

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSICA LUIZ DINARDI

AValiação DO MONITORAMENTO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA
CRIANÇA NO ESTADO DO PARANÁ - 2015 A 2019

CURITIBA

2022

JÉSSICA LUIZ DINARDI

AVALIAÇÃO DO MONITORAMENTO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA
CRIANÇA NO ESTADO DO PARANÁ - 2015 A 2019

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza

Coorientadora: Profa. Dra. Tatiane Hereirra Trigueiro Stella

CURITIBA

2022

Dinardi, Jéssica Luiz

Avaliação do monitoramento da iniciativa Hospital Amigo da Criança no estado do Paraná [recurso eletrônico] - 2015 a 2019 / Jéssica Luiz Dinardi – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF

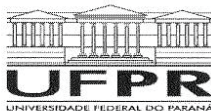
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza

Coorientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro Stella

1. Aleitamento materno. 2. Saúde da criança. 3. Políticas públicas de saúde. 4. Enfermagem. 5. Acreditação hospitalar. 6. Avaliação de programas e projetos de saúde. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Stella, Tatiane Herreira Trigueiro. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 649.33



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JESSICA LUIZ DINARDI** intitulada: **AVALIAÇÃO DO MONITORAMENTO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NO ESTADO DO PARANÁ - 2015 A 2019**, sob orientação da Profa. Dra. VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 15 de Dezembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

15/12/2021 15:13:01.0

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

10/01/2022 07:50:59.0

ADRIANA VALONGO ZANI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica

15/12/2021 16:30:27.0

MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgef@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 135656

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 135656

Dedico este trabalho aos meus pais, Fátima e Vanildo, que são o meu porto seguro e a minha motivação diária para que eu me torne uma pessoa cada vez melhor; e ao meu querido esposo Thiago, que sempre acreditou em mim e me incentivou.

Ambos vivenciaram os momentos ausentes necessários para a realização deste trabalho e, sem a paciência e tolerância deles, eu não teria conseguido.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus pelo dom da vida, por estar presente e me sustentando em todos os momentos; por ter abençoado meu caminho para que fosse possível ingressar e concluir o mestrado.

Aos meus pais Fátima e Vanildo, que mesmo estando longe fisicamente, sempre me apoiaram e incentivaram. Obrigada principalmente à minha mãe que me motivou a bater asas e sempre me sustentou nesse processo de evolução. Gratidão também por todo o amor que recebo, pelos ensinamentos e valores a mim repassados, sem vocês eu nada seria.

Ao meu amado esposo Thiago, que sempre me incentivou e apoiou nesses 7 anos que estamos junto, cuidando com dedicação do nosso amor e do nosso lar. Que me deu forças e abrigo nos momentos em que eu mais precisei. Sem você esse sonho não seria possível.

Ao meu avô Jorge (*in memoriam*), que às vésperas da minha qualificação se tornou uma estrelinha e eu tenho certeza de que está lá de cima cuidando de cada detalhe da minha vida, que está protegendo meu caminho e conduzindo meus passos.

À minha família, aos meus sogros, cunhado e amigos pelas palavras de incentivo nesta jornada.

À minhas amigas e colegas de turma do mestrado, Bianca e Márcia, que tornaram esse período mais leve, que foram escuta e acolhimento. Toda a minha admiração e carinho por vocês.

Ao meu local de trabalho, e em especial a Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde que permitiu que esse sonho fosse concretizado; as equipes da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente e da Divisão de Atenção à Saúde da Mulher, por compreenderem as minhas ausências e me darem suporte quando precisei.

À minha professora e orientadora, Doutora Verônica de Azevedo Mazza, e à minha professora e coorientadora, Doutora Tatiana Herreira Trigueiro Stella, pela orientação, paciência, comprometido, tempo e dedicação que disponibilizaram comigo; por todo conhecimento que adquiri através dos seus ensinamentos, e por me possibilitarem mergulhar, e mergulharem comigo, no mundo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Aos membros do Grupo de Estudo Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASSED), pela convivência e troca de conhecimento, em especial à doutoranda Victoria por sempre se mostrarem disponíveis a me ajudar, ou simplesmente a ouvir minhas angústias.

A todos os professores, coordenação e secretaria do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – PPGENF/UFPR, pela disponibilidade e atenção proporcionada.

Às Doutoradas que compuseram a banca de qualificação e defesa de mestrado, pelas contribuições e refinamento deste trabalho.

