHAC trabalhe no preenchimento e na interpretação do formulário de auto-avaliação hospitalar com base nos Critérios Globais.

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 3.16

## O papel do administrador hospitalar na IHAC

- Apoiar a equipe nas decisões tomadas para alcançar o título de “Amigo da Criança”.
- Facilitar a realização de todos os treinamentos relacionados à IHAC que sejam necessários.
- Colaborar com o grupo nacional de coordenação da IHAC e solicitar avaliação externa quando o hospital estiver pronto.
- Incentivar a equipe a manter a conformidade com os “Dez Passos”, providenciando treinamentos de atualização, monitoramentos e reavaliações periódicas.

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 3.17

## Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância: Objetivo

- Melhorar – por meio da alimentação ideal – a condição nutricional, o crescimento e o desenvolvimento, a saúde e, conseqüentemente, a sobrevivência de lactentes e crianças de primeira infância.

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

Transparência 3.18

### Metas operacionais da Estratégia Global

- Desenvolver, implementar, monitorar e avaliar uma política abrangente para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.
- Garantir que o setor saúde e outros setores relevantes protejam, promovam e apoiem a amamentação exclusiva por seis meses e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, provendo às mães o apoio de que precisam.
- Promover a continuidade da amamentação junto com uma alimentação complementar oportuna, adequada, segura e apropriada.
- Oferecer orientações sobre a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância em circunstâncias excepcionalmente difíceis.
- Avaliar se novas leis ou medidas cabíveis são necessárias, como parte de uma política abrangente de alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, para levar a efeito os princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções subsequentes da Assembleia Mundial de Saúde.

Transparência 3.19

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Fortalecimento da IHAC

A Estratégia Global recomenda que as rotinas e os procedimentos hospitalares devem apoiar plenamente o início e o estabelecimento bem sucedidos da amamentação por meio de:

- implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
- monitoramento e reavaliação de unidades de saúde credenciadas; e
- expansão da Iniciativa para clínicas, centros de saúde e hospitais pediátricos

Transparência 3.20

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

A Estratégia Global também recomenda que se dê apoio à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância em situação excepcionalmente difícil,

- sendo uma dessas situações a adaptação da IHAC para o atendimento de pacientes com HIV/Aids; e
- que se garanta que os responsáveis por atendimentos de emergência estejam bem capacitados para apoiar práticas apropriadas de alimentação em conformidade com os princípios universais da Iniciativa

Transparência 3.21

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Impresso 3.2

### Amamentação: Um tema de relevância mundial

#### Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância

A Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância aconteceu na sede da OMS, em Genebra, entre 9 e 12 de outubro de 1979. Ela aconteceu como parte de programas das duas organizações para a o estímulo à amamentação e a melhoria da nutrição de lactentes e crianças de primeira infância.

Fizeram parte da lista de participantes representantes de governos de vários países, de agências das Nações Unidas, ONG ativas nessa área, de indústria de alimentos para lactentes e cientistas atuantes na área. Cerca de 150 participantes estavam presentes.

A reunião foi conduzida em plenário e em cinco grupos de trabalho, tendo sido preparado um histórico pela OMS e pelo UNICEF (FHE/ICF/79.3). Os temas dos grupos de trabalhos foram:

- Incentivando e apoiando a amamentação.
- Promoção e apoio de práticas adequadas de desmame.
- Informação, educação, comunicação e treinamento.
- Condições sociais e de saúde de mulheres e sua relação com a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.
- Práticas apropriadas de comercialização e distribuição de substitutos do leite materno.

#### Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno

Os esforços para estimular a amamentação e superar problemas que possam desestimular a sua prática fazem parte de programas de nutrição e saúde infantil da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do UNICEF, e são elementos de saúde primária centrais a serem usados como meio para o alcance da saúde para todos no ano 2000. Em 1974, a 27ª Assembléia Mundial da Saúde notou um declínio geral na amamentação em várias partes do mundo. A Assembléia descobriu que esse declínio estava relacionado à promoção de substitutos do leite materno, manufaturados, e estimulou “os países membros a rever as atividades de promoção e venda de alimentos para bebês e criar medidas corretivas apropriadas, como códigos de publicidade e legislação, quando necessário”.

A questão foi novamente levantada na 31ª Assembléia Mundial da Saúde, que recomendou, em maio de 1978, a “regulamentação da promoção da venda inapropriada de alimentos infantis que possam substituir o leite materno”. Anos de discussão e debate tiveram como resultado a criação e a adoção, em 21 de maio de 1981, do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

O Código tem como objetivo principal “contribuir para a oferta de uma nutrição segura e adequada para lactentes, com a proteção e a promoção da amamentação e a

garantia do uso adequado dos substitutos do leite materno, quando necessários, com base em informações e práticas de comercialização e distribuição adequadas”. Mas também reconhece, em seu preâmbulo, a relação entre a amamentação e a nutrição do lactente, e que a subnutrição está ligada a “problemas mais amplos de educação, pobreza e injustiça social”. O Código aponta que a saúde dos lactentes e das crianças de primeira infância não pode ser isolada da saúde e da nutrição das mulheres, da sua condição socioeconômica e de seu papel como mães. Tendo como base essa visão de amamentação, o Código ajudou a abrir caminho para a inclusão da amamentação em uma série de outros documentos relacionados a direitos sociais.

### **Convenção sobre os Direitos da Criança**

Adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas no dia 20 de novembro de 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança tem como base os princípios básicos das Nações Unidas e dispositivos de tratados e documentos de direitos humanos relevantes. Com o objetivo de assegurar a saúde das crianças, a Convenção estabelece, como condição, que todos os seguimentos da sociedade, os pais em particular, devem ter acesso a orientações sobre a amamentação e ser apoiados a praticá-la. Em seu chamado para a ratificação universal da Convenção em 1995, o diretor-executivo do UNICEF, James P. Grant, citou a amamentação como parte da “revolução para as crianças”, observando que “a redescoberta científica do milagre do leite materno implica em que mais de um milhão de vidas com menos de um ano poderiam ser salvas a cada ano pela amamentação eficaz”.

### **Protegendo, Promovendo e Apoiando a Amamentação: o Papel Especial dos Serviços de Maternidade. Uma Declaração Conjunta OMS/UNICEF**

A declaração conjunta OMS/UNICEF foi idealizada para ampliar a consciência do papel crítico dos serviços da saúde na promoção da amamentação e para descrever o que deveria ser feito para proporcionar informações e apoio adequados às mães. Essa declaração foi desenvolvida para que seja usada, após adaptação para os contextos locais, por criadores de políticas e administradores, além de médicos, enfermeiros e parteiras.

Tendo como foco os cuidados nos períodos pré-natal, parto e pós-natal oferecidos em maternidades e clínicas, a declaração incentiva as pessoas responsáveis pela oferta de serviços de maternidade a analisar políticas e práticas que possam afetar a amamentação. A Declaração também aponta passos que podem ser tomados para promover e facilitar o início e o estabelecimento da amamentação por mães que estão sob seus cuidados.



### **Declaração de Innocenti**

Nascida da reunião para criadores de políticas “Amamentação nos anos 90: uma Iniciativa Global”, organizada conjuntamente pela OMS/UNICEF em agosto de 1990, a Declaração de Innocenti pela Proteção, Promoção e Apoio à Amamentação demonstra claramente os benefícios da amamentação. Ela clama por políticas e pelo estabelecimento de uma “cultura da amamentação” que capacitaria as mulheres a amamentar seus filhos de forma exclusiva dos 4 aos 6 primeiros meses de vida, e complementado até os 2 anos de idade ou mais. A Declaração solicita que os órgãos nacionais integrem programas de amamentação a suas políticas de saúde e desenvolvimento.

As quatro metas da Declaração incluem a indicação de um coordenador nacional de aleitamento materno; a criação de um comitê nacional multissetorial de aleitamento materno; garantir que toda e qualquer unidade que ofereça serviços de maternidade siga os “Dez Passos” definidos na Declaração Conjunta OMS/UNICEF, com propostas de ações para efetivar princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; e propor a criação de legislações de proteção aos direitos da amamentação de trabalhadoras, com meios para sua implementação.

### **Cúpula Mundial da Infância**

A Cúpula Mundial da Infância foi realizada em Nova Iorque no dia 30 de setembro de 1990. Por dois dias, 71 Chefes de Estado e outras 58 delegações encontraram-se para debater questões relacionadas às crianças. A Cúpula adotou a Declaração Mundial para a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento das Crianças e o seu Plano de Ação com 27 objetivos específicos para as crianças e para o seu desenvolvimento nos anos 1990, incluindo uma série de metas de alimentação e nutrição. Do seu texto constava: oferta de alimentos adequados para a criança de primeira infância e para mulheres durante a gestação e a amamentação; promoção, proteção e apoio à amamentação e práticas de alimentação complementar, incluindo alimentação frequente; o monitoramento do crescimento com ações de acompanhamento adequadas; e acompanhamento nutricional. Os planos de ação nacionais deveriam passar a refletir as metas da Cúpula. A Cúpula Mundial, a Declaração Mundial e o seu Plano de Ação reafirmaram a importância de se atingir as práticas ideais para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância e criaram as bases para futuras iniciativas com o intuito de promover, proteger e apoiar essas práticas.

### **Lançamento da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”**

A 45ª Assembléia Mundial da Saúde (realizada entre 4 e 14 de maio de 1992), em sua resolução 45.34, parabeniza a liderança dos Diretores Executivos da OMS e do UNICEF pela organização da Iniciativa Hospital Amigo da Criança; e pelo foco simultâneo da Iniciativa no papel dos serviços de saúde na proteção, promoção e apoio à amamentação, no uso da amamentação como meio para fortalecer a contribuição dos serviços de saúde para a maternidade segura, a sobrevivência infantil, e os cuida-

dos primários de saúde de modo geral. E acredita que essa iniciativa é um meio dos mais promissores para aumentar a prevalência e a duração da amamentação.

### **Declaração Mundial sobre Nutrição**

Os signatários da Declaração Mundial sobre Nutrição, adotada em dezembro de 1992 na Conferência Internacional sobre Nutrição, assumem, no artigo 19, o compromisso por “reduzir, substancialmente, ainda nesta década, as barreiras sociais e de outras naturezas à amamentação ideal”. O Plano de Ação para Nutrição, adotado na mesma Conferência, defende a importância da amamentação em tópicos relacionados à prevenção e ao tratamento de doenças infecciosas e prevenção e controle de deficiências de micronutrientes específicos. A declaração clama, também, pela promoção da amamentação, solicitando que governantes e comunidades internacionais se empenhem ao máximo no apoio à amamentação, seja para trabalhadoras formais ou informais, ou sob várias outras condições.

### **Consultoria Especializada da OMS sobre HIV e Alimentação de Lactentes**

O departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS, em colaboração com a Iniciativa HIV/DST e com o Departamento de Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, organizou uma Consultoria Técnica com foco em novos dados sobre a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho e suas implicações em políticas. O objetivo foi analisar dados científicos recentes e atualizar recomendações atuais sobre a oferta de Terapias Anti-retrovirais e o aconselhamento em alimentação infantil. A Consultoria Técnica se concentrou nesses dois componentes, mas reconheceu que vários outros componentes são importantes para programas abrangentes de prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho.

As conclusões e recomendações da reunião quanto à alimentação infantil envolveram (1) os riscos da amamentação e da substituição da amamentação, (2) a interrupção da amamentação, (3) o aconselhamento em alimentação de lactentes, (4) as condições da mama e (5) a saúde da mãe.

### **Consultoria da OMS sobre a duração ideal da amamentação exclusiva**

A OMS organizou, entre os dias 28 e 30 de março de 2001, uma consultoria especializada sobre a duração ideal da amamentação exclusiva. Os objetivos da consultoria foram:

- analisar as evidências científicas da duração ideal da amamentação exclusiva;
- formular recomendações para a prática da duração ideal da amamentação exclusiva; e
- formular recomendações para a necessidade de pesquisas nesta área.

O relatório da Consultoria Especializada resume os objetivos da consultoria, além de descobertas, recomendações para a prática e pesquisas. A agenda da consultoria e a lista de participantes também estão incluídas.

## **Estratégia Global da OMS para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**

Nas últimas décadas, as evidências científicas das exigências biológicas para a nutrição adequada, práticas alimentares e fatores que limitam a alimentação ideal cresceram significativamente. Ademais, muito se descobriu sobre intervenções eficazes para a promoção de boas práticas alimentares. Por exemplo, estudos realizados recentemente em países como Bangladesh, Brasil e México demonstraram o impacto do aconselhamento em comunidades e serviços de saúde na melhoria das práticas alimentares, na ingestão de alimentos e no crescimento.

A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância tem como objetivo revitalizar os esforços para promover, proteger e apoiar a alimentação apropriada para lactentes e crianças de primeira infância. Ela se baseia em iniciativas passadas, em especial a Declaração de Innocenti e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e chama a atenção para as necessidades de todas as crianças, inclusive as que vivem em circunstâncias difíceis, como lactentes com mães portadoras do vírus HIV, com baixo peso ao nascer e em situações emergenciais.

A estratégia especifica as responsabilidades não apenas dos governos, mas também de organizações internacionais, ONG e outros interessados. Ela clama pela participação de todos os setores envolvidos e oferece um modelo para ação acelerada, que envolve a conexão das áreas de intervenção relacionadas e o uso de recursos disponíveis em vários setores.

## **Declaração de Innocenti 2005**

O evento “Celebrando Innocenti 1990-2005: Conquistas, Desafios e Imperativos Futuros” aconteceu no dia 22 de novembro de 2005, em Florença, Itália, para comemorar os 15 anos da “Declaração de Innocenti”. O evento foi organizado em conjunto com a Autoridade Regional da Toscana e o Centro de Pesquisas Innocenti do UNICEF com uma infinidade de parcerias, como o Comitê Nacional Italiano do UNICEF, organizações da ONU e ONGs como a World Alliance for Breastfeeding Action e a International Baby Food Action Network, entre outras, e um painel internacional especializado.

A reunião teve como foco as conquistas dos últimos 15 anos e lançou a “Declaração de Innocenti 2005 sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância”. Algumas das declarações sobre a IHAC destacam que:

- Todos os governos devem revitalizar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), mantendo os Critérios Globais como a exigência mínima para todas as unidades de saúde, expandindo a abrangência da Iniciativa para serviços de maternidade, pré-natal e de saúde da criança, e apoio comunitário às lactantes e aos responsáveis por crianças de primeira infância.
- As organizações multilaterais e bilaterais e as instituições financeiras internacionais devem identificar e prover recursos financeiros e técnicos para apoiar os governos a formular, implementar, monitorar e avaliar suas políticas e programas sobre a alimentação ideal para lactentes e crianças de primeira infância, incluindo a revitalização da IHAC.

### Impresso 3.3

#### **Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno Resumo dos pontos principais<sup>6</sup>**

##### **Ausência de publicidade para o público de substitutos do leite materno.**

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

---

<sup>6</sup>Adaptado de: RADFORD, A. *Unicef UK baby-friendly initiative course in lactation management and breastfeeding promotion, Module 5.*

Impresso 3.4

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA:

Revista, Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integrado

MÓDULO 1  
HISTÓRICO E IMPLEMENTAÇÃO



## SEÇÃO 1.2 IMPLEMENTAÇÃO EM NÍVEL HOSPITALAR

### Taxas de amamentação

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) busca proporcionar a mães e bebês um bom começo da amamentação, aumentar a probabilidade de amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida e a oferta de alimentos complementares adequados com a continuidade da amamentação por 2 anos ou mais.

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

A IHAC não é capaz de garantir que mulheres que começam a amamentar exclusivamente continuarão a fazê-lo pelos 6 meses recomendados. Entretanto, algumas pesquisas demonstraram que mulheres cujos bebês receberam alimentação complementar ainda no hospital são muito pouco propensas a adotar a amamentação exclusiva. Ao estabelecer um padrão de amamentação exclusiva durante a internação na maternidade, o hospital dá um passo significativo em direção à amamentação exclusiva mais duradoura depois da alta.

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

### Oferta de substitutos do leite materno

Pesquisas demonstram claramente que as práticas de marketing relativas a substitutos do leite materno influenciam o comportamento de profissionais de saúde e mães quanto à alimentação de lactentes. Práticas proibidas pelo *Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno* (o Código) se mostraram preju-

diciais a lactentes, aumentando a probabilidade de que sejam alimentados com fórmulas infantis ou outros itens constantes do *Código*, diminuindo as práticas ideais de alimentação. O Comitê Executivo do UNICEF de 1991 apelou pelo fim da oferta de fórmulas gratuitas ou de baixo custo em todos os hospitais e maternidades até o final de 1992. A conformidade com o *Código* é exigida de unidades de saúde que desejam credenciar-se como Amigas da Criança.

Foram acrescentadas perguntas ao *Instrumento de Auto-Avaliação* que ajudarão GCI e maternidade a determinarem se seus serviços estão em conformidade com o *Código* e resoluções subseqüentes da AMS e quais ações são necessárias para atingir tal conformidade.

### **O HIV e a alimentação de lactentes**

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

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

É recomendado que os GCI de cada país trabalhem com outros importantes tomadores de decisão para determinar se os componentes da avaliação, relacionados ao HIV, são necessários e se essa necessidade se aplica a todas as unidades ou apenas àquelas que atendem a critérios especificados. Essa decisão deve ser baseada na incidência de HIV entre gestantes e mães e, portanto, na necessidade de informação e apoio. Se essa informação não estiver disponível, pesquisas podem ser necessárias para determinar o percentual de gestantes e mães HIV positivas entre as mulheres que usam os serviços pré-natais em maternidades. É sugerido que, se uma maternidade tem uma incidência de mulheres HIV positivas superior a 20% e/ou possui um programa de prevenção da transmissão de HIV de mãe para filho<sup>7</sup>, esse componente da avaliação deve ser solicitado. Se a incidência for superior a 10%, o uso desse componente é fortemente recomendável. Tomadores de decisão no nível nacional em países com alta incidência de HIV podem decidir incluir outros critérios e perguntas relacionados ao HIV, a depender das necessidades<sup>8</sup>.

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

<sup>7</sup> Nota do Tradutor (NT) PMTCT = Prevenção da transmissão de mãe para criança, em alguns países chamada PTV (Prevenção da Transmissão Vertical).

<sup>8</sup> No Brasil não fará parte dos critérios de avaliação da IHAC o tópico "HIV e alimentação de lactentes".

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

### **Cuidado Amigo da Mãe<sup>9</sup>**

Novos *Critérios Globais* e perguntas foram acrescentados para garantir que sejam respeitadas as práticas de trabalho de parto e parto amigo da mãe. Essas práticas são importantes para a saúde física e psicológica das mães e, assim como a amamentação, propiciam um melhor começo de vida para as crianças. Muitos países incluíram critérios amigos da mãe na Iniciativa e, em alguns casos, renomearam as iniciativas nacionais como “amigas da mãe e da criança”. Outros países adotaram iniciativas “amigas da mãe” plenas. Novas perguntas de auto-avaliação e avaliação sobre esse tópico oferecem uma forma, para países que ainda não o fizeram, de acrescentar um componente concentrado em critérios “amigos da mãe” necessários para o “cuidado continuado” ideal de mães e bebês dos períodos pré-natal ao pós-parto.<sup>10</sup>

### **Processo de Credenciamento de Hospital Amigo da Criança**

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

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

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

<sup>9</sup> No Brasil não farão parte dos critérios de avaliação da IHAC os tópicos “HIV e alimentação de lactentes” e “Cuidado Amigo da Mãe”

<sup>10</sup> Veja o *site* Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) <<http://www.motherfriendly.org/MFCL/>> para uma descrição de práticas de parto e nascimento Amigos da Mãe.



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

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

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

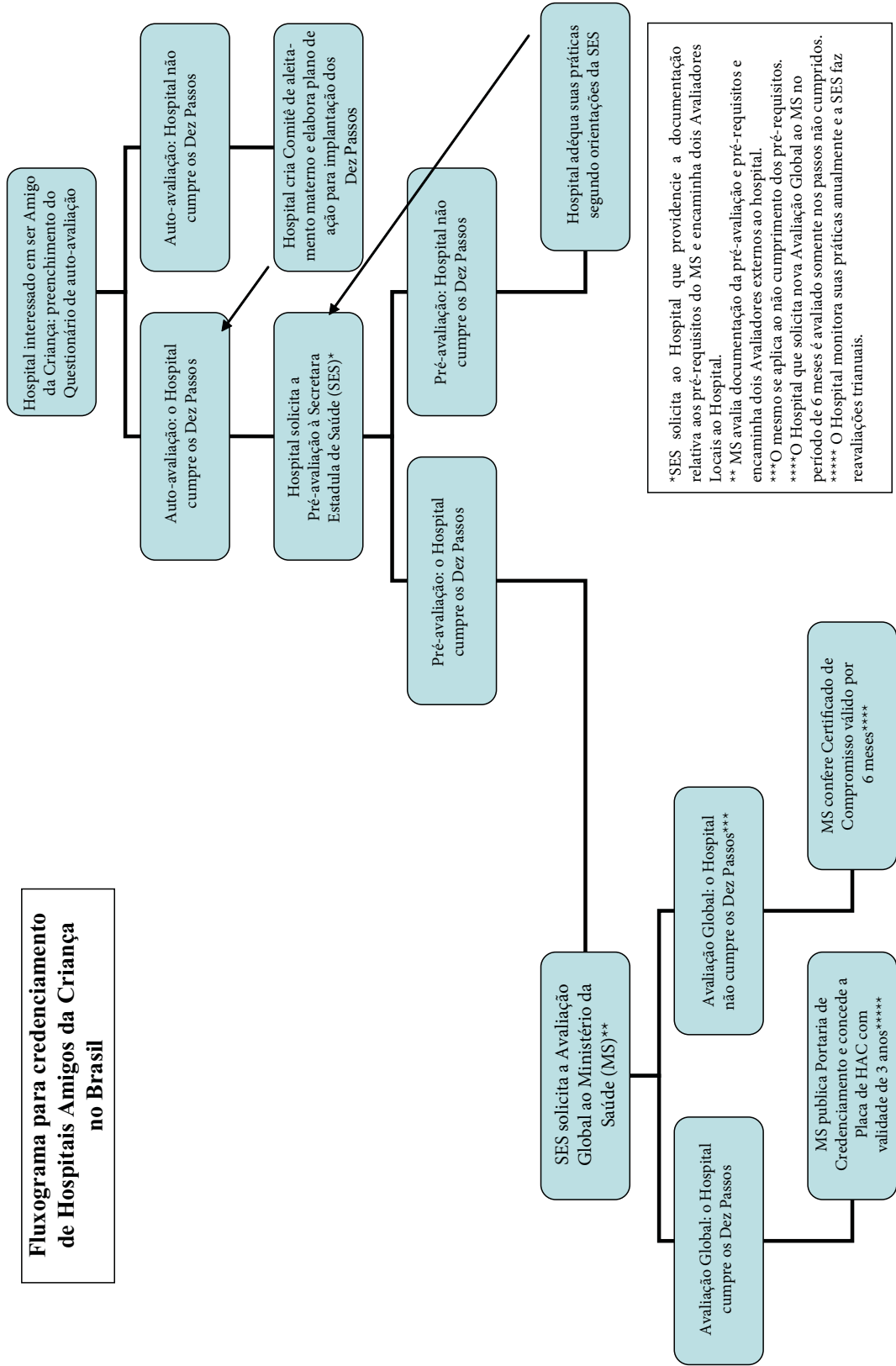
Por outro lado, se a unidade não estiver em conformidade com os *Critérios Globais*, ela deve ser agraciada com o *Certificado de Compromisso* em tornar-se Amiga da Criança e estimulada ou auxiliada a realizar análises sobre seus pontos fracos a tomar as ações necessárias para alcançar a conformidade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

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

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

Este processo está ilustrado no fluxograma da página seguinte.

**Fluxograma para credenciamento de Hospitais Amigos da Criança no Brasil**



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

## SEÇÃO 1.3 CRITÉRIOS GLOBAIS DA IHAC

### **Critérios para os Dez Passos, o Código e os componentes opcionais**

Os *Critérios Globais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança* servem como padrão para aferir a adesão a cada um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Os critérios listados abaixo quanto a cada um dos Dez Passos e ao Código são os requisitos globais mínimos para a designação *amigo da criança*. Para os temas “HIV e Alimentação de Lactentes” e “Cuidado Amigo da Mãe”, são fornecidos critérios adicionais, com a recomendação de que os tomadores de decisões relevantes de cada país decidam se esses critérios devem ou não ser exigidos, dependendo da prevalência do HIV entre as mulheres usuárias de serviços de maternidade e da necessidade de incluir critérios relacionados a trabalho de parto e parto amigos da mãe<sup>11</sup>.

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

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

<sup>11</sup> No Brasil não farão parte dos critérios de avaliação da IHAC os tópicos “HIV e alimentação de lactentes” e “Cuidado Amigo da Mãe”.

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

**Critérios Globais – Passo Um**

A unidade de saúde deve possuir uma política escrita de amamentação ou alimentação de lactentes que atenda a todos os Dez Passos e proteja o aleitamento materno, ao aderir ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

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

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

**Critérios Globais – Passo Dois**

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

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

A documentação do treinamento deve indicar que 80%, ou mais, do pessoal clínico da unidade que tem contato com mães e/ou lactentes e integra a equipe há 6 meses ou mais, receberam treinamento (seja no hospital, ou antes de sua contratação) que abrange os Dez Passos, o Código e as subseqüentes resoluções da OMS. Provavelmente serão necessárias no mínimo 20 horas de treinamento direcionado, a fim de desenvolver o conhecimento e as habilidades necessárias para apoiar as mães adequadamente. São exigidas 3 horas de prática clínica supervisionada.

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

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

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

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

Dos membros do pessoal clínico selecionados ao acaso\*:

- pelo menos 80% devem confirmar que receberam o treinamento descrito ou, caso estejam trabalhando nos serviços de maternidade há menos de 6 meses, que tenham, no mínimo, recebido orientação quanto à política escrita e aos papéis que eles desempenham em sua implementação;
- pelo menos 80% devem ser capazes de responder corretamente no mínimo 4 de 5 questões sobre apoio e promoção à amamentação; e
- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever dois assuntos que devem ser discutidos com uma gestante caso ela sinalize que está considerando oferecer a seu bebê algo que não leite materno.

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

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

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

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

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

**Crerios Globais – Passo Trés**

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

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

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

- pelo menos 70% devem confirmar que um membro da equipe da unidade de saúde conversou com elas sobre amamentação ou ofereceu que participassem de uma palestra sobre o assunto; e
- pelo menos 70% devem ser capazes de descrever adequadamente o que foi discutido sobre dois dos seguintes tópicos: a importância do contato pele a pele, o alojamento conjunto e os riscos de suplementos ao aleitamento materno nos 6 primeiros meses.

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

Este passo, hoje, é interpretado como:

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

**Critérios Globais – Passo Quatro**

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

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

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

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

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

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

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

**Critérios Globais – Passo Cinco**

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

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

Dos membros do pessoal clínico selecionados ao acaso:

- pelo menos 80% devem mencionar que ensinam as mães a posicionar seus bebês para que sejam amamentados com uma pega eficaz e são capazes de descrever ou demonstrar técnicas corretas para os dois procedimentos (posição e pega), ou indicam corretamente às mães quem é capaz de fornecer essa orientação;
- pelo menos 80% devem referir que ensinam as mães a extração manual de leite e são capazes de descrever ou demonstrar uma técnica aceitável para esse procedimento, ou indicam corretamente às mães quem é capaz de fornecer essa orientação; e
- pelo menos 80% devem ser capazes de descrever como as mães que não estão amamentando podem ser assistidas a preparar os alimentos dos filhos de forma segura, ou indicam corretamente às mães quem é capaz de fornecer essa orientação.

Das mães selecionadas ao acaso (inclusive as que passaram por cesariana):

- pelo menos 80% das que estão amamentando devem mencionar que a equipe de enfermagem ofereceu assistência em relação à amamentação na primeira vez em que elas amamentaram seus bebês ou em até seis horas após o parto (ou quando elas puderam reagir às orientações);
- pelo menos 80% das que estão amamentando devem ser capazes de demonstrar ou descrever o posicionamento do bebê e a pega corretos para a amamentação;
- pelo menos 80% das que estão amamentando devem referir que foram ensinadas a extrair o leite com a mão ou que lhes deram informações por escrito de como fazê-lo, e que receberam a indicação de quem procurar se necessitassem de ajuda; e
- pelo menos 80% das mães que decidiram não amamentar devem mencionar que receberam ajuda para aprender a preparar e oferecer alimentos a seus bebês, serem capazes de descrever a orientação recebida e que foram solicitadas a demonstrar como preparar os alimentos, após terem aprendido a fazê-lo.



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

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

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

**CrITÉRIOS Globais – Passo Seis**

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

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

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

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

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

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

Pelo menos 80% das mães selecionadas ao acaso devem reportar que seus bebês receberam apenas leite materno ou, caso tenham recebido outro alimento, que havia motivos médicos aceitáveis, descritos pela equipe, ou que isso foi resultado de uma escolha consciente.

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

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

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

**Critérios Globais – Passo Sete**

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

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

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

**Critérios Globais – Passo Oito**

Das mães selecionadas ao acaso:

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

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

**CrITÉrios Globais – Passo Nove**

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

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

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

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

**CrITÉrios Globais – Passo Dez**

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

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

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

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

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

### CrITÉrios Globais – Conformidade com o Código

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

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

A revisão dos registros e recibos deve indicar que nenhum substituto do leite materno, incluindo fórmulas infantis para lactentes e outros, é comprado pela unidade de saúde por preço de venda inferior ao de atacado.

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

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

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

## **Anexo A – Razões médicas aceitáveis para complementação ou substituição do leite materno**

A amamentação exclusiva é a norma. Em um pequeno número de situações, pode haver indicação médica para a suplementação ou para a não utilização do leite materno. Vale distinguir entre:

- lactentes que não podem ser amamentados, mas para quem o leite materno continua sendo a melhor opção de alimentação;
- lactentes que podem necessitar de outros nutrientes além do leite materno;
- lactentes que não devem ser alimentados com leite materno nem com qualquer espécie de leite, incluindo os substitutos do leite materno comuns, e que necessitem de uma fórmula infantil especial;
- lactentes para quem o leite da mãe não está disponível; e
- doenças maternas que afetam a recomendação de amamentação.

**Lactentes que não podem ser amamentados, mas para quem o leite materno continua sendo a melhor opção de alimentação**, incluem lactentes que são muito fracos, têm dificuldade de sucção ou anormalidades orais ou estão separados da mãe, que lhes está fornecendo o leite. Esses lactentes podem ser alimentados com leite via sonda, colher ou copo.

**Lactentes que podem necessitar de outros nutrientes além do leite materno** incluem aqueles com peso extremamente baixo ao nascer ou recém-nascidos muito prematuros, como, por exemplo, os nascidos com menos de 1.500g ou 32 semanas de gestação; lactentes que sofrem risco de hipoglicemia devido a problemas de saúde, quando uma quantidade suficiente de leite materno não está disponível; lactentes que estão desidratados ou desnutridos, e o leite materno sozinho é incapaz de suprir suas deficiências. Esses lactentes requerem um plano de alimentação individualizado, e o leite materno deve ser usado ao máximo possível. Devem ser feitos esforços no sentido de sustentar a produção de leite materno, por meio do incentivo à extração do leite pela mãe. Leite de doadoras testadas também pode ser utilizado. O leite posterior é rico em calorias e especialmente valioso para lactentes de baixo peso ao nascer.

**Lactentes que não devem ser alimentados com leite materno nem com qualquer espécie de leite, incluindo os substitutos do leite materno comuns**, incluem os lactentes com certas doenças metabólicas raras – tais como a galactosemia, que podem necessitar ser alimentados com uma fórmula infantil especial sem galactose, ou a fenilcetonúria, quando alguma amamentação pode ser possível e substituída parcialmente por uma fórmula sem fenilalanina.

**Lactentes para quem o leite da mãe não está disponível** incluem aqueles cuja mãe morreu ou está distante do bebê e que não pode fornecer leite extraído. A amamentação por outra mulher pode ser uma alternativa<sup>12</sup>, ou a necessidade de substituição do leite materno pode ser apenas parcial ou temporária. Em raras situações de doenças maternas a amamentação não é recomendada.

<sup>12</sup> No Brasil, amamentação cruzada é contra-indicada.

**Doenças maternas que podem afetar a recomendação de amamentação** incluem aquelas em que a mãe está fisicamente fraca, sob medicação ou é portadora de doenças infecciosas.

- Uma mãe fraca pode ser ajudada a posicionar seu bebê de forma que ele possa mamar.
- Uma mãe com febre precisa de líquidos suficientes.

#### *Medicações maternas*

Se a mãe estiver tomando uma quantidade pequena de medicamentos como anti-metabólitos, iodo radioativo ou alguns tipos de drogas antitireoidianas, a amamentação deve ser interrompida durante o tratamento. Algumas medicações podem causar tontura ou outros efeitos colaterais no lactente. Procure-as na lista da OMS e, quando possível, opte por um medicamento que seja mais seguro e monitore o lactente para observar possíveis efeitos colaterais, enquanto a amamentação continua.

#### *Mães que usam drogas*

Se a mãe for usuária de drogas intravenosas, a amamentação não é indicada.

#### *Mães infectadas pelo HIV*

Quando há substitutos do leite materno aceitáveis, factíveis, acessíveis, sustentáveis e seguros (AFASS), é recomendado que as mulheres infectadas pelo HIV evitem amamentar. Caso contrário, a amamentação exclusiva é recomendada durante os primeiros meses de vida e deve ser descontinuada assim que seja possível cumprir as condições especificadas acima<sup>13</sup>. O aleitamento misto (amamentação e uso de substitutos do leite materno ao mesmo tempo) não é recomendado.

#### *Mães com outras doenças infecciosas*

Abscesso da mama: a amamentação no seio afetado não é recomendada, mas o leite deve ser extraído. A amamentação pode ser retomada depois que o abscesso houver sido drenado e o tratamento da mãe com antibióticos for iniciado. A amamentação deve continuar no seio não afetado.

Vírus herpes simples Tipo 1 (HSV-1): mulheres que apresentem lesões de herpes nos seios devem interromper a amamentação até que todas as lesões ativas tenham acabado.

Varicela-zóster: não é recomendada a amamentação de um recém-nascido enquanto a mãe esteja infectada, mas esta deve ser retomada assim que a mãe estiver livre da infecção.

Doença de Lyme: a amamentação pode continuar durante o tratamento da mãe.

<sup>13</sup> O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positiva.

HTLV-I (vírus linfotrófico-T humano do tipo I): a amamentação não deve ser encorajada caso seja possível o uso de alternativas seguras e factíveis (AFASS) de alimentação substitutiva.

**Doenças maternas de preocupação comum nas quais não existe contra-indicação para amamentar**

Hepatite B: as mães infectadas devem continuar amamentando como de costume. Os lactentes devem receber vacina contra hepatite B nas 48 primeiras horas ou o mais breve possível.

Tuberculose: a amamentação pela mãe bacilífera deve ser continuada. A mãe e o bebê devem ser tratados de acordo com as orientações para tuberculose de cada país.

Mastite: em geral, continuar amamentando durante a terapia com antibióticos é recomendável.

**Referências:**

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the UNICEF/WHO eleventh WHO model list of essential drugs*. Geneva, 2002.

\_\_\_\_\_. *Child and adolescent health*. Geneva, [19--?]. Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubnutrition.htm>>.

\_\_\_\_\_. *HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence*. Geneva, 2004.

## Impresso 3.5

### Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revisada, Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integrado

#### MÓDULO 4 AUTO-AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO HOSPITALAR



#### 4.1 O INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO HOSPITALAR

##### O uso do Instrumento de Auto-Avaliação Hospitalar para avaliar políticas e práticas

Qualquer hospital ou unidade de saúde que possua serviços de maternidade e esteja interessado em se tornar Amigo da Criança deve – como primeiro passo – adaptar suas práticas aos *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*. Este *Instrumento de Auto-Avaliação* foi desenvolvido para o uso em hospitais, maternidades e outras unidades de saúde de forma a avaliar a conformidade de suas práticas com os *Dez Passos* e com outras recomendações da Declaração Conjunta OMS/UNICEF de 1989, *Protegendo, promovendo e apoiando a amamentação: o papel especial dos serviços de maternidade*. Esse instrumento também ajuda as unidades a avaliarem sua conformidade com o *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno* e subseqüentes resoluções da Assembléia Mundial da Saúde, suas práticas de apoio a mulheres HIV positivas e seus filhos, e se oferecem Cuidado Amigo da Mãe<sup>14</sup>.

Em muitos casos, pode ser útil que os gestores do hospital sejam orientados sobre as metas e objetivos da IHAC antes da auto-avaliação. Pode ser desenvolvida uma seção de orientação com a utilização do Módulo 2: *Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores e/ou a Seção 15 “Como tornar sua unidade um Hospital Amigo da Criança”*, inclusa no Módulo 3: *Promoção e apoio à amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de*

<sup>14</sup>No Brasil, não farão parte dos critérios de avaliação da IHAC os tópicos “HIV e alimentação de lactentes” e “cuidado amigo da mãe-Cuidado Amigo da Mãe”.



maternidade, juntamente com uma análise do *Instrumento de Auto-Avaliação* e dos *Critérios Globais da IHAC*, que serão discutidos nas páginas seguintes.

O *Instrumento de Auto-Avaliação* apresentado a seguir permitirá que os diretores e responsáveis por unidades relevantes de hospitais ou outras unidades de saúde que prestem serviços de maternidade façam uma análise de suas práticas no que tange ao apoio à amamentação. Preencher esse questionário de auto-avaliação é o primeiro estágio do processo, mas não qualifica o hospital como apto ao credenciamento da IHAC.

Os *Critérios Globais* que guiam a avaliação externa quanto à conformidade do hospital com os critérios da IHAC também devem ser analisados pela equipe, já que refletem a eficiência do seu programa de amamentação. Para fácil referência, os *Critérios Globais* para cada um dos Passos, para o Código, para HIV e alimentação de lactentes, e cuidado Amigo da Mãe, estão nas suas respectivas seções do *Instrumento de Auto-Avaliação*, que inclui, ainda, três anexos:

- Anexo A, um questionário que ajuda a avaliar a política de amamentação ou alimentação de lactentes do hospital;
- Anexo B, uma lista que contém os pontos principais do *Código Internacional de Comercialização* e o papel do administrador e da equipe no seu cumprimento; e
- Anexo C, razões médicas aceitáveis para a suplementação.

A relevância de critérios nacionais e experiências locais pode levar órgãos nacionais e internacionais responsáveis pela IHAC a avaliarem a inclusão de outros critérios no Instrumento de Auto-Avaliação global. As práticas consideradas pelas unidades de saúde como de desestímulo à amamentação deverão ser levadas em conta durante o processo de auto-avaliação.

Se isso ainda não ocorrer, é importante que o hospital avalie a possibilidade de acrescentar estatísticas de alimentação e a implementação dos Dez Passos ao sistema de armazenamento de registros da maternidade, preferencialmente integrado ao sistema de informação em uso. Se o hospital precisar de orientações quanto a como coletar esses dados e suas aplicações em potencial, a equipe responsável pode usar como referência as amostras de instrumentos de coleta disponíveis neste documento (Seção 4.2: *Orientações e instrumentos para monitoramento de Hospitais Amigos da Criança*).

### **Análise dos resultados da auto-avaliação**

Em circunstâncias ideais, a maioria das questões nesse instrumento será respondida com um “sim”. Um número muito alto de respostas negativas sugere divergências com as recomendações da *Declaração Conjunta OMS/UNICEF* e seus *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. Durante o processo de *Auto-Avaliação*, o hospital pode, além de responder ao questionário, testar informalmente a equipe e as mães usando os Critérios Globais para os diversos passos como guia para determinar se atende aos padrões estabelecidos.

Quando a unidade de saúde responder a maioria das perguntas com um “sim”, ela estará apta a prosseguir com os demais passos no sentido de se tornar um Hospital

Amigo da Criança. Em alguns países, o próximo passo é a visita de pré-avaliação, quando um consultor local visita a unidade de saúde e trabalha com os administradores e a equipe para ter certeza de que ela está pronta para ser avaliada.

Em seguida, é agendada a visita de uma equipe de avaliação externa que se reporta ao grupo nacional de coordenação da IHAC. Os assessores externos usarão o *Instrumento de Avaliação Hospitalar Externa* para determinar se o hospital está apto a ser credenciado “Amigo da Criança”.

Um hospital com muitas respostas “não” no *Instrumento de Auto-Avaliação*, ou onde a amamentação exclusiva ou a alimentação com leite materno do nascimento à alta hospitalar ainda não ocorre com pelo menos 75%<sup>15</sup> dos recém-nascidos da maternidade, pode desenvolver um plano de ação. O objetivo é minimizar as práticas que impedem o início da amamentação exclusiva e maximizar aquelas que a apóiam.

### Ação

Os resultados da auto-avaliação devem ser comunicados ao grupo nacional de coordenação da IHAC. Se for necessário dar atenção a conhecimentos e práticas antes da avaliação externa, podem ser providenciados treinamentos ministrados por profissionais capacitados que tenham participado de cursos (nacionais ou internacionais) de treinamento para capacitadores sobre o manejo de lactação ou que possuam certificado nacional ou internacional de consultores em lactação.

Em várias situações, foi observado um efeito positivo no desenvolvimento de núcleos de especialistas que oferecem assistência à amamentação em unidades de saúde e comunidades. Por intermédio de profissionais de saúde comunitários (parteiras, por exemplo) e grupos de apoio à mãe, as mães podem receber orientações e apoio em seu ambiente doméstico, um serviço vital onde quer que a amamentação exclusiva e sustentada tenha se tornado incomum.