À SESA que disponibilizou os dados de monitoramento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aos Hospitais Amigos da Criança que participaram desse estudo.

Enfim, a todos que apoiaram, torceram, acreditaram e contribuíram de alguma forma com o caminhar desta jornada, meus sinceros agradecimentos!

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: Para a manutenção e sustentabilidade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, é imprescindível o monitoramento constante, pois assim é possível manter os padrões de qualidade desejados. Apesar dos esforços empreendidos pelos estabelecimentos habilitados como Amigo da Criança, ainda se faz necessária uma revisão das práticas adotadas. **Objetivo Geral:** Avaliar o processo de monitoramento segundo os critérios da Iniciativa no estado no Paraná do período de 2015 a 2019. **Objetivos Específicos:** Caracterizar os Hospitais Amigo da Criança no Paraná; Descrever o resultado consolidado da avaliação interna da Iniciativa no estado do Paraná, no período de 2015 a 2019; Analisar o cumprimento dos critérios da Iniciativa nas avaliações externas, realizadas no estado do Paraná, entre 2015 e 2019 e, Analisar a concordância entre os resultados da avaliação interna e 1ª avaliação externa, realizadas entre 2015 e 2019. **Métodos:** Trata-se de estudo de caso único, quantitativo, pautado no referencial metodológico de Yin. O estudo foi constituído por 21 Hospitais Amigo da Criança no Paraná. A coleta de evidências ocorreu em quatro etapas entre abril e maio de 2021. Na primeira caracterizou-se os hospitais, na segunda descreveu-se o resultado das avaliações internas, na terceira analisou-se o resultado das avaliações externas e, na quarta analisou-se a concordância entre os resultados da avaliação interna e externa. Utilizou-se como fonte de evidências documentos de gestão e sistemas web de domínio público e privado. Os dados coletados foram tabulados em formato Microsoft® Office Excel. A unidade de análise foi a Iniciativa e como subunidade os hospitais. Para análise das evidências utilizou-se a estratégia analítica de série temporal, e estatística descritiva com frequência simples e relativa. **Resultado:** Entre os estabelecimentos 76,2% são do tipo hospital geral, com 42,9% situados na 2ª Regional de Saúde, sendo que 57,1% tem habilitação antiga, atendendo ao risco habitual, intermediário e alto, atendimento exclusivo do sistema único de saúde, gestão dupla, sem atividade de ensino. Houve 105 avaliações internas, sendo o ano de 2015 com o melhor resultado de cumprimento dos critérios e 2017 como o pior. Dentre os hospitais sete obtiveram média abaixo de 80% de cumprimento, e cinco com 100%. Ressalta-se que apenas dois itens não atingiram 80%. Quanto às 43 avaliações externas, o ano de 2016 destacou-se com o melhor resultado e 2019 com o pior, dentre os hospitais tem-se nove com 100% de cumprimento, e dois com 0%. Em relação aos critérios, sete itens apresentaram porcentagem de cumprimento insatisfatório. Já nas 29 análises de concordância, tem-se o ano de 2016 com o melhor resultado e 2018 com o pior. Em relação aos critérios, três itens apresentaram menos de 50% de concordância, oito entre 50 e 70%, e dois acima de 90%. **Conclusão:** Esta iniciativa tem potencialidades para promover a inserção e a incorporação desta cultura na instituição. Seu fortalecimento traz impactos positivos na qualidade da assistência materno-infantil no estado, impulsionando a qualidade no nascimento, com repercussões em toda a vida do indivíduo e sua família, e subsidiando os profissionais no desenvolvimento de práticas sustentadas em evidências científicas robustas.

Palavras-chave: aleitamento materno; saúde da criança; políticas públicas de saúde; enfermagem; acreditação hospitalar; avaliação de programa e projetos de saúde.

ABSTRACT

Introduction: For the maintenance and sustainability of the Baby-Friendly Hospital Initiative, constant monitoring is essential, as it is possible to maintain the desired quality standards. Despite the efforts made by the establishments qualified as Baby Friendly, a review of the adopted practices is still necessary. **General Objective:** To evaluate the monitoring process according to the criteria of the Initiative in the state of Paraná from 2015 to 2019. **Specific Objectives:** To characterize the Baby-Friendly Hospitals in Paraná; Describe the consolidated result of the internal evaluation of the Initiative in the state of Paraná, from 2015 to 2019; Analyze compliance with the Initiative's criteria in external evaluations, carried out in the state of Paraná, between 2015 and 2019 and, Analyze the agreement between the results of the internal evaluation and the 1st external evaluation, carried out between 2015 and 2019. **Methods:** This is a study single case, quantitative, based on Yin's methodological framework. The study consisted of 21 Baby-Friendly Hospitals in Paraná. Evidence collection took place in four stages between April and May 2021. In the first, the hospitals were characterized, in the second, the results of internal evaluations were described, in the third, the results of external evaluations were analyzed, and, in the fourth, they were analyzed. if the agreement between the results of the internal and external evaluation. Management documents and web systems in the public and private domain were used as a source of evidence. The collected data were tabulated in Microsoft® Office Excel format. The unit of analysis was the Initiative and the hospitals as a sub-unit. To analyze the evidence, the analytical strategy of time series was used, and descriptive statistics with simple and relative frequency. **Result:** Among the establishments, 76.2% are of the general hospital type, with 42.9% located in the 2nd Health Regional, and 57.1% have old licenses, given the usual, intermediate and high risk, exclusive service of the system single health care, dual management, no teaching activity. There were 105 internal assessments, with 2015 being the year with the best result in terms of meeting the criteria and 2017 being the worst. Among the hospitals, seven had an average below 80% of compliance, and five with 100%. It is noteworthy that only two items did not reach 80%. As for the 43 external evaluations, the year 2016 stood out with the best result and 2019 with the worst, among the hospitals there are nine with 100% compliance, and two with 0%. Regarding the criteria, seven items showed a percentage of unsatisfactory compliance. In the 29 concordance analyses, 2016 has the best result and 2018 has the worst. Regarding the criteria, three items showed less than 50% agreement, eight between 50 and 70%, and two above 90%. **Conclusion:** This initiative has the potential to promote the insertion and incorporation of this culture in the institution. Its strengthening brings positive impacts on the quality of maternal and child care in the state, boosting quality at birth, with repercussions throughout the life of the individual and their family, and subsidizing professionals in the development of practices supported by robust scientific evidence.

Keywords: breastfeeding; children's health; public health policies; nursing; hospital accreditation; evaluation of health programs and projects.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	PRINCÍPIOS DA PNAISC	26
FIGURA 2 -	DIRETRIZES DA PNAISC.....	27
FIGURA 3 -	EIXOS ESTRATÉGICOS DA PNAISC	28
FIGURA 4 -	LINHA DO TEMPO DAS PORTARIAS REFERENTES À IHAC NO BRASIL	38
FIGURA 5 -	PROCESSO DE HABILITAÇÃO IHAC.....	45
FIGURA 6 -	FLUXOGRAMA MANUTENÇÃO DE HABILITAÇÃO DA IHAC.....	48
FIGURA 7 -	BASE ESTRUTURAL METODOLÓGICA DO ESTUDO	53
FIGURA 8 -	MACRORREGIÕES E REGIONAIS DE SAÚDE NO PARANÁ	55
FIGURA 9 -	PROTOCOLO PARA COLETA EVIDÊNCIAS.....	57
FIGURA 10 -	RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES INTERNAS E EXTERNAS PARA CADA HAC DO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019	81

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – MÉDIA PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DE TODOS OS ITENS DA AVALIAÇÃO INTERNADA IHAC REALIZADA NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ(N=105)	65
GRÁFICO 2 – PERCENTUAL MÉDIO DO CUMPRIMENTO DOS ITENS MONITORADOS NAS AVALIAÇÕES INTERNAS DOS HACs NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=105)....	69
GRÁFICO 3 – PERCENTUAL MÉDIO DE CUMPRIMENTO DOS ITENS ANALISADOS NAS AVALIAÇÕES INTERNAS REALIZADAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=105)....	70
GRÁFICO 4 - NÚMERO DE REGISTROS (N=43) DA 1ª E 2ª AVALIAÇÕES EXTERNAS REALIZADAS NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019	72
GRÁFICO 5 – PERCENTUAL DE ITENS CUMPRIDOS ANUALMENTE POR CADA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS (N=43), ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019	75
GRÁFICO 6 - PERCENTUAL MÉDIO DO CUMPRIMENTO DOS ITENS MONITORADOS NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS DOS HACs NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=43).....	77
GRÁFICO 7 - PERCENTUAL MÉDIO DE CUMPRIMENTO DOS ITENS ANALISADOS ANUALMENTE NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS (N=43) NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019	78
GRÁFICO 8 – MÉDIA PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA DE TODOS OS ITENS ENTRE A AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NO ESTADO DO PARANÁ,2015 A 2019 (N=29)	82
GRÁFICO 9 - PERCENTUAL MÉDIO DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS AVALIAÇÕES INTERNAS E EXTERNAS ANUAIS POR ITEM, NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019, PARANÁ (N=29)	83
GRÁFICO 10 – PERCENTUAL MÉDIO DE CONCORDÂNCIA POR ITENS ENTRE AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA ANALISADOS NOS HACs, ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019 NO (N=29).....	84