É aconselhável que uma equipe ou comitê da IHAC ou de “apoio à amamentação” seja organizado na unidade de saúde à época da auto-avaliação, caso isso não tenha sido feito antes. Esse comitê ou equipe pode ser incumbido da coordenação de todas as atividades relativas à implementação e ao monitoramento da IHAC, inclusive o monitoramento da conformidade com o *Código de Comercialização*. O comitê pode liderar e coordenar todas as demais atividades, como marcar treinamentos, outras auto-avaliações, avaliação externa, automonitoramento e reavaliação. Os seus membros devem ser profissionais de diversas áreas (por exemplo, médicos como neonatologistas, pediatras e obstetras, enfermeiros, parteiras, nutricionistas, profissionais de saúde, etc.) e alguns devem ocupar cargos administrativos influentes ou posição de liderança.

A unidade de saúde pode consultar órgãos governamentais ou escritórios nacionais do UNICEF e da OMS, que poderão oferecer mais informações sobre políticas e treinamentos, contribuindo para o aumento do número de unidades “Amigas da Criança”.

---

<sup>15</sup> Como mencionado anteriormente, as mães que não amamentam por razões médicas ou em virtude de escolhas plenamente informadas, inclusive as mães HIV positivas, podem ser incluídas nos 75%.

## Preparação para a avaliação externa

Antes de avaliados e credenciados “Amigos da Criança”, os hospitais são incentivados a desenvolver:

- uma política escrita de amamentação/alimentação de lactentes que atenda a todos os *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno* e respeite o *Código, assim como critérios relacionados ao HIV e alimentação de lactentes, se o tema fizer parte dos critérios*<sup>16</sup>;
- uma política escrita em conformidade com o “Cuidado Amigo da Mãe”, se o tema fizer parte dos critérios; e
- um resumo das orientações transmitidas durante o pré-natal relativas aos temas manejo da amamentação e alimentação do lactente não amamentado.

Se os critérios HIV e alimentação de lactentes e Cuidado Amigo da Mãe fizerem parte da avaliação, devem ser desenvolvidos documentos relativos ao treinamento de equipes e às orientações transmitidas durante os cuidados pré-natais sobre esse assunto.

Também são necessários para a avaliação:

- comprovantes da compra de fórmulas infantis e outros suprimentos relacionados; e
- uma lista dos membros da equipe que prestam serviços a mães e/ou bebês e o número de horas de treinamento que receberam em tópicos relacionados.

Pode ser necessário juntar esses documentos e entregá-los ao chefe da equipe de avaliação externa antes da avaliação.

## Questionário de Auto-Avaliação

### Dados do hospital

Nome e endereço do hospital:

- O hospital é:
- [assinale todas as opções aplicáveis]
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> hospital maternidade | <input type="checkbox"/> hospital público    |
| <input type="checkbox"/> hospital geral       | <input type="checkbox"/> hospital particular |
| <input type="checkbox"/> hospital de ensino   | <input type="checkbox"/> outro (especificar) |

Nome e título do diretor ou administrador do hospital:

Telefone ou ramal: \_\_\_\_\_

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

Nome e título do diretor da maternidade:

Telefone ou ramal: \_\_\_\_\_

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

<sup>16</sup> No Brasil, não fará parte dos critérios de avaliação da IHAC o tópico “HIV e alimentação de lactentes”.

Nome e título do diretor dos serviços/clínica de pré-natal:

Telefone ou ramal: \_\_\_\_\_

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

Números de leitos da maternidade: \_\_\_\_\_

Média diária de mães com bebês nascidos a termo em leitos da maternidade: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A unidade de saúde possui unidade(s) para lactentes que precisam de cuidados especiais (nascidos abaixo do peso, prematuros, doentes, etc.)?  Sim  Não

[Caso "Sim":] Nome da unidade: \_\_\_\_\_ Censo médio diário: \_\_\_\_\_

Nome da unidade: \_\_\_\_\_ Censo médio diário: \_\_\_\_\_

Nome do diretor da unidade: \_\_\_\_\_

Existem, na maternidade, áreas para a observação de bebês saudáveis?

Sim  Não

[Caso "Sim":] Censo médio diário de cada área: \_\_\_\_\_

Nome do diretor das áreas: \_\_\_\_\_

Qual é o percentual de mães que dão à luz no hospital e consultam na clínica pré-natal do hospital? \_\_\_\_ %

O hospital não possui clínica de pré-natal

O hospital possui clínicas de pré-natal fora das dependências hospitalares?

Sim  Não

[Caso "Sim":] Favor descrever onde e quando ocorrem as consultas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existem leitos especiais para gravidez de alto risco?  Sim  Não

[Caso "Sim":] Quantos? \_\_\_\_\_

Qual o percentual de mulheres que dão entrada no hospital sem terem passado por cuidados pré-natais? \_\_\_\_\_ %  Não sei

As equipes abaixo têm responsabilidade direta em auxiliar mulheres na amamentação (AM):

Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	AM	Consultores de lactação	<input type="checkbox"/>	AM
Parteiras	<input type="checkbox"/>		Clínicos gerais	<input type="checkbox"/>	
Enfermeiros de unidades especiais	<input type="checkbox"/>		Pediatras	<input type="checkbox"/>	
Unidades de cuidados especiais/ UTINeonatal	<input type="checkbox"/>		Obstetras	<input type="checkbox"/>	
Especialistas em dietas	<input type="checkbox"/>		Conselheiros em alimentação infantil	<input type="checkbox"/>	

- Nutricionistas  Conselheiros leigos/da comunidade
- Outras equipes (Especificar):

Existem comitês de amamentação e/ou de HIV e alimentação de lactentes no hospital?

Sim  Não

[Caso "Sim":] Favor descrever: \_\_\_\_\_

- **Dados recentes:** (ano que passou \_\_\_\_\_ )
- Total de partos no ano que passou: \_\_\_\_\_ , dos quais:
- \_\_\_\_\_ % foram cesarianas sem anestesia geral.
- \_\_\_\_\_ % foram cesarianas com anestesia geral.
- \_\_\_\_\_ % dos lactentes foram levados à unidade de cuidados especiais, ou semelhantes.

Número total de bebês nascidos a termo que tiveram alta hospitalar no ano que passou: \_\_\_\_\_, dos quais:

- \_\_\_\_\_ % receberam amamentação exclusiva (ou foram alimentados com leite materno) do nascimento à alta hospitalar.
- \_\_\_\_\_ % receberam pelo menos um alimento que não o leite materno (fórmula infantil, água ou outros líquidos) no hospital, em virtude de razões médicas documentadas ou por escolha informada da mãe.
- \_\_\_\_\_ % receberam pelo menos um alimento que não o leite materno sem razão documentada ou escolha informada da mãe.

[Nota: A porcentagem total deve ser igual a 100%.]

Os dados acima indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo no ano que passou receberam amamentação exclusiva ou foram alimentados com leite materno, do nascimento à alta hospitalar, ou, caso tenham consumido alimentos que não o leite materno, isso esteve relacionado a razões médicas documentadas ou por escolha informada da mãe:

Sim  Não

Percentual de gestantes que fizeram teste e aconselhamento sobre HIV: \_\_\_\_\_ %

Porcentagem de mães que sabiam que eram HIV positivas no momento do parto: \_\_\_\_\_ %

Favor descrever as fontes dos dados acima: \_\_\_\_\_

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

		SIM	NÃO
1.1	A unidade de saúde possui uma política de aleitamento materno escrita que atenda aos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos serviços de maternidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continua

continuação

1.2	A política protege a amamentação, com a proibição de substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	A política proíbe a distribuição de brindes com amostras comerciais e produtos, ou materiais promocionais desses produtos, para as mulheres e para outras pessoas, assim como brindes para a equipe e para o hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	A política de amamentação/alimentação de lactentes está disponível para que toda a equipe de cuidados materno-infantis possa consultá-la?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Há resumos da política de amamentação/alimentação de lactentes, incluindo questões relacionadas aos “Dez Passos”, ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções subseqüentes da Assembléia Mundial de Saúde, disponíveis em todas as áreas da unidade de saúde destinadas a mães, lactentes e/ou crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Os resumos estão escritos em linguagem de fácil entendimento para as mães e a equipe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Existe algum mecanismo para avaliar a eficácia da política?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Todas as políticas ou normas relacionadas à amamentação estão em conformidade com os atuais padrões baseados em evidências científicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nota: Consultar “Anexo A – Lista de Conferência – Política Hospitalar de Amamentação/Alimentação de Lactentes”, um instrumento útil para a avaliação da política hospitalar.*

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

		SIM	NÃO
2.1	Todos os membros da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes são orientados quanto à política de amamentação/alimentação de lactentes do hospital quando começam a trabalhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Todos os membros da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes estão cientes da importância da amamentação e familiarizados com a política da unidade de saúde e os serviços voltados à proteção, promoção e apoio à amamentação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continua

continuação

2.3	Todos os membros da equipe admitidos há mais de seis meses que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes (ou todos os membros da equipe, caso revezem atribuições e responsabilidades com frequência) receberam treinamento e orientações sobre a promoção e o apoio à amamentação, a menos que já tenham recebido treinamento anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	O treinamento cobre “os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	O treinamento para a equipe clínica é de pelo menos 20 horas, incluídas no mínimo 3 horas de prática clínica supervisionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	O treinamento do pessoal não clínico é suficiente, dadas suas atribuições, para que tenham domínio de técnicas e conhecimentos suficientes para apoiar as mães a amamentarem seu filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	O treinamento é também oferecido a todo pessoal clínico (ou à parte responsável) que presta cuidados a mulheres e lactentes e apoio à alimentação de lactentes não amamentados e às mães que fizeram essa escolha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Todos os membros da equipe que cuidam de gestantes, mães e lactentes são capazes de responder perguntas simples sobre a promoção da amamentação e o apoio a mães que não amamentam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Equipes não clínicas, como atendentes de saúde, profissionais de saúde, equipes administrativas, de limpeza e serventes, são capazes de responder perguntas simples sobre a amamentação e sobre como apoiar as mães na alimentação de seus bebês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 acompanhamento pré-natal ou clínicas satélites?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Caso afirmativo, as gestantes que recebem cuidados pré-natais são informadas sobre a importância e o manejo da amamentação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Os registros pré-natais indicam se a amamentação foi discutida com a gestante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continua

continuação

3.4	As orientações pré-natais, orais e escritas cobrem tópicos centrais relacionados à importância e ao manejo da amamentação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	As gestantes são protegidas de promoções, orais ou escritas, e de orientações em grupo sobre alimentação artificial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	As gestantes que recebem cuidados pré-natais são capazes de descrever os riscos da oferta de suplementos enquanto amamentam nos seis primeiros meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	As gestantes que recebem cuidados pré-natais são capazes de descrever a importância do contato pele a pele entre mães e filhos desde cedo e no alojamento conjunto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Os registros do pré-natal são disponibilizados no momento do parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	A unidade de saúde leva em consideração a intenção da mãe em amamentar quando ela usa sedativos, analgésicos ou anestesia durante o parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	A equipe da unidade está ciente dos efeitos de tais medicamentos na amamentação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Nota: Se o hospital não possui serviços pré-natais ou clínicas satélites, as questões referentes ao Passo 3 e aos Critérios Globais não se aplicam e não precisam ser respondidas.



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

Este Passo agora é interpretado como:

**Colocar os bebês em contato com a pele da mãe imediatamente após o parto por pelo menos uma hora e incentivar as mães a reconhecer quando seus filhos estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário.**

		SIM	NÃO
4.1	Os bebês nascidos por parto normal ou por cesariana <u>sem</u> anestesia geral são colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, e as mães são incentivadas a continuar com o contato por no mínimo uma hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Os bebês nascidos por cesariana <u>com</u> anestesia geral são colocados em contato pele a pele com suas mães logo após a recuperação dos sentidos e da atenção, e os mesmos procedimentos são seguidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Todas as mães recebem ajuda, durante esse período, para reconhecer os sinais de que seus bebês estão prontos para serem amamentados e são auxiliadas, se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	As mães de bebês que precisam de cuidados especiais são incentivadas a segurar seus filhos, com contato pele a pele, a menos que haja uma razão justificável para não fazê-lo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continua

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

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
5.1	A equipe oferece às mães que amamentam assistência com a amamentação de seus bebês na segunda mamada ou até seis horas depois do parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	A equipe é capaz de descrever as informações e demonstrar as habilidades que possui para as mães que estão amamentando e para aquelas que não estão, para ajudá-las na alimentação bem-sucedida de seus bebês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Os membros da equipe especializados em amamentação e manejo da lactação estão disponíveis em tempo integral para orientar as mães durante o período hospitalar e na preparação para a alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	A equipe oferece orientações sobre outras opções de alimentação e ajuda para cuidados com o peito para mães de bebês que precisam de cuidados especiais e decidiram não amamentá-los?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	As mães que estão amamentando são capazes de demonstrar como posicionar e segurar seus filhos corretamente na hora da amamentação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	As mães que estão amamentando são orientadas sobre como extrair o leite com a mão ou são informadas sobre o assunto e orientadas sobre onde conseguir ajuda, se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	As mães que nunca amamentaram ou que encontraram problemas para amamentar anteriormente recebem atenção especial e apoio da equipe da unidade de saúde, no período pré-natal e após o parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	As mães que optaram por não amamentar recebem orientações individuais sobre como preparar e oferecer alimentos a seus bebês e são solicitadas a demonstrar a preparação, após a demonstração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	As mães de bebês que precisam de cuidados especiais e planejam amamentá-los recebem orientações até 6 horas após o parto sobre como estabelecer e manter a lactação por meio da ordenha frequente do leite e são orientadas sobre a frequência com que devem fazê-lo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

		SIM	NÃO
6.1	Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo com alta hospitalar no ano que passou receberam amamentação exclusiva (ou foram exclusivamente alimentados com leite materno) do parto à alta hospitalar ou, caso contrário, que isso tenha ocorrido por razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Os bebês que são amamentados não recebem alimento ou bebida que não o leite materno, a menos que por razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	A unidade de saúde cuida para que materiais que recomendem substitutos do leite materno, alimentação programada ou outras práticas inadequadas não sejam expostos ou distribuídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	As mães que optaram por não amamentar relatam que discutiram com a equipe as diversas opções de alimentação e foram auxiliadas a escolher a opção mais adequada para seu contexto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	A unidade de saúde possui espaço adequado e os equipamentos e suprimentos necessários para demonstrar a preparação de fórmulas infantis e outras opções de alimentação longe de mães que estejam amamentando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Todas as rotinas e padrões clínicos relacionados à amamentação e à alimentação de lactentes estão ajustados aos padrões da IHAC e a orientações com base científica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

		SIM	NÃO
7.1	A mãe e o bebê permanecem juntos e/ou ficam alojados conjuntamente imediatamente após o parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	As mães que se submeteram a cesariana ou a outros procedimentos com anestesia geral permanecem junto de seus bebês e/ou ficam alojadas conjuntamente logo após a recuperação dos sentidos e da atenção, para responder às necessidades de seus bebês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	As mães e seus bebês permanecem juntos (alojamento conjunto) 24 horas por dia, a menos que a separação seja justificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

		SIM	NÃO
8.1	As mães são orientadas a reconhecer os sinais de que seus bebês estão com fome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	As mães são incentivadas a alimentar seus bebês sempre e por quanto tempo eles quiserem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	As mães que amamentam são aconselhadas a acordar seus bebês e tentar amamentá-los caso eles durmam por muito tempo, ou a tentar amamentar caso seus seios estejam cheios de leite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASSO 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a criança amamentados.**

		SIM	NÃO
9.1	Os bebês recebem cuidados sem qualquer alimentação em mamadeira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	As mães recebem orientações da equipe sobre os riscos da alimentação em mamadeiras com leite ou outros líquidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Os bebês recebem cuidados sem o uso de chupetas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

		SIM	NÃO
10.1	A equipe discute com as mães que estão prestes a ter alta como elas irão alimentar seus bebês após o retorno para casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	O hospital possui um sistema de apoio continuado após a alta hospitalar como, por exemplo, exames clínicos de pós-natal e lactação, visitas domiciliares ou telefonemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	A unidade de saúde patrocina ou ajuda a coordenar grupos de apoio à mãe e outros serviços comunitários que apóiam as mães na alimentação de seus filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4	As mães recebem apoio, por meio do encaminhamento ao sistema de acompanhamento do hospital, de grupos de mães, aconselhamento por membros da comunidade ou outros serviços comunitários de saúde que prestem cuidados de saúde primária, se disponíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5	Antes da alta hospitalar as mães têm à sua disposição materiais impressos, adequados e apropriados, que indiquem onde podem conseguir apoio durante a amamentação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6	As mães são orientadas a visitar, em suas comunidades, profissionais da saúde ou pessoas qualificadas no apoio à amamentação logo após a alta hospitalar (preferencialmente 2-4 dias após o parto e novamente na segunda semana) que possam avaliar a evolução do processo de alimentação de seus bebês e oferecer ajuda, se necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7	A unidade de saúde permite o aconselhamento em amamentação/alimentação de lactentes por grupos treinados de apoio à mãe nas dependências da sua maternidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

		SIM	NÃO
Código 1.	A unidade de saúde recusa o suprimento gratuito ou a baixo custo de substitutos do leite materno, adquirindo-os pelo preço de atacado, no mínimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 2.	A unidade de saúde proíbe a promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas, bem como a exposição ou a oferta desses materiais a gestantes ou mães?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 3.	A unidade de saúde proíbe o contato de representantes de companhias de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos, ou chupetas, com gestantes ou mães?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 4.	A unidade de saúde recusa presentes, literatura não científica, materiais de propaganda, dinheiro, equipamento ou apoio a eventos de companhias de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos, ou chupetas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 5.	Todas as latas de fórmulas infantis e mamadeiras são mantidas longe da vista das mães?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 6.	O hospital se abstém de oferecer a gestantes, mães e seus familiares quaisquer materiais de propaganda, amostras ou brindes que possam incluir substitutos do leite materno, mamadeiras/bicos, chupetas ou outros produtos ou cupons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 7.	A equipe está ciente do porquê não distribuir às mães qualquer amostra gratuita ou materiais promocionais de empresas fabricantes ou distribuidoras de fórmulas infantis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Resumo

	SIM	NÃO
O seu hospital implementou completamente todos os <b>10 PASSOS</b> para proteger, promover e apoiar a amamentação? ( ) Sim ( ) Não (Caso “Não”) Liste as perguntas que tiveram “Não” como resposta em cada um dos 10 Passos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O seu hospital está em conformidade com o <b>Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno?</b> (Caso “Não”) Liste as perguntas que tiveram “Não” como resposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se as respostas a qualquer uma dessas perguntas na “Auto-Avaliação” for “Não”, que melhorias são necessárias?		
Se melhorias são necessárias, sua unidade gostaria de obter ajuda? Caso sim, favor descrever.		

Esse formulário é oferecido para facilitar o processo da auto-avaliação hospitalar. O hospital, ou unidade de saúde, também é incentivado a analisar os Critérios Globais. Se a unidade acreditar que está pronta e desejar a visita de pré-avaliação ou uma avaliação externa para determinar se atende aos critérios globais para credenciamento como Amigo da Criança, o formulário preenchido deve ser encaminhado junto com a solicitação para o órgão nacional de saúde responsável pela IHAC.

Se esse formulário indicar a necessidade de melhorias substanciais nas práticas, os hospitais são incentivados a destinar alguns meses ao reajuste de rotinas, à oferta de treinamentos para a equipe e à criação de novos padrões de cuidados de saúde. O processo de auto-avaliação pode, então, ser repetido. A experiência demonstra que grandes e importantes mudanças podem ser implementadas em três ou quatro meses, com o treinamento adequado. Os treinamentos oferecidos na unidade de saúde ou no país são mais fáceis de organizar e envolvem mais pessoas do que os treinamentos externos e, portanto, são incentivados.

*Nota: Listar as informações de contato e os endereços para onde o formulário e a solicitação de visita de pré-avaliação ou avaliação externa devem ser enviados.*

## Anexo A – Lista de Conferência – Política Hospitalar de Amamentação/Alimentação de Lactentes

(Nota: Uma política hospitalar não precisa, necessariamente, ter o mesmo texto ou os mesmos pontos deste formulário, mas deve cobrir a maioria ou todos os temas abordados. Deve-se ter em mente que a política não deve ser muito longa. As políticas menores – 3 a 5 páginas – tendem a ser mais eficazes, já que as políticas maiores geralmente não são lidas com a devida atenção.)

A política deve cobrir claramente os seguintes pontos:

		SIM	NÃO
Passo 1:	A política é rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde (e funcionários recém-contratados).		
	Um resumo da política que contempla os Dez Passos e o apoio a mães que não amamentam está exposto em todas as áreas apropriadas, com linguagem de fácil entendimento para as mães e os funcionários.		
Passo 2:	O treinamento para toda a equipe clínica (de acordo com os cargos) inclui: Manejo da amamentação e da lactação (mínimo de 20 horas ou que cubra todos os tópicos essenciais, incluindo 3 horas de prática clínica).		
	Alimentação do lactente que não é amamentado.		
	O papel da unidade de saúde e sua equipe no cumprimento do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções subsequentes da Assembléia Mundial de Saúde.		
	Os novos membros da equipe recebem treinamento em até seis meses após a contratação.		
Passo 3:	Todas as gestantes são informadas sobre: Manejo básico da amamentação e práticas de cuidados relacionados.		
	Os riscos da oferta de suplementos a seus bebês durante os seis primeiros meses de vida.		
Passo 4:	Todas as mães e os bebês: Têm contato pele a pele imediatamente após o parto por pelo menos 60 minutos.		
	São incentivadas a reconhecer os sinais de que os bebês estão prontos para mamar, e recebem auxílio, se necessário.		
Passo 5:	Todas as mães são ensinadas a fazer a ordenha manual do leite (ou recebem panfletos e referências de ajuda).		
	Todas as mães que amamentam são ensinadas a posicionar e segurar seus bebês.		

continua



continuação

	Todas as mães que decidiram não amamentar são: Informadas sobre os riscos do manejo de várias opções de alimentação e auxiliadas a decidir qual opção é a mais adequada, em suas circunstâncias.		
	Ensinadas a preparar a alimentação escolhida e solicitadas a demonstrar o que aprenderam.		
	As mães cujos filhos se encontram em unidades de cuidados especiais são: Ajudadas a iniciar a lactação e a começar a amamentar, bem como a continuar com o fornecimento de leite, em até 6 horas após o nascimento de seus bebês.		
	Ensinadas a como realizar a ordenha manual do leite e são informadas de que precisam amamentar ou tirar o leite pelo menos 6-8 vezes em 24 horas para continuar com a produção.		
	Alertadas dos riscos e dos benefícios das várias opções de alimentação e de como cuidar dos seios, caso planejem não amamentar.		
Passo 6:	Suplementos/substituição de alimentos são oferecidos aos bebês apenas: Se indicado pelo médico. Se as mães tiverem tomado “decisões conscientes” após aconselhamento em várias opções e seus respectivos riscos e benefícios.		
	As razões da suplementação são documentadas.		
Passo 7:	Todas as mães e bebês praticam o alojamento conjunto, inclusive à noite.		
	Ocorrem separações apenas por razões justificadas, documentadas por escrito.		
Passo 8:	As mães são ensinadas a reconhecer os sinais de que os seus bebês estão com fome e/ou satisfeitos.		
	Não há restrições sobre a frequência ou duração da amamentação.		
Passo 9:	Os bebês não são alimentados com mamadeira.		
	As mães são orientadas sobre os riscos do uso da mamadeira.		
	Os bebês não recebem chupeta.		
Passo 10:	São dadas informações sobre onde obter ajuda e apoio para a amamentação/alimentação de lactentes após a alta hospitalar, incluindo pelo menos uma fonte (como o próprio hospital, serviços de saúde comunitários ou grupos de apoio).		
	O hospital procura patrocinar ou ajudar a coordenar grupos de apoio à mãe e outros serviços comunitários que oferecem apoio às mães na alimentação de seus filhos.		

continua

continuação

	As mães recebem informações sobre onde procurar ajuda para alimentar seus bebês, logo após a alta hospitalar (preferencialmente 2-4 dias após a alta e novamente na semana seguinte).		
	A política proíbe a promoção de substitutos do leite materno.		
	A política proíbe a promoção de mamadeiras, bicos e chupetas.		
	A política proíbe brindes, literatura não-científica, materiais e equipamentos, dinheiro e apoio à educação ou eventos em operação de empresas ou distribuidoras de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas.		

## Impresso 3.6

### Cursos da OMS/UNICEF sobre amamentação e alimentação de crianças de primeira infância

<b>Título</b>	OMS/UNICEF Curso para gestores sobre a IHAC	OMS/UNICEF Curso de 20 horas para equipes de maternidades	OMS/UNICEF Aconselhamento em amamentação (AM)	OMS Aconselhamento em alimentação complementar (AC)	OMS Aconselhamento em alimentação de lactentes e crianças pequenas: um curso integrado	OMS/UNICEF/UNAIDS Aconselhamento em amamentação infantil (AI) e HIV
<b>Duração</b>	12 horas	20 horas	40 horas	21 horas	5 dias	3 dias
<b>Prática clínica</b>	Nenhuma	4 horas	4 x 2 horas	2 x 2 horas	8 horas (4 seções)	3 horas para preparação de leites
<b>Objetivo</b>	Sensibilizar gestores	Mudar os cuidados da maternidade	Desenvolver habilidades clínicas e de aconselhamento em amamentação	Desenvolver habilidades de aconselhamento sobre AC	Dar informações e desenvolver habilidades de aconselhamento sobre AM, HIV e AC	Dar informações e desenvolver habilidades de aconselhamento sobre HIV e AI
<b>Grupo-alvo</b>	Gestores, diretores e chefias de unidades de saúde	Toda a equipe da maternidade	Pessoal de saúde que lida diretamente com mães	Pessoal de saúde que lida diretamente com mães	Pessoal de saúde que lida diretamente com mães	Pessoal de saúde que lida diretamente com mães de áreas com alta prevalência de HIV
<b>Facilitadores (pré-requisitos)</b>	Habilidades de capacitação e de AM	Habilidades de capacitação e de AM	Ser preparado como facilitador	Ser preparado como facilitador	Ser preparado como facilitador	Ser preparado como facilitador
<b>Materiais</b>	Guia do curso – Planos das Seções – Impressos – Diapositivos – Transparências – Materiais de referência	Planos das Seções e diapositivos	Guia do Coordenador – Guia do Facilitador – Manual do Participante – Transparências e flipchart – Diapositivos – Formulários e questionários – Vídeo – Materiais de referência	Guia do Coordenador – Guia do Facilitador – Manual do Participante – Transparências	Guia do Coordenador – Guia do Facilitador – Manual do Participante – Diapositivos – Anúncios de aconselhamento em HIV e alimentação de lactentes	Guia do Coordenador – Guia do Facilitador – Manual do Participante – Cartões com opções de alimentação – Instruções para o preparo de leites
<b>Website</b>	< <a href="http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme">http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme</a> >	< <a href="http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme">http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme</a> >	< <a href="http://www.who.int/childdoescenthealth/publications/NUTRITION/BFC.htm">http://www.who.int/childdoescenthealth/publications/NUTRITION/BFC.htm</a> >	Para informações, entre em contato com o NHD/WHO em Genebra	Para informações, entre em contato com NHD/OMS Genebra ou CAHD/OMS Genebra	< <a href="http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/WHO_FCH_CAH_00-4_en.pdf">http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/WHO_FCH_CAH_00-4_en.pdf</a> >

## **Impresso 3.7**

### **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Orientações e instrumentos para monitoramento e reavaliação**

#### **A necessidade de monitoramento e instrumentos para reavaliação**

Com o aumento do número de hospitais credenciados “Amigos da Criança” no mundo todo, os órgãos de saúde de vários países expressaram a necessidade de monitoramento e criação de instrumentos para reavaliação que possam ajudá-los a dar continuidade ao progresso conquistado por meio da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

#### **Orientações e instrumentos da OMS e UNICEF disponíveis**

O pacote revisado da IHAC, *A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista, Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integrado*, inclui orientações e instrumentos para monitorar e reavaliar os Hospitais Amigos da Criança. As orientações e instrumentos para monitoramento podem ser usados tanto pelo grupo nacional de coordenação da IHAC, para monitorar hospitais credenciados, quanto pelos próprios hospitais, como parte de seu automonitoramento ou programas de qualidade. As orientações e instrumentos para reavaliação foram designados para ser usados como parte de uma reavaliação externa e do processo de credenciamento e, portanto, estão apenas disponíveis em escritórios do UNICEF e da OMS, do órgão nacional da IHAC e de suas equipes de avaliação. A implementação de um processo de monitoramento e reavaliação sistemático é importante para assegurar a credibilidade e sustentabilidade a longo prazo.

#### **Os documentos e seus conteúdos**

##### ***Módulo IHAC 4: Auto-avaliação e monitoramento hospitalar***

###### ***4.2: Orientações e instrumentos de monitoramento de Hospitais Amigo da Criança***

- Orientação para o desenvolvimento de um processo nacional de monitoramento da IHAC.
- Anexo A – Registro e relatório de alimentação de lactente.
- Anexo B – Registro e relatório de treinamento da equipe.
- Anexo C – Questionário ou entrevista com mães no ato da alta hospitalar.
- Anexo D – O instrumento de Reavaliação da IHAC e seus possíveis usos para monitoramento.

##### ***Módulo IHAC 5: Avaliação e reavaliação externa***

###### ***5.3: Orientações e instrumentos para reavaliação externa***

- Orientação para o desenvolvimento de um processo nacional de reavaliação da IHAC.
- Anexo A – Instrumento de Reavaliação da IHAC.

O **módulo IHAC 4** está disponível para *download* no *website* do UNICEF (<[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html?q=printme)>).

O **Módulo IHAC 5** está disponível na intranet do UNICEF e pode ser acessado pelos escritórios regionais e nacionais do UNICEF e oferecido aos grupos e assessores nacionais de coordenação da IHAC.

## Seção 4: As bases científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”

### Objetivo

Ao final desta seção, os participantes deverão ser capazes de:

- descrever as bases científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

### Duração

Total: 90 minutos

### Métodos de ensino

Palestra e discussão

### Preparação para a seção

- Reveja o documento da OMS:
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Evidence for the ten steps to successful breast-feeding*. Geneva, 1998. WHO/CHD/98.9. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)><sup>17</sup>
- Reveja os impressos e resumos de pesquisas que acompanham o Resumo da Seção 4 (obtenha a declaração mais atualizada do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS – a respeito de HIV e alimentação de lactentes).
- Reveja o vídeo *Delivery, Self Attachment* (Duração: 6 min). Veja como conseguir o vídeo em *Guia do Curso*.
- Reveja os diapositivos em PowerPoint e/ou transparências e escolher, *para cada passo*, cerca de três diapositivos ou transparências que sejam mais apropriados ao público. Caso necessário, você poderá alterar a ordem da apresentação dos diapositivos/transparências. Rever os diapositivos fotográficos e usá-los com diapositivos produzidos localmente, ou apenas esses últimos, para ilustrar as explicações, conforme necessário.
- Reveja os cursos sobre aleitamento materno disponíveis localmente e liste-os em um diapositivo/transparência ou flipchart.

<sup>17</sup> “Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

- Se disponível, exponha um cartaz dos Dez Passos de maneira que o palestrante facilmente possa se referir a ele.

## **Materiais do curso**

### **Resumos**

Resumos de pesquisas

### **Impressos**

*Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços de Maternidade. Uma Declaração Conjunta OMS/UNICEF* (brochura; a mesma usada na Seção 3).

- 4.1 Apresentação da Seção 4.
- 4.2 Política Nacional sobre Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (para instituições de saúde), Sultamato de Omã.
- 4.3 Programa Hospital Amigo da Mãe e da Criança, Ministério da Saúde, México.
- 4.4 Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Unicef Reino Unido: exemplo da combinação de políticas de aleitamento materno em serviços de maternidade e comunitários.
- 4.5 Razões médicas aceitáveis para a suplementação do leite materno (versão preliminar).

### **Diapositivos/Transparências**

4.1.1-4.11.7 e diapositivos fotográficos 4.a-4.z.

O *website* que disponibiliza este curso traz *links* para os diapositivos e transparências desta seção em dois arquivos de Microsoft PowerPoint. Os diapositivos fotográficos estão inclusos no arquivo de “*slides*” na ordem em que aparecem listados no Plano da Seção. Quando possível, os treinadores deverão substituir esses diapositivos por fotos adequadas obtidas localmente ou em situações similares às condições locais.

Os diapositivos (em cores) podem ser projetados com um *laptop* e um projetor LCD, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto-e-branco) podem ser impressas e mostradas com um retroprojetor. As transparências também estão reproduzidas conforme o primeiro impresso desta Seção, com seis transparências por página.

### **Outros materiais de treinamento**

- Flipchart.
- Vídeo – aparelho e fita.
- Cartaz com os Dez Passos.

## Referências

ALBERNAZ, E.; GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 283-285, 1998.

*World Health Organization.*

CATTANEO, A.; BUZZETTI, R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ*, [S.l.], v. 323, p. 1358-1362, 2001.

CHRISTENSSON, K. et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 81, p. 481-493, 1992.

COUTSODIS, A. et al. South African vitamin a study group: method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 379-387, 16 Feb. 2001.

DE CARVALHO, M.; KLAUS, M. H.; MERKATZ, R. B. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am. J. Dis. Child.*, [S.l.], v. 136, p. 737-738, 1982.

DE CHATEAU, P.; WIBERG, B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 66, p. 145-151, 1977.

DeCOCK, K. M. et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource poor countries. *JAMA*, [S.l.], v. 238, n. 9, p. 175-182, 2000.

GUISE, J-M. et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 70-78, 2003.

HAIDER, R. et al. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, [S.l.], v. 74, n. 2, p. 173-179, 1996.

HAIDER, R. et al. A training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 18, p. 7-12, 2002.

HIV and infant feeding: a policy statement developed collaboratively by UNAIDS, WHO and Unicef. Geneva: UNAIDS, 1997.

JAYATHILAKA, A. C. *A study in breastfeeding and the effectiveness of an intervention in a district of Sri Lanka [DM thesis]*. Sri Lanka: University of Colombo, 1999.

JELLIFFE D. B.; JELLIFFE, E. F. P. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J. Trop. Pediatr.*, [S.l.], v. 29, p. 244, 1983.

KRAMER M. S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, [S.l.], v. 285, p. 413-420, 2001.

LU, M. et al. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 97, p. 290-295, 2001.

MARTENS, P. J. Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The

experiences of a small, rural Canadian hospital. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 16, p. 309-318, 2000.

MERTEN, S. et al. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, [S.l.], v. 116, p. e702-e708, 2005.

MORROW, A. et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet*, [S.l.], v. 353, p. 1226-1231, 1999.

NIELSEN, B. et al. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu: South India. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 105, p. 697-703, 1998.

NYLANDER, G. et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, [S.l.], v. 70, p. 205-209, 1991.

PHILIPP, B. L. et al. Baby friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, [S.l.], v. 108, p. 677-681, 2001.

PIPES, P. L. *Nutrition in Infancy and Childhood*. Boston: Times Mirror/Mosby, 1989.

POWERS, N. G.; NAYLOR, A. J.; WESTER, R. A. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin. Perinatol.*, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 517-524, 1994.

RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, [S.l.], v. 336, p. 1105-1107, 1990.

\_\_\_\_\_. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 185-189, 1992.

SAADEH, R. J.; AKRÉ, J. Ten steps to successful breast-feeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 154-160, 1996.

SAADEH, R. J. (Ed.). *Breast-Feeding: the technical basis and recommendations for action*. Geneva: World Health Organization, 1993.

SAVAGE-KING, F. S. *Helping mothers to breastfeed*. Rev. Ed. Nairobi: African Medical Research Foundation, 1992.

SOETJININGSIH, Sudaryat S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, [S.l.], v. 26, p. 229-235, 1986.

UNAIDS et al. *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_Framework.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm)>.

UNAIDS et al. *HIV and infant feeding: a policy statement developed collaboratively by UNAIDS, WHO and UNICEF*. Geneva: UNAIDS, 1997.

VICTORA, C. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, [S.l.], v. 99, p. 445-453, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO technical consultation on infant and young child feeding, themes, discussion and recommendations*. Geneva, 13-17 mar. 2000. (WHO/NHD/00.8, WHO/FCH/CAH/00.22).



\_\_\_\_\_. *Breastfeeding and the use of water and teas*: Division of Child Health and Development, update, n. 9. Geneva, reissued nov. 1997.

\_\_\_\_\_. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva, 1998. WHO/CHD/98.9.

\_\_\_\_\_. *Guidelines concerning the main health and socioeconomic circumstances in which infants have to be fed on breast-milk substitutes*. Geneva, 1992. Thirty-Ninth World health Assembly [A39/8 Add. 1- 10 April, 1986], pp. 122-135.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *HIV and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors – revised*. Geneva, 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/childadolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_MS.pdf](http://www.who.int/childadolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf)>.

\_\_\_\_\_. *HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers – revised*. Geneva, 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/NUTRITION/ISBN\\_92\\_4\\_159122\\_6.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm)>.

WOOLRIDGE, M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, [S.l.], v. 2, p. 164-171, 1986.

WORTHINGTON-ROBERTS, B.; WILLIAMS, S. R. *Nutrition in pregnancy and lactation*. 5. ed. Saint Louis: Mosby, 1993.

YAMAUCHI, Y.; YAMANOUCHI, I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in fullterm neonates. *Pediatrics*, [S.l.], v. 86, n. 2, p. 171-175, 1990.

\_\_\_\_\_. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr. Scand.*, [S.l.], v. 79, p. 1017-1022, 1990.