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO – REVISÃO 2018	37
QUADRO 2 - 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO ...	41
QUADRO 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NA PRIMEIRA ETAPA SEGUNDO O BANCOS DE DADOS, VARIÁVEIS E SUAS CATEGORIAS, PARANÁ, 2021	58
QUADRO 4 – FONTE DAS EVIDÊNCIAS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA SEGUNDA ETAPA.....	60
QUADRO 5 - FONTE DAS EVIDÊNCIAS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA TERCEIRA ETAPA	60
QUADRO 6 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM TÍTULO DE HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA SEGUNDO SEU TIPO, REGIONAL DE SAÚDE, MUNICÍPIO, HABILITAÇÃO, RISCO ATENDIDO, PORTE, ATENDIMENTO AO SUS, TIPO DE GESTÃO, ATIVIDADE DE ENSINO E NATUREZA JURÍDICA, PARANÁ, 2021	63
QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS QUE FORAM SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO EXTERNA NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=43)	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA SEGUNDO O PERCENTUAL DE ITENS CUMPRIDOS ANUALMENTE NA AVALIAÇÃO INTERNA (N=105), ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019	66
TABELA 2 -	ITENS DE MONITORAMENTO DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NA AVALIAÇÃO INTERNA SEGUNDO O CUMPRIMENTO OU NÃO, ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019	68
TABELA 3 -	MÉDIA DO PERCENTUAL DOS ITENS CUMPRIDOS DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS NAS AVALIAÇÕES INTERNAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=105)	71
TABELA 4 -	PERCENTUAL DE ITENS CUMPRIDOS PARA CADA HOSPITAL EM CADA ANO NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=43).....	76
TABELA 5 -	MÉDIA DO PERCENTUAL DOS ITENS CUMPRIDOS DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019.....	80
TABELA 6 -	MÉDIA DO PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ITENS ENTRE AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA, ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019 (N=29)	85

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AM	- Aleitamento materno
AME	- Aleitamento Materno Exclusivo
APS	- Atenção Primária em Saúde
BLH	- Banco de Leite Humano
BVS	- Biblioteca Virtual da Saúde
CAM	- Cuidado Amigo da Mulher
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DHAA	- Direito Humano a Alimentação Adequada e Saudável
EAAB	- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
ENANI	- Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
HAC	- Hospital Amigo da Criança
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOSAN	- Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MEDLINE	- <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	- Ministério da Saúde
MTA	- Mulher Trabalhadora que Amamenta
NBCAL	- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
NV	- Nascidos Vivos
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PNAISC	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNDS	- Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde
PPAM	- Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno

PRN	- Permanência do pai ou da mãe junto ao recém-nascido
rBLH	- Rede de Bancos de Leite Humano
RN	- Recém-nascido
RS	- Regional de Saúde
SCIELO	- <i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TMI	- Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHA	- <i>World Health Assembly</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>
%	- Porcentagem
®	- Marca Registrada

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	19
1	INTRODUÇÃO	20
1.1	OBJETIVOS	23
1.1.1	Objetivo geral	23
1.1.2	Objetivos específicos.....	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	24
2.1.1	Aleitamento materno e alimentação complementar saudável descrita no eixo II – PNAISC	29
2.2	INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC).....	35
2.2.1	Histórico.....	35
2.2.2	Revisões e atualizações da IHAC.....	36
2.2.3	Legislação - portarias referentes à IHAC no Brasil	38
2.2.4	Critérios vigentes para habilitação.....	40
2.2.5	Processo de habilitação.....	44
2.2.6	Manutenção da habilitação	47
2.2.6.1	Avaliação interna	49
2.2.6.2	Avaliação externa	49
2.3	RELEVÂNCIA DA AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	50
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	52
3.1	TIPO DE ESTUDO	52
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO	53
3.3	FONTE DE EVIDÊNCIAS.....	56
3.4	COLETA DE EVIDÊNCIAS.....	56
3.4.1	Teste piloto	57
3.4.2	1ª etapa: caracterização dos estabelecimentos de saúde habilitados como HAC	58
3.4.3	2ª etapa: avaliação interna	59
3.4.4	3ª etapa: avaliação externa	60