## Resumo da Seção

Conteúdo	Notas para o facilitador
	Nesta seção serão analisados estudos selecionados para ilustrar as bases fisiológicas e sociológicas dos Dez Passos. Todos os passos estão interligados. Os dois primeiros proporcionam o alicerce para a implementação dos oito seguintes. Comente com os participantes sobre o impresso (livreto) “Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: ...”

continua

	<p>Convide os participantes a fazer comentários ou perguntas durante a apresentação. Anote os problemas, barreiras ou soluções que surgirem durante a apresentação, para que isso possa ser usado na Seção 5. Procure estimular a discussão durante esta apresentação, mas adie maiores debates para a Seção 5, devido a limitações de tempo.</p> <p>Informe que uma versão resumida desta apresentação está no Impresso 4.1 e incluída na pasta dos participantes.</p>
<p><b>Passo 1: Ter uma política sobre aleitamento materno que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.1.1 Passo 1.</p> <p>4.1.2 Por que ter uma política ou norma escrita?</p> <p>4.a Mencione a “Declaração Conjunta” e informe que ela serviu de base para a IHAC e para os Dez Passos.</p> <p>4.1.3. O que a norma deve contemplar?</p> <p>4.1.4. Como a norma deve ser apresentada?</p> <p>Exemplos de normas/políticas (refira-se aos impressos selecionados 4.2-4.4). (Você pode usar seus próprios exemplos. As normas/políticas devem ser adaptadas às condições locais e ter como base os Dez Passos).</p> <p>4.b Mostre a fotografia de profissionais de saúde consultando uma norma escrita durante capacitação em serviço (opcional).</p> <p>4.1.5 Mostre o gráfico: aumento das taxas de amamentação exclusiva em maternidades após a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (PHILIPP et al., 2001. <i>Ver o resumo.</i>).</p>

<p><b>Passo 2: Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.2.1 Passo 2.</p> <p>4.c Mostre a fotografia de profissionais de saúde durante uma seção em sala de aula (opcional).</p> <p>4.d Mostre a fotografia de mulheres durante uma discussão de grupo em um curso (opcional).</p> <p>4.2.2 Áreas do conhecimento que serão incluídas na capacitação dos funcionários (você pode perguntar aos participantes antes de revelá-las).</p> <p>4.2.3 A capacitação das equipes em amamentação tem impacto significativo na taxa de amamentação exclusiva no momento da alta; aumento de 41% para 77%. (CATTANEO et al., 2001. Ver resumo.).</p> <p>4.2.4 Em vários estudos, profissionais de saúde capacitados para o aconselhamento em aleitamento materno aconselharam e/ou capacitaram grupos para apoiar as mães em diversas circunstâncias (pré-natal, pós-natal, após internação por diarreia). Em cada estudo houve um aumento significativo da amamentação exclusiva, em comparação ao grupo de controle (OMS/CAH. Ver resumo.).</p> <p>4.2.5 Peça que os participantes dêem exemplos de profissionais de saúde – além de equipes perinatais – que influenciam o sucesso da amamentação. Leve em conta outros funcionários da instituição de saúde que podem ter contato com as mães, como funcionários de limpeza, recepcionistas, ou outros grupos especializados.</p>
--	--

<p><b>Passo 3: Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.3.1 Passo 3.</p> <p>4.3.2 Conteúdo da educação no pré-natal (pode ser adaptado de acordo com as necessidades de cada país).</p> <p>4.e-f Mostre fotografia de uma seção de pré-natal em grupo e aconselhamento individual (opcional).</p> <p>4.3.3 A atenção pré-natal pode ter impacto significativo sobre as práticas relacionadas ao uso de colostro e início da amamentação dentro de duas horas após o parto (NIELSEN et al., 1998. Ver resumo.).</p> <p>4.3.4 A educação pré-natal pode levar a aumentos significativos nas taxas de início (23%) e duração do aleitamento materno de curto prazo – até três meses – (39%), conforme demonstrado por uma meta análise de estudos sobre educação e apoio (GUISE et al., 2003. Ver resumo.).</p>
<p><b>Passo 4: Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.4.1 Passo 4.</p> <p>4.4.2 Este passo hoje é interpretado pelos Critérios Globais revisados da IHAC como: “colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, e incentivar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda se necessário”.</p> <p>Discuta os motivos dessa mudança, incluindo pesquisas sobre o tempo que os bebês levam para começar a mamar por eles mesmos (ver fotos 4h-j e diapositivo 4.4.8 abaixo).</p>

	<p>4.4.3 Por que estimular o início precoce da amamentação? Os argumentos desta lista estão ilustrados nas transparências seguintes.</p> <p>4.4.4 Como estimular o início precoce da amamentação?</p> <p>4.g-j Mostre uma ou mais fotos que ilustram o início precoce. A primeira foto mostra uma enfermeira ajudando uma mãe a posicionar seu bebê logo após o parto. As outras três fotos ilustram como o bebê encontra a mama e começa a se alimentar sozinho, quando se deixa o tempo necessário para que esse processo ocorra.</p> <p>4.4.5 Mostre o gráfico: este estudo demonstra como o contato na primeira hora após o parto aumenta a duração do aleitamento materno aos três meses (DE CHATEAU et al. Ver resumo.).</p> <p>4.4.6 Mostre o gráfico: este outro estudo conclui que o contato pele a pele logo após o parto, em comparação aos cuidados no berço, está associado a temperaturas corporal e cutânea mais elevadas e adaptação metabólica mais rápida. O corpo materno é uma fonte eficiente de calor para o bebê. (CHRISTENSSON et al., 1992. Ver resumo.).</p> <p>4.4.7 Mostre a tabela: este resumo sobre quando os fatores imunológicos são produzidos demonstra a importância do papel do colostro e do leite maduro para compensar a relativa falta de imunidade do lactente (WORTHINGTON-ROBERTS, 1993).</p>
--	---

continua

	<p>4.4.8 Mostre o gráfico: este estudo conclui que, para promover padrões adequados de sucção, os bebês devem ser deixados nus sobre o abdômen de suas mães, sem serem incomodados até que ocorra a primeira mamada; os esforços do bebê para buscar a mama devem ser incentivados (RIGHARD et al., 1990. Ver resumo.).</p> <p>Exibir o vídeo <i>Delivery, Self Attachment</i>, caso disponível, como alternativa para os diapositivos fotográficos g, h, e i. Faça referência ao padrão de sucção do lactente quando não há interferências entre a mãe e o recém-nascido.</p>
<p><b>Passo 5: Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.5.1 Passo 5.</p> <p>4.5.2 Apresente a citação (Woolridge).</p> <p>4.k-1 Apresente as fotografias de profissionais de saúde mostrando às mães como amamentar (opcional).</p> <p>4.5.3 Mostre o gráfico: o estudo demonstra que, se no momento da alta, uma mãe estiver amamentando seu bebê adequadamente ou se receber 5-10 minutos de instrução para corrigir técnicas inadequadas, a duração do aleitamento é quase duplicada em comparação com as mães que recebem alta sem que as técnicas de amamentação inadequadas sejam corrigidas (RIGHARD et al., 1990. Ver resumo.).</p> <p>4.5.4 Mostre o gráfico: o início do aleitamento materno ocorreu em 75% das mulheres que foram incentivadas a amamentar. Em comparação, ele só ocorreu em 43% daquelas que não foram incentivadas a amamentar por profissionais de saúde (LU et al., 2001. Ver resumo.).</p>

	<p>4.5.5 Mostre o gráfico: as taxas de duração da amamentação foram significativamente mais altas entre mães que receberam orientação sobre a amamentação durante a estada no hospital e cujos bebês permaneceram em alojamento conjunto após o parto, em comparação a mães que não receberam orientação sobre aleitamento materno na maternidade e cujos bebês não ficaram em alojamento conjunto (PEREZ-ESCAMILLA et al., 1992. Ver resumo.).</p> <p>4.5.6 Oferta e demanda.</p> <p>4.m Mostre a fotografia sobre ordenha de leite materno.</p>
<p><b>Passo 6: Não oferecer a recém-nascidos nenhuma bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja uma indicação médica.</b></p>	<p><b>Slides</b></p> <p>4.6.1 Passo 6.</p> <p>4.n Mostre a fotografia de mamadeiras com substitutos do leite materno e água, que <u>não</u> devem ser utilizados, exceto quando houver uma razão médica aceitável (opcional).</p> <p>4.o Mostre a fotografia de uma enfermeira oferecendo mamadeira a um bebê (<u>não</u> adequado, exceto quando houver uma razão médica aceitável – opcional).</p> <p>4.6.2 Mostre o gráfico: este estudo sugere a correlação entre um início mais “fisiológico” da amamentação e a duração total do período de lactação (NYLANDER et al. 1991. Ver resumo.).</p> <p>4.6.3 Para responder à preocupação de que o colostro por si só “não é suficiente”, esse gráfico ilustra que a capacidade do estômago de recém-nascidos e lactentes é perfeitamente adaptada às quantidades de colostro (cerca de 200 ml/24 horas no segundo dia) e de leite maduro (cerca de 800-900 ml/24 horas no primeiro ano).</p>

	<p>4.6.4 Impacto da suplementação rotineira com fórmulas infantis.</p> <p>4.6.5 Este estudo mostra que a introdução precoce da mamadeira é inversamente associada com a duração do aleitamento (PEREZ-ESCAMILLA et al., 1992. Ver resumo.).</p> <p>4.6.6 Os dados dessa tabela mostram que não há necessidade de suplementação de água para lactentes amamentados exclusivamente, independentemente da temperatura e da umidade, conforme pode ser observado na osmolaridade da urina.</p> <p>4.6.7 Há raras exceções nas quais os lactentes podem precisar de outros líquidos ou alimentos em complementação, ou substituição, ao leite materno.</p> <p>4.6.8-10 Razões médicas aceitáveis para a suplementação. (Distribua o impresso 4.5.).</p>
<p><b>Passo 7: Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.7.1 Passo 7.</p> <p>4.7.2 Definição. Fale sobre a permanência do bebê na cama junto com a mãe, se for relevante.</p> <p>4.p-q Mostre uma ou mais fotografias de alojamento conjunto ou bebê na cama com a mãe.</p> <p>4.7.3 Por que instituir o alojamento conjunto? Os argumentos são discutidos nos próximos diapositivos.</p> <p>4.7.4 Mostre o gráfico: impacto positivo da política de alojamento conjunto na prevenção de doenças infecciosas – comparação de lactentes em alojamento conjunto, e recém-nascidos não alojados conjuntamente com suas mães (SOETJININGSIH, 1986. Ver resumo.).</p>



	<p>4.7.5 Mostre o gráfico: efeito positivo do alojamento conjunto de lactentes com suas mães sobre a frequência da amamentação nos primeiros seis dias de vida, em comparação a lactentes não alojados conjuntamente (YAMAUCHI et al., 1990. Ver resumo.).</p>
<p><b>Passo 8: Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.8.1 Passo 8.</p> <p>4.8.2 Definição de “sob livre demanda”.</p> <p>4.8.3 Por que amamentar por livre demanda?</p> <p>4.r-s Mostre uma ou mais fotografias de amamentação por livre demanda.</p> <p>4.8.4 Mostre a tabela: este estudo demonstra o impacto positivo do aleitamento materno por livre demanda, freqüente (número de vezes durante as primeiras 24 horas) sobre os níveis de bilirrubina em recém-nascidos a termo saudáveis aos seis dias de vida (YAMAUCHI et al., 1990. Ver resumo.).</p> <p>4.8.5 Estes dados mostram que, quanto mais freqüente for a amamentação, mais baixos serão os níveis de bilirrubina no sangue (DE CARVALHO et al., 1982. Ver resumo.).</p>
<p><b>Passo 9: Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.9.1 Passo 9.</p> <p>4.t Mostre a fotografia de vários bicos – que <u>não</u> devem ser utilizados (opcional).</p> <p>4.u Mostre a fotografia de várias chupetas – que <u>não</u> devem ser utilizadas (opcional).</p> <p>4.9.2 Alternativas para os bicos e chupetas.</p> <p>4.9.3 Ilustração de alimentação com xícara. É recomendado o uso de xícara ou copinho de vidro ou plástico duro, com capacidade para 50-100 ml. As bordas da “xícara” devem ser suaves e não afiadas, e ela deve ser fervida ou esterilizada.</p>

continua

	<p>4.v Mostre a fotografia sobre alimentação com xícara (opcional).</p> <p>4.9.4 O desmame precoce foi associado ao uso diário de chupetas, mesmo quando controlado por possíveis fatores de confusão (VICTORA et al., 1982. Ver resumo.).</p>
<p><b>Passo 10: Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.</b></p>	<p><b>Diapositivos</b></p> <p>4.10.1 Passo 10.</p> <p>4.10.2 Citação.</p> <p>4.10.3 Exemplos de apoio.</p> <p>4.10.4 Resumo dos tipos de apoio ao aleitamento materno. “Doulas” são mulheres que oferecem cuidados a outras mulheres durante o período perinatal.</p> <p>4.w-z Mostre as fotografias que ilustram os vários tipos de apoio às mães (visitas domiciliares, grupos de apoio, e mães dançando em um encontro comunitário sobre aleitamento materno).</p> <p>4.10.5 Mães capacitadas para o aconselhamento afetaram positivamente a duração da amamentação exclusiva em outras mães (HAIDER et al. Ver resumo.).</p> <p>4.10.6 Visitas domiciliares aumentaram a amamentação exclusiva na 2ª semana e no 3º mês (MORROW et al., 1982. Ver resumo.).</p>
<p><b>Efeitos dos passos combinados</b></p>	<p>Combinar os passos é altamente eficaz já que, ao aplicar todos os passos, ou alguns passos combinados, o hospital e a administração alcançam melhores resultados. Isso é ilustrado em vários dos estudos apresentados acima.</p> <p>Os diapositivos abaixo serão apresentados para fundamentar esta questão.</p>

	<p>4.1.1.1 Em um experimento aleatório realizado na Bielorrússia, 17 mil pares mãe/bebê, com mães que pretendiam amamentar, foram acompanhados por 12 meses. Em 15 hospitais e policlínicas associadas que oferecem cuidados após a alta, foi pedido que os funcionários continuassem com suas práticas usuais (grupo controle). Em 16 hospitais experimentais e policlínicas associadas, os funcionários receberam capacitação e apoio da IHAC (KRAMER et al., 2001. Ver resumo.).</p> <p>4.1.1.2 Diferenças entre os hospitais controles e experimentais após a intervenção.</p> <p>4.1.1.3 Efeito das mudanças amigas da criança sobre a amamentação exclusiva aos três e seis meses de idade.</p> <p>4.1.1.4 Impacto das mudanças amigas da criança sobre condições de saúde selecionadas.</p> <p>4.1.1.5 Em um estudo realizado na Suíça, foram analisados os dados de 2.861 lactentes, com idades entre 0 e 11 meses, em 145 unidades de saúde. Os dados sobre amamentação foram comparados tanto com o progresso de cada unidade em direção ao credenciamento da IHAC, quanto até que ponto as unidades credenciadas continuavam cumprindo os padrões IHAC (MERTEN et al., 2005. Ver resumo.).</p>
--	---

continua

continuação

	<p>4.11.6 Proporção de bebês amamentados exclusivamente por 5 meses – comparação entre bebês nascidos em hospitais Amigos da Criança e bebês nascidos em outras unidades.</p> <p>4.11.7 Duração mediana da amamentação exclusiva para bebês nascidos em hospitais Amigos da Criança quando o hospital manteve bom cumprimento dos Dez Passos ou não. Os resultados ilustram a importância da manutenção dos padrões da IHAC.</p>
<b>Conclusão</b>	<p>Discuta opiniões diferentes, as barreiras observadas e soluções inovadoras relacionadas aos assuntos em questão. Essas áreas de interesse serão abordadas nas seções restantes.</p>

## Resumos das pesquisas apresentadas na Seção 4

### *Diapositivo Pesquisa*

- 4.1.5 PHILIPP, B. L. et al. Baby Friendly Hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, [S.l.], v. 108, p. 677-681, 2001.
- 4.2.4 CATTANEO, A.; BUZZETTI, R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, [S.l.], v. 323, p.1358-1362, 2001.
- 4.2.5 ALBERNAZ, E.; GIUGLIANI, E. R. J, VICTORA, C. G. Supporting breastfeeding: a successful experience . *Journal of human lactation*, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 283-285, 1998.
- HAIDER, R. et al. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, [S.l.], v. 74, n. 2, p. 173-179, 1996.
- 4.3.3 NIELSEN, B. et al. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu: South India. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 105, p. 697-703, 1998.
- 4.3.4 GUISE, J-M. et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 70-78, 2003.
- 4.4.4 DE CHATEAU, P.; WIBERG, B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 66, p. 145-151, 1977.
- 4.4.5 CHRISTENSSON, K. et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in health fullterm newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 81, p. 488-493, 1992.
- 4.4.7 RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed . *Lancet*, [S.l.], v. 336, p.1105-1107, 1990.
- 4.5.3 \_\_\_\_\_. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 185-189, 1992.
- 4.5.4 LU, M. et al. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 97, p. 290-295, 2001.

- 4.5.5 PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum. Dev.*, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 25-40, 1992.
- 4.6.2 NYLANDER G. et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, [S.l.], v. 70, p. 205-209, 1991.
- 4.6.5 PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 37, n. 8, p. 1069-1078, 1993.
- 4.7.4 SOETJININGSIH, Sudaryat S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, [S.l.], v. 26, p. 229-235, 1986.
- 4.7.5 YAMAUCHI, Y.; YAMANOUCI, I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr. Scan.*, [S.l.], v. 79, p. 1017-1022, 1990.
- 4.8.4 \_\_\_\_\_. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, [S.l.], v. 86, n. 2, p. 171-175, 1990.
- 4.8.5 DE CARVALHO, M.; KLAUS, M. H.; MERKATZ, R. B. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am. J. Dis. Child.*, [S.l.], v. 136, n. 8, p. 737-738, Aug. 1982.
- 4.9.4 VICTORA, C. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, [S.l.], v. 99, p. 445-453, 1997.
- 4.10.5 HAIDER, R. et al. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 18, p. 7-12, 2002.
- 4.10.6 MORROW, A. et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, [S.l.], v. 353, p. 1226-1231, 1999.
- 4.11.1-4 KRAMER, M. S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, [S.l.], v. 285, n. 4, p. 413-420, 24-31 Jan. 2001.
- 4.11.5-7 MERTEN, S. et al. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, [S.l.], v. 116, p. e702-e708, 2005.

## Iniciativa Hospital Amigo da Criança aumenta as taxas de aleitamento materno no contexto hospitalar dos EUA

### Referente ao Diapositivo 4.1.5

**Referência:** PHILIPP, B. L. et al. Baby friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, [S.l.], v. 108, p. 677-681, 2001.

**Método:** Análise de 200 registros médicos completos – de cada um dos seguintes anos: 1995, 1998 e 1999, selecionados aleatoriamente, por computador. Foram excluídos lactentes no caso de falta de dados no registro ou por motivos médicos. Foi detalhada toda a alimentação dos lactentes durante a estada no hospital após o parto, e cada lactente foi classificado em um dos quatro grupos alimentares a seguir: exclusivamente leite materno, principalmente leite materno, principalmente fórmulas infantis e exclusivamente fórmulas infantis.

**Resultados:** Os dados demográficos de mães e lactentes foram comparados nos três anos.

A taxa de início do aleitamento materno aumentou durante e após a implementação das Políticas Amigas da Criança no Boston Medical Center, um hospital universitário no centro de Boston que oferece cuidados principalmente para famílias pobres, minorias e imigrantes.

	Antes	Durante	Depois	
Início da amamentação	58,0%	77,5%	86,5%	p<0,001
Início da amamentação exclusiva	5,5%	28,5%	33,5%	p<0,001

**Conclusão:** A completa implementação dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno, que leva ao credenciamento como Hospital Amigo da Criança, é uma estratégia eficaz para aumentar as taxas de início de aleitamento materno no cenário hospitalar dos EUA.

### Efeito da capacitação para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre as taxas de amamentação

#### Referente ao Diapositivo 4.2.4

**Referência:** CATTANEO, A.; BUZZETTI, R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ*, [S.l.], v. 232, p. 1358-1362, 2001.

**Método:** Estudo controlado não aleatório realizado em oito hospitais na Itália\*. Foram coletados dados para avaliar os conhecimentos de 571 profissionais de saúde e as taxas de amamentação no momento da alta, aos 3 e 6 meses, de 2.669 duplas mãe/bebê antes e depois da capacitação em amamentação nos hospitais (grupos 1 e 2). A capacitação foi baseada no curso de 18 horas do UNICEF, que também incluiu 2 horas do curso de aconselhamento de 40 horas da OMS. O curso contou com a participação de 54% dos obstetras, 72% dos pediatras, 84% das parteiras e 68% das enfermeiras.

<b>Resultados:</b>	<b>Antes</b>	<b>Depois</b>	
Conformidade do hospital com os Dez Passos (média)	2,4	7,7	
Escore de conhecimentos dos profissionais de saúde			
Grupo 1	41%	72%	
Grupo 2	53%	75%	
Amamentação exclusiva na alta			
Grupo 1	41%	77%	p<0,05
Grupo 2	23%	73%	p<0,05
Amamentação plena aos 3 meses			
Grupo 1	37%	50%	p<0,05
Grupo 2	40%	59%	p<0,05
Amamentação aos 6 meses			
Grupo 1	43%	62%	p<0,05
Grupo 2	41%	64%	p<0,05

Quatro fatores mostraram-se associados à amamentação exclusiva na alta: primeira mamada na primeira hora após o parto; alojamento conjunto; o não uso de chupetas; e instruções sobre ordenha do leite materno.

**Conclusão:** O curso de 18 horas sobre amamentação para profissionais de saúde que inclui seções práticas e técnicas de aconselhamento é eficaz na mudança das práticas hospitalares, do nível de conhecimento dos profissionais de saúde e nas taxas de amamentação.

\* Os hospitais foram divididos em dois grupos, de acordo com suas posições geográficas, conforme as seguintes características:

Grupo 1: Três hospitais gerais e um hospital universitário na região sul da Itália.

Grupo 2: Três hospitais gerais e um hospital universitário nas regiões norte e central da Itália.

Lactentes	n.º de partos em 1998	n.º de leitos na maternidade	% de cesarianas	%RNBP *
Grupo 1	2.957	30–80	31–44	7–15
Grupo 2	374	16–40	7–15	3–9

\* RNBP: Recém-nascido de baixo peso

### **Aconselhamento em amamentação aumenta a taxa de amamentação exclusiva**

#### **Referente ao Diapositivo 4.2.5**

**Referência:** ALBERNAZ, E.; GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Supporting breast-feeding: a successful experience. *Journal of human lactation*, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 283-285, 1998.

**Método:** Este artigo relata o sucesso de um estudo que ajudou a aumentar as taxas de amamentação por meio de um grupo de apoio, no sul do Brasil. O International Multicenter Growth Reference Study (Estudo Multicêntrico Internacional de Referência sobre Crescimento) foi criado com o objetivo de ajudar a OMS a desenvolver



novos gráficos de crescimento para mensurar a condição nutricional das populações e avaliar o crescimento individual. A região sul do Brasil foi um dos locais selecionados para o estudo, e uma coleta contínua de dados para o componente longitudinal do estudo (baseado em crianças com idades entre 0 e 24 meses) começou em julho de 1997. A nova referência de crescimento baseia-se no crescimento de crianças com as seguintes características: idade gestacional no parto entre 37 e 42 semanas completas, parto único, ausência de doenças perinatais significativas, abstinência materna ao fumo, ausência de barreiras econômicas para o crescimento e amamentação por pelo menos um ano completo, sem receber outros alimentos durante os primeiros 4-6 meses. Como poucas mães no Brasil seguem essas recomendações, o grupo de apoio à lactação foi capacitado para ajudar as mães a amamentarem seus bebês.

**Resultados:** Concluiu-se que o grupo de apoio à amamentação realmente fez a diferença, pelo menos no que se refere à duração da amamentação. As mães que tiveram apoio amamentaram por mais tempo e esperaram mais tempo para introduzir outros alimentos na dieta de seus filhos, em comparação àquelas que não receberam apoio. Os fatores que contribuíram para o aumento da duração amamentação estão listados no artigo.

**Conclusão:** Apoiar as mães para a amamentação é benéfico tanto para as mães quanto para as crianças e pode levar a uma melhor qualidade de vida.

### **Aconselhamento em amamentação em um hospital para doenças diarréicas**

**Referência:** HAIDER, R. et al. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, [S.l.], v. 74, n. 2, p. 173-179, 1996.

**Método:** Aconseladoras em amamentação foram capacitadas para aconselhar mães de lactentes parcialmente amamentados que foram internados com diarreia para que, durante a estada no hospital, comessem a amamentá-los exclusivamente. Lactentes (n=250) de até 12 semanas de idade foram divididos aleatoriamente em dois grupos: intervenção e controle. As mães do grupo intervenção foram aconselhadas individualmente pelas aconseladoras, enquanto as mães do grupo controle receberam apenas orientações rotineiras. Uma semana depois, durante acompanhamento domiciliar feito pelas aconseladoras, apenas as mães do grupo intervenção foram orientadas. Todas as mães foram avaliadas quanto às práticas de alimentação dos lactentes em casa duas semanas após a alta.

Quando lactentes com diarreia foram trazidos ao Hospital do Centro Internacional de Pesquisa de Doenças Diarréicas de Bangladesh (International Centre for Diarrhoeal Disease Research - ICDDR) em Dhaka, Bangladesh, 125 pares mãe/lactente receberam pelo menos três sessões de aconselhamento sobre lactação e os benefícios da amamentação exclusiva. Os pesquisadores compararam os dados desses 125 pares com os dados de outros 125 pares mãe/lactente que também deram entrada no ICDDR devido à diarreia, mas que não receberam orientação. Os lactentes do grupo intervenção tiveram uma estadia mais curta no hospital do que aqueles do grupo de controle (4,3 contra 3 dias;  $p=0,001$ ). Os integrantes do grupo controle receberam alta antes do fim da diarreia, enquanto os do grupo intervenção receberam alta após o fim da diarreia.

**Resultados:** Na alta, as mães do grupo intervenção tinham maior probabilidade de que aquelas do grupo de controle de estarem em amamentação predominante (leite materno e solução oral de reidratação [SRO]) (30% contra 19%), assim como de amamentarem exclusivamente (60% contra 6%) ( $p= 0,001$ ). Duas semanas após a alta, quando a administração da SRO foi interrompida, as mães do grupo intervenção tinham maior probabilidade de estarem em amamentação exclusiva do que aquelas do grupo controle (74% contra 8%), enquanto as do grupo controle tinham maior probabilidade de alimentar suas crianças com mamadeiras do que as do grupo intervenção (49% contra 12%) ( $p= 0,001$ ). Os lactentes do grupo controle apresentaram mais tendência a desenvolver outro episódio de diarreia nas duas semanas seguintes do que os do grupo intervenção (15 contra 4;  $p=0,05$ ; razão de chances = 2,92).

**Conclusões:** Esses achados indicam que o aconselhamento individual sobre a lactação teve forte influência no início da amamentação exclusiva durante a hospitalização e a continuidade dessa prática em casa. Portanto, os funcionários de unidades de saúde materno-infantil deveriam integrar o aconselhamento em amamentação a seus programas para aprimorar as práticas de alimentação de lactentes.

### Os cuidados pré-natais influenciam o comportamento de saúde pós-parto? Evidências de um estudo transversal com base comunitária realizado na zona rural de Tamil Nadu, sul da Índia.

#### Referente ao diapositivo 4.3.3

**Referência:** NIELSEN, B. et al. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu: South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, [S.l.], v. 105, p. 697-703, 1998.

**Métodos:** Estudo transversal com base comunitária feito em 30 áreas servidas pelos centros de saúde na zona rural da Índia, selecionadas aleatoriamente. Aplicou-se um questionário a 1.321 mulheres que deram à luz seis meses antes.

**Resultados:** Informações sobre a amamentação no período pré-natal foram associadas à oferta de colostro e ao início precoce do aleitamento materno:

Informação sobre amamentação	Não ofereceu colostro	Ofereceu colostro**	Razão de chances ajustada (IC 95%)
Não receberam informações	57% (n=487)	43% (n=363)	1,00
Receberam informações*	42% (n=180)	58% (n=250)	1,86 (1,46-2,36)
Informação sobre amamentação	Amamentação depois de 2h	Amamentação antes de 2h	Razão de chances ajustada (IC 95%)
Não receberam informações	82% (n=684)	18% (n=148)	1,00
Receberam informações*	73% (n=313)	27% (n=116)	1,81

\* Não definido no relatório.

\*\* A oferta do colostro também foi associada ao número de consultas pré-natais e ao início dos cuidados pré-natais no primeiro trimestre.

**Conclusão:** As informações sobre amamentação no período pré-natal e a intensidade e o início dos cuidados pré-natais podem ter impacto positivo sobre as práticas de amamentação.

### **A efetividade dos cuidados primários na promoção do aleitamento materno: Análise de revisões sistemáticas e metanálises**

#### **Referente ao Diapositivo 4.3.4**

**Referência:** GUISE, J-M. et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 70-78, 2003.

**Objetivo:** Realizar uma análise sistemática para verificar se os cuidados primários de saúde aumentam as taxas de início e duração do aleitamento materno.

**Métodos:** As pesquisas foram encontradas por meio de buscas nas bases de dados da MEDLINE (1966-2001) e da HealthSTAR, no Cochrane Database of Systematic Reviews, no National Health Service Centre for Reviews and Dissemination Databases, e em bibliografias identificadas de experimentos e resenhas. Só foram incluídos estudos relacionados ao contexto de cuidados primários, conduzidos em um país desenvolvido, escritos em inglês, e com presença de grupo controle concomitante.

**Resultados:** Trinta experimentos controlados randomizados e não randomizados e cinco revisões sistemáticas sobre aconselhamento em amamentação foram incluídos. Os programas educacionais tiveram o maior impacto de todas as intervenções, tanto sobre o início (diferença 0,23; IC 95%= 0,12-0,34) quanto na duração de curto prazo (diferença 0,08; IC 95%= 0,02-0,16). Por outro lado, os materiais escritos (como panfletos, por exemplo) não aumentaram significativamente as taxas de amamentação. Os dados foram insuficientes para determinar se um misto de informações e apoio foi mais eficiente do que apenas as informações.

**Conclusões:** Os programas educacionais foram a forma de intervenção isolada mais eficiente. De cada três a cinco mulheres que participaram de programas de orientação sobre amamentação, uma amamentou por até três meses. Futuras pesquisas e políticas deverão se ocupar em traduzir essas constatações em práticas mais difundidas nos diversos sistemas básicos de saúde.

### **Impacto do contato precoce do lactente com a mãe sobre a duração da amamentação**

#### **Referente ao Diapositivo 4.4.5.**

**Referência:** DE CHATEAU, P.; WIBERG, B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 66, p. 145-151, 1977.

**Método:** Estudo prospectivo realizado na Suécia no qual mães primíparas com antecedentes comparáveis foram divididas aleatoriamente em dois grupos.

As mães do grupo intervenção tiveram de 15-20 minutos de amamentação e contato pele a pele (contato extra) com seus recém nascidos na primeira hora após o parto.

As mães do grupo controle não tiveram nenhum contato extra.

O estudo observou o comportamento das mães e dos lactentes na 36ª hora e no 3º mês após o parto. Apenas uma mãe de cada grupo não participou da entrevista de acompanhamento aos três meses para a observação da interação entre a mãe e o bebê.

**Resultados:** Entre outras constatações, três meses após o parto 58% do grupo intervenção (n=21) contra 26% do grupo controle (n=19) continuavam em amamentação.

**Conclusão:** O contato extra entre a mãe e o lactente na primeira hora de vida pode influenciar a duração da amamentação.

### **Temperaturas de lactentes mantidos em contato pele a pele com a mãe ou em um berço logo após o parto**

#### **Referente ao Diapositivo 4.4.6**

**Referência:** CHRISTENSSON, K. et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr.*, [S.l.], v. 81, p. 488-493, 1992.

**Método:** Cinquenta bebês saudáveis nascidos a termo, sem histórico de complicações pré-natais ou no parto foram divididos aleatoriamente em dois grupos de estudo: lactentes colocados em contato pele a pele com a mãe e lactentes colocados em um berço ao lado da mãe. Os seguintes passos foram obedecidos para ambos os grupos:

1. Os lactentes foram enrolados em um pano de algodão e colocados de braços sob o abdômen da mãe.
2. O cordão umbilical foi cortado de 30-45 segundos após o parto.
3. Uma enfermeira enxugou o lactente, aspirou sua boca e faringe, pesou-o e enfaixou sua cabeça com um pano de algodão.
4. Um termômetro eletrônico foi colocado com fita adesiva nas posições axilar, interescapular e na parte externa da coxa.
5. De 8 a 11 minutos após o parto, o lactente foi colocado de braços em contato pele a pele com a mãe ou em um berço, envolto por duas toalhas de tecido grosso. A temperatura dos quartos era de 26°C.
6. Os lactentes foram observados nos primeiros 90 minutos após o parto, medindo-se as temperaturas axilar, interescapular e da parte externa da coxa a cada 15 minutos durante esse período.
7. Aos 90 minutos após o parto, foram medidas a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a cor da pele, o nível de gases e glicose no sangue.
8. Em cada grupo, 18 bebês foram observados a cada 15 minutos, sendo registrado se estavam chorando ou não.

**Resultados:** Houve diferenças significativas entre os grupos, principalmente no final do período de observação (90 minutos). No grupo com contato pele a pele foram observadas temperaturas mais elevadas. Em ambos os grupos, as temperaturas axilares médias foram significativamente mais altas do que as temperaturas médias da coxa

( $p < 0,001$ ). As temperaturas de todos os lactentes em ambos os grupos aumentaram a índices similares após o parto, até o momento em que foram colocados em contato pele a pele ou em um berço. Foi preciso uma média de 4 a 7 minutos após a separação entre os dois grupos para que as diferenças na temperatura epidérmica fossem medidas e diferenças significativas pudessem ser notadas. A cor da pele e a frequência cardíaca não foram significativamente diferentes. Não foi mencionado nesse estudo se os lactentes foram alimentados ou não.

Um maior número de bebês nos berços estava chorando em todas as observações entre 15 e 90 minutos após o parto. Ao todo, foram registrados 41 ataques de choro entre os bebês nos berços, em comparação a apenas 4 entre os bebês em contato pele a pele.

**Conclusão:** No período imediatamente posterior ao parto, o contato pele a pele, se comparado à permanência em um berço, está associado a temperaturas corporais e epidérmicas mais elevadas e a uma adaptação metabólica mais rápida. O corpo materno é uma fonte eficiente de calor para o bebê.

**Recomendações:** A mãe é uma fonte importante de calor para o recém-nascido, e o incentivo do contato pele a pele entre a mãe e o bebê durante as primeiras 1-2 horas após o parto pode beneficiar ambos do ponto de vista fisiológico, especialmente em países onde é registrada alta incidência de hipotermia neonatal.

## **Efeito das práticas adotadas na sala de parto sobre a amamentação precoce**

### **Referente ao Diapositivo 4.4.8**

**Referência:** RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, [S.l.], v. 336, p. 1105-1107, 1990.

**Método:** Setenta e dois lactentes que nasceram por parto normal foram divididos aleatoriamente em grupo de separação ( $n=34$ ) ou grupo de contato ( $n=38$ ). Os lactentes do grupo de separação foram colocados sobre o abdômen materno imediatamente após o parto, mas removidos após 20 minutos para serem medidos e vestidos (o que levou cerca de 20 minutos); em seguida, foram devolvidos às suas mães. Os lactentes do grupo de contato foram colocados sobre o abdômen materno e o contato não foi interrompido até pelo menos uma hora após o parto ou até que a primeira amamentação houvesse ocorrido. Ambos os grupos de lactentes foram observados durante 2 horas após o parto.

**Resultados:** Os lactentes do grupo de contato começaram a se mover na direção das mamas cerca de 20 minutos após o parto, primeiro com movimentos de braços e pernas e depois com movimentos bucais e de sucção. Aos 50 minutos após o parto, a maioria dos lactentes já estava mamando no peito. Duas horas após o parto, 24/38 lactentes do grupo de contato estavam sugando corretamente a mama contra 7/34 lactentes do grupo de separação. A sucção correta foi definida como a boca bem aberta, a língua em volta da aréola e o leite sendo extraído com sucções profundas. 40/72 dos lactentes foram expostos à petidina; 25/40 não conseguiram sugar corretamente.

**Recomendações:** Os lactentes nus devem ser deixados sobre o abdômen materno, sem interrupções, até que ocorra a primeira mamada e os esforços do lactente para chegar ativamente às mamas devem ser estimulados.

**Nota:** Neste momento pode ser exibido o vídeo que ilustra a tendência inata do lactente a buscar as mamas.

### **Efeito da sucção adequada sobre a duração da amamentação**

#### **Referente ao Diapositivo 4.5.3**

**Referência:** RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 185-189, 1992.

**Método:** Estudo prospectivo realizado em um hospital universitário na Suécia envolveu 82 mães em amamentação exclusiva, que deram à luz bebês nascidos a termo, com resultados de teste Apgar de 5 minutos entre 9 e 10, e que não apresentavam qualquer doença neonatal aparente. A técnica de amamentação foi avaliada entre o 4º e o 6º dia após o parto no momento da alta. Os pares mãe-lactente foram divididos aleatoriamente em dois grupos assim que uma técnica inadequada de sucção (técnica inadequada sendo definida como uma sucção superficial do mamilo) era identificada.

**Grupo 1** – as técnicas inadequadas de amamentação não foram corrigidas.

**Grupo 2** – mães com técnicas inadequadas de amamentação receberam uma breve instrução (de 5-10 minutos) sobre como corrigir a técnica.

**Controle** – pares mãe-lactente com técnicas adequadas (definida pelo lactente com boca bem aberta, língua em volta da aréola e extraíndo leite materno por meio de sucções lentas e profundas) foram selecionados como grupo de controle.

Todos os grupos eram equivalentes com relação à idade das mães, estado civil, paridade, educação e consumo de café e cigarros. O acompanhamento aconteceu por meio de telefonemas aos 2, 3 e 4 meses após o parto; e as perguntas eram relacionadas às práticas de alimentação dos lactentes.

**Resultados:** Todas as mães foram acompanhadas no estudo. Nenhum alimento sólido foi oferecido aos lactentes durante o período de acompanhamento. Nenhuma das mães voltou a trabalhar no período de acompanhamento (a licença-maternidade na Suécia é de 12 meses).

Todas as mães amamentavam exclusivamente no momento da alta hospitalar. A mudança do peito para a mamadeira no primeiro mês foi 10 vezes mais comum no grupo com técnicas inadequadas não corrigidas do que no grupo com técnicas corrigidas ou com técnicas inicialmente adequadas (36,0% contra 3,5%,  $p < 0,001$ ). Note-se que os resultados dos grupos com técnicas corrigidas e técnicas inicialmente adequadas foram combinados, já que seus resultados foram similares nesta pesquisa. No acompanhamento aos 2, 3 e 4 meses, o grupo com técnicas inadequadas não corrigidas foi amamentado significativamente menos do que os lactentes dos outros dois grupos (consulte o diapositivo 4.5.3 para mais detalhes). Os motivos dados para o encerramento da amamentação foram: insuficiência de leite ou introdução da mamadeira (21), lactentes com cólicas (4), doença materna (3), ingurgitamento (1) e cirurgia plástica anterior na mama (1).

Durante o período de 4 meses, 88% do grupo com técnicas inadequadas de sucção não corrigidas relatou problemas na amamentação, em comparação a 48% ( $p < 0,01$ )

do grupo com técnicas corrigidas, e 57% do grupo controle ( $p < 0,5$ ). Os problemas mais comuns na amamentação foram: insuficiência de leite ou introdução da mamadeira, inquietação da criança entre as mamadas, insegurança dos pais ou introdução de uma mamadeira à noite, mamilos machucados ou ingurgitamento, doença na mãe ou na criança, leite materno oferecido em mamadeira, inquietação da criança durante as mamadas e ganho insuficiente de peso.

Problemas na amamentação foram relatados com maior frequência pelas mães que ofereciam chupetas regularmente ( $> 2\text{h}/\text{dia}$ ) do que por aquelas que as ofereciam apenas ocasionalmente ou nunca (83% contra 53%,  $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** O estudo mostrou que foi possível identificar e corrigir técnicas inadequadas de sucção na maternidade, aumentando, assim, as chances de a mulher ter uma amamentação bem sucedida.

A avaliação das técnicas de sucção e a correção de técnicas inadequadas por uma parteira ou enfermeira experiente devem fazer parte da rotina da maternidade. Também foi demonstrado que devem ser evitados o uso excessivo de chupetas e a introdução precoce de refeições ocasionais por meio de mamadeira.

#### **Incentivo à amamentação por especialistas: Evidências de uma pesquisa nacional**

##### **Referente ao Diapositivo 4.5.4**

**Referência:** LU, M. et al. Provider encouragement of breastfeeding: evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 97, p. 290-295, 2001.

**Métodos:** Uma amostra nacional (EUA) representativa de 2.017 mães com crianças menores de 3 anos foi pesquisada por telefone. As respostas de 1.229 mulheres entrevistadas foram incluídas na análise. As respondentes foram solicitadas a lembrar se médicos ou enfermeiras as encorajaram ou desencorajaram a amamentar, no hospital.

**Resultados:** 74,6% das mulheres que foram incentivadas iniciaram a amamentação, em comparação a apenas 43,2% das que não foram ( $p < 0,001$ ).

As mulheres incentivadas a amamentar por um profissional de saúde, no hospital, foram mais do que quatro vezes mais propensas a iniciar a amamentação do que as mulheres que não receberam nenhum incentivo. A influência do incentivo de um especialista foi significativa em todos os estratos da amostra.

**Conclusão:** O incentivo de um especialista no hospital aumentou significativamente as taxas de início da amamentação entre mulheres de todas as origens étnicas e sociais.

## **Efeito do sistema de maternidade no sucesso da lactação de mulheres de baixa renda residentes em zonas urbanas do México**

### **Referente ao Diapositivo 4.5.5**

**Referência:** PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum. Dev.*, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 25-40, 1992.

**Método:** Comparou-se o desempenho da lactação de 165 mães saudáveis que planejaram amamentar e deram à luz por parto normal sem complicações a lactentes saudáveis, de acordo com sua permanência em um hospital com berçário (58) ou hospital com alojamento conjunto (107), onde a suplementação com fórmulas infantis não era permitida. No hospital com alojamento conjunto, as mulheres foram incluídas aleatoriamente em um grupo que recebeu aconselhamento sobre a amamentação durante sua estadia no hospital, ou em um grupo controle. Foram feitas entrevistas com as mulheres aos 8, 70 e 135 dias após o parto. Os grupos eram similares em suas variáveis socioeconômicas, demográficas, antropométricas, de experiências anteriores com amamentação e de cuidados pré-natais.

**Resultados:** Ajustando-se para fatores de confusão, o aconselhamento sobre a amamentação teve um impacto positivo na duração do aleitamento materno entre mulheres primíparas que deram à luz no hospital com alojamento conjunto. Isso foi aplicável à amamentação de curto e longo prazo quando comparada a mães que deram à luz em hospitais com berçário e sem aconselhamento sobre a amamentação. As mulheres primíparas do grupo com alojamento conjunto que não receberam aconselhamento sobre amamentação tiveram um impacto positivo na duração da amamentação no curto prazo, mas não no longo prazo, quando comparadas a mulheres que deram à luz no hospital com berçário.

**Conclusão:** O alojamento conjunto e o aconselhamento sobre amamentação no período pós-parto podem influenciar a duração da amamentação a curto e longo prazo. O alojamento conjunto por si só não é o suficiente para influenciar as taxas de duração da amamentação.

## **Efeitos a longo prazo de uma mudança nas rotinas de alimentação na maternidade**

### **Referente ao Diapositivo 4.6.2**

**Referência:** NYLANDER, G. et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, [S.l.], v. 70, p. 205-209, 1991.

**Método:** Estudo prospectivo realizado na Noruega com 407 pares mãe-lactente, com recém-nascidos a termo, pesando entre 2,5kg e 4,5kg. Assim que 204 lactentes que iniciaram a vida sendo alimentados rotineiramente com suplementos de solução glicosada e que haviam recebido, quase todos, pelo menos uma refeição de fórmulas infantis antes da alta foram envolvidos no estudo, realizou-se uma mudança nas rotinas do hospital para que os eles fossem amamentados nos primeiros 30 minutos após o parto, sendo incentivada a amamentação por livre demanda encorajada (>5/24h), o que aboliu a suplementação alimentar. Depois de um ano, um questionário de acom-



panhamento com perguntas relacionadas à alimentação foi enviado às enfermeiras-chefes das unidades de saúde onde estavam os prontuários dos bebês.

**Resultados:** Grupo controle (antes da alteração das rotinas): todos receberam suplementos de água com glicose e foram alimentados com fórmulas infantis pelo menos uma vez (n=204).

Grupo intervenção (após as mudanças): amamentações precoce, freqüente e sem suplementação (n=203).

O grupo controle perdeu menos peso desde o nascimento (4,6% com peso mínimo no terceiro dia contra 6,4% do grupo de intervenção com peso mínimo no dia 2,6).

O grupo intervenção consumiu um maior volume de leite materno e, conseqüentemente, menos fórmulas infantis e solução glicosada. Eles recuperaram peso antes do grupo controle.

O acompanhamento após um ano foi de 62% do grupo intervenção e 52% do grupo controle, sendo que o não acompanhamento da maioria dos casos aconteceu devido a mudanças ou falta de tempo para que as enfermeiras encontrassem os registros. Os casos acompanhados eram equivalentes em paridade e peso do lactente ao nascimento. As curvas de peso dos dois grupos eram similares.

As mães do grupo intervenção amamentaram significativamente por mais tempo do que as mães do grupo controle.

	Controle	Intervenção
Duração média da amamentação exclusiva (p<0,001)	3,5 meses (± 2,1)	4,5 meses (± 1,8)
Duração da amamentação (p<0,01)	6,9 meses (± 3,3)	8 meses (± 2,4)
Amamentação aos 6 meses	66%	87%

**Conclusão:** Esse estudo demonstra que lactentes saudáveis nascidos a termo, geralmente não precisam de suplementos ao leite materno, desde que tenham tido um início satisfatório com aleitamento materno precoce e freqüente. As mudanças nas rotinas aumentaram a duração do período de amamentação exclusiva.

### Determinantes do desempenho da lactação ao longo do tempo em população urbana do México

#### Referente ao Diapositivo 4.6.5

**Referência:** PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc. Sci. Méd.*, [S.l.], v. 37, n. 8, p. 1069-1078, 1993.

**Método:** Os determinantes da amamentação e da amamentação plena foram investigados entre 165 mães mexicanas saudáveis, que planejaram amamentar e que deram à luz por parto normal a lactentes saudáveis nascidos a termo. Os partos aconteceram em um hospital com berçário ou em hospital com política de alojamento conjunto, onde a fórmula infantil de suplementação não era permitida. Os registros de amamentação foram realizados na 1ª semana, no 2º mês e no 4º mês, por meio de questionários.

**Resultados:**

	Hospital com alojamento conjunto	Hospital com berçário
Chegada do leite:	Mais cedo	Mais tarde

As mães em hospitais com alojamento conjunto relataram que o leite chegou mais cedo. A chegada do leite foi mais tardia quando a mamadeira foi introduzida na primeira semana. A amamentação foi positivamente associada à chegada do leite mais cedo e inversamente associada à introdução de mamadeiras desde cedo, à volta das mães ao trabalho, ao índice de massa corporal da mãe e à idade do lactente.

**Dados clínicos: morbidade em bebês recém-nascidos no Hospital Sanglah antes e depois da implantação do alojamento conjunto**
**Referente ao Diapositivo 4.7.4**

**Referência:** SOETJININGSIH, Sudaryat S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, [S.l.], v. 26, p. 229-235, 1986.

**Método:** Estudo prospectivo realizado em Bali, Indonésia, ao longo de um ano, no qual foram examinados morbidade, mortalidade, consumo de fórmula infantil e de fluido intravenoso (IV), e duração da estadia na maternidade e berçário nos 6 meses em que os bebês eram separados das mães, em comparação aos 6 meses depois da instituição de uma política de alojamento conjunto.

**Resultados:** Os perfis dos lactentes foram similares nos dois períodos.

	Antes do alojamento conjunto	Após o alojamento conjunto
Total de nascidos vivos	1.862	1.965
Baixo peso ao nascer	241	232
Nascidos a termo e normais	1.621	1.733

Nos seis primeiros meses após a instituição do alojamento conjunto:

Doenças diarréicas, otite média, infecções neonatais e meningites diminuíram em lactentes com baixo peso ao nascer e em lactentes nascidos a termo (ver diapositivo 4.7.5 para mais detalhes).

A mortalidade por infecções diminuiu (41 ou 2,21% contra 16 ou 0,81%), enquanto as mortes por outras causas não foram significativamente alteradas nesse período (3,13% contra 2,59%).

A necessidade de fórmula infantil caiu de 105,6 para 25,6 latas por mês (latas de 400g de fórmula infantil em pó).

A necessidade de fluido IV caiu de 135,8 para 74,1 embalagens por mês (embalagem de 500 cc).

O tempo de estadia no hospital foi reduzido de 4,2 para 1,8 dias.

**Conclusão:** As mães, os lactentes e o hospital foram beneficiados quando a política de alojamento conjunto foi introduzida:

Mães: estada mais curta, reduzindo a lotação hospitalar.

Lactentes: diminuição de mortalidade e morbidade.

Hospital: economia de leite, combustível, profissionais para preparar a fórmula infantil e cuidar dos lactentes, menos consumo de fluido IV e antibióticos.

### **Efeitos do alojamento conjunto sobre a frequência da amamentação durante 24 horas**

#### **Referente ao Diapositivo 4.7.5**

**Referência:** YAMAUCHI, Y.; YAMANOUCHI, I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr. Scand.*, [S.l.], v. 79, p. 1017-1022, 1990.

**Método:** Cem recém-nascidos a termo saudáveis foram selecionados em cada um dos dois períodos estudados, um antes e outro depois da implantação do alojamento conjunto. Os **lactentes não alojados conjuntamente** (n=112) foram mantidos no berçário após o parto, e as mães os trouxeram aos seus quartos de acordo com horários pré-determinados (a cada 3 ou 4 horas), para amamentá-los, por 2 horas. Em seguida eles eram levados de volta ao berçário. Os **lactentes alojados conjuntamente** (n=92) ficaram nos quartos de suas mães imediatamente após o parto. As mães foram encorajadas a amamentar seus bebês sempre que considerassem que eles estavam com fome e foram orientadas a não limitar a frequência ou a duração das mamadas. Os dados da frequência da amamentação foram obtidos a partir das fichas das mães e dos lactentes.

**Resultados:** A frequência da amamentação a cada 24 horas foi significativamente maior nos lactentes alojados conjuntamente do que naqueles não alojados conjuntamente, do 2º ao 7º dia ( $p < 0,01$ ).

**Conclusão:** Este estudo demonstrou que, durante a primeira semana de vida, alojar os lactentes conjuntamente aumentou significativamente a frequência da amamentação, se comparado a mantê-los no berçário.

Os autores concluíram que alguns dos problemas de alimentação neonatal relacionados à amamentação, como a necessidade de suplementos ao leite materno ou a recuperação insuficiente de peso, poderiam ser eliminados com orientações a mães e enfermeiras e por meio de mudanças nas políticas e práticas do hospital quanto à amamentação.

## **Freqüência da amamentação durante as primeiras 24 horas após o parto e a incidência de hiperbilirrubinemia no 6º dia**

### **Referente ao Diapositivo 4.8.4**

**Referência:** YAMAUCHI, Y.; YAMANOUCHI, I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, [S.l.], v. 86, n. 2, p. 171-175, 1990.

**Método:** Estudo realizado no Japão analisou a relação entre a freqüência da amamentação e a ingestão de leite materno, perda de peso, eliminação de mecônio e níveis de bilirrubina. Cento e quarenta recém-nascidos a termo saudáveis, amamentados, nascidos por parto normal e sem complicações.

Todos os neonatos ficaram nos quartos de suas mães desde o momento do parto. As mães foram incentivadas a amamentar seus bebês sempre que considerassem que eles estavam com fome e foram orientadas a não limitar a freqüência ou a duração das mamadas. As mães registraram em detalhes a freqüência e a duração de cada mamada nos primeiros 2 dias após o parto. Os níveis de bilirrubina transcutânea (BTc) foram medidos usando o bilirrubinômetro Minolta-Airshields. As medições no 6º dia de vida foram feitas na cabeça, peito e esterno, e o valor médio dessas medições foi usado no lugar das medições de soro total de bilirrubina. A exatidão e a confiabilidade das medições de BTc foram documentadas. O coeficiente de correlação foi 0,930, e os limites de confiança de 95% foram +2,68mg/dl.

Para a análise dos dados, os neonatos foram separados em dois grupos, de acordo com a freqüência de alimentação durante as primeiras 24 horas de vida – superior ou inferior a sete mamadas em 24 horas. Essa freqüência foi escolhida arbitrariamente, por se encaixar nos cronogramas tradicionais de mamadas a cada 3 ou 4 horas em berçários sem alojamento conjunto.

**Resultados:** A incidência de hiperbilirrubinemia significativa ( $BTc > 23,5$ ) (aproximadamente igual ao nível sérico total de bilirrubina de 15 mg/dl) diminuiu com a maior freqüência de mamadas durante as 24 primeiras horas após o parto, como ilustrado no gráfico do diapositivo 4.8.4.

Além disso, os neonatos alimentados sete ou mais vezes em 24 horas tiveram um aumento significativo de eliminação de mecônio, consumo de leite materno e ganho de peso em comparação àqueles que foram alimentados com menor freqüência.

**Conclusão:** Houve uma forte correlação causal entre a freqüência das mamadas e a diminuição da incidência de hiperbilirrubinemia.

**Recomendações:** A amamentação freqüente nos primeiros dias de vida traz inúmeros efeitos benéficos ao recém-nascido de termo amamentado.

## Freqüência da amamentação e concentração dos níveis séricos de bilirrubina

### Referente ao Diapositivo 2.8.5

**Referência:** DE CARVALHO, M.; KLAUS, M. H.; MERKATZ, R. B. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am. J. Dis. Child.*, [S.l.], v. 136, n. 8, p. 737-738, Aug. 1982.

**Histórico:** Estudos recentes sugerem que os regimes de três a quatro mamadas seguidas por diversas maternidades podem não ser fisiológicos e que os lactentes devem ser alimentados com maior freqüência.

**Método:** Para determinar os efeitos da freqüência e da duração da amamentação nos primeiros dias após o parto, foram estudadas 55 mães e seus lactentes.

**Resultados:** Lactentes que foram amamentados em média mais de oito vezes a cada 24 horas nos primeiros três dias de vida apresentaram níveis séricos de bilirrubina significativamente menores (65 contra 9,3 mg/dl,  $p < 0,01$ ) do que aqueles que foram alimentados menos de oito vezes a cada 24 horas.

**Conclusões:** Os resultados dessa investigação sugerem que as atuais políticas de amamentação que reduzem ou limitam o número de mamadas podem interferir nos processos normais de eliminação da bilirrubina pelo recém-nascido.

### Uso de chupetas e curta duração da amamentação: causa, consequência ou coincidência?

### Referente ao Diapositivo 4.9.4

**Referência:** VICTORA, C. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, [S.l.], v. 99, p. 445-453, 1997.

**Método:** Uma coorte de base populacional composta de 650 mães/lactentes foi visitada pouco tempo após o parto e no 1º, no 3º, e no 6º mês de vida do lactente. As mães foram entrevistadas a respeito de uso de chupetas, padrões de amamentação e variáveis socioeconômicas, ambientais e reprodutivas. A duração da amamentação refere-se à duração total de qualquer tipo de amamentação.

**Resultados:** Os usuários freqüentes de chupeta (crianças que usam chupetas durante grande parte do dia e pelo menos até dormir) no 1º mês foram quatro vezes mais propensos a interromper a amamentação aos 6 meses do que os não usuários.

	Usuários	Não usuários	
No 1º mês:			
Recebendo mamadeiras diárias (n=450)	10,6%	12,2%	$p < 0,001$
Recebendo fórmula infantil (n=450)	12,2%	37,0%	$p = 0,001$
Recebendo chás (n=450)	49,4%	76,1%	$p = 0,001$

continua

continuação

Parou a amamentação no 3º mês (n=447)	86,4%	58,7%	p<0,001
Parou a amamentação no 6º mês (n=437)	65,0%	16,3%	p<0,001

**Conclusões:** A chupeta pode ser um mecanismo eficaz de desmame usado pelas mães que têm dificuldades explícitas ou implícitas na amamentação. Para terem sucesso, as campanhas que promovem a amamentação pela redução do uso de chupetas devem também ajudar as mulheres a enfrentar os desafios da amamentação e discutir suas ansiedades.

### **Capacitando aconseladoras na comunidade para promover e apoiar a amamentação exclusiva em Bangladesh**

#### **Referente ao Diapositivo 4.10.5**

**Referência:** HAIDER, R. et al. A training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J. Hum. Lact.*, [S.l.], v. 18, p. 7-12, 2002.

**Método:** Um programa de aconselhamento por aconseladoras comunitárias foi instituído em Dhaka, Bangladesh, e as taxas de amamentação exclusiva aos 5 meses foram comparadas na área de intervenção com a área controle. As aconseladoras moravam nas vizinhanças onde trabalhavam e receberam aulas teóricas e práticas e seções práticas supervisionadas. Elas visitavam as mães no mínimo duas vezes no último trimestre de gravidez e nos seguintes períodos pós-parto: 48 horas, 5º dia, diariamente entre o 10º e o 14º dia, e então a cada duas semanas até o 5º mês após o parto. Foi desenvolvido um protocolo para os supervisores de amamentação e para o coordenador da pesquisa.

#### **Resultados:**

70% das mães na área do projeto amamentaram exclusivamente.

6% das mães na área de controle amamentaram exclusivamente.

**Conclusão:** O aconselhamento comunitário realizado por pares é uma estratégia útil e eficaz na promoção do aleitamento materno. Por terem supervisão de apoio contínuo e contato com unidades de saúde para tratamentos médicos, as conselheiras conquistaram a credibilidade e a confiança das mães.

### **Eficácia do aconselhamento domiciliar feito por pares na promoção da amamentação exclusiva: um experimento aleatório controlado**

#### **Referente ao Diapositivo 4.10.6**

**Referência:** MORROW, A. et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, [S.l.], v. 353, p. 1226-1231, 1999.

**Histórico:** A amamentação exclusiva é recomendada mundialmente, mas não é comumente praticada. Foi realizado um estudo aleatório controlado sobre a eficácia

do aconselhamento domiciliar por pares no aumento das taxas de amamentação exclusiva entre mães e lactentes residentes na região periurbana da Cidade do México.

**Método:** Dois grupos de intervenção, com freqüências diferentes de aconselhamento, seis visitas (44) e três visitas (52), comparados com um grupo controle (34) que não sofreu nenhuma intervenção. De março de 1995 a setembro de 1996, 170 gestantes foram identificadas pelo censo e convidadas a participar do estudo. As visitas domiciliares foram feitas durante a gravidez e logo após o parto por aconseladoras recrutadas na mesma comunidade e capacitadas pelo grupo La Leche League. Os dados foram coletados por entrevistadores independentes. A amamentação exclusiva foi definida segundo o critério da OMS.

**Resultados:** 130 mulheres participaram do estudo. Apenas 12 mulheres se recusaram a participar. Os grupos de estudo não diferiam entre si antes da intervenção. No 3º mês após o parto, a amamentação exclusiva era praticada por 67% do grupo de seis visitas, 50% do grupo de três visitas, e 12% do grupo controle (grupos intervenção *versus* grupo controle,  $p < 0,001$ ; seis visitas contra três visitas,  $p = 0,02$ ). A duração da amamentação foi significativamente maior ( $p = 0,02$ ) nos grupos intervenção do que no grupo controle e menos lactentes dos grupos de intervenção tiveram episódios de diarreia, em comparação com o grupo de controle (12% contra 26%,  $p = 0,03$ ).

**Conclusão:** Esse é o primeiro teste aleatório com base comunitária relatado sobre a promoção do aleitamento materno. O contato precoce e freqüente com aconseladoras comunitárias foi associado a um aumento significativo da taxa de amamentação exclusiva e de sua duração. A diminuição pela metade dos casos de diarreia demonstra a importância da promoção do aleitamento materno para a saúde do lactente.

### **Estudo de Intervenção em Promoção da Amamentação: um experimento aleatório na República da Bielorrússia**

#### **Referente ao Diapositivo 4.11.1-4**

**Referência:** KRAMER, M. S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, [S.l.], v. 285, n. 4, p. 413-420, 24-31 Jan. 2001.

**Contexto:** As evidências atuais de que a amamentação é benéfica para a saúde de lactentes e crianças de primeira infância se baseiam exclusivamente em estudos observacionais. Fontes potenciais de viés nesses estudos trouxeram dúvidas sobre a magnitude desses benefícios à saúde, em países industrializados.

**Objetivo:** Avaliar os efeitos do incentivo à amamentação sobre a duração da amamentação, sua exclusividade e a ocorrência de infecções gastrointestinais e respiratórias e eczemas atópicos em lactentes. Delineamento: Estudo de Intervenção em Promoção da Amamentação, um experimento aleatório conduzido entre junho de 1996 e dezembro de 1997, com acompanhamento de um ano.

**Universo:** 31 hospitais-maternidade e policlínicas da República da Bielorrússia.

**Participantes:** Um total de 17.046 pares mãe-lactente, consistindo de recém-nascidos a termo com pelo menos 2.500g e mães saudáveis que pretendiam amamentar. Dessas, 16.491 (96,7%) completaram todo o acompanhamento de 12 meses.

**Intervenções:** Os hospitais foram aleatoriamente separados para receber uma intervenção (n=16) nos moldes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS e do UNICEF, que enfatiza a assistência do profissional de saúde no início e na manutenção da amamentação e da lactação e no apoio à amamentação pós-natal; ou uma intervenção controle (n=15), em que continuam a empregar as práticas e políticas usuais de alimentação de lactentes.

**Principais medidas resultantes:** Duração de qualquer prática de amamentação, prevalência de amamentação predominante ou exclusiva no 3º e no 6º mês de vida e ocorrência de um ou mais episódios de infecção no trato gastrointestinal, dois ou mais episódios de infecção no trato respiratório e eczema atópico durante os primeiros 12 meses de vida, comparados entre os grupos intervenção e controle.

**Resultados:** Os lactentes dos hospitais intervenção foram significativamente mais propensos, do que os lactentes do grupo controle, a serem de alguma forma amamentados no 12º mês (19,7% contra 11,4%; razão de chances ajustada [OR], 0,47; intervalo de confiança [IC]: 95%: 0,32-0,69), foram mais propensos a serem amamentados exclusivamente no 3º mês (43,3% contra 6,4%; p<0,001) e no 6º mês (7,9 contra 0,6%; p<0,01), e apresentaram uma redução significativa no risco de contrair uma ou mais infecções no trato gastrointestinal (9,1% contra 13,2%; OR ajustada, 0,60; IC 95%: 0,40-0,91) ou eczema atópico (3,3% contra 6,3%; OR ajustada, 0,54; IC 95%: 0,31-0,95), mas não houve nenhuma redução significativa em infecções no trato respiratório (grupo de intervenção, 39,2%; grupo de controle, 39,4%; OR ajustada, 0,87; IC 95%: 0,59-1,28).

**Conclusão:** A intervenção promoveu o aumento da duração e da exclusividade da amamentação e a diminuição dos riscos de infecção no trato gastrointestinal e eczema atópico no primeiro ano de vida. Esses resultados oferecem uma base científica sólida para intervenções futuras que visem a promover a amamentação.

### Os efeitos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre a duração da amamentação na Suíça

#### Referente ao Diapositivo 4.11.5-7

**Referência:** MERTEN, S. et al. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, [S.l.], v. 116, p. e702-e708, 2005.

**Objetivos:** Este estudo examina se o credenciamento IHAC, e a conformidade com os Dez Passos influenciam a duração da amamentação em nível nacional, na Suíça.

**Métodos:** Foram analisados dados de 2.861 lactentes com idades entre 0 e 11 meses nascidos em 145 unidades de saúde diferentes. Os dados sobre amamentação foram comparados tanto com o progresso rumo ao credenciamento IHAC de cada hospital quanto com o grau com que os hospitais já credenciados seguiam com sucesso os padrões IHAC.

**Resultados:** A proporção de bebês amamentados exclusivamente nos 5 primeiros meses de vida foi de 42% para aqueles nascidos em hospitais Amigos da Criança, em comparação a 34% dos lactentes nascidos em outros hospitais. A duração média da amamentação para lactentes nascidos em hospitais Amigos da Criança, em comparação com a dos lactentes nascidos em outros hospitais, era mais longa quando o hospital apresentava boa conformidade com os Dez Passos (35 semanas contra 29 semanas



para qualquer tipo de amamentação, 20 semanas contra 17 semanas para a amamentação plena, e 12 semanas contra 6 semanas para a amamentação exclusiva).

Em 2003, a duração média de qualquer tipo de amamentação na Suíça era de 31 semanas, em comparação às 22 semanas de 1994. A duração média da amamentação plena era de 17 semanas, em comparação às 15 semanas de 1994.

**Conclusão:** Os autores concluíram que o aumento geral da amamentação na Suíça, desde 1994, pode ser interpretado, em parte, como uma consequência do crescimento da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no país. A maior duração da amamentação também foi associada ao alojamento conjunto em tempo integral (24h/dia), ao início precoce da amamentação, ao aleitamento por livre demanda e à prática de evitar o uso de chupetas.

## Impresso 4.1

### Transparências da Seção 4

#### Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.1.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Política ou norma de aleitamento materno *Por que ter uma política?*

- Exige um plano de ação e oferece orientação
- Ajuda a estabelecer cuidados consistentes para as mães e os bebês
- Proporciona um padrão que pode ser avaliado

Transparência 4.1.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Política ou norma de aleitamento materno

*O que ela deve conter?*

- A política ou norma escrita deve incluir, no mínimo:
  - Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno
  - A proibição de que a instituição receba suprimentos de substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos, gratuitos ou de baixo custo, e de sua distribuição para as mães
  - Outros pontos podem ser acrescentados

Transparência 4.1.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Política ou norma escrita de aleitamento materno

*Como ela deve ser apresentada?*

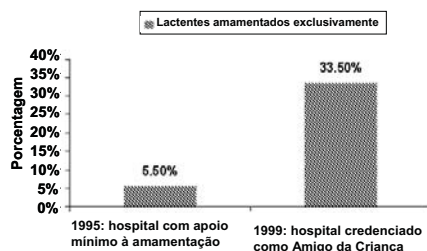
##### Ela deve:

- Ser escrita em linguagem simples para que possa ser entendida por pacientes e funcionários
- Estar disponível para todos os funcionários que prestem cuidados a mães e bebês
- Ser afixada ou exposta em lugares onde mães e filhos recebam cuidados

Diapositivo 4.1.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Passo 1: Aumento dos índices de amamentação exclusiva durante permanência na maternidade depois da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681

Transparência 4.1.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

#### Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.2.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Áreas de conhecimento

- Vantagens da amamentação
- Riscos da alimentação artificial
- Como funcionam a lactação e a sucção
- Como ajudar as mães a iniciar e manter a amamentação
- Como avaliar a amamentação
- Como solucionar dificuldades na amamentação
- Políticas e práticas de amamentação em hospitais
- Foco na mudança das atitudes negativas que criam barreiras

Transparência 4.2.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Tópicos complementares para a capacitação para a IHAC no contexto do HIV

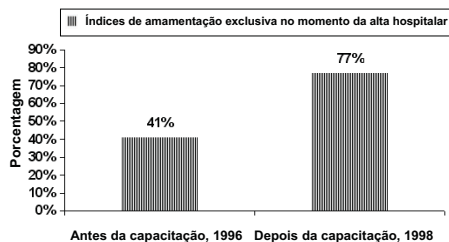
### Treinar toda a equipe em:

- Bases teóricas sobre o HIV e o programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)
- Realização voluntária do teste e aconselhamento sobre HIV
- Opções locais apropriadas para alimentação de substituição
- Como aconselhar mulheres HIV positivo sobre os riscos e benefícios das diversas opções de alimentação e como tomar decisões informadas
- Como ensinar as mães a preparar e oferecer alimentos
- Como manter privacidade e confidencialidade
- Como minimizar o efeito de "disseminação" (levando as mães HIV negativas ou que desconhecem sua situação sobre HIV a escolher uma alimentação alternativa, quando a amamentação oferece menos riscos)

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 4.2.3

## Passo 2: Efeito da capacitação da equipe hospitalar em aleitamento materno sobre os índices de amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar

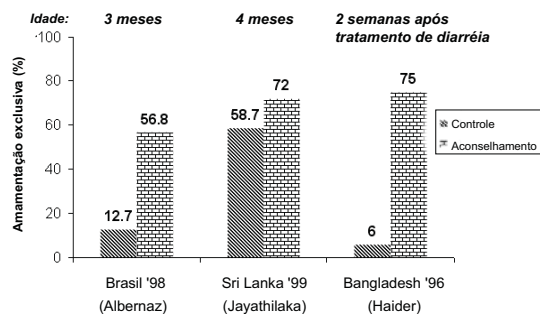


Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

Transparência 4.2.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Passo 2. Aconselhamento aumenta os índices de amamentação exclusiva



As diferenças entre os grupos de intervenção e controle são estatisticamente significantes ( $p < 0.001$ ).  
Fonte: CAH/OMS, com base em pesquisas de Albernaz, Jayathilaka e Haider.

Transparência 4.2.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Que outros profissionais além da equipe de atenção perinatal podem influenciar no sucesso da amamentação?

Transparência 4.2.6

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

Passo 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo da amamentação.

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.3.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

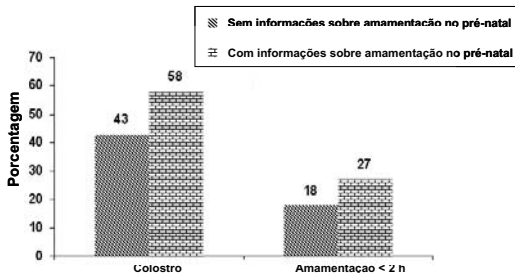
## A educação pré-natal deve incluir:

- Benefícios da amamentação
- Início precoce da amamentação
- Importância do alojamento conjunto (se este for um conceito novo)
- Importância da amamentação sob livre demanda
- Importância da amamentação exclusiva
- Como garantir leite materno suficiente
- Riscos da alimentação artificial e do uso de mamadeira e chupetas
- Bases teóricas sobre o HIV
- Prevenção da transmissão vertical do HIV
- Realização voluntária do teste, aconselhamento sobre HIV e aconselhamento sobre alimentação de lactentes para mulheres HIV positivo
- A educação pré-natal não deve incluir orientações em grupo sobre o preparo de fórmulas infantis

Transparência 4.3.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Passo 3: A influência do cuidado pré-natal no comportamento da alimentação infantil

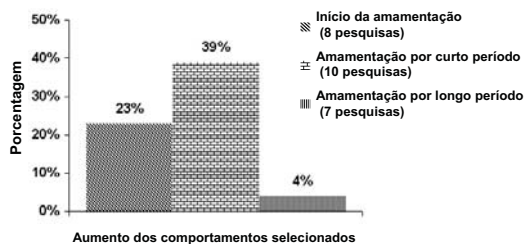


Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

Transparência 4.3.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Passo 3. Meta-análise de pesquisas sobre educação pré-natal e seu efeito na amamentação



Adaptado de: Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2): 70-78.

Transparência 4.3.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.4.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Nova interpretação do Passo 4 conforme os Critérios Globais IHAC revisados

*“Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora, e incentivar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda se necessário”.*

Transparência 4.4.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Início precoce da amamentação para o recém-nascido normal

**Por quê?**

- Aumenta a duração da amamentação
- Permite contato pele a pele com o corpo da mãe, aquece o bebê e o coloniza com os organismos maternos
- Oferece o colostro como a primeira imunização do bebê
- Tira proveito da primeira hora do estado de alerta
- Os bebês aprendem a sugar de maneira mais eficiente
- Promove melhores resultados no desenvolvimento

Transparência 4.4.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

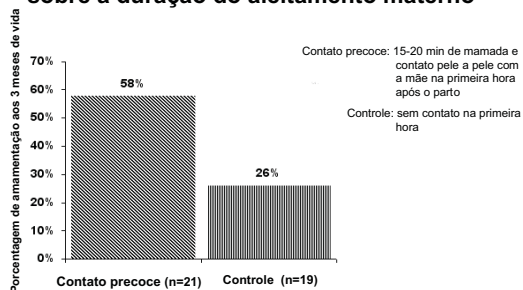
## Início precoce da amamentação para o recém-nascido normal Como?

- Manter mãe e bebê juntos
- Colocar o bebê sobre o peito da mãe
- Permitir que o bebê comece a mamar quando estiver pronto
- Não apressar ou interromper o processo
- Retardar os procedimentos médicos e cuidados não urgentes por pelo menos uma hora

Transparência 4.4.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Impacto do contato precoce entre mãe e bebê sobre a duração do aleitamento materno

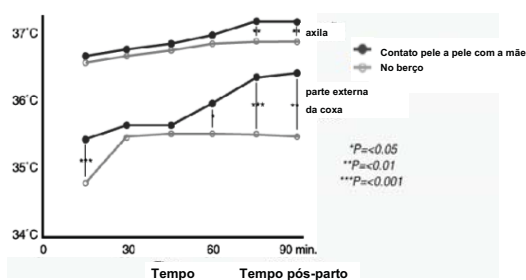


Adapted from: DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

Transparência 4.4.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Temperaturas após o parto em lactentes mantidos em contato pele a pele com a mãe ou no berço



Adaptado de: Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

Transparência 4.4.6

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Composição protéica do colostro e do leite materno maduro (por litro)

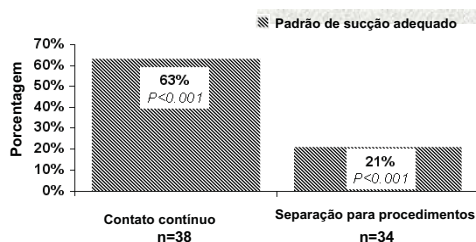
Componente	Medida	Colostro (1-5 dias)	Leite maduro (>30 dias)
Proteína total	g	23	9-10,5
Caseína	mg	1400	1870
$\alpha$ -Lactalbumina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

Fonte: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*, 5th ed. St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

Transparência 4.4.7

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Efeito das práticas em sala de parto na amamentação precoce



Adaptado de: Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

Transparência 4.4.8

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.5.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

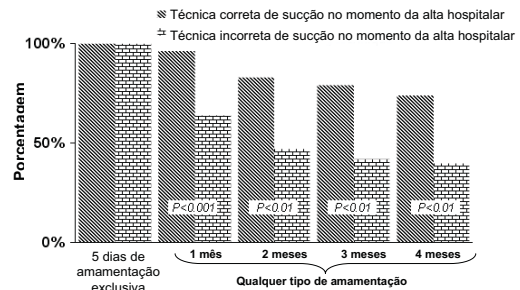
**“Ao contrário da crença popular, colocar o bebê para mamar não é uma habilidade que já nasce com a mãe; é algo que se aprende com a observação e a experiência.”**

Fonte: Woolridge M. The "anatomy" of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171

Transparência 4.5.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

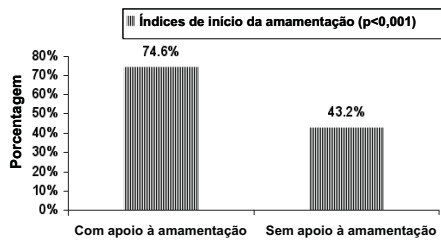
### Efeito do posicionamento adequado do bebê na duração da amamentação



Transparência 4.5.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Passo 5: Efeito do apoio à amamentação feito por profissionais da saúde em hospitais nos índices de início da amamentação

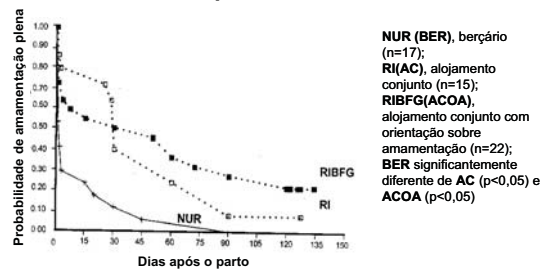


Adaptado de: Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breastfeeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

Transparência 4.5.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Efeito das rotinas da maternidade no sucesso da lactação de mulheres mexicanas de baixa renda que vivem em zona urbana



Fonte: Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev.*, 1992, 31 (1): 25-40.

Transparência 4.5.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Produção e demanda

- A remoção do leite materno estimula a sua produção.
- A quantidade de leite materno extraída em cada mamada determina o índice de produção nas próximas horas.
- A remoção do leite materno deve ser mantida durante a separação mãe/bebê para manter a produção.

Transparência 4.5.6

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

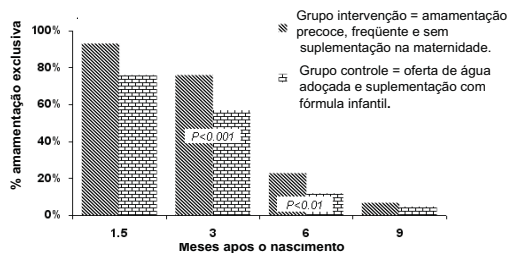
- Passo 6. Não oferecer a recém-nascidos nenhuma bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja uma indicação médica.

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.6.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Efeitos a longo prazo de mudanças nas rotinas de alimentação na maternidade



Adaptado de: Nyländer G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

Transparência 4.6.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### A combinação perfeita: quantidade de colostro por mamada e capacidade gástrica do recém-nascido



Adaptado de: Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood*, Fourth Edition St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

Transparência 4.6.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Impacto da suplementação rotineira com fórmulas infantis

Diminuição da frequência ou efetividade da sucção



Diminuição da quantidade de leite removido das mamas



Retardo na produção ou redução na quantidade de leite. Alguns lactentes têm dificuldades de fazer a pega da mama quando alimentados com fórmulas em mamadeira.

Transparência 4.6.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Determinantes do desempenho da lactação ao longo do tempo em uma população urbana do México

- O leite materno desceu mais precocemente em hospitais com alojamento conjunto onde as fórmulas infantis não são permitidas
- O leite materno demorou mais para descer em hospitais com berçário ( $p < 0,05$ )
- A amamentação foi positivamente associada a descida mais precoce do leite materno
- A amamentação foi inversamente associada a: introdução precoce de alimentos em mamadeira, trabalho da mãe, índice de massa corporal materna e idade do lactente.

Fonte: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, (8):1069-78.

Transparência 4.6.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Resumo de pesquisas sobre necessidade de água em lactentes exclusivamente amamentados

Pais	Temperatura °C	Umidade relativa %	Osmolaridade urinária (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
Índia	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

Nota: A faixa normal da osmolaridade urinária é de 50-1400 mOsm/l

Fonte: *Breastfeeding and the use of water and teas*. Division of Child Health and Development. Update No. 9. Geneva, World Health Organization, (reissued, Nov. 1997).

Transparência 4.6.6

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Razões médicas ou indicações clínicas

Há raras exceções em que o lactente pode precisar de outros líquidos ou alimentos em adição ou substituição ao leite materno. O programa alimentar desses bebês deve ser determinado individualmente por profissionais da saúde qualificados.

Transparência 4.6.7

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Razões médicas aceitáveis para a suplementação ou substituição do aleitamento materno

### Condições do lactente:

- Lactentes que não podem ser amamentados, mas podem receber leite materno, incluindo aqueles que são muito fracos, têm dificuldades de sucção ou anomalia oral, ou que foram separados de suas mães.
- Lactentes que podem precisar de nutrição adicional além da oferecida pelo leite materno, incluindo recém-nascidos pré-termos ou de muito baixo peso, com risco de hipoglicemia, desidratados ou mal nutridos, ou quando apenas o leite materno não é suficiente.
- Lactentes com galactosemia não devem ser alimentados com leite materno, nem com os alimentos de substituição habituais. Eles devem ser alimentados com fórmulas infantis isentas de galactose.
- Lactentes com fenilcetonúria podem ser amamentados e receber também fórmulas infantis isentas de fenilalanina.

Transparência 4.6.8

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Condições maternas:

- A amamentação deve ser interrompida se a mãe estiver tomando antimetabólicos, iodo radioativo ou alguns tipos de medicamentos para a tireóide.
- Alguns medicamentos podem causar sonolência ou outros efeitos colaterais nos lactentes e devem ser substituídos durante a amamentação.
- Se a mãe for usuária de drogas intravenosas, a amamentação não é indicada.
- O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positivo.

Transparência 4.6.9

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Condições maternas (continuação):

- Se a mãe estiver fraca, ela pode receber ajuda para posicionar o bebê e amamentá-lo.
- A amamentação não é recomendada se a mãe tiver abscesso na mama, mas deve ser feita a ordenha do leite materno e a amamentação deve ser retomada assim que o mama estiver drenada e sob ação de antibióticos. A amamentação pode continuar na mama não afetada.
- Mães com lesões de herpes nas mamas devem evitar a amamentação até que as lesões estejam curadas.
- A amamentação não é incentivada em mães com o vírus da leucemia humana de células T (HTLV), caso haja alternativas possíveis e seguras.
- A amamentação pode ser continuada caso a mãe tenha hepatite B, tuberculose ou mastite – durante o curso do tratamento.

Transparência 4.6.10

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.7.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Alojamento conjunto

Prática hospitalar em que mãe e bebê permanecem no mesmo quarto dia e noite, o que possibilita contato ilimitado entre eles.

Transparência 4.7.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## Alojamento conjunto

### Por quê?

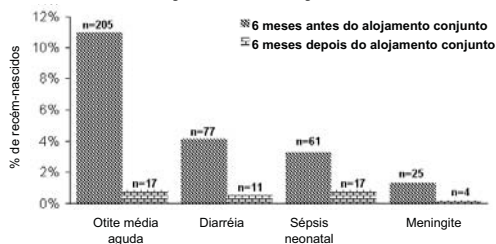
- Reduz custos
- Requer poucos equipamentos
- Prescinde de funcionários adicionais
- Reduz infecções
- Ajuda a estabelecer e manter a amamentação
- Estimula o processo de criação do vínculo afetivo

Transparência 4.7.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde



### Morbidade entre recém-nascidos no Hospital Sanglah antes e depois da implantação do alojamento conjunto

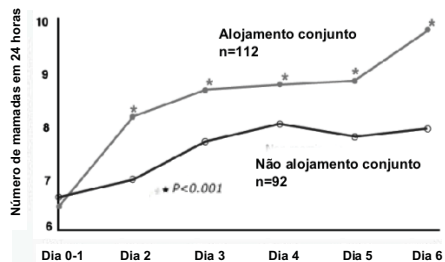


Adaptado de: Soetjningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonésia*, 1986, 26:231.

Transparência 4.7.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Efeito do alojamento conjunto na frequência da amamentação em 24 horas



Adaptado de: Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.

Transparência 4.7.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

**Passo 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.**

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.8.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Amamentação sob livre demanda:

Amamentar sempre que o bebê ou a mãe quiserem, sem restrição na duração ou frequência das mamadas.

Transparência 4.8.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Amamentação sob livre demanda, sem restrições Por quê?

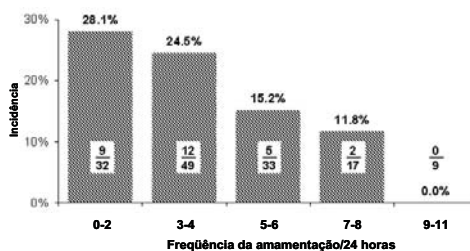
- Eliminação mais precoce do mecônio
- Menor perda total de peso
- Estabelecimento mais rápido do fluxo de leite materno
- Maior volume de ingestão de leite materno no 3º dia
- Menor incidência de icterícia

Fonte: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparência 4.8.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Frequência da amamentação durante as primeiras 24 horas após o nascimento e incidência de hiperbilirrubinemia (icterícia) no 6º dia

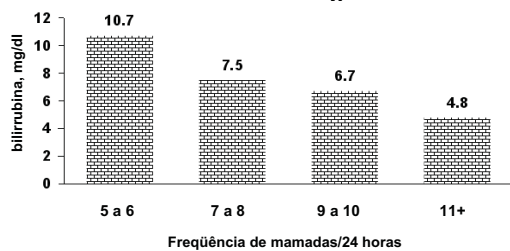


Fonte: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparência 4.8.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Freqüência média de mamadas durante os três primeiros dias de vida e nível de bilirrubina no sangue



Fonte: De Carvalho et al. *Am J Dis Child* 1982; 136:737-738

Transparência 4.8.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.9.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Alternativas aos bicos artificiais

- Xícara
- Copo
- Colher
- Conta-gotas
- Seringa

Transparência 4.9.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

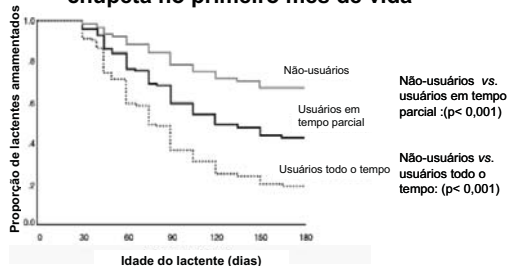
### Como alimentar um bebê com xícara ou copo



Transparência 4.9.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Proporção de lactentes amamentados até os 6 meses de idade em relação à freqüência de uso de chupeta no primeiro mês de vida



Fonte: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

Transparência 4.9.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

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

UMA DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF (1989)

Transparência 4.10.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

**“A chave para melhores práticas de amamentação é o apoio diário à mãe que amamenta dentro de casa e na comunidade.”**

Fonte: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp. 62-74, 1993.

Transparência 4.10.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### O apoio pode incluir:

- Consulta precoce pós-natal ou para avaliação clínica
- Visitas domiciliares
- Serviços comunitários:
  - Clínicas de amamentação
  - Programas de aconselhamento em grupo
- Grupos de apoio à mãe:
  - Ajudar a montar novos grupos
  - Estabelecer relações de trabalho com os grupos já existentes
- Sistema de apoio familiar
- Telefonemas

Transparência 4.10.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Tipos de grupos de apoio a mães durante a amamentação

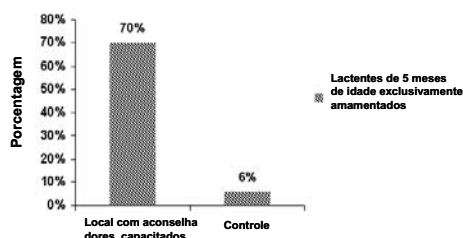
- Tradicional
  - Família estendida
  - Doulas culturalmente aceitas
  - Mulheres do próprio local
- Moderno, não-tradicional
  - Comunitários
    - Criados por mães
    - Criados por profissionais de saúde
  - Planejados pelo governo por meio de:
    - Serviços de saúde – especialmente cuidados primários de saúde e parteiras tradicionais capacitadas.
    - Redes de grupos de desenvolvimento nacional, clubes, etc.

Fonte: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

Transparência 4.10.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Passo 10. Efeito da atuação de aconselhadore capacitados na duração da amamentação exclusiva

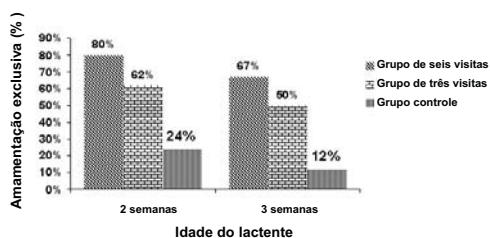


Fonte: Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

Transparência 4.10.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Visitas domiciliares aumentam os índices de amamentação exclusiva



Fonte: Morrow A, Guerrero ML, Shultis J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31

Transparência 4.10.6

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Os passos combinados: O impacto das Práticas Amigas da Criança Estudo de Intervenção para a Promoção da Amamentação

- Estudo randomizado realizado na Bielorrússia acompanhou por 12 meses 17.000 pares mães/lactentes cujas mães pretendiam amamentar.
- Em 16 hospitais controles e policlínicas associadas que oferecem cuidados após a alta hospitalar, as equipes foram solicitadas a continuar com as práticas usuais.
- Em 15 hospitais experimentais e policlínicas associadas, as equipes receberam capacitação e apoio da IHAC.

Fonte: Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

Transparência 4.11.1

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Diferenças após a intervenção

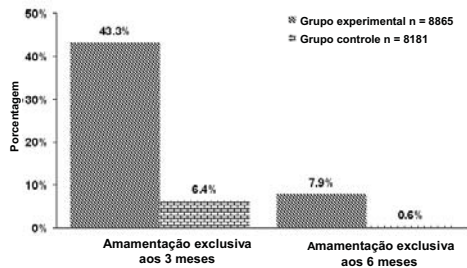
Hospitais controle:	Hospitais experimentais:
Rotina de separar a mãe e o bebê após o nascimento	Mães e bebês juntos desde o nascimento
Rotina de enrolar o bebê com lençol	Incentivo ao contato pele a pele entre mãe e bebê
Rotina de cuidados em berçários	Alojamento conjunto 24 horas por dia
Técnicas de posicionamento e pega incorretos	Técnicas de posicionamento e pega corretos
Rotina de suplementação com água e leite em mamadeiras	Sem suplementação
Mamada a cada 3 horas	Amamentação sob livre demanda
Rotina de uso de chupetas	Sem uso de chupetas
Sem apoio à amamentação após a alta hospitalar	Com apoio à amamentação em policlínicas após a alta

Comunicação de Chalmers & Kramer (2003)

Transparência 4.11.2

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Efeito das mudanças da IHAC na amamentação aos 3 e 6 meses de vida

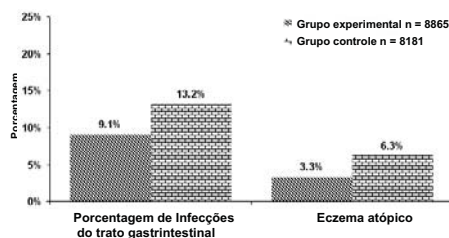


Fonte: Kramer et al. (2001)

Transparência 4.11.3

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Impacto das mudanças da IHAC em condições de saúde selecionadas



Nota: As diferenças relativas a várias infecções do trato respiratório entre os grupos intervenção e controle foram pequenas e estatisticamente não significantes.

Fonte: Kramer et al. (2001)

Transparência 4.11.4

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Passos combinados:

#### A influência dos Hospitais Amigos da Criança na duração da amamentação na Suíça

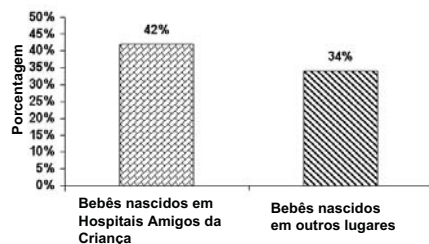
- Foram analisados dados de 2.861 lactentes de 0 a 11 meses de idade em 145 unidades de saúde.
- Os dados da amamentação foram comparados com os progressos de cada hospital em busca do credenciamento IHAC e com o grau em que os hospitais credenciados mantiveram os padrões da IHAC.

Fonte: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparência 4.11.5

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Proporção de bebês exclusivamente amamentados nos 5 primeiros meses de vida – Suíça

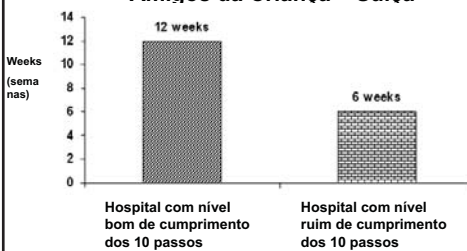


Fonte: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparência 4.11.6

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

### Duração mediana da amamentação exclusiva (em semanas) entre os bebês nascidos em Hospitais Amigos da Criança – Suíça



Fonte: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparência 4.11.7

DMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

## **Dez passos para uma alimentação saudável – Brasil**

### **Impresso 4.2**

#### **Programa Hospital Amigo da Mãe e da Criança Ministério da Saúde, México**

##### **Quais são as 25 ações incentivadas pelo programa?**

Para que um hospital seja considerado Amigo da Mãe e da Criança, ele deverá implementar o seguinte programa de 25 itens:

##### **Ações para apoio e promoção da amamentação:**

1. Possuir uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
4. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta do hospital ou clínica.
5. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
6. Incentivar o contato pele a pele na sala de parto e ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira hora após o parto.
7. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer a recém-nascidos nenhuma bebida ou alimento além do leite materno, a não ser por uma RAZÃO MÉDICA aceitável.
10. Não oferecer aos lactentes BICOS ARTIFICIAIS OU CHUPETAS que possam fazê-los recusar o peito.

##### **Ações que visam proteger a saúde da mãe:**

11. Oferecer cuidados pré-natais e imunizar as mulheres contra o tétano.
12. Detecção precoce de gravidezes de alto risco.
13. Oferecer orientação nutricional a gestantes.
14. Realizar todos os partos em unidades de saúde.
15. Incentivar o planejamento familiar.
16. Detecção precoce do câncer de mama.
17. Detecção precoce de câncer no útero.
18. Estudar e prevenir a mortalidade materna perinatal.



**Ações voltadas aos cuidados neonatais e do lactente:**

19. Aplicação de vacinas neonatais (pólio e tuberculose).
20. Checar as carteiras de vacinação das crianças menores de cinco anos.
21. Monitorar o seu crescimento e o seu desenvolvimento.
22. Controlar doenças diarreicas agudas e incentivar o uso de sais de reidratação oral.
23. Detectar e controlar infecções respiratórias agudas nas crianças menores de cinco anos.
24. Investigar os fatores de risco e identificar e tirar proveito de oportunidades perdidas.
25. Sistematizar toda a experiência acumulada.

**Atividades de pesquisa:**

1. Comitê Permanente de Nutrição da Associação Britânica de Pediatria (1994): A amamentação é benéfica no Reino Unido?
2. Grupo de Trabalho COMA sobre a Dieta de Desmame (1994) recomenda que “a maioria dos lactentes não deve receber alimentos sólidos antes dos 4 meses de idade e que uma dieta mista só deverá ser oferecida aos 6 meses de idade”. A Assembléia Mundial da Saúde (Resolução 47.5, 1994) recomenda que os bebês sejam amamentados exclusivamente até os 6 meses.
3. As Regulamentações Sobre Fórmulas Infantis e Fórmulas Infantis de seguimento, de 1995, estipulam uma exigência legal de que as propagandas de fórmulas infantis sejam proibidas em publicações de cuidado infantil distribuídas pelo sistema de saúde. Não há imposições legais para que as unidades de saúde no Reino Unido cumpram com o Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (OMS, Genebra, 1981). No entanto, as exigências da Iniciativa Hospital Amigo da Criança se baseiam no Código Internacional, que visa “contribuir para o fornecimento de nutrição saudável e adequada aos lactentes, por meio da proteção e do incentivo da amamentação, e garantir o uso adequado dos substitutos do leite materno quando esses forem necessários, baseando-se na informação adequada e via comercialização e distribuição apropriadas”. Os artigos 5 e 6 do Código determinam que não deve haver nenhuma promoção de substitutos ao leite materno ou mamadeiras.

### Impresso 4.3

#### Razões médicas aceitáveis para a suplementação

A amamentação exclusiva é a norma. Em um pequeno número de situações, pode haver indicação médica para a suplementação ou para a não utilização do leite materno. Vale distinguir entre:

- lactentes que não podem ser amamentados, mas para quem o leite materno continua sendo a melhor opção de alimentação;
- lactentes que podem necessitar de outros nutrientes além do leite materno;
- lactentes que não devem ser alimentados com leite materno nem com qualquer espécie de leite, incluindo os substitutos do leite materno comuns, e necessitam de uma fórmula infantil especial;
- lactentes para quem o leite da mãe não está disponível; e
- doenças maternas que afetam a recomendação de amamentação.

**Lactentes que não podem ser amamentados, mas para quem o leite materno continua sendo a melhor opção de alimentação** incluem lactentes que são muito fracos, têm dificuldade de sucção ou anormalidades orais ou estão separados da mãe, que lhes está fornecendo o leite materno ordenhado. Esses lactentes podem ser alimentados com leite via sonda, colher ou xícara.

**Lactentes que podem necessitar de outros nutrientes além do leite materno** incluem aqueles com peso extremamente baixo ao nascer ou recém-nascidos muito prematuros, como, por exemplo, os nascidos com menos de 1.500g ou 32 semanas de gestação; lactentes que sofrem risco de hipoglicemia devido a problemas de saúde, quando uma quantidade suficiente de leite materno não está disponível; lactentes que estão desidratados ou desnutridos, quando o leite materno sozinho é incapaz de suprir suas deficiências. Esses lactentes requerem um plano de alimentação individualizado, e o leite materno deve ser usado ao máximo possível. Devem ser feitos esforços no sentido de sustentar a produção de leite materno, por meio do incentivo à ordenha do leite pela mãe. Leite de doadoras testadas também pode ser utilizado. O leite posterior é rico em calorias e especialmente valioso para lactentes de peso baixo ao nascer.

**Lactentes que não devem ser alimentados com leite materno nem com qualquer espécie de leite, incluindo os substitutos do leite materno comuns** incluem os lactentes com certas doenças metabólicas raras – tais como a galactosemia –, que podem necessitar ser alimentados com uma fórmula infantil especial sem galactose, ou a fenilcetonúria, quando alguma amamentação pode ser possível e substituída parcialmente com uma fórmula sem fenilalanina.

**Lactentes para quem o leite da mãe não está disponível** incluem aqueles cuja mãe morreu ou está distante do bebê e não pode fornecer leite ordenhado. A amamentação por outra mulher pode ser uma alternativa; ou a necessidade de substituição do leite materno pode ser apenas parcial ou temporária. Há pouquíssimas doenças maternas nas quais a amamentação não é recomendada.

**Doenças maternas que podem afetar a recomendação de amamentação** incluem aquelas em que a mãe está fisicamente fraca, sob medicação ou é portadora de doenças infecciosas.

- Uma mãe fraca pode ser ajudada a posicionar seu bebê de forma que ele possa mamar.
- Uma mãe com febre precisa de líquidos suficientes.

#### *Medicações maternas*

Se a mãe estiver tomando uma quantidade pequena de medicamentos, como anti-metabólicos, iodo radioativo ou alguns tipos de drogas antitireoideanas, a amamentação deve ser interrompida durante o tratamento. Algumas medicações podem causar tontura ou outros efeitos colaterais no lactente. Procure-as na lista da OMS e, quando possível, opte por um medicamento que seja mais seguro e monitore o lactente para observar possíveis efeitos colaterais, enquanto a amamentação continua.

#### *Mães que usam drogas*

Se a mãe for usuária de drogas intravenosas, a amamentação não é indicada.

#### *Mães infectadas pelo HIV<sup>18</sup>*

Quando há substitutos do leite materno aceitáveis, factíveis, acessíveis, sustentáveis e seguros (AFASS), é recomendado que as mulheres infectadas pelo HIV evitem amamentar. Caso contrário, a amamentação exclusiva é recomendada durante os primeiros meses de vida e deve ser descontinuada assim que seja possível cumprir as condições especificadas acima. O aleitamento misto (amamentação e uso de substitutos do leite materno ao mesmo tempo) não é recomendada.

#### *Mães com outras doenças infecciosas*

Abscesso da mama: a amamentação na mama afetada não é recomendada, mas o leite deve ser extraído. A amamentação pode ser retomada depois que o abscesso houver sido drenado e o tratamento da mãe com antibióticos for iniciado. A amamentação deve continuar na mama não afetada.

Vírus herpes simples Tipo 1 (HSV-1): mulheres que apresentem lesões de herpes nas mamas devem interromper a amamentação até que todas as lesões ativas tenham acabado.

Varicela-zóster: não é recomendada a amamentação de um recém-nascido enquanto a mãe esteja infectada, mas esta deve ser retomada assim que a mãe estiver livre da infecção.

Doença de Lyme: a amamentação pode continuar durante o tratamento da mãe.

HTLV-I (vírus linfotrófico-T humano do tipo I): a amamentação não deve ser encorajada caso seja possível o uso de alternativas seguras e factíveis (AFASS) de alimentação substitutiva.

---

<sup>18</sup> O Ministério da Saúde do Brasil contra-indica a amamentação nos casos de mãe HIV positiva.



### **Doenças maternas de preocupação comum nas quais não existe contra-indicação para amamentar**

Hepatite B: as mães infectadas devem continuar amamentando como de costume. Os lactentes devem receber vacina contra hepatite B nas primeiras 48 horas ou o mais breve possível.

Tuberculose: a amamentação pela mãe com tuberculose deve ser continuada. A mãe e o bebê devem ser tratados de acordo com as orientações para tuberculose de cada país.

Mastite: em geral, continuar amamentando durante a terapia com antibióticos é recomendável.

### **Referências:**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Child and adolescent health*. Geneva, WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubnu-trition.htm>>.

HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence. Geneva: World Health Organization, 2004.

BREASTFEEDING and maternal medication: recommendations for drugs in the UNICEF/WHO Eleventh WHO Model List of Essential Drugs. Geneva: World Health Organization, 2002.

## Seção 5: O processo de credenciamento da IHAC

### Objetivos

Ao final desta seção, os participantes devem ser capazes de:

- desenvolver um plano que gerará consenso e entusiasmo na equipe em busca pelo credenciamento da IHAC;
- identificar as ações necessárias para a implementação de pelo menos quatro dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”; e
- identificar pelo menos cinco preocupações ou problemas relacionados à adoção dos Dez Passos e soluções práticas para resolvê-los.

### Duração

Discussão e dinâmica de grupo: 15 minutos

Introdução ao trabalho em grupo: 5 minutos

Trabalho em grupo: 30 a 45 minutos

Apresentações e discussões: 40 a 55 minutos

Total: 1 ½ a 2 horas.

### Métodos de Ensino

Trabalho em pequenos grupos

Palestras

Discussões

### Preparação para a seção

- Analisar o documento da OMS, “Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno”.  
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Genebra, 1998. WHO/CHD/98.9. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)>.
- Leitura da seção sobre “intervenções combinadas” (p. 93-99), que apresenta evidências de que os Dez Passos devam ser implementados como um conjunto de medidas.
- Analisar também o documento da OMS/UNICEF, *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância*.  
WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Genebra, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/nut/publications.htm-inf>>.
- Leitura das seções 30, 31 e 34, p. 13-19, que se concentram na importância da continuidade do apoio à *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* e na implanta-

ção dos *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*, além do monitoramento e da reavaliação das unidades já credenciadas.

- Se possível, o trabalho em grupo para esta seção deve ser programado como a última atividade do primeiro dia de curso. Já que envolve a participação ativa dos participantes, essa é a melhor maneira de mantê-los ativos e é preferível a encerrar um dia intenso com uma palestra. Se esse cronograma for seguido, os relatórios dos grupos e o debate podem acontecer no início da programação do dia seguinte. Isso proporcionará flexibilidade aos participantes para fazerem ajustes finais (se necessário) nos relatórios a serem apresentados pela manhã.
- O trabalho em grupo desta seção deve se concentrar em quatro ou cinco dos *Dez Passos*, pois não há tempo suficiente para cobrir os problemas e soluções relativos a todos os *Dez Passos*. A preparação para esta seção deve incluir a análise, por parte dos facilitadores, sobre quais passos tendem a ser mais difíceis de implementar e, portanto, quais deverão receber atenção especial numa seção desse tipo. A indicação dos Passos que mais necessitam ser trabalhados poderá partir da experiência prévia dos treinadores com as avaliações e o treinamento da IHAC. A análise dos formulários que os participantes foram solicitados a preencher antes do curso, indicando as dificuldades que já enfrentaram ou que acreditam que irão enfrentar ao ajudar suas instituições a obter o credenciamento da IHAC, também pode ser de grande ajuda. Procure incluir o “Passo Dez” como um dos Passos a serem discutidos nos trabalhos em grupo, pois ele parece constituir um desafio a praticamente todas as equipes das unidades de saúde.
- Antes da seção, os treinadores devem organizar os grupos e designar facilitadores para cada um deles. Ao formar estes grupos, deve-se procurar incluir, em cada um, participantes que tenham facilidade na resolução de problemas e que apoiem a IHAC. Os facilitadores devem ter consciência de que seu papel não é “liderar” os trabalhos de grupo, mas garantir que o grupo entenda a tarefa, oferecer ajuda se eles sentirem dificuldade e fazer sugestões caso não abordem questões importantes. Os facilitadores devem rever as seções do Impresso 5.3 que se referem aos Passos a serem trabalhados, pois elas podem fornecer idéias para abordar pontos importantes no trabalho de grupo ou nos relatórios, caso eles já não tenham sido discutidos.
- Depois que cada grupo tiver selecionado quatro ou cinco Passos para trabalhar, podem ser feitas cópias do “modelo de formulário” do Impresso 5.2 em quantidade suficiente, com um dos Passos e sua definição inserida em cada uma das quatro ou cinco páginas.
- Verifique se há necessidade de distribuir cópias do formulário Impresso 5.2 completado por cada grupo, para que os integrantes possam usá-las como exemplos inspiradores de idéias ao implementar os planos de

ação em suas unidades. Esses formulários poderão ser reproduzidos “fielmente”, ou seja, da forma como os grupos os preencheram ou, se houver tempo, pode-se solicitar que o secretário do curso prepare versões digitadas.

- Analise o Impresso 5.3 e decida se há necessidade de distribuí-lo ao final da seção. Se o Curso for oferecido com frequência, veja se é possível adaptar este Impresso à situação de seu próprio país, eliminando preocupações e soluções que não são aplicáveis e, possivelmente, adicionando outras.

## **Materiais de treinamento**

### ***Impressos***

- 5.1. Apresentação da Seção 5.
- 5.2. Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno: Ações, Preocupações e Soluções – Modelo de Formulário.
- 5.3. Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno: Resumo das experiências.

### ***Slides/Transparências***

- 5.1-2 Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno: Ações, problemas e soluções. Formulário, exemplo para o Passo 1: Possuir uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde (modelo em branco).
- 5.3-7 Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno: Ações, preocupações, e soluções. Formulário, exemplo para o Passo 7: Praticar o alojamento conjunto (modelo preenchido).

O *website* que disponibiliza este curso traz links para os slides e as transparências desta seção em dois arquivos de Microsoft PowerPoint. Os slides (em cores) podem ser projetados com computador e data show, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto-e-branco) podem ser impressas e mostradas com um retroprojetor. As transparências também estão reproduzidas conforme o primeiro impresso desta Seção, com seis transparências por página.

## **Referências**

THE UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF). *Barriers and solutions to the global ten steps to successful breastfeeding*. Washington, 1994. (Para obter um exemplar, enviar US\$ 9 para Baby-Friendly USA, 327 Quaker Meeting House Road, E. Sandwich, MA 02537, USA. Tel. 508-888-8092, Fax. 508-888-8050, e-mail: info@babyfriendlyusa.org, *website*: <<http://www.babyfriendlyusa.org>>.)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva, 1998. (WHO/CHD/98.9). Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescenthealth/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)>. (NT: material traduzido para o Português).

WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/nut/publications.htm> - inf>. (NT: material traduzido para o Português).

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Geneva, 2003.

## Resumo da Seção

Conteúdo	Notas para o treinador
<p><b>1. Debate para formação de um consenso sobre o que é necessário para obter o credenciamento da IHAC.</b></p>	<p>Mencionar que uma versão resumida dos slides está reproduzida no Impresso 5.1, incluído na pasta dos participantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Debates e “chuva” de idéias sobre possíveis estratégias para conquistar o apoio das unidades de saúde ao credenciamento da IHAC e para desenvolver uma política e um plano de ação nesse sentido.</li> <li>▪ A importância de “pensar estrategicamente”.</li> <li>▪ Qual a melhor maneira de conquistar apoio para uma política e um plano de ação segundo a cultura e o sistema administrativo institucional dos participantes.</li> <li>▪ Como convencer os membros mais exigentes da equipe.</li> </ul>	<p><b>Discussão: 15 minutos</b></p> <p>Discutir a importância, para os administradores das unidades de saúde e os criadores de políticas, de “pensar estrategicamente” sobre como obter apoio dentro da unidade de saúde para efetuar as mudanças necessárias a fim de obter o credenciamento IHAC.</p> <p>Pedir aos participantes que façam uma <i>chuva de idéias</i> sobre como, de acordo com sua cultura e seu sistema administrativo institucional, eles podem trabalhar para conquistar o apoio necessário a fim de desenvolver uma política de amamentação e um plano de ação.</p> <p>Antes do início da seção, rever as “Ações” sugeridas para o Passo 1, no Impresso 5.3 e, se necessário, mencionar como exemplo as estratégias sugeridas sobre os primeiros tópicos, a fim de ajudar os participantes a pensarem na melhor forma de agirem em seus próprios contextos.</p>

continua

	<p>Registrar as sugestões feitas pelos participantes em um <i>flipchart</i>, uma lousa ou nas transparências 5.1 e 5.2. Enfatizar que essas estratégias fazem parte das Ações necessárias para implementar com sucesso o Passo 1 de forma que as chances de obter o apoio total das equipes clínica e administrativa sejam maiores.</p>
<p><b>2. Trabalho de grupo sobre como implementar os Dez Passos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabalho em pequenos grupos para identificar as ações necessárias para implementar quatro ou cinco dos Passos mais desafiantes dentre os Dez Passos e abordar problemas comuns.</li> </ul>	<p><b>Introdução: 5 minutos</b></p> <p>Descrever a atividade, explicando que os participantes serão divididos em quatro ou cinco pequenos grupos. Cada grupo abordará um dos Dez Passos que a experiência tenha comprovado como sendo o mais desafiante no processo de credenciamento da IHAC nas unidades de saúde. Cada grupo deverá identificar o Passo com o qual irá trabalhar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) preocupações ou problemas comuns relacionados à sua implementação e possíveis soluções; e</li> <li>2) ações necessárias para implementar o passo.</li> </ol> <p>(O formulário para cada Passo começa com o item “Ações Necessárias para Implementar o Passo”, mas peça aos grupos para primeiro identificar as “Preocupações e Soluções” e registrá-las no verso da página, pois algumas das “soluções” talvez possam, mais tarde, ser incluídas em sua lista de “Ações”.)</p>

	<p>Se achar necessário usar um exemplo para mostrar aos participantes como realizar o trabalho de grupo, projete as transparências que indicam como preencher o Impresso 5.2 (tomando o cuidado de escolher uma que não trate de algum Passo abordado pelos grupos). As transparências (5.3-5) foram preparadas tendo como exemplo o Passo 7 (alojamento conjunto). Se necessário, o treinador poderá preparar outras transparências que enfoquem um Passo diferente e usá-las para explicar como preencher os itens “Preocupações e Soluções” e “Ações” do formulário.</p>
	<p>Enfatizar que durante esta seção os grupos não farão “Planos de Ação” para suas próprias unidades de saúde, mas, sim, que se esforçarão para identificar preocupações e soluções que sejam comuns a todos. Descreva as ações necessárias para implementar os Passos com os quais eles estão trabalhando. Em um momento posterior no curso, os participantes da mesma unidade de saúde trabalharão em conjunto para desenvolver “Planos de Ação” específicos, com o objetivo de identificar as atividades exigidas para obter o credenciamento da IHAC em sua unidade.</p> <p>Perguntar se eles gostariam de sanar alguma dúvida.</p> <p><b>Trabalho em grupo: 30-45 minutos</b></p> <p>Dividir os participantes em quatro ou cinco grupos, escolhendo, se possível, um facilitador para cada um. Incumbir cada grupo de um dos Dez Passos. Distribuir um dos formulários do Impresso 5 (o que tem “Preocupações e Soluções” em um lado e “Ações” no outro) para cada grupo, com o Passo que será trabalhado por ele e a definição desse Passo no cabeçalho superior.</p>

continua

	<p>Peça a cada grupo para registrar o que fez no formulário e resumir os resultados em transparências ou <i>flipchart</i>, e para escolher um de seus membros para apresentar o trabalho durante o momento de apresentação e discussão, a seguir.</p>
<p><b>3. Apresentações e discussão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação dos trabalhos dos grupos.</li> <li>▪ Discussão de questões levantadas após cada apresentação.</li> </ul>	<p><b><i>Apresentações e discussão: 40-55 minutos</i></b></p> <p>Peça que cada grupo apresente seu trabalho. Conduza uma discussão ao final de cada apresentação, certificando-se de que os pontos principais tenham sido abordados.</p>
	<p>Reúna os trabalhos realizados pelos grupos ao final da seção. Se possível, faça cópias e as distribua para todos os participantes antes do encerramento do curso. Além disso, inclua cópias do trabalho desse grupo no relatório do curso.</p> <p>Ao final da seção, distribua o Impresso 5.3, que resume as experiências de diversos países, como um “documento de referência”. Explique que, uma vez que o material contido neste impresso é proveniente de muitos países, nem todas as preocupações e soluções serão relevantes. Mesmo assim, ele será de utilidade, pois o panorama que oferece das experiências mundiais de implementação dos Dez Passos pode incitar nos participantes algumas idéias novas e criativas de ações que estejam de acordo com seus próprios contextos.</p>



## Impresso 5.1

### Apresentação da Seção 5

#### Dez passos para o sucesso do aleitamento materno: Ações, Preocupações e Soluções – Formulário Exemplo

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

Ações necessárias para implementação do passo 1.

Transparência 5.1

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidade de saúde

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

#### Preocupações comuns e soluções

Preocupações	Soluções

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 5.2

#### Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno: Ações, Preocupações e Soluções – formulário Exemplo

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

#### Preocupações comuns e soluções

Preocupações	Soluções
É difícil supervisionar o estado de um bebê que está em alojamento conjunto com a mãe. No berçário, basta um membro da equipe para supervisionar diversos bebês.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assegurar à equipe que os bebês ficam melhor quando em alojamento conjunto com as mães, recebendo os benefícios adicionais de segurança, calor e amamentação sob livre demanda.</li><li>• Enfatizar que não é necessário haver supervisão 24 horas por dia. Bastam checagens periódicas e a prontidão da equipe em atender às necessidades das mães</li></ul>

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 5.3

Preocupações	Soluções
Se os bebês não forem mantidos no berçário, e sim junto com a mãe, os índices de infecção aumentarão.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfatizar que o risco de infecção na verdade diminui quando os bebês permanecem com a mãe e não no berçário, onde ficam expostos a maior número de cuidadores.</li><li>• Fornecer dados à equipe mostrando que os índices de infecção, como por exemplo, doenças diarreicas, sepsis neonatal, otite média e meningite, são menores quando há alojamento conjunto e amamentação.</li></ul>

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 5.4

Preocupações	Soluções
Os bebês podem cair da cama das mães.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfatizar que os recém-nascidos não se mexem muito.</li><li>• Se mesmo assim as mães ainda ficarem preocupadas, providenciar para que as camas sejam colocadas próximas à parede ou, se culturalmente aceitável, que sejam agrupadas de duas em duas, para que as mães possam colocar os bebês no centro.</li></ul>

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 5.5

Preocupações	Soluções
O alojamento conjunto em tempo integral, sem separações que durem mais de meia hora, parece inexecutável porque alguns procedimentos devem ser realizados nos bebês fora do quarto das mães.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analisar melhor esses procedimentos. Alguns não são necessários. (Exemplo: pesar o bebê antes e depois da mamada.) Outros procedimentos podem ser realizados no próprio quarto da mãe.</li><li>• Rever as vantagens para a mãe e a economia de tempo para os médicos quando o bebê é examinado na frente dela.</li></ul>

OMS e UNICEF - Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 5.6

**Os Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno: Ações, preocupações e soluções – formulário Exemplo**

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

**Ações necessárias para implementar este passo:**

- Realize as mudanças necessárias na unidade de saúde. Feche o berçário. Promova mudanças para melhorar o conforto, a higiene e a segurança da mãe e do bebê.
- Exija e providencie uma capacitação para as equipes de berçário e puerpério de modo que as duas adquiram habilidades para cuidar tanto do bebê quanto da mãe.
- Institua sessões de orientação individual ou em grupo para as mães sob cuidado pós-parto. As sessões devem incluir informações sobre como cuidar dos bebês que estão em alojamento conjunto.

Transparência 5.7

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

## Impresso 5.2

### Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

#### Formulário: Preocupações e soluções

<b>Passo _____ :</b>	
<b>Preocupação</b>	<b>Soluções</b>
<i>(Listar preocupações, problemas ou desafios que seu serviço de maternidade enfrenta para implementar este passo.)</i>	<i>(Listar possíveis soluções para cada preocupação, incluindo tanto ações prévias que foram bem-sucedidas quanto outras abordagens que você acredite que possam ajudar.)</i>

**Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**  
**Formulário: Ações necessárias para implementar este Passo**

**Passo \_\_\_\_\_:**

*(Listar ações importantes que você acredite serem necessárias para implementar este Passo dentro dos serviços de maternidade que ainda não o seguem.)*

## Impresso 5.3

### Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno Resumo de experiências<sup>19</sup>

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

#### Ações necessárias para a implementação deste Passo

- Identificar um grupo central de indivíduos que poderão servir de principal fonte de apoio para o desenvolvimento de uma política e um plano de amamentação no hospital.
- Solicitar que esse grupo central desenvolva um esboço inicial da política de amamentação e um plano que indique as mudanças necessárias para que ela seja implementada. Trabalhe com o grupo no desenvolvimento deste primeiro esboço, oferecendo quaisquer orientações necessárias.
- Estabeleça um comitê interno multidisciplinar ou uma força-tarefa e apresente-lhes a política e o plano de sua implementação. Inclua representantes de todas as unidades e departamentos apropriados. Durante a discussão e a análise da política e do plano, solicite que os membros do comitê identifiquem possíveis barreiras para a implementação de políticas específicas, bem como soluções em potencial. Se necessário, forme grupos de trabalho menores para estudar barreiras e problemas específicos.
- Finalize e exponha a política de amamentação hospitalar escrita. Trabalhe com as equipes designadas para iniciar as mudanças necessárias para sua implementação.
- A política pode incluir orientações sobre tópicos como:
  - Como os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” serão implementados.
  - Questões de nutrição materna que devem ser abordadas.
  - A amamentação de lactentes nascidos com baixo peso e de lactentes nascidos via cesariana.
  - Aquisição e uso de substitutos do leite materno.
  - Razões médicas aceitáveis para a suplementação (Veja a lista da OMS/UNICEF).
  - Os riscos da alimentação com mamadeira. Como oferecer aconselhamento para mulheres que escolheram a alimentação com fórmula infantil sem prejudicar o apoio do hospital à amamentação.

<sup>19</sup> Este impresso resume experiências de vários países.

- Questões relacionadas ao Código Internacional (por exemplo, a proibição de doações de substitutos do leite materno ou sua aquisição a baixo custo – abaixo de 80% do preço de varejo –, a distribuição de amostras de substitutos do leite materno, presentes ou cupons e o uso de material distribuído por fabricantes de fórmulas infantis).
  - A proibição da prática, caso ela exista, de repassar os nomes de mulheres grávidas ou que acabaram de dar à luz para fabricantes e distribuidores de substitutos do leite materno.
  - Armazenar fora da vista quaisquer estoques necessários de substitutos do leite materno, mamadeiras, etc.
  - Estabelecer as responsabilidades das equipes relacionadas à implementação dessa política de amamentação e o prazo para tal implementação.
- Desenvolva, com uma equipe designada, planos para monitorar a implementação da política e os efeitos da Iniciativa sobre o conhecimento e as práticas da equipe, a satisfação da parturiente e a qualidade do tratamento. Divulgue os resultados positivos, a fim de reforçar o apoio às mudanças ocorridas. Use as informações sobre as áreas com problemas para determinar se serão necessários futuros ajustes.

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

### Preocupações comuns e soluções

Preocupação	Soluções
<p>Resistência na introdução de novas políticas de amamentação. Preocupação de que essas políticas sejam inadequadas, perigosas para a saúde do lactente, difíceis de serem implementadas, considerando outras tarefas, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofereça evidências científicas por meio de apresentações sobre a eficácia das novas políticas, como as presentes em “As Evidências Científicas dos Dez Passos”, ou seções menores sobre preocupações-chave (ver Seção 4).</li> <li>• Organize uma força-tarefa para desenvolver as políticas com representantes de todos os departamentos que serão atingidos. Se necessário, ofereça orientação para a força-tarefa, a fim de que ela fique bem-informada sobre políticas em potencial, suas bases científicas e como elas irão atingir as práticas hospitalares antes de serem postas em prática.</li> <li>• Organize apresentações feitas por administradores ou diretores de hospitais que já possuam um modelo de política de amamentação implementado, ou então providencie para que os membros importantes da sua equipe visitem outras instituições que coloquem em prática boas políticas.</li> <li>• Durante o processo de desenvolvimento destas políticas, certifique-se de obter retorno de todas as partes influentes, mesmo que você antecipe alguma reação de oposição, para que seja possível fazer planos para abordar as preocupações identificadas.</li> <li>• Apresente as novas políticas como um primeiro esboço que será progressivamente melhorado e destaque outros hospitais do país ou da região que já implementaram com sucesso a IHAC.</li> </ul>

continua

continuação

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se a resistência for grande, faça apenas algumas mudanças de cada vez, começando pelas que tiverem maior apoio. Procure abordar apenas alguns dos “Passos”, a fim de evitar que a equipe se sinta sobrecarregada.</li></ul>
Preocupações econômicas relacionadas aos custos advindos das mudanças causadas pela política (por exemplo, o custo da implementação do alojamento conjunto, a perda do apoio financeiro dos fabricantes de fórmulas infantis e a interrupção do aceite de produtos gratuitos ou de baixo custo).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabalhe juntamente com uma equipe-chave para identificar os custos e as economias que resultarão das mudanças implementadas, tanto para o hospital como para o sistema de saúde como um todo e compare-os (ver Seção 6).</li></ul>

## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

#### Ações necessárias para a implementação deste Passo

- Identificar quem será o responsável pelo planejamento e implementação de um programa de treinamento de manejo da lactação e amamentação. Trabalhe com a pessoa ou grupo designado para desenvolver uma estratégia de treinamento que inclua:
  - identificação de quem necessita de treinamento nos departamentos de serviços materno-infantis e quais são as suas necessidades (tanto no que se refere ao treinamento em habilidades clínicas quanto em conhecimento); e
  - identificação dos tipos e conteúdos dos treinamentos para cada grupo-alvo.
- Obter materiais de treinamento já existentes. Alguns dos cursos disponíveis são, por exemplo:

– Cursos de amamentação da OMS e do UNICEF:

“Promoção e apoio à amamentação em um Hospital Amigo da Criança: um curso de 20 horas para a equipe da maternidade (Módulo 3 dos documentos revisados da IHAC)” UNICEF. *Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff*. New York, 2006. Section 3 of the revised BFHI documents.



“Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento” (40 horas). WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Breastfeeding counselling: a training course*. Genebra, 1993. (NT: material traduzido para o Português).

“Aconselhamento em alimentação de lactentes e crianças de primeira infância: um curso integrado” (5 dias). WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infant and young child feeding counselling: an integrated course*. Genebra, 2006. (NT: material traduzido para o Português).

– Outros materiais de treinamentos desenvolvidos dentro do país ou região.

- Selecionar materiais de treinamento apropriados e fazer quaisquer modificações necessárias.
- Identificar treinadores com a ajuda de órgãos governamentais de amamentação, nutrição e cuidados materno-infantis.
- Desenvolver um esquema de treinamento que leve em consideração a necessidade de treinamento inicial, de atualização de treinamento e de treinamentos de novas equipes, bem como de treinamento para treinadores.
- Destinar verbas e tempo de trabalhos necessários.

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

### Preocupações comuns e soluções

Preocupação	Soluções
Pouco ou nenhum tempo para treinamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rever as prioridades.</li> <li>• Considerar o tempo economizado pela equipe em longo prazo. Caso os problemas de amamentação sejam prevenidos e a saúde dos lactentes seja melhorada, o tempo e os recursos necessários para o tratamento de lactentes doentes serão reduzidos.</li> <li>• Procure planejar treinamentos em amamentação juntamente com reuniões de equipe ou com outras atividades de treinamento já instituídas, ou de integrar os treinamentos à rotina diária, por meio de estágios ou de treinamento prático, quando apropriado.</li> </ul>

continua

continuação

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Procure solicitar às equipes que leiam materiais selecionados ou façam um curso autodidata completo, e depois teste seus conhecimentos. Associar esse conhecimento teórico com seções de prática clínica e avaliações de desempenho.</li><li>• Oferecer meios para que a equipe possa ter acesso a livros, artigos e vídeos sobre amamentação, manejo de lactação e tópicos relacionados.</li></ul>
Falta de conhecimentos/treinadores/recursos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar formas de treinamento. Entre em contato com organizações nacionais, regionais ou internacionais (como o UNICEF; a OMS; a IBFAN; a LINKAGES; a Wellstart e sua rede associada; o Institute of Child Health; a Universidade de Londres; a La Leche League International; a ILCA, a WABA etc.) para solicitar assistência, se necessário (ver lista de endereços nas p. 5-36).</li><li>• Procure iniciar uma estratégia de treinamento em que os principais membros das equipes de saúde sejam os primeiros a serem treinados e então passem a treinar o restante da equipe, se possível mesclando equipes de diferentes unidades e turnos.</li><li>• Solicitar ao coordenador de treinamento que indique bons vídeos de treinamento ou seções de treinamento gravadas em vídeo, exibindo-os aos novos funcionários. Complementar com seções de prática clínica.</li></ul>

continua

<p>Os membros das equipes não entendem a importância do apoio à amamentação e, portanto, não vêem necessidade de treinamento sobre o assunto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de começar o ciclo de treinamento, procure organizar uma seção de orientação ou de defesa dessa necessidade que seja voltada para as equipes. Apresentar a política de amamentação do hospital e analisar as evidências da importância do apoio à amamentação, relacionando as políticas com o aumento das taxas de amamentação e a redução de taxas de morbidade e mortalidade.</li> <li>• Identificar os momentos em que é possível reunir as equipes para analisar estudos de casos informais de mães com problemas de amamentação e a forma como eles foram resolvidos. Encerrar com uma discussão sobre como abordar situações similares no futuro.</li> <li>• Providenciar para que nos murais do hospital haja informações sobre a IHAC, ou incluir em boletins informações sobre o progresso do credenciamento da IHAC, incluindo artigos recentes, cartas de pacientes, resultados de pesquisas etc.</li> <li>• Criar um programa de apoio à amamentação junto aos funcionários para aumentar o número de membros das equipes que possuam experiências pessoais positivas em relação à amamentação.</li> </ul>
<p>Poucas pessoas comparecem às seções de treinamento, ou os membros das equipes de saúde abandonam as seções de treinamento para retomar seu trabalho na unidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatizar que os conhecimentos e as habilidades referentes ao apoio à amamentação têm tanta importância quanto a prática em outras áreas clínicas e solicitar o comparecimento às seções de treinamento.</li> <li>• Disponibilizar treinamentos em todos os turnos.</li> </ul>

continuação

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferecer créditos de educação continuada pelo treinamento ou outros incentivos, como o reconhecimento pelos novos conhecimentos.</li><li>• Organizar, juntamente com outros hospitais, treinamentos em locais atrativos.</li><li>• Trabalhar com a direção do hospital para que os treinamentos sejam considerados prioridade.</li></ul>
<p>O hospital e os membros das equipes de saúde contam com o apoio financeiro de empresas que vendem substitutos do leite materno para realizar atividades de treinamento, participar de conferências, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Convencer as equipes sobre os conflitos de interesse da indústria de fórmulas infantis e as questões éticas envolvidas na aceitação de recursos oferecidos por essas empresas. Calcular o custo para o hospital e para as famílias com o tratamento de doenças causadas devido à substituição do leite materno.</li><li>• Buscar meios alternativos para obter recursos.</li></ul>

## Lista de fontes de treinamentos

Institute of Child Health  
University of London  
30 Guilford Street  
London WCN 1EH  
United Kingdom  
(Reino Unido)  
Tel.: [44] (171) 242-9789  
Fax: [44] (171) 404-2062

International Baby Food Action Network  
(IBFAN)  
P.O. Box 781  
Mbabane  
Swaziland  
(Suazilândia)  
Tel.: [268] 45006  
Fax: [268] 44246  
(NT: endereço eletrônico da IBFAN  
-Brasil: [www.ibfan.org.br](http://www.ibfan.org.br))

International Lactation Consultant  
Association (ILCA)  
200 North Michigan Avenue, Suite 300  
Chicago, IL 60601-3821  
USA  
(Estados Unidos)  
Tel.: (312) 541-1710  
Fax: (312) 541-1271  
Email: [71005.1134@COMPUSERVE.COM](mailto:71005.1134@COMPUSERVE.COM)

La Leche League International  
1400 N. Meacham Road  
P.O. Box 4079  
Schaumburg, IL 60168-4079  
USA  
(Estados Unidos)  
Tel.: (847) 519-7730  
Fax: (847) 519-0035

LINKAGES Project  
Academy for Educational Development  
1825 Connecticut Avenue, N.W.  
Washington, DC. 20009  
USA  
(Estados Unidos)  
Tel.: (202) 884-8086  
Fax: (202) 884-8977  
E-mail [linkages@aed.org](mailto:linkages@aed.org)  
*Website:* [www.linkagesproject.org](http://www.linkagesproject.org)

UNICEF Headquarters  
3 United Nations Plaza  
New York, NY 10017  
USA  
(Estados Unidos)  
Tel.: (212) 326-7000  
Fax: (212) 326-7336

Wellstart International  
PO Box 80877  
San Diego, CA 92138-0877  
USA  
(Estados Unidos)  
Tel.: (619) 295-5192  
Helpline: (619) 295-5193  
Fax: (619) 574-8159  
E-mail: [info@wellstart.org](mailto:info@wellstart.org)  
*Website:* [www.wellstart.org](http://www.wellstart.org)

World Health Organization  
Department of Nutrition  
20, Av. Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
(Suíça)  
Tel.: [41] (22) 791-3315  
Fax: [41] (22) 791-4156  
E-mail: [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)  
*Website:* <http://www.who.int/nut>

World Health Organization  
Department of Child and Adolescent  
Health and Development  
20, Av. Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
(Suíça)  
Tel.: [41] (22) 791-2633  
Fax: [41] (22) 791-4853  
E-mail: [cah@who.int](mailto:cah@who.int)  
*Website:* <http://www.who.int/childadolescent-health/>

World Alliance for Breastfeeding Action  
PO Box 1200 19850  
Penang, Malaysia.  
(Malásia)  
Tel.: [60]-(4)-658-4816  
Fax: [60]-(4)-657-2655  
*Websites:* [www.waba.org.my](http://www.waba.org.my)  
[www.waba.org.br](http://www.waba.org.br)

## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

#### Ações necessárias para a implementação deste Passo

- Assegurar o oferecimento rotineiro de aulas no período pré-natal que abordem os principais tópicos relacionados à amamentação. Solicitar que a equipe mantenha registro do conteúdo das aulas ministradas.
- Analisar (ou preparar) orientações escritas sobre aconselhamento pré-natal individual a fim de garantir que os tópicos-chave sobre a amamentação sejam compreendidos e que haja tempo disponível para abordar as preocupações individuais de cada mãe.

Os tópicos essenciais que devem ser abordados durante a orientação e o aconselhamento pré-natal incluem:

- Os benefícios da amamentação.
- O início precoce.
- A importância do alojamento conjunto (se for um conceito novo).
- A importância da amamentação por livre demanda.
- Como assegurar leite suficiente.
- Posicionamento e pega.
- A importância da amamentação exclusiva.
- Os riscos da alimentação artificial e do uso de mamadeiras e chupetas.

(A orientação pré-natal **não** deve incluir orientação em grupo sobre preparação de fórmulas infantis).

- Determinar a necessidade de estratégias especiais para incentivar as mulheres a frequentar aulas no período pré-natal ou seções de aconselhamento (por exemplo, aulas noturnas para mães que trabalham, oferecer incentivos especiais para que elas compareçam às aulas, etc.).
- Retirar toda a literatura e cartazes sobre promoção da alimentação com mamadeira e substitutos do leite materno.
- Assegurar que as empresas de fórmula infantil não patrocinem materiais de promoção à amamentação.
- Interromper a distribuição de amostras ou cupons de descontos de substitutos do leite materno em clínicas de acompanhamento pré-natal.

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

**Preocupações comuns e soluções**

Preocupações	Soluções
<p>Os materiais informativos são patrocinados integralmente pelas indústrias de fórmula infantil. É difícil encontrar materiais para substituí-los e fundos para adquiri-los.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar quais materiais informativos estão disponíveis gratuitamente ou a baixo custo pelo governo, ONG ou outras agências. Se existir um órgão nacional da IHAC, conferir quais materiais foram disponibilizados.</li> <li>• Pressionar os órgãos de saúde locais e nacionais a disponibilizar materiais.</li> <li>• Solicitar que a equipe de saúde desenvolva materiais informativos de baixo custo com mensagens apropriadas sobre a amamentação, adaptando materiais de outras fontes, quando apropriado.</li> <li>• Buscar outras fontes de apoio, incluindo doações de empresas locais e de organizações voluntárias que apoiem o desenvolvimento e a produção de materiais informativos.</li> </ul>
<p>As equipes de clínicas de atenção pré-natal de muito movimento não dispõem de tempo para oferecer aconselhamento individual em amamentação ou mesmo seções em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convencer as equipes da importância de tais seções.</li> <li>• Mostrar como isso irá economizar tempo futuro, devido a menos problemas de amamentação e redução dos índices de doenças.</li> <li>• Buscar ajuda voluntária de ONG locais, grupos de apoio às mães, etc., para dar aulas ou oferecer aconselhamento.</li> <li>• Combinar materiais informativos sobre amamentação com outras aulas no período pré-natal, como as de orientações de parto, cuidado de lactentes e nutrição.</li> </ul>

continua

<p>Os materiais informativos e educacionais muitas vezes não estão bem adaptados para grupos com educação, cultura ou língua diferentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que a equipe produza ou adapte os materiais informativos ou educacionais para satisfazer as necessidades locais, se necessário.</li> <li>• Formar uma rede com outras unidades de saúde da área e compartilhar os materiais, ou desenvolvê-los em parceria.</li> </ul>
<p>As mães muito ocupadas relutam em gastar seu tempo para receber informações ou instruções, ou não sabem que há informações disponíveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que a equipe realize seções de aconselhamento no período em que as mães estão esperando para serem atendidas.</li> <li>• Pedir aos recepcionistas ou auxiliares administrativos que incentivem a participação nas aulas sobre amamentação.</li> <li>• Obter apoio da equipe clínica para garantir que disponham de tempo para o aconselhamento, valorizando a sua importância durante as consultas.</li> <li>• Solicitar que a equipe prepare materiais escritos para que as mães possam levar consigo ao saírem da unidade de saúde. Incluir orientações sobre amamentação, um resumo dos “Dez Passos” e os serviços de apoio à amamentação do hospital, convites/anúncios de aulas sobre a amamentação, listas de grupos de apoio às mães e outros grupos comunitários, etc.</li> <li>• Organizar uma aula direcionada a gestantes que trabalham.</li> <li>• Providenciar centro ou área com materiais que as mães possam consultar ou pegar emprestado como livros, artigos, vídeos e outros materiais relacionados à amamentação, quando lhes for conveniente.</li> <li>• Organizar um “desfile do bebê amamentado” ou um “concurso do bebê amamentado mais bonito” em um parque, mercado ou outra área pública.</li> <li>• Pedir para os médicos particulares encaminharem suas clientes para aulas sobre amamentação e outros serviços de apoio.</li> </ul>



## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

#### **Ações necessárias para a implementação deste passo**

- Trabalhar com a equipe para rever prioridades das rotinas perinatais de cuidados de lactentes imediatamente após o parto, a fim de possibilitar o contato imediato entre a mãe e o bebê.
- Instalar um controle de temperatura nas áreas de parto e recuperação para assegurar a manutenção de temperatura do lactente.
- Providenciar a continuidade de contato entre a mãe e o bebê após o parto.
- Delegar à equipe a responsabilidade de verificar se o início precoce da amamentação está ocorrendo com as mães que escolheram amamentar e assegurar que a equipe possua as habilidades necessárias para oferecer o devido apoio às mães.
- Treinar a equipe sobre a importância de aspirar o recém-nascido normal somente se for necessário (se a avaliação inicial [APGAR] for boa e o bebê chorar vigorosamente, isso NÃO é necessário). Caso o auxílio seja necessário, deve ser feito com cuidado, já que um microtrauma das membranas mucosas da garganta e da via aérea superior (orofaringe) do recém-nascido pode interferir na amamentação.
- Reservar tempo à equipe para dar apoio à amamentação, se necessário.
- Permitir que uma pessoa (membro da família, doula, etc.) permaneça junto da mãe durante e imediatamente após o parto para dar apoio e participar da amamentação, conforme apropriado.
- Ao analisar as políticas da sala de parto, considerar questões como necessidade de privacidade do par mãe/bebê, ambiente de tranquilidade, iluminação reduzida, número reduzido de funcionários, menor dependência do uso de tecnologias sofisticadas para partos de baixo risco, etc.

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

**Preocupações comuns e soluções**

Preocupações	Soluções
<p>Faz parte da rotina do hospital aspirar todos os bebês imediatamente após o nascimento e isso foi aprendido por todos os membros da equipe de saúde na escola.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir razões fisiológicas e anatômicas pelas quais um recém-nascido normal, que chora, desobstruirá sozinho suas vias aéreas.</li> <li>• Analisar, com o diretor da maternidade, qual é o protocolo atual para bebês que precisam ser aspirados e quais equipamentos são usados. Sugerir que o uso de uma seringa para lavagem de ouvido pode ser a opção mais barata, mais eficaz e menos traumática.</li> </ul>
<p>Não há membros da equipe ou funcionários em quantidade suficiente para ajudar o início da amamentação, considerando o número de partos e outros procedimentos planejados imediatamente para após o nascimento. A duração determinada para o contato pele a pele (no mínimo 30 minutos) é causa especial de preocupação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que a equipe reavalie quais procedimentos são necessários imediatamente após o parto. Estabelecer novas “regras de permanência” para possibilitar que haja tempo para o contato imediato e o início da amamentação no caso das mães que escolheram amamentar. Por exemplo, analisar com a equipe as recomendações dos 5 Passos “Warm Chain” (Cadeia do calor) da OMS para cuidados de recém-nascidos, que incluem a secagem imediata, o contato pele a pele com a mãe, a amamentação, postergando a pesagem e o banho.</li> <li>• Enfatizar os aspectos positivos desta mudança: economia de tempo, manutenção do calor corporal do bebê, separação mínima entre mãe e filho, etc.</li> <li>• Providenciar que a equipe receba treinamento para examinar o recém-nascido sobre o peito da mãe.</li> </ul>

continua

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer que um orientador voluntário capacitado em aconselhamento sobre amamentação ajude as mães a amamentar logo após o parto, se a equipe estiver muito atarefada. A mãe e o bebê podem ser deixados sozinhos, durante certo período, para que se aproximem mais, enquanto a equipe continua com o seu trabalho.</li> <li>• Se a sala de parto tiver que ser usada imediatamente após o nascimento para outra mulher em trabalho de parto, verificar se há possibilidade de a equipe levar a mãe e o bebê para algum quarto vazio próximo e disponibilizar algum enfermeiro para fazer os exames no local, caso necessário.</li> </ul>
<p>A mãe está cansada demais após o parto para alimentar o lactente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que este fato em geral é uma concepção errônea. Se a mãe segurar seu filho e for incentivada, quase sempre irá se envolver.</li> <li>• Providenciar que haja alguém para apoiar a mãe na amamentação.</li> <li>• Assegurar que as mães que amamentam recebam instruções, durante a gravidez sobre a importância da amamentação de início precoce e sobre o fato de que mãe e bebê geralmente ficam conscientes durante este período.</li> </ul>
<p>Os leitos na sala de parto são muito estreitos. Se o lactente for colocado junto da mãe (que pode estar muito cansada) e não houver supervisão constante, ele poderá sofrer uma queda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar o lactente no peito da mãe. Elevar a cabeça da mãe com um travesseiro, cobertor, ou até mesmo com sua própria roupa. Se houver perigo de o lactente sofrer uma queda do leito muito estreito, considere a possibilidade de cobrir a mãe e o bebê juntos, de maneira leve, como embrulhados por um lençol ou pano.</li> <li>• Como alternativa, auxilie a mãe para que deite de lado e coloque o bebê a seu lado para ser amamentado.</li> </ul>

continua

<p>Haverá necessidade de monitorar mães e bebês – e, portanto, de iluminação, funcionários e equipamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que a equipe da sala de parto considere fazer certos procedimentos juntos. Por exemplo, avaliar as condições e sinais vitais da mãe e do bebê, de uma só vez, e então deixá-los sozinhos.</li> </ul>
<p>Caso a sala de parto esteja muito fria, sua temperatura estará baixa demais para a amamentação imediata e o bebê deverá ser transferido para o berçário ou para o quarto da mãe para ser amamentado pela primeira vez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar com a equipe as recomendações dos 5 Passos da “Cadeia do calor” da OMS (ver Passo 4, acima).</li> <li>• Mostrar para a equipe, colocando um termômetro sob o braço do bebê, que o contato pele a pele com a mãe oferece calor suficiente para manter o lactente aquecido.</li> <li>• Se a sala de parto estiver fria, considere as possibilidades de aumentar a temperatura.</li> </ul>
<p>Os funcionários de sala de parto consideram que a amamentação realizada de 30 a 60 minutos após o parto é uma prioridade menos importante do que outros procedimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar com a equipe as pesquisas mais importantes sobre os MOTIVOS pelos quais a amamentação precoce e o sucesso da amamentação continuada estão diretamente ligados (por exemplo, o bebê está acordado e em estado de alerta durante a primeira hora, seu olfato está aguçado e apresenta reflexos de movimento, a mãe apresenta maior disposição para amamentar durante a primeira hora etc.).</li> <li>• Convencer os médicos que fazem partos a sempre incentivar as mães: “vamos começar a amamentar agora mesmo”.</li> <li>• Pedir à equipe responsável para acrescentar “dar tempo para a amamentação iniciar” aos cuidados estabelecidos e dispensados para aquele bebê.</li> <li>• Garantir que as vantagens fisiológicas e psicológicas da amamentação precoce sejam enfatizadas durante o treinamento da equipe. No treinamento da equipe da sala de parto, enfatizar sua responsabilidade no manejo da amamentação, uma vez que a primeira hora de vida é um período muito importante e especial.</li> </ul>

## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

#### **Ações necessárias para a implementação deste Passo**

- Treinar as equipes com técnicas de ordenha, manipulação e armazenamento seguro do leite materno.
- Reservar tempo para que a equipe possa oferecer aconselhamento individual ou em grupo às mães quanto ao manejo da amamentação e à manutenção da lactação quando mãe e bebê forem separados.
- Designar áreas para as mães amamentarem, extraírem e armazenarem o leite. Adquirir equipamentos (por exemplo, recipientes para armazenar o leite, xícaras e colheres).
- Providenciar acomodações para que as mães possam ficar com seus bebês, se estes estiverem hospitalizados. Do mesmo modo, permitir que bebês amamentados saudáveis permaneçam com as mães hospitalizadas.

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

**Preocupações comuns e soluções**

Preocupações	Soluções
<p>Em hospitais onde a permanência pós-parto é pequena, ou a equipe é mínima, não há muito tempo para aconselhamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatizar o aconselhamento durante o período pré-natal.</li> <li>• Realocar a equipe do berçário para fazer aconselhamento.</li> <li>• Se houver pouco tempo disponível para aconselhamento individual, fazer com que a maioria das instruções seja passada por meio de aulas em grupo.</li> <li>• Solicitar que os membros da equipe hospitalar observem pelo menos uma mamada de cada par mãe/bebê antes da alta.</li> <li>• Usar voluntários para fazer visitas e oferecer conselhos. Organizar treinamento para voluntários e oferecer-lhes orientações referentes a seus papéis e quais seriam suas restrições.</li> <li>• Após o parto, disponibilizar impressos sobre amamentação.</li> <li>• Pedir para que a equipe transmita vídeos para enfatizar as técnicas adequadas de amamentação, se o tempo de aulas e instruções for limitado.</li> </ul>
<p>Relutância de parte da equipe em oferecer aconselhamento em amamentação, por falta de conhecimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer pequenas folhas com instruções sobre os conselhos que devem ser dados em relação a problemas comuns de amamentação.</li> <li>• Divulgar uma lista dos membros da equipe que tenham feito aulas práticas sobre amamentação. Incentivar os outros a procurarem sua ajuda e observarem esses membros experientes enquanto eles aconselham as mães.</li> <li>• Garantir que uma parte do treinamento inclua práticas clínicas para lidar com as mães que amamentam e como lidar com os problemas mais comuns.</li> </ul>

continua

<p>Falta de entendimento entre membros das equipes sobre a importância da amamentação imediatamente após o parto e os problemas causados por mensagens imprecisas ou inconsistentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante as discussões com a equipe, enfatizar a importância do cuidado centrado na paciente e o papel que a orientação sobre amamentação exerce nessa interface.</li> <li>• Incentivar os treinadores, primeiramente para organizar grupos com as equipes de berçários focando o que eles aprenderam e o porquê de suas condutas, e então projetar um treinamento que aborde problemas específicos.</li> </ul>
<p>Preocupação por parte da equipe de que as mães façam uso de amas-de-leite e de bancos de leite materno para alimentar outros bebês, por causa da transmissão do vírus HIV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer uso de amas-de-leite<sup>20</sup> e de leite materno de outras mulheres é aceitável em alguns ambientes e inaceitável em outros. As pesquisas locais poderão indicar se as mães irão ou não escolher esses meios como métodos alternativos de alimentação.</li> <li>• O leite materno de uma doadora deverá passar por pasteurização, conforme a maioria das recomendações atuais da OMS.</li> <li>• Geralmente, o uso de amas-de-leite não é mais uma prática incentivada como opção de alimentação, embora haja exceções – se, por exemplo, a ama for um membro da família e HIV – soro negativo.</li> </ul>
<p>Falta de área e equipamento para o armazenamento de leite materno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é necessário nenhum equipamento sofisticado para armazenar leite materno. É necessário apenas um refrigerador e recipientes limpos para armazenagem.</li> <li>• O armazenamento do leite materno pode não ser necessário se as mães tiverem acesso a seus bebês hospitalizados para amamentá-los.</li> </ul>
<p>Lactentes saudáveis ficarão doentes se forem mantidos com suas mães caso elas estejam doentes e hospitalizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer informações sobre os efeitos protetores da amamentação e sobre os riscos para a saúde dos recém-nascidos caso eles <u>não</u> sejam mantidos com suas mães e sendo amamentados.</li> </ul>
<p>As mães hospitalizadas e doentes não serão capazes de cuidar de seus recém-nascidos se os dois estiverem em alojamento conjunto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir para a equipe avaliar esta questão caso a caso. Pode ser que um parente ou amigo tenha que permanecer no quarto para cuidar do lactente em algumas situações.</li> </ul>

<sup>20</sup> No Brasil, o Ministério da Saúde contra-indica a amamentação cruzada.

## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

#### **Ações necessárias para a implementação deste Passo**

- Examinar as políticas rotineiras sobre o uso de substitutos do leite materno. Assegurar que elas estejam em conformidade com a lista da OMS/UNICEF de “razões médicas aceitáveis para a suplementação” (estas devem ser incluídas na política de amamentação do hospital. Ver Passo 1).
- Fazer com que pequenas quantidades de substitutos do leite materno sejam adquiridas pelo hospital para situações com indicação médica.
- Armazenar em local onde não possam ser vistos pelas mães os substitutos do leite materno e os equipamentos e objetos a eles relacionados.
- Desenvolver políticas que facilitem a amamentação desde cedo para lactentes nascidos abaixo do peso e via cesariana, quando não houver contra-indicações médicas (estas podem ser incluídas na política de amamentação do hospital. Ver Passo 1).
- Garantir que haja áreas e equipamentos adequados para a expressão ou ordenha e o armazenamento do leite materno (ver Passo 5).



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

### Preocupações comuns e soluções

Preocupações	Soluções
Os membros da equipe e as mães estão preocupados caso o leite materno seja insuficiente para os bebês durante as primeiras horas ou dias após o nascimento, devido ao atraso da descida do “leite verdadeiro”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar que a equipe e as mães sejam informadas sobre a suficiência e os benefícios do colostro e de que não é necessário nada (água, chá, ou fórmula infantil) além do leite materno. Lembre que é normal o bebê perder peso durante as primeiras 48 horas.</li> </ul>
Os membros da equipe e as mães temem que os bebês fiquem desidratados ou hipoglicêmicos caso sejam alimentados exclusivamente com leite materno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer um comitê para analisar a literatura sobre o assunto e apresentar as descobertas relacionadas a esta questão em reuniões com a equipe.</li> <li>• Assegurar que a equipe reconheça os sinais de que os bebês estão recebendo tudo de que precisam pela amamentação e incentivá-la a transmitir estas informações às mães temerosas de que seu leite seja insuficiente.</li> <li>• Considerar o oferecimento de seções rápidas de treinamento em serviço para demonstrar como avaliar a efetividade da amamentação e oferecer à equipe de enfermagem prática de avaliação supervisionada.</li> <li>• Remover soro glicosado da unidade, para dificultar seu uso rotineiro.</li> </ul>
As mães pedem suplementos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer com que as mães sejam informadas durante o período pré-natal e logo após o parto sobre os problemas que os suplementos podem causar.</li> </ul>
Algumas mães estão desnutridas demais para amamentar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que os membros da equipe constatem que até as mães desnutridas produzem leite suficiente para alimentar seus bebês por livre demanda.</li> <li>• Nos casos em que a família está no hospital, aproveitar a oportunidade para informar sobre a importância da boa nutrição da mãe e sobre escolhas alimentares nutritivas e baratas.</li> </ul>

continua

<p>O aconselhamento e apoio necessários para realizar a amamentação exclusiva são muito caros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatizar que os custos serão mais do que recompensados pela economia que o hospital terá quando a aquisição, preparação e abastecimento de substitutos do leite materno forem diminuídos. Enfatizar, também, que a economia resultará na redução de infecções neonatais, diarreias, etc.</li> </ul>
<p>Medicamentos contra-indicados para a amamentação estão sendo ministrados à mãe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar que os membros da equipe estejam familiarizados com a lista de razões médicas aceitáveis para a suplementação, que está incluída no Anexo dos Critérios Globais para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, oferecido como Impresso 4.5 na Seção 4 deste curso.</li> <li>• Solicitar que o departamento farmacêutico prepare uma lista de medicamentos que são compatíveis e incompatíveis com a amamentação.</li> </ul>
<p>As mães sentirão que algo importante foi negado a elas caso se interrompa a distribuição de amostras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar substituir amostras de substitutos do leite materno por um “kit de amamentação”, que inclua orientações sobre a amamentação e onde buscar apoio. Ele pode incluir, também, amostras de produtos que não desestimulem a amamentação.</li> </ul>

## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

#### Ações necessárias para a implementação deste Passo

- Fazer as alterações físicas necessárias na unidade de saúde. Evitar o uso de berçários para recém-nascidos normais. Realizar mudanças que melhorem o conforto, a higiene e a segurança da mãe e do bebê.
- Solicitar e organizar um treinamento em cuidados integrais para funcionários do berçário e da equipe de cuidados após o parto para que todos possam estar capacitados para cuidar tanto do bebê quanto da mãe (ver Passo 2).
- Instituir seções de educação individual ou em grupo para as mães sobre os cuidados mãe/bebê após o parto. As seções devem incluir informações de como cuidar do bebê em alojamento conjunto.

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

**Preocupações comuns e soluções**

Preocupações	Soluções
<p>É difícil supervisionar o estado de um bebê que está em alojamento conjunto com a mãe. No berçário, basta um membro da equipe para supervisionar diversos bebês.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar à equipe que os bebês ficam melhor quando em alojamento conjunto com as mães, recebendo os benefícios adicionais de segurança, calor e aleitamento sob demanda. Dividir a mesma cama, se for culturalmente aceito, oferece as melhores condições para se obter todos esses benefícios e eliminar a necessidade de comprar cestos ou berços para o bebê. As mães podem oferecer assistência caso seus filhos estejam em alojamento conjunto ou dividindo a mesma cama, podendo alertar a equipe se surgir algum problema.</li> <li>• Enfatizar que não é necessário haver supervisão 24 horas por dia. Bastam chegas periódicas e prontidão da equipe em atender às necessidades das mães.</li> </ul>
<p>As mães precisam descansar após o parto (especialmente à noite), mas mesmo assim os bebês precisam se alimentar. Após a cesariana, principalmente, as mães precisam de tempo para recuperação. Os bebês deveriam ser alimentados com substitutos do leite materno durante este período.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que a equipe assegure às mães que, praticando o alojamento conjunto, elas estarão fazendo o melhor para seus bebês, que não é preciso muito mais trabalho e que há profissionais da saúde à disposição na unidade de saúde para assisti-las, caso necessário.</li> <li>• Solicitar que a equipe discuta com as mães o fato de que quanto mais os bebês ficarem com elas, mais elas poderão aprender o que é normal ou não e como oferecer um bom cuidado. É melhor estar sempre ao lado dos bebês (mesmo durante a noite) enquanto elas ainda estiverem no hospital, onde sempre haverá uma equipe para auxiliar, se necessário.</li> <li>• Sugerir para a equipe que, após uma boa amamentação, as mães podem até dormir melhor se os bebês estiverem com elas.</li> </ul>

continua

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que a equipe saiba como auxiliar as mães que fizeram cesariana na escolha de técnicas e posições de amamentação que sejam confortáveis e eficientes.</li> <li>• Caso tenha sido usada anestesia regional ou local durante a cesariana, não haverá nenhum problema em iniciar a amamentação precocemente. Entretanto, a mãe que recebeu anestesia geral poderá amamentar apenas quando recuperar a consciência, se um membro da equipe a auxiliar.</li> </ul>
<p>Se os bebês não forem mantidos no berçário, e sim junto com a mãe, os índices de infecção aumentarão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatizar que o risco de infecção na verdade diminui quando os bebês permanecem com a mãe e não no berçário, onde ficam expostos a mais profissionais de saúde.</li> <li>• Fornecer dados à equipe mostrando que os índices de infecção como, por exemplo, doenças diarréicas, sepse neonatal, otite média e meningite, são menores quando há alojamento conjunto e amamentação.</li> </ul>
<p>Se for permitida a permanência de visitantes no quarto com alojamento conjunto, o risco de infecção e de contaminação irá aumentar. Em situações em que os visitantes podem fumar, isso se torna um perigo para a saúde da mãe e do bebê. Há mães que acham que devem dar atenção aos visitantes e que terão bastante tempo para seus bebês após a alta hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatizar que os bebês recebem, pelo colostro, a imunidade necessária para ficarem protegidos de infecções, e que estudos revelam que há menos infecções quando se pratica o alojamento conjunto do que em berçários.</li> <li>• Para apoiar as mães a fazer o melhor pelos seus bebês, limite o horário de visitas e o número de visitantes e proíba que se fume na área hospitalar.</li> </ul>
<p>Os quartos são muito pequenos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há necessidade de berços para os lactentes. Não é necessário espaço adicional para o ato de dividir a mesma cama.</li> </ul>
<p>Os bebês podem cair da cama das mães.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatizar que recém-nascidos não se mexem muito. Se mesmo assim as mães ainda ficarem preocupadas, providenciar para que as camas sejam colocadas próximas à parede ou, se culturalmente aceitável, que sejam agrupadas lado a lado, para que as mães possam colocar os bebês no centro.</li> </ul>

<p>O alojamento conjunto em tempo integral, sem separações que durem mais de meia hora, parece impraticável porque alguns procedimentos devem ser realizados fora do quarto das mães.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar melhor esses procedimentos. Alguns não são necessários (Exemplo: pesar o bebê antes e depois da amamentação). Outros procedimentos podem ser realizados no próprio quarto da mãe.</li> <li>• Analise as vantagens para as mães e o tempo economizado pelos médicos se eles examinarem o lactente na frente da mãe.</li> </ul>
<p>Os pacientes particulares acham que eles têm o privilégio de manter seus bebês em berçários e alimentá-los com substitutos do leite materno, receber cuidados de especialistas da equipe, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tudo aquilo que é bom para os pacientes públicos também é bom para os pacientes particulares.</li> <li>• Pensar na realização de projetos-pilotos para “testar” a prática do alojamento conjunto em alas particulares do hospital, assim como nas públicas.</li> </ul>
<p>Alguns hospitais particulares cobram por serviços de berçário, e por esse motivo se mostram relutantes em extingui-los.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar a economia gerada pela prática do alojamento conjunto, devido à utilização menos freqüente de substitutos do leite materno, à economia de tempo para a equipe, que não terá que preparar mamadeiras e fazer cuidados de berçário, à menor incidência de doenças no lactente, etc.</li> <li>• Pensar em manter a cobrança de taxas de berçário mesmo quando este foi extinto, redistribuindo os fundos aos gastos com cuidados da mãe e do bebê nos quartos.</li> </ul>
<p>É mais fácil o seqüestro de bebês no alojamento conjunto do que se eles permanecerem no berçário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerir à equipe que solicite às mães que peçam para alguém (por exemplo, outras mães, membros da família ou da equipe) cuidar do bebê caso elas precisem sair do quarto.</li> <li>• As mães precisam ser informadas de que <u>não</u> há nenhuma razão para que um bebê seja removido do quarto sem o seu consentimento.</li> </ul>

**Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**  
**Resumo de experiências**

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

**Ações necessárias para a implementação deste Passo**

- Implementar o alojamento conjunto (ver Passo 7).
- Analisar as políticas rotineiras de procedimentos infantis (por exemplo, tirar sangue, exame físico, pesagem, banho, circuncisão, limpeza do quarto, etc.) que separam mãe e filho; conduzir os procedimentos no quarto, sempre que possível.
- Assegurar que o treinamento da equipe inclua tanto a definição e os benefícios da amamentação por livre demanda quanto às mensagens-chave sobre essa questão que as mães deverão receber durante o aconselhamento em amamentação (ver Passo 2).

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

**Preocupações comuns e soluções**

<b>Preocupações</b>	<b>Soluções</b>
A amamentação por livre demanda é algo bom, mas não oferece leite suficiente para o bebê. O colostro é insuficiente e a suplementação é necessária.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lembrar à equipe que a capacidade gástrica do lactente é de 10-20 ml no nascimento e que a quantidade de colostro é fisiologicamente compatível.</li> </ul>
Em situações em que não há prática de alojamento conjunto, há economia no tempo e trabalho da equipe se os bebês forem alimentados no berçário, em vez de levados para serem amamentados pelas mães em horários imprevisíveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar a implementação da prática do alojamento conjunto. Ela irá tomar menos tempo da equipe do que a prática de manter os bebês no berçário, alimentando-os com substitutos do leite materno, ou o que a prática de transportá-los de um lado para o outro para serem amamentados.</li> </ul>
Há interferência na alimentação por livre demanda quando os bebês são levados do quarto para fazerem exames, testes de laboratório e procedimentos de medição.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar os médicos a examinarem os bebês nos quartos das mães. Enfatizar que este procedimento pode economizar tempo, uma vez que as mães podem tirar dúvidas e receber informações ao mesmo tempo. Ressaltar, também, que isso aumenta a satisfação da mãe.</li> <li>• Solicitar que a equipe realize outros procedimentos nos quartos das mães, se for viável. Por exemplo, as balanças podem ser transportadas em carrinhos de quarto em quarto.</li> </ul>

continua

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que a equipe planeje para depois da amamentação os procedimentos que devem ser realizados fora do quarto, ou permita que as mães acompanhem seus bebês para que eles possam ser amamentados quando quiserem.</li> <li>• Informar à equipe que os bebês não devem ser alimentados com suplementos enquanto estiverem fora do quarto, passando por procedimentos. Se necessário, deve-se solicitar às mães amamentá-los.</li> </ul>
<p>Os horários de visitas muito longos ou irrestritos interferem na amamentação por livre demanda. As mães podem ficar constrangidas em amamentar na presença de visitantes, podem estar muito ocupadas dando atenção a eles, ou podem ficar exaustas demais, posteriormente, para amamentar seus bebês.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir ou limitar os horários de visitas (por exemplo, dois visitantes por paciente ou apenas a visita da família e dos avós).</li> <li>• Solicitar que a equipe ofereça às mães placas com mensagens para serem colocadas nas portas (se estiverem em quartos individuais) pedindo para não serem incomodadas se estiverem descansando ou amamentando seus bebês.</li> <li>• Pedir para que instrutores de aulas no acompanhamento pré-natal enfatizem a importância dos horários de visitas limitados para que mãe e bebê possam ter mais tempo para o aprendizado, a alimentação e o descanso.</li> </ul>

## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

##### **Ações necessárias para a implementação deste Passo**

- Estabelecer políticas rotineiras. As políticas hospitalares devem:
  - Desestimular mães ou membros da família a trazerem chupetas para os bebês.
  - Proibir o uso de mamadeiras e bicos na alimentação de lactente dentro do hospital.
  - Oferecer orientação para o uso de métodos de alimentação alternativos (por exemplo, xícara ou colher), caso os substitutos do leite materno sejam usados.
- Adquirir xícaras, copos, seringas e colheres para uso na alimentação de lactentes com substitutos do leite materno (sem fazer uso de bicos ou mamadeiras), nos casos em que há razões médicas aceitáveis para a suplementação (ver Passo 5).

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

##### **Preocupações comuns e soluções**

<b>Preocupações</b>	<b>Soluções</b>
As chupetas ajudam a acalmar os bebês quando eles estão agitados. Além disso, mesmo sem fome, os lactentes sentem necessidade de sugar.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os bebês podem chorar por várias razões. Sugerir à equipe que explore alternativas para acalmá-los (por exemplo, incentivar a mãe a segurar o bebê, a oferecer o peito, a checar a fralda), possivelmente por meio de um grupo de discussão.</li></ul>
A equipe de enfermagem e/ou as mães não acreditam que o uso de chupeta possa causar algum problema.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assegurar que a equipe e as mães estejam cientes dos problemas do uso de chupeta (por exemplo, ele interfere na resposta motora oral envolvida na amamentação e oferece um risco fácil de contaminação).</li></ul>

continua



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer um comitê para analisar a literatura disponível sobre o assunto e organizar uma apresentação para a equipe administrativa e médica sobre questões relacionadas ao uso de chupeta.</li> <li>• Pregar cartazes que possam ser vistos pela equipe e pacientes – “Não usar chupetas em bebês que são amamentados” – e listar os motivos para isso.</li> <li>• Se a mãe solicitar chupetas, sugira que a equipe explique os problemas que isso pode causar. Considerar a possibilidade de ela assinar um formulário de consentimento no qual se descrevam os riscos de confusão de mamilo, problemas na provisão de leite e contaminação.</li> <li>• Em ambientes onde a contaminação de chupetas pode levar à diarreia e outras doenças, incentivar que se acalme o bebê de outras maneiras ou que se use um dedo, da mãe ou membro da família, depois de lavado, como chupeta.</li> </ul>
<p>As chupetas são distribuídas gratuitamente para as mães que as solicitam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular a economia do hospital se parar de comprar chupetas ou bicos artificiais.</li> <li>• Estabelecer política em que o hospital não ofereça chupetas grátis e que, se as mães quiserem usá-las, devem possuir suas próprias.</li> </ul>
<p>Os lactentes podem aspirar o leite se forem alimentados com xícaras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer exemplos (por meio de vídeos, slides ou visitas) de lactentes sendo alimentados com sucesso por xícara em outras unidades de saúde.</li> <li>• Enfatizar como a alimentação por xícara é viável e segura.</li> </ul>
<p>Adquirir xícaras, seringas e colheres pode ser caro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é necessário nenhum tipo especial de xícaras, seringas e colheres. Elas só precisam estar limpas.</li> </ul>

## Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

### Resumo de experiências

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

##### **Ações necessárias para a implementação deste Passo**

- Junto com os membros mais importantes das equipes hospitalares envolvidas, buscar identificar grupos comunitários que apoiem as mães que amamentam.
- Assegurar que o hospital ofereça apoio continuado à amamentação (por exemplo, via uma clínica de acompanhamento puerperal) e agendar a primeira consulta para até uma semana após a alta hospitalar. Garantir que a amamentação seja avaliada e os problemas identificados e resolvidos.
- Explorar maneiras de colocar as mães e os grupos comunitários de apoio à amamentação em contato. Estes podem ser postos de saúde, clínicas infantis ou grupos de apoio à amamentação (ONG locais, como a La Leche League). Uma forma de fazer isso seria enviar formulários de alta e de orientação para uma clínica comunitária onde a mãe possa receber cuidados no puerpério e ao mesmo tempo informar a mãe dos locais onde ela poderá obter apoio à amamentação.
- Considerar a possibilidade de que os grupos de apoio entrem em contato com as mães enquanto elas ainda estejam no hospital. Por exemplo, os voluntários podem oferecer água às mães na enfermaria e ao mesmo tempo informar onde elas podem ir para obter apoio à amamentação. Eles também podem ajudar a administrar as clínicas de lactação nos hospitais, se elas existirem, fornecer aconselhamento em amamentação nas enfermarias, etc.
- Considerar solicitar que os funcionários do hospital organizem grupos de apoio à amamentação nos quais, pelo menos de início, os membros da equipe atuem como facilitadores. Realizar treinamento para a equipe sobre como organizar e assistir grupos de apoio à mãe e considerar a realização de um treinamento similar voltado para outros potenciais líderes de grupos.
- Informar (de forma verbal e escrita) a mãe, sua família e a comunidade sobre os grupos de apoio à amamentação disponíveis.

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

**Preocupações comuns e soluções**

Preocupações	Soluções
<p>Os membros da equipe hospitalar não conhecem grupos de apoio à amamentação confiáveis para indicar às mães.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar um grupo com um representante do hospital, as clínicas infantis locais e quaisquer grupos de apoio à mãe de que se tenha notícia na região. Solicitar que os grupos de apoio criem uma lista com os recursos disponíveis e a disponibilizem para a equipe hospitalar, os médicos e as mães.</li> <li>• Incentivar os grupos locais de apoio à amamentação a fazerem reuniões ocasionais no hospital, que pode oferecer espaço e divulgação grátis.</li> <li>• Solicitar que os grupos comunitários de apoio à amamentação ofereçam seções de mini treinamento para a equipe sobre os serviços que eles oferecem.</li> </ul>
<p>Existe uma impressão errônea de que profissionais da saúde não devem se envolver na organização de grupos de apoio à mãe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se não houver líderes leigos disponíveis para organizar e facilitar grupos de apoio às mães, experimente usar a equipe de saúde. Nesse caso, eles devem ser treinados para não dirigir ou comandar os grupos, mas para facilitar a participação e o apoio entre as mães. Assim que surgirem líderes leigos, esses podem receber treinamento adicional e assumir a condução do grupo.</li> </ul>
<p>Os líderes de grupos leigos e seus membros podem transmitir informações incorretas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar que os potenciais líderes de grupos de apoio à mãe recebam treinamento adequado, e que as mães recebam da equipe orientações corretas sobre amamentação no período pré-natal e após o parto.</li> </ul>
<p>Os administradores e as equipes do hospital já possuem muitos afazeres; organizar grupos de apoio seria mais uma imposição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se pessoas ou grupos voluntários instruídos podem ajudar nesta atividade, ou assumir total responsabilidade por ela.</li> </ul>

continua

<p>O apoio de mãe para mãe não funciona no contexto cultural local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar mecanismos de apoio à amamentação culturalmente apropriados. Por exemplo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- envolver organizações tradicionais ou religiosas para mulheres no oferecimento de apoio à amamentação ou de um apoio mais geral à mãe; e</li> <li>- enfatizar o papel da família no apoio à amamentação, oferecendo informações atualizadas sobre o assunto para os membros da família que mais provavelmente poderão oferecer aconselhamento.</li> </ul> </li> </ul>
<p>O acompanhamento pós-alta é muito caro. É impossível realizar visitas domiciliares, ou essas são apenas possíveis no caso de emergências ou de pacientes de alto risco. Fazer contato por telefone também não é possível ou, na melhor das hipóteses, não é confiável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinar quais mecanismos de acompanhamento são viáveis na situação local, levando em consideração restrições. Por exemplo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- solicitar que nas consultas de acompanhamento após o parto seja feita uma avaliação da amamentação e que se ofereça apoio a essa prática;</li> <li>- solicitar visitas domiciliares pelo menos para as mães que apresentem grande possibilidade de interromper a amamentação ou ter problemas com essa prática; e</li> <li>- encaminhar as mães a centros de saúde comunitários, pessoal de saúde e/ou grupos voluntários <u>capazes</u> de lhes oferecer apoio.</li> </ul> </li> </ul>

## Seção 6: Custos e economias

### Objetivos

Ao final desta seção, os participantes devem ser capazes de:

- descrever os potenciais custos e economias relacionados à implantação e manutenção de um Hospital Amigo da Criança;
- sugerir formas criativas de minimizar custos ou usar recursos existentes durante a implementação dos Dez Passos;
- descrever como calcular os custos e economias relacionados à proteção, à promoção e ao apoio à amamentação dentro de seus hospitais;
- discutir os custos e as economias relacionados à proteção, à promoção e ao apoio à amamentação para a família, o sistema de saúde em geral e o país (opcional).

### Duração

Custos e economias para o hospital (incluindo as unidades dos participantes): 50 minutos.

Custos e economias para a família: 15-30 minutos (opcional).

Custos e economias para o sistema de saúde e em âmbito nacional: 15 minutos (opcional).

Custos e economias relacionados à promoção da amamentação (discussão): 10 minutos.

Total: 1 hora a 1 hora e 45 minutos.

### Métodos de ensino

Apresentação

Trabalho em grupo

Discussão

### Preparação para a seção

- Revisar os diapositivos/transparências fornecidos com o plano de apresentação. Eles apresentam dados sobre custos e economias em cenários de países desenvolvidos e em desenvolvimento. É possível optar pelo uso de apenas alguns diapositivos/transparências na apresentação, enfatizando as questões mais relevantes para cada situação.
- Preparar diapositivos/transparências adicionais apresentando dados de custos e economias do seu país ou região, caso seja viável. O uso de dados locais e nacionais nesta apresentação aumentará muito sua relevância para os participantes. Se não houver informações disponíveis de forma imediata, o processo de coleta de dados deve começar várias semanas antes do curso.
- Uma versão em miniatura da apresentação com diapositivos/transparências foi incluída na forma de um impresso distribuído aos participantes. Se muitos diapositivos ou transparências forem omitidos da apresentação e/ou se

outros forem incluídos, é preciso avaliar a possibilidade de ajustar também esse impresso.

- Após analisar todo o conteúdo desta seção, é preciso decidir se as seções 4 e 5, que enfocam custos e economias nos níveis familiar, do sistema de saúde e nacional, serão incluídas ou não. Os custos e economias no nível das unidades de saúde (examinados nas seções 1-3) são especialmente relevantes para os gestores de saúde. Caso o público do curso inclua indivíduos responsáveis pelo desenvolvimento de políticas de saúde e por decisões relacionadas ao sistema de saúde em geral, talvez lhes interesse o conteúdo das seções 4 e 5. Se houver necessidade de reduzir o tempo da seção, considere a possibilidade de omitir parte ou todo o material referente a essas últimas seções.
- Se planejar incluir o exercício descrito na seção 4, é preciso decidir pelo uso do diapositivo 6.15 ou 6.16 e pelo uso do Impresso 6.4a ou 6.4b, a depender da existência ou não de diferentes rendas média ou mínima entre as áreas urbanas e rurais do país. Para o exercício, também é necessário reunir os dados sobre custos das diversas marcas de fórmulas infantis e sobre os valores das rendas médias ou mínimas. Antes de a seção começar, será preciso ajustar o impresso que você escolher usar de acordo com a medida das latas de fórmula infantil comercializadas na sua região (por exemplo, latas de 500g ou de 450g) e ajustar o número total de latas necessárias para que, ao final dos primeiros seis meses de vida, tenham sido consumidos 20kg de fórmula (ou seja, 40 latas de 500g ou cerca de 44 latas de 450g). Depois disso, será necessário preencher as informações sobre as marcas de fórmula e seus custos, além dos valores da renda média (ou mínima).

## **Materiais de capacitação**

### ***Resumos***

Resumos disponíveis dos estudos apresentados na Seção 6.

### ***Impressos***

- 6.1 Apresentação da Seção 6.
- 6.2 Análise do custo de manutenção de uma unidade neonatal no hospital Dr. José Fabella Memorial.
- 6.3 Tabela 1: Custos e economias potenciais associados à promoção do aleitamento materno em hospitais (organizados de acordo com os Dez Passos).
- 6.4a Exercício: Porcentagem da renda necessária para alimentar um recém-nascido com fórmula infantil durante seis meses.
- 6.4b Exercício: Porcentagem da renda urbana e rural necessária para alimentar um recém-nascido com fórmula infantil durante seis meses.

## **Diapositivos/transparências**

6.1 - 6.32

O *website* para acesso ao material deste curso possui *links* para os diapositivos e transparências desta seção em dois arquivos de Microsoft PowerPoint. Os diapositivos (em cores) podem ser usados com um laptop e um projetor, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto e branco) podem ser impressas e exibidas com um retroprojetor. As transparências também estão reproduzidas como primeiro impresso desta seção, com seis em cada página.

## **Referências**

AGUAYO, V. M.; ROSS, J. The monetary value of human milk in Francophone West Africa: A profiles analysis for nutrition policy communication. *Food Nutr. Bull*, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 153-161, 2002.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Breastfeeding promotion in Honduras: the PROALMA project. *Mothers and Children*, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 103, 1987.

AUTOTTE, P. A. *A mid-term evaluation of hospital institutions for the PROALMA Project, Honduras*. Newton: Educational Development Center, 1985. INCS Report Series.

AVENDONA, P et al. Costs associated with office visits for diarrhea in infants and toddlers. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, [S.l.], v. 12, 897-902, 1993.

BALL, T. M.; BENNETT, D. M. The economic impact of breastfeeding, Breastfeeding 2001, part I: the evidence for breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, [S.l.], v. 48, n. 1, p. 253-262, 2001.

\*BALL, T. M.; WRIGHT, A. F. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, [S.l.], v. 103, n. 4 Pt 2, p. 870-846, Apr.1999.

BERG, A. *The nutrition factor*. Washington D.C.: The Brookings Institution, 1973.

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

\*BITOUN, P. The Economic value of breastfeeding in France. *Les Dossiers de l'Obstetrique*, [S.l.], v. 216. p. 10-13, 1994. Material em inglês proporcionado por Wellstart International, San Diego CA.

BONUICK, K et al. Breastfeeding promotion interventions: good public health and economic sense. *Journal of Perinatology*, [S.l.], v. 22, p. 78-81, 2002.

CHEE, G. et al Cost and effectiveness analysis of LINKAGES' breastfeeding interventions in Ghana. Bethesda, MD: Abt Associates, 2002.

\*COHEN, R.; MRTEK, M. D.; MRTEK, R. G. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *American Journal of Health Promotion*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 148-153, nov./dec.1995.

- DAGA, S. R.; DAGA, A. S. Impact of breast milk on the cost-effectiveness of the special care unit for the newborn. *J. Trop. Pediatr.*, [S.l.], v. 31, p. 121-123, 1985.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Breastfeeding: good practice guidance to the NHS. Londres: Reino Unido da Grã-Bretanha, 1995.
- DRANE, D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeeding Review*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 7-16, 1997.
- ELDRIDGE, S.; CROKER, A. Breastfeeding friendly workplace accreditation: creating supportive workplaces for breastfeeding women. *Breastfeed Rev.*, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 17-22, 2005.
- FIEDLER, J. L. *The cost of the breastfeeding promotion program in the Guilherme Alvaro Hospital of Santos, Brazil*. Washington: Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, International Science and Technology Institute, 1993.
- \*FOK, D.; MONG, T. G.; CHUA, D. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 5-9, Aug. 1998.
- \*GONZALES, R. *Cost analysis of maintaining a newborn nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila*. Manila, 1990. Transparências apresentadas durante reunião.
- GREINER T et al. *The economic value of breastfeeding (with results from research conducted in Ghana and the Ivory Coast)*. Ithaca: Cornell University, 1979. (Cornell International Nutrition Monograph Series 6).
- \*GUPTA, A.; KHANNA, K. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 123-127, May-Jun 1999.
- HEINIG, M. J. Breastfeeding and the bottom line: why are the cost savings of breastfeeding such a hard sell? *Journal of Human Lactation*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 87-88, 1998.
- HOEY, C.; WARE, J. Economic advantages of breastfeeding in an HMO setting: a pilot study. *The American Journal of Managed Care*, [S.l.], v. 3, p. 861-865, 1997.
- HORTON, S. et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy and Planning*, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 156-168, 1996.
- HUFFMAN, S. L. *Panama breastfeeding promotion project evaluation*. Washington: Center to Prevent Childhood Malnutrition and the Academy for Educational Development, 1990.
- \*HUFFMAN, S. L. et al. *Breastfeeding promotion in Central America: high impact at low cost*. Washington: Nutrition Communication Project, Academy for Educational Development, 1991.
- HUFFMAN, S. L. et al. *Economic value of breastfeeding in Belize*. Washington: Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1992.
- JAROSZ, L. A. Breastfeeding versus formula: Cost comparison. *Hawaii Medical Journal*, [S.l.], v. 52, n. 1, p. 14-18, 1993.



LEVINE, R. *A workbook for policymakers, guide to assessing the economic value of breastfeeding*. Washington: Nurture/Center to Prevent Childhood Malnutrition and Social Sector Policy Analysis Project, Academy for Educational Development, 1991.

\*LEVINE, R., HUFFMAN, S. L. *The economic value of breastfeeding, the national, public sector, hospital, and household levels, a review of the literature*. Washington: Nurture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990.

LEVINE, R.; HUFFMAN, S. L.; LABBOK, M. *Changing hospital practices to promote breastfeeding: financial considerations*. Washington: Reproductive Health, Georgetown University, Department of Ob-Gyn, 1990.

MARQUEZ, L. E. et al. *Application of the "Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding" in El Salvador and Suggestions for Future Modifications to the Guide*. Washington: Wellstart International, 1994.

MELVILLE, B. M. Can low income women in developing countries afford artificial feeding? *Journal of Tropical Pediatrics*, [S.l.], v. 37, p. 141-142, 1991.

MONTGOMERY, D.; SPLETT, P. Economic benefit of breastfeeding infants enrolled in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, [S.l.], v. 97, p. 379-385, 1997.

MORA, J. O. *Results of the field test in Guatemala of the workbook "Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding"*. Washington: Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, University Research Corporation and International Science and Technology Institute, 1991.

\*NURTURE. The economic value of breastfeeding: four perspectives for policymakers. *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-16, Sep. 1990.

PHILLIPS, M. et al. *A comparison of the costs, savings and cost-effectiveness of hospital-based breastfeeding promotion programs in Latin America*. Washington: Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, University Research Corporation and International Science and Technology Institute, 1994.

RIORDAN, J. The cost of not breastfeeding: a commentary. *Journal of Human Lactation*, [S.l.], v. 13, p. 93-97, 1997.

ROBERTSON, R. *Guidelines for estimating the costs, savings, and cost effectiveness of breastfeeding promotion through health facilities*. Washington: Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, International Science and Technology Institute, 1995.

ROHDE, J. E. Mother milk and the Indonesian economy: a major national resource. *Journal of Tropical Pediatrics*, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 166-174, 1982.

SAADEH, R. et al. (Ed.). *Breastfeeding: the technical basis and recommendations*. Geneva: World Health Organization, 1993.

\* SOETJININGSIH, Sudaryat S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, [S.l.], v. 26, p. 229-235, 1986.

SMITH, J. P. Human milk supply in Australia. *Food Policy*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 71-91, 1999.

SMITH, J. P.; ELLWOOD, M. *Where does a mothers' day go?* Preliminary estimates from the Australian Time Use Survey of New Mothers, paper presented at the International Association of Time Use Researchers annual conference. Copenhagen, 2006.

SMITH, J. P.; THOMPSON, J. F.; ELLWOOD, D. A. Hospital system costs of artificial infant feeding: Estimates for the Australian Capital Territory. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 543-551, 2002.

SMITH, J. P.; INGHAM, L. H. Mothers milk and measures of economic output. *Feminist Economics*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 43-64, 2005.

TUTTLE, C.; DEWEY, K. Potential cost savings for Medi-Cal, ADFC, food stamps and WIC programs associated with increasing breastfeeding among low-income Hmong women in California. *Journal of the American Dietetic Association*, [S.l.], v. 96, p. 885-890, 1996.

UNITED STATES BREASTFEEDING COMMITTEE. *Economic benefits of breastfeeding* (issue paper). Raleigh: United States Breastfeeding Committee, 2002.

\*VALDES, V et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical Pediatrics*, [S.l.], v. 39, n. 3, p. 142-151, 1993.

WALKER, M. Why aren't more mothers breastfeeding? The benefits are clear: so how do we convince mothers? *Childbirth Instructor*, [S.l.], p. 19-24, 1992.

\*WEIMER, J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis, food assistance and nutrition research report n. 13. Washington: Department of Agriculture, 2001.

\*WONG, R et al. *An analysis of the economic value of breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington: Wellstart International and Nuture, 1994.

WOOLRIDGE, M. *UK Baby Friendly initiative, calculating the benefits of breastfeeding*. Londres: UNICEF, 1995.

\*WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Breastfeeding counselling: a training course, trainer's guide*. Genebra, 1993. p. 420-421.

WRIGHT, A.; HOLBERG, C.; MARTINEZ, F. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *British Medical Journal*, [S.l.], v. 299, p. 945-949, 1989.

\* Referências usadas no plano da apresentação.

## Resumo da seção

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p><b>1. Custos e economias da promoção da amamentação em hospitais</b></p>	<p><i>Apresentação e discussão: 10 minutos</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exemplos breves sobre a economia gerada pelo alojamento conjunto e apoio à amamentação nos hospitais.</li> </ul>	<p>Mencionar que uma versão dos diapositivos está reproduzida no Impresso 6.1 na pasta dos participantes.</p> <p>Mostrar diapositivo/transparência 6.1, que traz o título desta parte da seção, concentrando-se nos custos e economias para os hospitais.</p> <p>Mostrar diapositivos/transparências com exemplos de economias geradas pelo apoio à amamentação em hospitais. Se possível, usar diapositivos/transparências apresentando dados do seu país ou região. Se desejado, usar alguns ou todos os diapositivos/transparências abaixo, que fornecem exemplos adicionais de diversos países.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução nas necessidades de fórmulas infantis, mameiras, glicose e oxitocina no Hospital Materno-Infantil de Tegucigalpa, Honduras (HUFFMAN et al., 1991).</li> </ul>	<p>Diapositivo/transparência 6.2</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução nas compras de fórmula e fluidos intravenosos usados no Hospital Sanglah, na Indonésia (SOETJININGSIH, 1986).</li> </ul>	<p>Diapositivo/transparência 6.3</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução no tempo de hospitalização neonatal no Hospital Sanglah, na Indonésia (SOETJININGSIH, 1986).</li> </ul>	<p>Diapositivo/transparência 6.4</p>

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução no uso de mameadeiras na unidade neonatal do Hospital Santo Tomas, na cidade do Panamá (LEVINE; HUFFMAN; LABBOK, 1990).</li> </ul>	<p>Diapositivo/transparência 6.5</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução na necessidade de pessoal no Hospital de Clínicas da Universidade Católica no Chile (VALDES et al., 1993).</li> </ul>	<p>Diapositivo/transparência 6.6</p> <p>Ressaltar, se apropriado, que não é necessário demitir pessoal, mas que eles podem ser remanejados para outras funções.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análise do custo de manutenção da unidade neonatal no hospital Dr. Jose Fabella Memorial.</li> <li>• Cálculo dos custos recorrentes da alimentação com fórmula para manutenção de um berçário de recém-nascidos sadios em comparação com a mudança para um sistema de alojamento conjunto e promoção intensificada da amamentação (GONZALES, 1990).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivos/transparências 6.7 - 6.11 e indicar consulta ao Impresso 6.2.</p> <p>Informar aos participantes que o diretor clínico do Hospital Fabella fez essa estimativa da economia resultante da mudança para um sistema de alojamento conjunto no hospital por meio do cálculo dos custos extras, em valores atuais, que seriam necessários para a manutenção de um sistema completo de cuidados em berçário e alimentação por fórmula, em comparação com os custos do alojamento conjunto. Analisar o resumo dos custos de manutenção do berçário apresentado nos diapositivos/transparências e sugerir que os participantes consultem mais tarde o Impresso 6.2, caso estejam interessados em detalhes adicionais sobre como os cálculos foram feitos. Mencionar que os custos de conversão para alojamento conjunto (como capacitação de pessoal e alterações físicas) também precisam ser calculados.</p> <p>Abrir espaço para perguntas ou comentários dos participantes.</p>

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p><b>2. Formas criativas de minimizar custos ou usar recursos existentes durante a implementação dos Dez Passos.</b></p>	<p><b><i>Apresentação e discussão:</i></b> <b><i>10 minutos</i></b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação de exemplos de vários países sobre formas de minimizar custos ou usar recursos existentes. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remanejar o pessoal do berçário de recém-nascidos saudáveis e/ou responsável pela preparação das fórmulas infantis para atividades de cuidado à mãe e bebê e para serviços de aconselhamento nas enfermarias de alojamento conjunto.</li> <li>• Organizar um grupo de voluntários para realizar aconselhamento em amamentação nas enfermarias ou solicitar a uma organização local de apoio às mães e bebês para fornecer esse serviço (treinar e estabelecer diretrizes por escrito para os voluntários, de modo a garantir qualidade).</li> <li>• Acomodar os bebês nos leitos de suas mães, caso seja culturalmente aceitável, em vez de fornecer berços.</li> <li>• Se estiver de acordo com a política nacional, usar geladeiras comuns para armazenar o leite materno e recipientes de baixo custo para alimentação com xícara.</li> <li>• Aconselhar as mães que permaneçam no hospital para a amamentação de seus bebês doentes ou pré-termos e, se possível, ajudá-las nos cuidados ao bebê.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar diapositivos/transparências 6.12 e 6.13 e descrever exemplos de formas criativas de minimizar custos ou usar recursos existentes durante a implementação dos Dez Passos. Ressaltar que as medidas apropriadas ou viáveis serão diferentes para cada país e que esses exemplos servem apenas para inspirar idéias sobre como os hospitais podem cortar custos durante a implementação dos Dez Passos.</p>

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exemplos ou sugestões dos participantes sobre outras formas criativas de cortar custos ou usar os recursos existentes de forma mais eficiente e econômica.</li> </ul>	<p>Depois da apresentação dos exemplos, solicitar que os participantes dêem sugestões de formas criativas para cortar custos ou usar recursos disponíveis. (Caso eles não ofereçam muitos exemplos, peça idéias aos facilitadores e/ou apresente algumas outras sugestões.) Listar as sugestões em um quadro ou <i>flipchart</i>.</p>
<p><b>3. Estimar custos e economias nas instituições dos participantes:</b></p>	<p><b><i>Breve apresentação, trabalho em grupo e discussão: 30 minutos</i></b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisar a Tabela que lista os custos e economias potenciais nos hospitais associados com o apoio à amamentação de acordo com os Dez Passos.</li> </ul>	<p>Indicar o Impresso 6.3 aos participantes.</p> <p>Descrever como a Tabela pode ser usada para ajudar a identificar os itens a serem levados em conta para o cálculo dos custos e economias.</p> <p>Solicitar que os participantes se reúnam em duplas ou trios para examinarem a Tabela durante cerca de dez minutos e destacarem os itens, nas diversas categorias, que apresentam maior probabilidade de reduzir custos ou gerar economias substanciais em hospitais como aqueles em que trabalham, desde que sejam feitas alterações para melhor apoiar a amamentação e para obter o credenciamento da IHAC.</p> <p>Solicitar que cada grupo relate brevemente os custos e as economias identificados. Listar os itens em duas colunas, em um <i>flipchart</i>.</p>

Conteúdo	Notas para o facilitador
	<p>Enfatizar que pode ser muito útil estimar os custos e economias nas unidades de saúde de cada participante. Se as economias superarem os custos, esse será mais um incentivo para obter o credenciamento da IHAC. Se algumas unidades de saúde precisarem abrir mão do fornecimento gratuito ou a baixo custo de algum tipo de substituto do leite materno, lembrar que isso é uma exigência do Código Internacional e é melhor para as mães e para os bebês.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão de estratégias que os participantes podem usar para calcular custos e economias reais associados com o apoio à amamentação em seus hospitais.</li> </ul>	<p>Solicitar idéias dos participantes sobre como calcular os custos e a economia em suas instituições. A seguir, algumas sugestões de questões a abordar.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os participantes podem avaliar se seria útil e viável calcular os custos e economias relacionados à implementação dos Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno em seus hospitais e, em caso positivo, como isso poderia ser feito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perguntar se em seus hospitais os dados sobre custos e economias pesam no processo de decisão quanto a implementar as diretrizes da IHAC e apoio à amamentação. Em caso positivo, quem usaria esses dados.</li> <li>• Perguntar se eles optariam por fazer estimativas simples dos principais custos e economias ou se planejariam estudos mais detalhados e completos</li> <li>• Perguntar se o estudo seria retrospectivo (como o do Hospital Fabella, que estimou os custos caso uma enfermaria fosse reativada) ou prospectivo (aferição dos custos e economias à medida que a IHAC é implementada).</li> <li>• Dependendo do tipo e complexidade do estudo, se seria necessário o envolvimento de um economista.</li> </ul>

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p><b>4. Estimativa de custos e economias para a família (opcional)</b></p>	<p><i>Apresentação, trabalho em grupo e discussão: 15-30 minutos</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir se as próximas duas seções serão incluídas na apresentação, dependendo do tempo disponível e da relevância ou não de abordar questões sobre custos e economias para a família, o sistema de saúde e a esfera nacional, levando em conta os participantes do curso. Se desejado, é possível montar uma versão abreviada desta seção com alguns diapositivos/transparências selecionados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É importante analisar rapidamente os custos e as economias para a família gerados pelo apoio à amamentação no hospital, uma vez que os efeitos da IHAC continuam após a alta hospitalar e seria útil levar em conta o impacto do apoio à amamentação em uma perspectiva mais ampla.</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivo/transparência 6.14, que traz o título da parte da seção sobre custos e economias para a família.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exemplos de redução de custos para a família resultantes da amamentação.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A amamentação pode reduzir muito os gastos da família, especialmente em situações em que o custo da fórmula infantil consome uma boa parcela da renda média de um trabalhador (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).</li> </ul>	<p>Solicitar aos participantes que calculem o custo de seis meses de uso de fórmulas e comparem-no com a renda média (ou mínima) no mesmo período.</p>



Conteúdo	Notas para o facilitador
	<p>Antes do início da seção, é preciso decidir pelo uso dos diapositivos 6.15 ou 6.16 e pelo dos Impressos 6.4a ou 6.4b, dependendo da existência de uma única renda média (ou mínima) no país ou de diferentes rendas nas áreas urbanas e rurais. Como mencionado na seção “Preparação para a Seção”, antes de a seção começar, será necessário ajustar a quantidade de latas de fórmula infantil no Impresso utilizado em função do peso com que elas são comumente comercializadas (por exemplo, se são latas de 500g ou de 450g) e ajustar o número de latas necessárias para o uso de 20kg de fórmula nos primeiros seis meses de vida (ou seja, 40 latas de 500g ou cerca de 44 latas de 450g). Depois disso, será necessário preencher as informações sobre marcas de fórmula e seus custos, além dos valores de renda média (ou mínima).</p> <p>O exercício pode ser realizado em grupo por todos os participantes, que farão os cálculos para uma única marca de fórmula, enquanto o facilitador preenche as respostas na transparência.</p> <p>Outra opção é dividir a turma em vários grupos menores, que trabalharão cada um com uma marca de fórmula diferente e informarão os resultados encontrados.</p>

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
	<p>Discutir os resultados rapidamente, enfatizando a carga financeira desnecessária que a alimentação por fórmula gera para a família, uma vez que a alimentação de um bebê com fórmula consome uma grande parte da renda média (ou mínima), algo que muitas famílias não são capazes de suportar. Mencionar que há outros custos relacionados à alimentação por fórmula além dos custos da fórmula em si, tais como gastos de combustível e água, tempo para lavar ou esterilizar mamadeiras e bicos, etc. Ressaltar que a propaganda de fórmulas para o público não é permitida pelo Código Internacional e que cabe aos serviços de saúde não promover nem endossar o uso de substitutos ao leite materno.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aqui estão exemplos de alguns países de custos para um mês de substitutos do leite materno para um bebê de três meses de idade, incluindo a renda mínima e a porcentagem dessa renda comprometida com a compra de fórmula (GUPTA; KHANNA, 1999).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os custos de suplementação da dieta de mães que amamentam são muito menores do que os da compra de substitutos do leite materno. (Exemplos da Costa do Marfim e França). (NURTURE, 1990; BITOUN, 1994).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivos/transparências 6.18.e/ou 6.19. Enfatizar que a porcentagem da renda média ou mínima necessária para suplementar a dieta da mãe que amamenta é muito menor do que a necessária para a compra de substitutos do leite materno.</p>

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>(Alternativa aos diapositivos/transparências 6.18 e/ou 6.19) O custo da amamentação, para a família, é substancialmente menor do que o custo da alimentação artificial, como mostra esse exemplo de Cingapura (FOK; MONG; CHUA, 1998.).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivos/transparências 6.20.e 6.21.</p> <p>Discutir o fato de que os custos para a família relativos à amamentação incluem tanto o custo de alimentos adicionais para a mãe como o valor do tempo da mãe para amamentar seu filho.</p> <p>Para os custos da alimentação artificial estão incluídos os custos dos bens necessários para a alimentação artificial e o valor do tempo de cada pessoa que participa da alimentação.</p>
	<p>Muitos estudos mostram que os custos da fórmula infantil e outros produtos são maiores do que os custos da alimentação de uma mãe que amamenta e que é necessário mais tempo para a alimentação artificial do que para a amamentação, por causa da limpeza e preparação necessárias. Portanto, em Cingapura e em outras regiões do mundo, o aleitamento materno é mais econômico do que a alimentação com substitutos do leite materno.</p>
<p>5. <b>Estimativa dos custos e economias no sistema de saúde e em âmbito nacional (opcional)</b></p>	<p><b>Apresentações e discussão: 15 minutos</b></p> <p>Mostrar diapositivo/transparência 6.22, que traz o título da parte da seção que enfoca os custos e a economias gerados para o sistema de saúde e <b>em âmbito nacional</b>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>A amamentação ajuda a minimizar os custos no sistema de saúde e nos empreendimentos comerciais.</li> </ul>	

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os gastos com saúde no primeiro ano de vida são muito menores para bebês amamentados (exemplo de uma empresa de plano de saúde) (BALL; WRIGHT, 1999).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivos/transparências 6.23.e 6.24.</p> <p>Esse estudo comparou a frequência da utilização de serviços de saúde para três doenças (doenças respiratórias do trato inferior, otite média e doença gastrointestinal) em relação à duração da amamentação exclusiva, em estudos realizados nas cidades de Tucson (Arizona, EUA) e Dundee (Escócia). As crianças foram classificadas como nunca amamentadas, parcialmente amamentadas ou exclusivamente amamentadas por pelo menos três meses. As estimativas de custo se fundamentaram em despesas médicas diretas com consultas, hospitalização e medicamentos de uma grande empresa de planos de saúde em Tucson, estado do Arizona, EUA. A atenção adicional à saúde necessária para bebês nunca amamentados custou ao sistema algo entre 331 e 475 dólares por criança durante o primeiro ano. Esses cálculos são conservadores, uma vez que incluem os custos de apenas três doenças.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>O apoio ao aleitamento materno ajuda a economizar o dinheiro dos empregadores, pois reduz as taxas de adoecimento das crianças e o absenteísmo materno (exemplo de duas empresas nos EUA) (COHEN; MRTEK, M.; MRTEK, R., 1995).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivo/transparência 6.25.</p> <p>Essa comparação de crianças alimentadas com fórmula e crianças amamentadas foi realizada em duas empresas da Califórnia que possuem programas de promoção do aleitamento materno (uma prestadora de serviços públicos e uma empresa aeronáutica). Os resultados indicam que houve mais doenças em crianças alimentadas com fórmula (90% versus 58%).</p>

Conteúdo	Notas para o facilitador
	<p>Mostrar diapositivo/transparência 6.26.</p> <p>Além disso, as crianças amamentadas apresentaram menos episódios de doenças que tenham levado a faltas da mãe no trabalho. Os resultados indicam, por exemplo, que, no grupo amamentado, apenas 11% dos episódios de doença nos bebês resultou em ausência da mãe no trabalho por um dia, enquanto, no grupo alimentado com fórmula, 26% das doenças resultaram em ausências de um dia (<math>p &lt; 0,5</math>). As porcentagens de doença infantil que causaram ausências de 2 a 4 dias e mais do que 4 dias foram ligeiramente mais elevadas no grupo alimentado por fórmula. Analisando todos os episódios de doença que causaram um ou mais dias de ausência, os resultados mostram que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 43% dos episódios de doença em crianças alimentadas com fórmula fizeram com que as mães se ausentassem um ou mais dias do trabalho;</li> <li>▪ apenas 25% dos episódios de doença de crianças amamentadas causaram um ou mais dias de ausência materna;</li> <li>▪ a redução do número de faltas das mães com filhos amamentados pode acarretar uma economia substancial para os empregadores (COHEN; MRTEK, M.; MRTEK, R., 1995, p. 152-153).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em termos de país, o leite materno pode ser considerado um importante “recurso nacional”</li> </ul>	

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O valor do leite materno para a economia nacional foi calculado para muitos países. O caso da Índia pode ser examinado como um exemplo interessante (GUP-TA; KHANNA, 1999).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivo/transparência 6.27.</p> <p>Analisar o valor da “produção nacional de leite materno” na Índia. Enfatizar o fato de que a diminuição da amamentação traz gastos altos e desnecessários com substitutos do leite materno.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O apoio à amamentação pode gerar economia substancial no nível nacional, não apenas pela menor necessidade de compra de substitutos do leite materno, como pela redução dos custos de tratamento médico e de faltas no trabalho.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um estudo recente dos EUA estimou que se a amamentação exclusiva aumentasse dos níveis atuais (64% após alta do hospital, 29% após 6 meses) para os recomendados pelo departamento de saúde dos EUA (75% e 50% respectivamente), a economia relacionada a três doenças infantis seria de, no mínimo, 3,6 bilhões de dólares (WEIMER, 2001).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivo/transparência 6.28.</p> <p>Explicar como os cálculos de custo com aleitamento materno nos níveis atuais, em comparação com as taxas recomendadas, envolvem otite média, gastroenterite e enterocolite necrotizante (ECN). Os custos calculados incluem tratamento cirúrgico, consultas médicas, perda de renda e, no caso da ECN, morte prematura. Essas estimativas são conservadoras, uma vez que só incluem cálculos para três doenças, e nem todas as despesas para cada uma das doenças foram incluídas.</p>

Conteúdo	Notas para o facilitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A economia resultante da redução no número de episódios de doenças pode aumentar rapidamente com elevações pequenas (viáveis) dos índices de amamentação exclusiva (exemplos da Inglaterra e do País de Gales). (<i>Dept. of Health</i>).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivo/transparência 6.29.</p> <p>Ressaltar que mesmo discretos aumentos nos níveis de amamentação podem gerar economia substancial. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service), por exemplo, relata que um aumento de apenas 1% na taxa de amamentação após 13 semanas resultaria em economia de 500 mil libras no tratamento de gastroenterites.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O aumento nos investimentos em apoio à amamentação levaria a uma economia substancial nos gastos com saúde, compensando em muito o custo desse apoio (exemplo de El Salvador). (WONG et al., 1994)</li> </ul>	<p>Mostrar diapositivos/transparências 6.30 a 6.32.</p> <p>Descrever o exemplo de El Salvador, onde foi realizado um estudo sobre os benefícios dos níveis atuais de amamentação para o setor público com, os custos atuais das atividades de apoio à amamentação e a economia adicional que poderia ser atingida com a intensificação dos programas de apoio à amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Benefícios anuais dos níveis atuais de amamentação superam 2.800.000 dólares (diapositivo/transparência 6.30).</li> <li>▪ O custo com atividades atuais de apoio à amamentação é de 32 mil dólares. Se fossem gastos 90 mil dólares adicionais para a intensificação de atividades de promoção, estima-se que a amamentação exclusiva entre crianças com menos de seis meses aumentaria de 15% para 30% (diapositivo/transparência 6.31).</li> </ul>

continua

Conteúdo	Notas para o facilitador
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O benefício líquido do nível atual de promoção à amamentação supera 2.775 milhões de dólares. As atividades adicionais trariam economia de 624 mil dólares (diapositivo/transparência 6.32).</li> </ul> <p>Mencionar que o estudo em El Salvador (e em vários outros países) foi realizado usando o <i>Workbook for Policymakers: Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding</i> (Manual para formuladores de políticas: um guia para avaliar o valor econômico da amamentação). Esse manual, disponível por meio do projeto LINKAGES (1825 Connecticut Ave. NW, Washington D.C. 20009), pode ser usado para calcular os custos e as economias da amamentação em nível nacional.</p>
<p><b>6. Custos e economias relacionados à promoção da amamentação (discussão).</b></p>	<p><b>Discussão: 10 minutos</b></p> <p>Solicitar aos participantes que indiquem questões relativas aos custos e economias do apoio à amamentação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão de questões relacionadas aos custos e à economia do apoio à amamentação nas instituições dos participantes e em seus países.</li> </ul>	<p>Entre as possíveis questões que podem ser abordadas estão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a importância da questão de custos e economias (tanto nos hospitais como no sistema de saúde em geral); e</li> <li>▪ como o governo e os gestores dos hospitais podem ser sensibilizados em relação à economia que pode ser obtida por meio da intensificação do apoio à amamentação.</li> </ul>



## Resumos dos estudos apresentados na Seção 6

### *Diapositivo/transparência*

#### *Estudo:*

- 6.6 VALDES, V et al. The impact of a hospital and clinic-based breast-feeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical Pediatrics*, [S.l.], v. 39, n. 3, p. 142-151, 1993.
- 6.20-6.21 FOK, D.; MONG, T. G.; CHUA, D. The economics of breastfeed-  
ing in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of  
the Nursing Mothers' Association of Australia*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 5-9,  
Aug. 1998.
- 6.23-6.24 BALL, T. M.; WRIGHT, A. F. Health care costs of formula-feeding  
in the first year of life. *Pediatrics*, [S.l.], v. 103, n. 4 Pt 2, p. 870-876,  
Apr. 1999.
- 6.25-6.26 COHEN, R.; MRTEK, M. D.; MRTEK, R. G. Comparison of mater-  
nal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formu-  
la-feeding women in two corporations. *American Journal of Health  
Promotion*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 148-153, nov./dec.1995.

### **Impacto de um programa de apoio à amamentação em um hospital de clínicas em área urbana de classe média**

#### **Referente ao diapositivo 6.6**

**Referência:** VALDES, V et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeed-  
ing promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical  
Pediatrics*, [S.l.], v. 39, n. 3, p. 142-151, 1993.

**Introdução.** As intervenções hospitalares de apoio à amamentação foram muito  
bem-sucedidas em áreas onde a população local vive em um ambiente favorável ao alei-  
tamento materno. Todavia, os programas desenvolvidos para melhorar os índices de  
amamentação nas populações urbanas têm histórias tanto bem quanto mal sucedidas.

**Métodos.** Estudo de intervenção prospectivo, com um grupo controle, no qual um  
programa de promoção do aleitamento materno sob responsabilidade do sistema de  
saúde foi iniciado com o objetivo de oferecer apoio à amamentação ideal para a saúde  
da criança e para o espaçamento entre gestações. Após a coleta de dados de controle,  
instituiu-se um programa de intervenção em quatro etapas (Programa de Promoção  
do Aleitamento Materno).

**Resultados.** Este estudo relata o processo de desenvolvimento de um programa  
de intervenção, além da comparação entre os grupos controle e de intervenção. Os  
principais achados incluem aumentos significativos na duração da amamentação to-

tal após seis meses, de 31,6% no grupo controle contra 66,8% no grupo intervenção. A duração da amenorréia lactacional também aumentou: 22% das mães do grupo controle e 56% das do grupo intervenção apresentaram amenorréia após 180 dias.

**Conclusões.** Mostrou-se o custo-efetividade decorrente das mudanças feitas no hospital.

### **Economia gerada pela amamentação em Cingapura**

#### **Referente ao diapositivo 6.20 e 6.21**

**Referência:** FOK, D.; MONG, T. G.; CHUA, D. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 5-9, Aug. 1998.

**Introdução.** Um estudo com 340 mães foi conduzido no Kandang Kerbau Hospital, em setembro de 1992, para verificar se seria mais econômico para as famílias amamentar ou alimentar com mamadeira um lactente durante os três primeiros meses de vida.

**Métodos.** Dois modelos econômicos, um de baixo e outro de alto custo, foram adotados por meio da incorporação de uma expressão matemática do trabalho de Almroth, de 1979.

**Resultados.** A economia na renda bruta de uma mãe para o período variou de 3% a 9% para o modelo de baixo custo, e de 8% a 21% para o modelo de alto custo.

**Conclusões.** Do ponto de vista das famílias, dois componentes contribuíram para a economia gerada pela amamentação, em comparação à alimentação artificial: o custo dos bens consumidos e o tempo gasto com a alimentação do bebê. Foi observado que o tempo gasto para alimentar artificialmente é maior do que o tempo gasto para amamentar. Os resultados deste estudo fornecem uma base mais concreta para formuladores de políticas e defensores da amamentação apoiarem o aleitamento materno em Cingapura. O valor economizado com a amamentação poderia ser levado em conta para o sistema público de saúde.

### **Custos de saúde gerados pela alimentação com fórmulas infantis no primeiro ano de vida**

#### **Referente aos diapositivos/transparências 6.23 e 6.24**

**Referência:** BALL, T. M.; WRIGHT, A. F. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, [S.l.], v. 103, n. 4 Pt 2, p. 870-846, Apr. 1999.

**Objetivo:** Determinar o custo adicional com serviços de saúde para três doenças, em lactentes alimentados por fórmula no primeiro ano de vida, após ajuste para possíveis fatores de confusão.

**Métodos:** Foi avaliada a frequência da utilização de serviços de saúde para três doenças (doenças respiratórias do trato inferior, otite média e doença gastrointestinal) no primeiro ano de vida, em relação à duração da amamentação exclusiva, no estudo de doenças respiratórias infantis em Tucson, EUA (n = 944) e no estudo na comunidade de Dundee, Escócia (n = 644). Em ambos os estudos os lactentes eram saudáveis ao nascimento e re-

presentavam amostras não selecionadas de base populacional. As crianças foram classificadas como nunca amamentadas, parcialmente amamentadas ou exclusivamente amamentadas, segundo seus padrões de alimentação durante os três primeiros meses de vida. A frequência de consultas e hospitalizações para as três doenças foi ajustada para educação e tabagismo materno, usando-se análise de variância. As estimativas de custos, na perspectiva do provedor/pagador, basearam-se nos custos médicos diretos em um grande sistema de saúde durante 1995.

**Resultados:** No primeiro ano de vida, após ajuste para os fatores de confusão, houve 2.033 consultas adicionais, 212 dias adicionais de hospitalização e 609 receitas adicionais para essas três doenças para cada 1.000 lactentes nunca amamentados, em comparação com 1.000 lactentes exclusivamente amamentados por pelo menos três meses. Esses serviços adicionais de saúde custaram ao sistema de saúde entre 331 e 475 dólares por lactente nunca amamentado durante o primeiro ano de vida.

**Conclusões:** Além de adoecerem mais, os lactentes alimentados com fórmulas custam mais caro ao sistema de saúde. Os planos de saúde provavelmente farão economia substancial ao apoiarem e promoverem a amamentação exclusiva, além de oferecerem melhor atendimento.

### **Comparação entre absenteísmo materno e índices de doenças de lactentes entre funcionárias que amamentam e funcionárias que alimentam os filhos com fórmulas infantis, em duas empresas**

#### **Referente ao diapositivo 6.25 e 6.26**

**Referência:** COHEN, R.; MRTEK, M. D.; MRTEK, R. G. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *American Journal of Health Promotion*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 148-153, nov./dec.1995.

**Objetivo:** Realizar uma comparação entre mães empregadas que amamentam e mães que alimentam seus filhos com fórmula. Estudou-se o absenteísmo diretamente relacionado com os cuidados à criança.

**Desenho do estudo:** Esse estudo quase-experimental acompanhou mães que amamentavam e mães que alimentavam com fórmula até o desmame dos filhos ou até quando esses completassem um ano de idade.

**Contexto:** Estudo realizado em duas empresas com programas estabelecidos de aleitamento materno. Uma apresentava aproximadamente 100 partos anuais entre 2.400 funcionárias e, outra, aproximadamente 30 partos entre 1.200 funcionárias.

**Sujeitos do estudo:** Uma amostra com 101 participantes, 59 mães que amamentavam e 42 que usavam fórmulas comerciais, foi composta por funcionárias que retornaram da licença-maternidade após parto sem complicações médicas.

**Intervenção:** Os programas forneceram aconselhamento por um profissional capacitado em aleitamento materno para todas as participantes, além de instalações para a coleta e armazenamento do leite materno.

**Coleta de dados:** Diários confidenciais das participantes forneceram dados descritivos sobre as doenças dos lactentes e o absenteísmo resultante, que eram verificados

pelo consultor em lactação junto a profissionais de saúde e registros de ausência de funcionários nas empresas.

**Análise:** A contagem de doenças e faltas foi relatada na forma de porcentagens. Testes qui-quadrado com um grau de liberdade foram utilizados para comparar as taxas nos diferentes grupos.

**Resultados:** Aproximadamente 28% dos lactentes do estudo não apresentaram doenças; 86% deles eram amamentados e 14% alimentados com fórmula. Quando ocorreram doenças, 25% de todas as ausências maternas de um dia foram entre as mães de bebês amamentados, contra 75% do grupo alimentado com fórmulas.

**Conclusão.** Nesse estudo foram observadas doenças em menor número e gravidade, além de menos faltas das mães, no grupo daquelas que amamentavam. Este não foi um estudo experimental. Os participantes foram auto-selecionados e utilizou-se um grupo de comparação ao invés de um grupo controle de fato. A corroboração desses resultados com estudos experimentais maiores é necessária para que seja possível generalizá-los para além desses grupos.

## Impresso 6.1

### Apresentação da seção 6

#### Promoção do aleitamento materno:

##### Custos e economia para unidades de saúde

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.1

O Hospital Materno-Infantil de Tegucigalpa, Honduras, com aproximadamente 12 mil partos ao ano, instituiu um programa intensivo de promoção do aleitamento materno e alojamento conjunto que trouxe economias importantes de:

- Fórmulas infantis: 8.500 dólares
- Mamadeiras: 7.500 dólares
- Solução de glicose: 1.500 dólares
- Oxitocina: 1.000 dólares

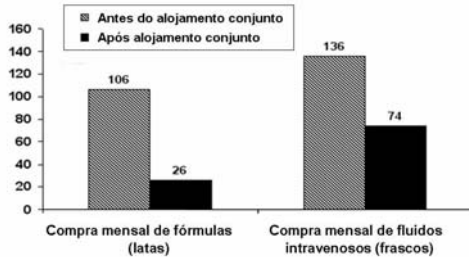
A mudança trouxe uma economia anual ao hospital de 16.500 dólares

Adaptado de: Huffman SL et al. Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost. Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.2

Economia gerada pela intensificação do programa de alojamento conjunto no Hospital Sanglah, na Indonésia (3000 a 3500 partos ao ano)

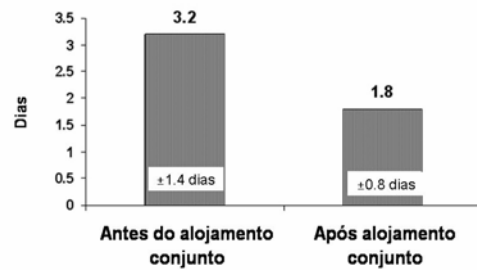


Adaptado de: Soetjningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. Paediatrica Indonesiana, 1986, 26:229-35.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.3

Duração média de hospitalização neonatal no Hospital Sanglah, na Indonésia

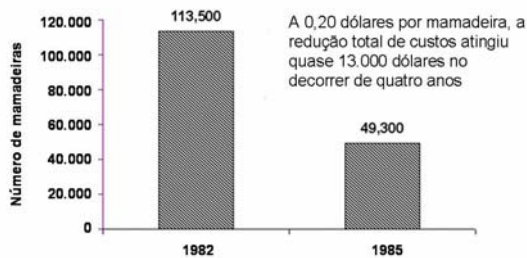


Adaptado de: Soetjningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. Paediatrica Indonesiana, 1986, 26:229-35.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.4

Economia devido a atividades de promoção do aleitamento materno no Hospital Santo Tomas, na cidade do Panamá 26

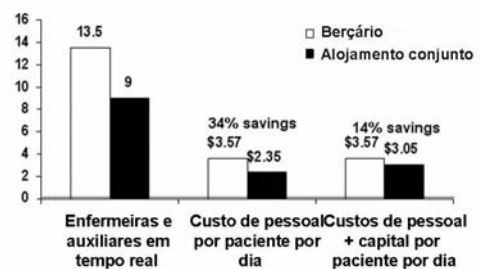


Adaptado de: Levine R, Huffman SL. The Economic Value of Breastfeeding, The National, Public Sector, Hospital, and Household Levels. A Review of the Literature. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990..

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.5

Economia alcançada com o alojamento conjunto em comparação ao berçário no Hospital de Clínicas da Universidade Católica do Chile



Adaptado de: Valdes et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. Journal of Tropical Pediatrics. 1993, 39:142-151.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.6

## Análise de custo de manutenção de um berçário no Hospital Dr. Jose Fabella Memorial, Filipinas

### Estatística hospitalar:

**Média diária de nascimentos:** 100 bebês  
**Censo diário de recém-nascidos:** 320 bebês

Adaptado de: Gonzales R. Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila. (Transparências apresentadas em reunião em Manila, Filipinas), 1990.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.7

## Resumo dos custos de manutenção de um berçário

• Conjuntos de mamadeira/ano (124.800 x 20 pesos)	= 2.496.000 pesos
• Latas de fórmula infantil/ano (17.521 x 36 pesos)	= 630.720 pesos
• Salário da equipe de enfermagem/ano (90 x 3.000 pesos x 12)	= 3.240.000 pesos
• Salário do pessoal formulado lactário/ano (6 x 2.000 pesos)	= 144.000 pesos

---

**TOTAL** = 6.510.720 pesos  
(310.034 dólares)

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.8

### Não incluídos:

- Custo de eletricidade
- Custo de água
- Custo de detergentes
- Custo de fraldas
- Custo de berços
- Custo de utensílios de limpeza

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.9

### Que parcela do orçamento do hospital isso representou?

$$\text{Custo} = \frac{6.510.720 \text{ pesos}}{73.000.000 \text{ pesos}} = 8\%$$

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.10

### A economia de 8% no orçamento do hospital agora é convertida em:

- Disponibilidade de medicamentos e remédios o tempo todo
- Melhor alimentação e nutrição para os pacientes
- Disponibilidade de sangue em emergências
- Roupas de cama e aventais para os pacientes
- Mais enfermeiros para atender aos pacientes

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.11

### Formas criativas de minimizar custos ou usar os recursos existentes

#### Parte 1

- Remanejar o pessoal do berçário de recém-nascidos normais e o responsável pela preparação das fórmulas infantis para atividades de cuidado com a mãe e o bebê e para serviços de orientação nas enfermarias de alojamento conjunto.
- Organizar um grupo de voluntários para o aconselhamento sobre amamentação no alojamento conjunto ou solicitar a uma organização local de apoio às mães e bebês para fornecer esse serviço. (Capacitar e estabelecer diretrizes por escrito para os voluntários, de modo a garantir a qualidade)

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.12

## Formas criativas de minimizar custos ou usar os recursos existentes

### Parte 2

- Acomodar os bebês nos leitos com suas mães, caso seja culturalmente aceitável, em vez de fornecer berços .
- Usar geladeiras comuns para armazenar o leite materno e recipientes de baixo custo para alimentação com xícara.
- Aconselhar as mães que permanecerem no hospital a amamentar seus bebês doentes ou pré-termos e, se possível, ajudá-las nos cuidados ao bebê.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.13

## Promoção do aleitamento materno:

### Custos e economias para a família

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.14

### Exercício: Qual é a porcentagem da renda necessária para alimentar um lactente com fórmula infantil durante seis meses?

#### Cálculos

Marca da fórmula infantil: .....

Custo de uma lata de 500g de fórmula: .....

Custo de 40 x 500g de fórmula

(quantidade necessária para seis meses): .....

Renda média (ou salário mínimo)

1 mês: .....

6 meses: .....

Custo de 40 latas de 500g de fórmula ..... x 100 = ..... %

Renda média (ou salário mínimo) por 6 meses .....

**Resposta:** Alimentar um bebê com fórmula ..... custa: ..... % da renda média (ou do salário mínimo)

Adaptado de: WHO/UNICEF. Breastfeeding Counselling: A Training Course. Trainer's Guide, pp. 420-421. Geneva, World Health Organization, 1993.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.15

### Exercício: Porcentagem das rendas urbana e rural necessária para alimentar um lactente com fórmula infantil durante seis meses

#### Cálculos:

Marca da fórmula: .....

Custo de uma lata de 500 g de fórmula: .....

Custo de 40 x 500g de fórmula

(quantidade necessária para seis meses): .....

Renda média (ou mínima) Rural Urbana

1 mês: .....

6 meses: .....

Custo de 40 latas de 500g de fórmula ..... x 100 = ..... %

Renda rural por 6 meses .....

Custo de 40 latas de 500g de fórmula ..... x 100 = ..... %

Renda urbana por 6 meses .....

**Respostas:** Alimentar um bebê com a fórmula ..... custa ..... % da renda rural  
Alimentar um bebê com a fórmula ..... custa ..... % da renda urbana

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.16

### Custos de substitutos do leite materno e comparação com salários mínimos

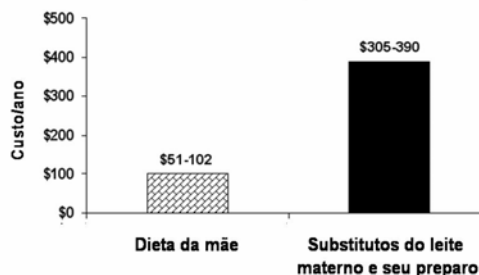
País	Custo por kg (em dólares)	Custo por mês (em dólares)	Salário mínimo mensal (em dólares) :	% do salário por mês
Nova Zelândia	8,78	36,00	764	5
Alemanha	16,40	67,24	1149	6
Malásia	7,42	30,42	143	21
Polónia	24,51	100,49	394	26
Eslováquia	8,33	34,15	79	43
Indonésia	6,73	27,60	55	50

Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. The National Medical Journal of India, 1999, May-June 12(3):123-7.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.17

### Custo da alimentação de uma mãe que amamenta comparado ao custo de alimentar uma criança com substitutos do leite materno, Costa do Marfim

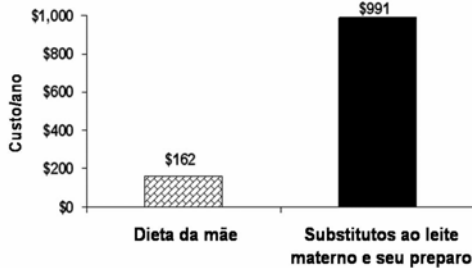


Adaptado de: Nuture. The Economic Value of Breastfeeding: Four Perspectives for Policymakers. Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series, 1990, 1(1):1-16, September.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.18

### Custo da alimentação de uma mãe que amamenta comparado ao custo de alimentar uma criança com substitutos do leite materno, França



Adaptado de: Bitoun P. The Economic Value of Breastfeeding in France. Les Dossiers de l'Obstetrique, 1994, 216:10-13

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.19

### Economia doméstica com o aleitamento materno em Cingapura

Custo da amamentação =

- Custo de alimentação adicional da mãe que amamenta mais
- Valor do tempo da mãe gasto com a amamentação

Custo da alimentação artificial =

- Custo dos bens necessários para alimentar artificialmente (leite, mamadeiras, combustível, utensílios) mais
- Valor do tempo de cada pessoa gasto com o preparo e administração da alimentação

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia, 1998, 6(2):5-9.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.20

### Economia doméstica nos primeiros 3 meses de vida com a amamentação, para 15.410 bebês nascidos no Hospital Kendang Kerbau, em Cingapura:

- Modelo de baixo custo\*: 4.078.102 dólares (264 dólares por lactente)
- Modelo alto custo\*: 7.453.817 dólares (483 dólares por lactente)

\* O modelo de baixo custo usou valores baixos ou médios de fórmula infantil, produtos alimentícios, esterilização e renda. O modelo de alto custo usou valores mais elevados para os mesmos itens.

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia, 1998, 6(2):5-9.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.21

### Promoção do aleitamento materno:

#### Custos e economias no sistema de saúde e em nível nacional

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.22

### Custos comparativos entre o tratamento de bebês amamentados ou alimentados com fórmula infantil no primeiro ano de vida em uma organização de saúde

Ao comparar estatísticas de saúde para 1.000 lactentes nunca amamentados com 1.000 lactentes exclusivamente amamentados por pelo menos três meses, os lactentes nunca amamentados apresentaram:

- 60 episódios a mais de doenças das vias respiratórias inferiores
- 580 episódios a mais de otite média e
- 1053 episódios a mais de doenças gastrointestinais

Adaptado de: Ball & Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.23

### Além disso, os 1.000 lactentes nunca amamentados tiveram:

- 2.033 consultas médicas a mais
- 212 internações hospitalares a mais
- 609 prescrições médicas a mais

Esses serviços adicionais de saúde custaram ao sistema de saúde entre 331 e 475 dólares por lactente nunca amamentado durante o primeiro ano de vida.

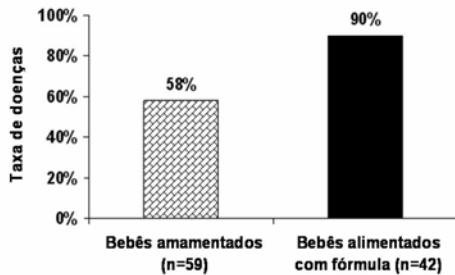
Adaptado de: Ball & Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde

Transparência 6.24

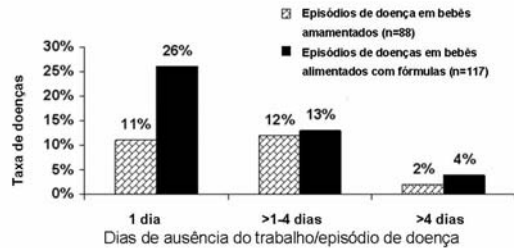


### Taxas de doenças em lactentes amamentados ou alimentados com fórmula, filhos de mães funcionárias de duas empresas nos EUA



Adaptado de: Cohen R, Mrtek MD, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. American Journal of Health Promotion, 1995, 10(2):148-153.  
OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde  
Transparência 6.25

### Distribuição dos episódios de doenças e absenteísmo materno de acordo com prática de alimentação



Adaptado de: Cohen R, Mrtek MD, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. American Journal of Health Promotion, 1995, 10(2):148-153.  
OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde  
Transparência 6.26

### O valor do leite materno para a economia nacional da Índia

- A produção nacional de leite materno de todas as mães na Índia para as crianças que amamentavam no momento da estimativa era de cerca de 3.944 milhões de litros no decorrer de dois anos.
- Se o leite materno produzido fosse substituído por leite enlatado, custaria 118 bilhões de rúpias.
- Se importados, os substitutos do leite materno custariam 4,7 milhões de dólares.
- Se as práticas de amamentação fossem ideais, a produção de leite materno seria o dobro da atual, duplicando a economia pela utilização completa desse "recurso nacional".

Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. The National Medical Journal of India, 1999, May-June 12(3):123-7.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde  
Transparência 6.27

### Economia com três doenças infantis se as taxas de aleitamento materno aumentassem até os níveis recomendados pelo departamento de saúde dos EUA\*

Doença	Custos incluídos	Economia em dólares
Otite média	Tratamento cirúrgico e não cirúrgico e perda de tempo e dinheiro.	365.077.440
Gastroenterite	Consultas médicas, perda de dinheiro, cuidados com a criança e hospitalização	9.941.253
Enterocolite necrotizante (NEC)	Tratamento cirúrgico, perda de dinheiro e valor da morte prematura	3.279.146.528
<b>TOTAL:</b>		Mais de 3,6 bilhões de dólares

\* Os níveis correntes de amamentação exclusiva eram de 64% após a alta hospitalar e 29% após seis meses. Os níveis recomendados são 75% após a alta hospitalar e 50% após seis meses.

Adaptado de: Weimer. The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis, Food Assistance & Nutrition Research Report No. 13. Wash.D.C., USDA, 2001.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde  
Transparência 6.28

### Economia de potenciais aumentos de aleitamento materno na Inglaterra e no País de Gales

- Foi estimado que o Serviço de Saúde Nacional gasta 35 milhões de libras por ano com o tratamento de gastroenterite em lactentes alimentados com mamadeira.
- Para cada aumento de 1% no nível de amamentação após 13 semanas, poderia ser gerada uma economia de 500 mil libras com o tratamento da gastroenterite.

Adaptado de: Dept. of Health. Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS. Londres, Reino Unido da Grã Bretanha, 1995.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde  
Transparência 6.29

### Um estudo de caso completo dos custos e economias gerados pela prática da amamentação e de atividades para sua promoção em El Salvador: Benefícios anuais totais para o setor público com os níveis correntes de amamentação

Fonte do benefício	Valor anual total em dólares
Casos prevenidos de diarreia em lactentes	456.130
Casos prevenidos de infecção respiratória aguda em lactentes	839.583
Nascimentos evitados (custos de partos)	1.224.328
Economia com substitutos do leite materno	288.337
<b>TOTAL</b>	<b>2.808.378</b>

Adaptado de: Wong et al. An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador. Policy & Technical Monographs. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994.

OMS e UNICEF – Curso da IHAC para gestores e profissionais responsáveis por unidades de saúde  
Transparência 6.30

### **Custos e benefícios anuais para as atividades correntes e intensificadas para a promoção do aleitamento materno (El Salvador)**

#### **Atividades atuais:**

- Defesa/monitoramento
- Promoção em nível hospitalar
- Promoção em unidade de atenção básica e na comunidade
- Informação, educação e comunicação

Custo atual: **32.000 dólares**

Custos adicionais para atividades intensificadas: **90.188 dólares**

#### **Benefício estimado das atividades intensificadas:**

- Aumento da amamentação exclusiva em lactentes com menos de seis meses de 15% para 30%

Adaptado de: Wong et al. An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994

### **Benefícios líquidos da promoção do aleitamento materno: Comparação entre o programa atual e um programa intensificado (El Salvador)**

	<b>Atual em dólares</b>	<b>Adicional como alternativa em dólares</b>
<b>Benefícios</b>	2.808.378	714.328
<b>Custos</b>	32.830	90.188
<b>Benefícios líquidos</b>	2.775.558	624.140

Adaptado de: Wong et al. An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994

## Impresso 6.2

### Análise de custo de manutenção de um berçário para recém-nascidos saudáveis no Hospital Dr. José Fabella Memorial<sup>21</sup>

#### Estatística hospitalar

- Média de nascimentos por dia: 100 crianças.
- Censo diário de neonatos: 320 crianças.

#### Instalações

- Berçário com espaço para 300 leitos.
- Lactário com 2.400 preparações diárias.

#### Necessidade de mão-de-obra

- Cobertura: 24 horas
- Razão: 1 profissional de enfermagem para cada 10 neonatos (1:10)
- Equipe total de enfermagem: 90 em 24 horas (30 em três turnos)
- Pessoal do lactário: 6 em 24 horas (2 em três turnos)

#### Materiais e suprimentos

- Conjuntos de mamadeira: 124.800 conjuntos/ano

300	bebês alimentados
x 8	ao dia (a cada três horas)
<hr/>	
2.400	conjuntos de mamadeira/dia
x 52	semanas/ano (cada conjunto pode ser reutilizado por uma semana)
<hr/>	
124.800	conjuntos de mamadeira/ano

- Fórmulas de leite: 17.520 latas de uma libra por ano

2.400	medidas de fórmula
÷ 50	medidas para cada lata de 1 libra
<hr/>	
48	latas por dia
x 365	dias =
<hr/>	
17.520	latas por ano

#### Outros custos

- Eletricidade
- Água
- Detergentes
- Escovas de limpeza
- Fraldas
- Leitos para recém-nascidos

<sup>21</sup> Desenvolvido pelo Dr. Ricardo Gonzales, Medical Director, Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila, Philippines, 1990.

### **Resumo dos custos de manutenção de um berçário neonatal**

Conjuntos de mamadeira/ano (124.800 x 20 pesos) =	2.496.000 pesos
Latas de fórmula de leite/ano (17.521 x 36 pesos) =	630.720 pesos
Salário da equipe de enfermagem/ano (90 x 3.000 pesos x 12) =	3.240.000 pesos
Salário do pessoal da sala de fórmula/ano (6 x 2.000 pesos) =	144.000 pesos
Total =	6.510.720 pesos* (310.034 dólares)

- \* Custos não incluídos: eletricidade, utensílios de limpeza, água, fraldas, detergentes e berços.

### **Quanto isso representa no orçamento anual?**

$$\begin{array}{l} \text{Custo:} \quad \frac{6.510.720 \text{ pesos}}{73.000.000 \text{ pesos}} = 8\% \\ \text{Orçamento:} \end{array}$$

### **A economia de 8% no orçamento do hospital agora é convertida em:**

- Disponibilidade de medicamentos e remédios o tempo todo.
- Melhor alimento e nutrição para os pacientes.
- Disponibilidade de sangue em emergências.
- Roupas de cama e aventais para os pacientes.
- Mais enfermeiros para atender os pacientes.

### Impresso 6.3

**Tabela 1: Custos e economias potenciais associados à promoção do aleitamento materno em hospitais**

(Organizados de acordo com os “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” da IHAC)

	<b>Custos ou uso de recursos existentes</b>	<b>Economias</b>
<b>Passo 1: Ter uma política de aleitamento materno que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.</b>	<p>Atividades de incentivo ou promoção. <i>[Tempo de funcionários, materiais.]</i></p> <p>Seleção de coordenador e comitê da IHAC, desenvolvimento de políticas. <i>[Tempo de funcionários.]</i></p>	<p>Mais mães escolhem o hospital devido à melhora na imagem como “Amigo da Criança”.</p> <p><i>[Maior quantidade de pacientes e, portanto, mais renda oriunda de pacientes.]</i></p>
<b>Passo 2: Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.</b>	<p>Capacitação inicial dos funcionários. <i>[Materiais educacionais, suprimentos, honorários do facilitador, se houver, tempo de funcionários.]</i></p> <p>Capacitação de atualização e de novos funcionários. <i>[Materiais educacionais, suprimentos, honorários do facilitador, se houver, tempo de funcionários.]</i></p>	
<b>Passo 3: Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno</b>	<p>Orientação e aconselhamento sobre amamentação no atendimento pré-parto. <i>[Tempo dos funcionários, materiais educacionais.]</i></p> <p>Extinção da doação de materiais promocionais de empresas que promovem substitutos ao leite materno. <i>[Qualquer material promocional oferecido gratuitamente.]</i></p>	<p>Eliminação de orientação e aconselhamento em grupo sobre alimentação com substitutos do leite materno (SLM). <i>[Menos tempo de pessoal e materiais educacionais. Pode ainda ser necessário haver aconselhamento individual para mães HIV positivo.]</i></p>

continua

<p><b>Passo 4: Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.</b></p>	<p>Funcionários para assistência ao aleitamento materno após o parto.  <i>[Alteração de tarefas, sem necessidade de pessoal adicional.]</i></p>	<p>Menos anestesia e opção de anestesia local, ao invés de geral, durante o parto (para que tanto a mãe como o bebê estejam acordados para a amamentação). <i>[Menos anestésicos, algodão, seringas e anestésias de alto custo.]</i></p> <p>Menos medicamentos oxitócicos (uma vez que, com a amamentação, a liberação natural de oxitocina pelo corpo ajuda a contrair o útero). <i>[Menos medicamentos oxitócicos, suprimentos (seringas, algodão) e tempo de pessoal.]</i></p> <p>Menos hipotermia, devido ao contato corporal e, portanto, menor necessidade de uso de aquecedores ou incubadoras. <i>[Menos tempo de pessoal.]</i></p>
<p><b>Passo 5: Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.</b></p>	<p>Orientação e aconselhamento sobre amamentação em enfermarias.  <i>[Equipe do berçário remanejada para apoio às mães e bebês nas enfermarias, sem custo adicional.]</i></p> <p>Extração e armazenamento de leite materno.  <i>[Suprimentos para ordenha de leite materno, equipamentos e espaço em refrigerador – não há necessidade para bombas de leite ou banco de leite. Adequar às recomendações da política nacional, se for o caso.]</i></p>	<p>Uso de voluntários para o aconselhamento sobre amamentação, se permitido .  <i>[Menos tempo de pessoal para aconselhamento e atendimento.]</i></p> <p>Eliminação de educação e aconselhamento em grupo sobre alimentação com substitutos do leite materno.  <i>[Menos tempo de pessoal e materiais educacionais. Pode ainda ser necessário haver aconselhamento para mães HIV positivo.]</i></p> <p>Uso de leite materno ordenhado ao invés de substitutos ao leite materno sempre que possível. <i>[Menos compra e preparação de substitutos ao leite materno.]</i></p>

<p><b>Passo 6: Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a menos que haja indicação médica.</b></p>	<p>Interrupção de oferta gratuita ou a baixo custo de substitutos do leite materno. <i>[Compra de qualquer suprimento de SLM por pelo menos 80% do preço justo de mercado.]</i></p> <p>Perda de benefícios gerais oferecidos por empresas que vendem substitutos ao leite materno. <i>[Equipamento, suprimentos, benefícios educacionais etc., que eram oferecidos gratuitamente.]</i></p>	<p>Diminuição ou eliminação de substitutos do leite materno. Eliminação do preparo de solução de glicose e água para uso com recém-nascidos saudáveis. <i>[Eliminação do tempo de preparo e alimentação com substitutos do leite materno. Redução ou eliminação dos gastos com mamadeiras e bicos, substitutos do leite materno e solução de glicose, eletricidade, água, equipamentos e suprimentos para limpeza e esterilização de mamadeiras e preparo de substitutos ao leite materno etc. Pode ser necessário algum equipamento e suprimentos para mães HIV positivo.]</i></p>
<p><b>Passo 7: Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia</b></p>	<p>Nas enfermarias: uma única alteração das instalações físicas, se necessário, para permitir a implantação do alojamento conjunto. <i>[Custos decorrentes das alterações físicas.]</i></p>	<p>Nas enfermarias: espaço do berçário disponível para outros fins. <i>[Espaço disponível para uso alternativo; gastos com equipamentos, suprimentos e manutenção de berçários reduzidos ou eliminados.]</i></p> <p>Redução ou eliminação de cuidados a bebês saudáveis no berçário e de transporte de recém-nascidos do berçário para as enfermarias de pós-parto. <i>[Economia de tempo para os funcionários.]</i></p>

continua

continuação

	<p>Redução ou eliminação de berços. <i>[Gastos com berços reduzidos ou eliminados.]</i></p> <p>Mais cuidado e alimentação do bebê feito pela própria mãe, e menos bebês irritados. <i>[Economia de tempo dos funcionários para cuidados e alimentação de bebês – pessoal liberado para outras tarefas.]</i></p> <p>Mais cuidado e assistência do bebê pela própria mãe. <i>[Economia de tempo dos funcionários para cuidados com as mães – pessoal liberado para outras tarefas.]</i></p> <p>Redução de morbidade e mortalidade devido à doença diarreica ou respiratória, septicemia, meningite ou icterícia. <i>[Menos tempo de pessoal e outros custos em hospitalizações mais prolongadas, tais como equipamentos médicos, ocupação de leitos, alimentação e cuidados com lactente doente, fluidos intravenosos, etc.]</i></p>
--	--

continua



	<p>Na unidade de terapia intensiva neonatal: mães de bebês na unidade de tratamento especial permanecem no hospital. <i>[Espaço para as mães, leitos, alimento.]</i></p>	<p>Na unidade de terapia intensiva neonatal: mães de bebês na unidade de tratamento especial aprendem a cuidar de seus filhos. <i>[Menos tempo de pessoal para cuidados com o lactente na unidade de tratamento especial.]</i></p> <p>Estadia menor de bebês na unidade de tratamento especial devido à amamentação, maior atenção ao lactente pela mãe, que aprende a cuidar de seu filho em casa. <i>[Economia de tempo dos funcionários, de espaço e de uso de equipamentos e suprimentos.]</i></p> <p>Redução da morbidade e mortalidade devido à infecção neonatal. <i>[Economia de tempo dos funcionários e de outros custos gerados pela hospitalização mais prolongada.]</i></p> <p>Menos bebês abandonados. <i>[Menos gastos com alimentação, economia de tempo dos funcionários para cuidados e remanejamento dos bebês.]</i></p>
<p><b>Passo 8: Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda</b></p>		<p>Menos bebês irritados. <i>[Economia de tempo dos funcionários.]</i></p>
<p><b>Passo 9: Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas</b></p>	<p>Alimentação com leite materno ordenhado. <i>[Xícaras, copos e colheres.]</i></p>	<p>Ausência de chupetas, mamadeiras ou bicos artificiais a lactentes. <i>[Chupetas, mamadeiras e mamilos artificiais não são fornecidos pelo hospital.]</i></p>

continua

<p><b>Passo 10: Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.</b></p>	<p>Acompanhamento das mães, com apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar em clínicas de lactação, visitas domiciliares, telefonemas e/ou grupos de apoio na comunidade. <i>[Custos dependem do tipo de apoio oferecido].</i></p>	<p>Menos doenças e visitas a ambulatórios e unidades pediátricas devido ao menor uso de substitutos ao leite materno e alimentação por mamadeira, menos doença diarréica ou respiratória, alergias ou desnutrição por causa da diluição de substitutos ao leite materno, etc. <i>[Economia de tempo dos funcionários e de medicamentos e redução de outros custos para atendimento a pacientes.]</i></p>
--	---	--

**Impresso 6.4 a**

**Exercício**

**Porcentagem da renda necessária para alimentar um lactente com fórmula durante seis meses**

**Cálculos:**

Marca da fórmula: \_\_\_\_\_

Custo de uma lata de 500g\* de fórmula: \_\_\_\_\_

Custo de 40 x 500g\* de fórmula (quantidade necessária para seis meses):

\_\_\_\_\_

Renda média (ou mínima)

Mensal: \_\_\_\_\_

Semestral: \_\_\_\_\_

$$\frac{\text{Custo de 40 latas de 500g de fórmula}}{\text{Renda média (ou mínima) por seis meses}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

**Resposta:**

Alimentar um bebê com a fórmula ..... custa:  
 ..... % da renda média (ou mínima)

\* Uma mãe ou família precisa de cerca de 20kg de fórmula para alimentar um bebê por seis meses. Adapte os cálculos, se necessário. Por exemplo, se na sua região as fórmulas são vendidas em latas de 450g, serão necessárias 44 latas para seis meses de uso.

Adaptado de: *Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Manual do treinador*, OMS/UNICEF, 1993, pp. 420-421.

## Impresso 6.4b

### Exercício

#### Porcentagem da renda necessária para alimentar um lactente com fórmula durante seis meses

##### Cálculos:

Marca da fórmula: \_\_\_\_\_

Custo de uma lata de 500g\* de fórmula: \_\_\_\_\_

Custo de 40 x 500g\* de fórmula (quantidade necessária para seis meses):

\_\_\_\_\_

Renda média (ou mínima)	Rural	Urbana
Mensal:	.....	.....
Semestral:	.....	.....
$\frac{\text{Custo de 40 latas de 500g de fórmula}}{\text{Renda média rural por seis meses}}$	.....	x 100 = ..... %
$\frac{\text{Custo de 40 latas de 500g de fórmula}}{\text{Renda média urbana por seis meses}}$	.....	x 100 = ..... %

##### Respostas:

Alimentar um bebê com a fórmula ..... custa: ..... % da renda rural

Alimentar um bebê com a fórmula ..... custa: ..... % da renda urbana

\* Uma mãe ou família precisa de cerca de 20kg de fórmula para alimentar um bebê por seis meses. Adapte os cálculos, se necessário. Por exemplo, se na sua região as fórmulas são vendidas em latas de 450g, serão necessárias 44 latas para seis meses de uso.

Adaptado de: OMS/UNICEF. *Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento: manual do treinador*. [S.l.], 1993. p. 420-421.

## Seção 7: Como avaliar políticas e práticas

### Objetivos

Ao final desta seção, os participantes devem ser capazes de:

- usar o *Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar da IHAC*, da OMS/UNICEF, para avaliar se suas unidades estão em conformidade com os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e em quais passos são necessárias melhorias.

### Duração Apresentação: 5 minutos

Preenchimento do *Questionário de Auto-Avaliação* (durante a seção ou na noite anterior): 15-25 minutos

Trabalho em grupo ou individual para resumir os resultados: 15 minutos

Total: 20-45 minutos durante a seção

### Métodos de ensino

Trabalho em grupo ou individual

### Preparação para a seção

- Os gestores e facilitadores do curso devem decidir o momento em que esta seção deve ser apresentada no decorrer do curso. As duas opções são:
  - apresentar a seção entre a Seção 6, Custos e economia, e a Seção 8, Como elaborar planos de ação, no segundo dia do curso;
  - apresentar a seção logo após a Seção 3, A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, no primeiro dia do curso.
- A primeira opção traz duas vantagens. Se a seção for apresentada no segundo dia, os facilitadores podem pedir aos participantes que se reúnam na véspera e preencham o *Questionário de Auto-Avaliação*, economizando, assim, de 10 a 15 minutos do cronograma do curso, possibilitando que cada equipe cumpra a tarefa no seu ritmo. Além disso, é possível solicitar aos participantes que desenvolvam seus planos de ação (Seção 8) logo após a identificação, por meio dessa análise, das áreas que precisam de melhorias em seus hospitais.
- A segunda opção traz a vantagem de que os participantes terão analisado as políticas e práticas dos seus hospitais por meio do uso do *Questionário de Auto-Avaliação* antes de serem apresentados às *Bases Científicas dos Dez Passos* (Seção 4); então trabalharão com estratégias gerais para obter o credenciamento da IHAC (Seção 5). O conhecimento do que “falta fazer” para a implementação dos Dez Passos nas suas próprias instituições pode motivá-los a prestar atenção especial a informações que os ajudarão a justificar e realizar as melhorias necessárias.
- Se a primeira opção for escolhida, será necessário decidir se os participantes preencherão a *Auto-Avaliação* no dia anterior ou no próprio dia da seção.

## Materiais de treinamento

*Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar da IHAC* (cópia distribuída aos participantes durante a Seção 3).

## Referências

UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Baby-friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care: Section 4: Hospital Self-Appraisal and Monitoring*, Preliminary Version, UNICEF, New York, New York, 2006.

## Linhas gerais da Seção

Conteúdo	Notas para o facilitador
<p><b>1. Rever a finalidade do Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar da IHAC, da OMS/UNICEF</b> Rever como utilizar o <i>Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar</i>, cuja finalidade é avaliar em que fase cada hospital se encontra no processo de implementação dos Dez Passos, o que ainda precisa ser feito para apoiar o aleitamento materno e se é necessário solicitar avaliação externa.</p>	<p><b>Análise: 5 minutos</b> Rever brevemente como utilizar o <i>Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar</i>, lembrando os participantes sobre os pontos ressaltados durante a apresentação da IHAC na Seção 3 e enfatizando que os resultados da <i>Auto-Avaliação</i> serão úteis no desenvolvimento dos planos de ação de cada um dos hospitais durante a Seção 8.</p>
<p><b>2. Preenchimento do Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar</b> Preenchimento do <i>Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar</i> por equipe ou indivíduo de cada hospital.</p>	<p><b>Trabalho individual ou em grupo (durante a seção ou na véspera):</b> <b>15 -25 minutos</b> Peça que cada equipe ou indivíduo de cada hospital preencha o <i>Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar</i> durante a seção ou no dia anterior.</p>
<p><b>3. Resumo dos resultados</b> Preparação de um resumo das práticas que vêm sendo realizadas e das áreas nas quais o hospital precisa melhorar.</p>	<p><b>Trabalho individual ou em grupo:</b> <b>15 minutos</b> Após o preenchimento do <i>Questionário de Auto-Avaliação Hospitalar</i>, cada grupo (ou indivíduo) deve resumir tanto as práticas que vêm sendo realizadas como as principais áreas nas quais são necessárias melhorias para a implementação dos Dez Passos e o cumprimento total do Código Internacional. Esse resumo deve ser registrado em transparências ou em um <i>flipchart</i>, para que possa ser apresentado na Seção 8, antes da apresentação do Plano de Ação.</p>

continua

continuação

	<p>Os participantes devem ser incentivados a ser o mais honesto possível, uma vez que os resultados os ajudarão a identificar áreas problemáticas específicas nas quais devem se concentrar, à medida que desenvolvem seu próprio Plano de Ação, durante a Seção 8. Se os facilitadores perceberem que os participantes ficarão preocupados em divulgar as falhas em suas instituições, é possível manter os resultados da <i>Auto-Avaliação</i> confidenciais, sendo que as equipes podem apresentar em termos gerais as áreas que precisam ser melhoradas.</p>
--	--

## Seção 8: Como desenvolver planos de ação

### Objetivos

Ao final desta seção, os participantes devem ser capazes de:

- identificar as mudanças específicas necessárias para garantir que seus hospitais obtenham o credenciamento na IHAC;
- preparar um breve plano de ação para efetuar as mudanças necessárias nas políticas e procedimentos de seus hospitais.

### Duração

Trabalho em grupo ou individual com os Planos de Ação: 1 hora a 1,5 hora

Apresentações e discussão dos resultados das auto-avaliações e planos de ação: 1 hora

Discussão e recomendações para a coordenação regional: 30-60 minutos (opcional)

Total: 2 a 3 horas

(O tempo necessário para as apresentações e discussão poderá variar, dependendo do número de equipes e/ou indivíduos que farão relatos).

### Métodos de ensino

Trabalho em grupo ou individual

Apresentações e discussão

### Preparação para a seção

- Antes da seção, os facilitadores devem decidir como os participantes serão agrupados para a preparação dos Planos de ação. Em geral, deve-se preparar um plano para cada hospital representado no curso. Se houver vários participantes provenientes de órgãos ou instituições que não prestam atendimento à saúde, como o Ministério da Saúde, os facilitadores devem decidir com esses indivíduos se será útil que eles trabalhem com as equipes dos hospitais ou desenvolvam planos concentrados em suas responsabilidades relacionadas à IHAC.
- É importante garantir que haja espaço suficiente de trabalho para as várias equipes e/ou indivíduos e que haja *flipcharts* e canetas disponíveis para uso na preparação dos resumos dos planos.
- Também é importante, antes da seção, determinar que tipo de apoio estará disponível para as equipes durante a implementação de seus Planos de Ação após o curso, se serão solicitados relatórios de progresso e sua periodicidade. O indivíduo responsável pelo acompanhamento (o coordenador nacional de aleitamento materno ou o coordenador da IHAC) deve ajudar a liderar as discussões após a apresentação dos Planos de Ação.
- Em alguns cursos, pode ser útil dispor de tempo após a apresentação e discussão dos Planos de Ação para debater as possibilidades de coordenação regional entre hospitais e outras organizações representadas no curso. (Ver item 4 no plano da seção). Se essa discussão for incluída, deve-se ajustar o programa de acordo com o tempo extra necessário.

## Materiais de capacitação

### *Impressos*

- 8.1: Impresso da apresentação de transparências para a Seção 8 (Transparências 8.2-3)
- 8.2: Plano de ação

### *Diapositivos/transparências*

- 8.1: Plano de ação
- 8.2-3: Exemplo de parte de um Plano de Ação

O *website* que disponibiliza este curso traz *links* para os diapositivos e transparências usados nesta seção em dois arquivos de Microsoft PowerPoint. Os diapositivos (em cores) podem ser projetados em um computador com projetor LCD, caso esses equipamentos estejam disponíveis. Como alternativa, as transparências (em preto e branco) podem ser impressas e projetadas com retroprojetor. As transparências também estão reproduzidas como primeiro impresso desta seção.

## Referências

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services: a joint WHO/UNICEF Statement*. Geneva, 1989.

## Linhas gerais da Seção

Conteúdo	Notas para o facilitador
<b>1. Como desenvolver um Plano de Ação para realizar as mudanças necessárias</b>	<b>Trabalho em grupo ou individual: 60 minutos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Desenvolver um Plano de Ação para efetuar as mudanças necessárias em cada hospital é o próximo passo no processo de planejamento. O processo pode incluir:<ul style="list-style-type: none"><li>• analisar os resultados da <i>Auto-Avaliação</i>, as áreas problemáticas identificadas na seção anterior e idéias sobre mudanças identificadas pela equipe que são necessárias para que o hospital obtenha o credenciamento na IHAC;</li><li>• desenvolver um primeiro esboço de um breve Plano de Ação ainda durante o curso;</li></ul></li></ul>	<p>Mencionar que uma miniatura da apresentação está reproduzida no Impresso 8.1 e na apostila dos participantes.</p> <p>Analisar rapidamente o Formulário do Plano de ação (Diapositivo 8.1). Distribuir duas cópias do Formulário do Plano de Ação (Impresso 8.2) para o indivíduo ou grupo de cada hospital.</p> <p>Pedir que cada equipe se reúna e formule um rascunho inicial do plano, concentrando-se nas ações que trarão melhorias ao apoio do aleitamento materno e resolverão problemas importantes identificados durante a <i>Auto-Avaliação</i> de cada hospital.</p>

continua



<ul style="list-style-type: none"> <li>• discutir os resultados e possíveis estratégias no retorno da equipe ao seu hospital, trazer outros tomadores de decisão importantes para o processo de planejamento e alcançar um consenso em relação às ações a serem realizadas.</li> <li>▪ O Formulário do Plano de Ação serve como uma maneira rápida de resumir as principais atividades que integram o plano, além de um cronograma para sua implementação e da definição de pessoas responsáveis por elas. Participantes dos diversos hospitais podem optar por usar esse formulário para preparar a estrutura geral de seus próprios planos ou usar outro formato, caso seja mais apropriado para seu contexto.</li> </ul>	<p>Os planos devem ser redigidos nos formulários em branco e resumidos em um <i>flipchart</i> ou em transparências para apresentação durante plenária. A apresentação em plenária deve incluir tanto um resumo breve dos resultados da <i>Auto-Avaliação</i> (realizações e passos que precisam ser melhorados) quanto uma visão geral do Plano de Ação proposto. Cada equipe deve escolher um representante para apresentar os resultados da <i>Auto-Avaliação</i> e outro para apresentar seus planos. Informar às equipes o tempo disponível para sua apresentação.</p> <p>Caso seja útil, apresentar um exemplo de parte de um Plano de Ação concentrado no Passo 1, usando os diapositivos 8.2 e 8.3, para dar aos participantes uma idéia de como podem ser seus Planos de Ação.</p> <p>Lembrar aos participantes que esses são apenas os esboços iniciais dos seus planos. Os planos podem ser mais profundamente desenvolvidos em colaboração com outros tomadores de decisão importantes quando os participantes retornarem às suas instituições.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O exemplo de parte de um Plano de Ação pode proporcionar uma idéia do que precisa integrar seus planos aos participantes que não tenham tido muita experiência com planejamento.</li> </ul>	<p>Em alguns cursos, podem participar alguns indivíduos que não trabalham em unidades de saúde, como formuladores de políticas do Ministério da Saúde, ou gestores de instituições que financiam a prestação à saúde. Esses participantes também devem preparar planos, concentrando-se em ações que possam apoiar a IHAC.</p>
<p><b>2. Apresentação das Auto-Avaliações e dos Planos de Ação</b></p>	<p><b><i>Apresentações: 50 minutos</i></b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação dos resumos dos resultados da <i>Auto-Avaliação</i> e dos principais pontos dos Planos de Ação desenvolvidos pelas equipes para realizar as melhorias necessárias.</li> </ul>	<p>Solicitar a cada equipe que apresente um breve resumo dos resultados de sua <i>Auto-Avaliação</i> e um resumo dos principais aspectos do Plano de Ação desenvolvido para realizar as melhorias necessárias. Mencionar novamente quanto tempo os grupos terão para cada apresentação e discussão e administrar a seção de modo que não falte tempo para os grupos que ficarem para o final.</p> <p>Coletar os resumos das <i>Auto-Avaliações</i> e Planos de Ação preparados pelas equipes após as apresentações, fazer cópias e devolver os originais às equipes (Se os <i>flipcharts</i> forem usados, as folhas podem ser recolhidas.). Os resumos podem ser usados no preparo do relatório do curso e na orientação dos responsáveis pelo apoio de acompanhamento.</p>
<p><b>3. Discussão sobre o apoio de acompanhamento</b></p>	<p><b><i>Discussão: 10 minutos</i></b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão de eventuais planos para acompanhamento e supervisão, além da existência de qualquer tipo de apoio já disponível e da implementação dos planos pelas equipes.</li> </ul>	<p>Discutir planos para acompanhamento e supervisão, além da existência de quaisquer tipos de apoio disponíveis, e como eles serão coordenados. Discutir também se serão solicitados relatórios de progresso, informando sua periodicidade e formato.</p>
<p><b>4. Discussão sobre a coordenação regional (opcional)</b></p>	<p><b><i>Discussão: 30-60 minutos</i></b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Discussão sobre as possibilidades de coordenação regional no âmbito da IHAC e de desenvolvimento de recomendações ou acordos sobre atividades colaborativas.</li></ul>	<p>Se for considerado útil, acrescentar uma discussão, antes do final do curso, sobre as possibilidades de haver coordenação regional entre os hospitais e outras organizações representadas no curso. A IHAC pode ser fortalecida, por exemplo, se todos os hospitais concordarem em seguir os Dez Passos e aderirem totalmente ao Código Internacional. Alguns hospitais que se encontrem em um estágio mais avançado desse processo podem ser capazes de oferecer assistência àqueles que estão apenas iniciando as mudanças. Podem ser desenvolvidas recomendações ou acordos sobre atividades colaborativas.</p>
--	---

## Impresso 8.1

### Apresentação da Seção 8

#### Plano de Ação

Ação	Cronograma	Responsabilidade

#### Plano de Ação

Ação	Cronograma	Responsabilidade
<b>Passo 1: Política</b> Designar um comitê com representantes dos setores de pré-natal, parto, enfermarias de pós-parto e terapia intensiva neonatal para melhorar a política do hospital relativa a amamentação/alimentação de lactentes. (Incluir diretrizes relativas ao HIV.)	2 meses após fim do curso	Gestor do hospital designará o comitê
Realizar encontros anuais para todos os funcionários da maternidade para orientá-los sobre a nova política de amamentação/alimentação de lactentes	Todo mês de janeiro	Chefe de enfermagem dos serviços de maternidade
Incluir a leitura e discussão da política de amamentação/alimentação de lactentes na capacitação de novos funcionários	Sempre que necessário	Funcionários responsáveis pela orientação

#### Plano de Ação (continuação)

Ação	Cronograma	Responsabilidade
Divulgar a nova política em todas as unidades relevantes	Após finalização da política	Chefe de enfermagem
Preparar resumos da política para as mães, incluindo versão com imagens para mulheres analfabetas	Conforme acima	A ser definido
Distribuir a política a todas as mulheres durante a primeira sessão de aconselhamento	Permanente	Equipe de aconselhadores

**Impresso 8.2**

<b>Plano de Ação</b>		
<b>Ação</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsabilidade</b>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, junho de 2009

OS 0093/2009