3.4.5	4ª etapa: análise de concordância entre as avaliações internas e externas realizadas no período de 2015 a 2019	60
3.5	ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS	61
3.6	QUALIFICAÇÃO DA PESQUISA	62
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62
4	RESULTADOS	63
4.1	1ª ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS COMO HAC	63
4.2	2ª ETAPA: AVALIAÇÃO INTERNA	65
4.3	3ª ETAPA: AVALIAÇÃO EXTERNA	72
4.4	4ª ETAPA: ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS AVALIAÇÕES INTERNAS E EXTERNAS REALIZADAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019 ..	81
5	DISCUSSÃO	86
5.1	1ª ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS COMO HAC	86
5.2	2ª ETAPA: AVALIAÇÃO INTERNA	88
5.3	3ª ETAPA: AVALIAÇÃO EXTERNA	90
5.4	4ª ETAPA: ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA ENTRE A AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA REALIZADAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019	95
6	CONCLUSÃO	100
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS HAC.	121
	APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO SISIHC .	122
	APÊNDICE 3 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O PORTE DO HOSPITAL NA AVALIAÇÃO INTERNA	123
	APÊNDICE 4 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O TIPO DE ESTABELECIMENTO NA AVALIAÇÃO INTERNA	124
	APÊNDICE 5 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O TIPO DE HABILITAÇÃO NA AVALIAÇÃO INTERNA	125

APÊNDICE 6 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O TIPO DE ATENDIMENTO NA AVALIAÇÃO INTERNA	126
APÊNDICE 7 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM A GESTÃO NA AVALIAÇÃO INTERNA	128
APÊNDICE 8 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM A ATIVIDADE DE ENSINO NA AVALIAÇÃO INTERNA.....	129
APÊNDICE 9 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O ATENDIMENTO SUS NA AVALIAÇÃO INTERNA.....	130
APÊNDICE 10 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM A NATUREZA JURÍDICA NA AVALIAÇÃO INTERNA	131
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO HOSPITAL DO TRABALHADOR/SESA/PR	133

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória acadêmica iniciou na graduação de enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM), em 2010. Desde o início da graduação sempre me interessei pela área materno infantil; já nos primeiros anos do curso, participei de projeto de extensão universitária desenvolvido no Banco de Leite Humano de Maringá.

Após a graduação dei seguimento no caminhar do aprendizado e ingressei na Residência de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, tendo como campo de prática o Hospital Pequeno Príncipe, local que aflorou ainda mais o meu interesse pela pediatria e em especial ao período neonatal.

Neste caminhar, em 2017, fui nomeada como servidora estadual da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná onde, até 2019, atuei na Área Técnica de Alimentação e Nutrição, e desde 2020 coordeno a Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Paraná, a qual realiza a gestão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, bem como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

No final de 2019 participei de uma oficina para formação de avaliadores da IHAC. No mesmo período o processo seletivo do mestrado acadêmico de enfermagem, turma 2020/2021, estava aberto, e uma inquietação tomou conta do meu ser... algo me dizia que eu precisava conhecer melhor a realidade dessa iniciativa no Estado.

Assim, ingressei no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF-UFPR), e inserida no GEFASED iniciei o desenvolvimento do presente estudo, que tinha como proposta inicial a realização de um estudo qualitativo, o qual teria como objeto os desafios e potencialidades para o cumprimento dos critérios dessa iniciativa. Entretanto, ao coletar os dados quantitativos que norteariam a condução qualitativa, verificou-se que as informações ali dispostas eram riquíssimas e mereciam um aprofundamento. Assim, optou-se por, nesse momento, realizar um estudo quantitativo e posteriormente um estudo qualitativo.

1 INTRODUÇÃO

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), implementada mundialmente desde 1992, possui como foco principal o estímulo, apoio e proteção ao aleitamento materno (AM). Esta ocorre por meio de práticas de cuidados maternos baseadas em evidências que impactam positivamente os resultados da amamentação, tendo como base os 10 Passos para o sucesso do AM (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 1990).

No Brasil a IHAC é coordenada pelo Ministério da Saúde (MS), o qual determina que, para um estabelecimento de saúde possuir o título de Amigo da Criança, faz-se necessário cumprir quatro critérios. Sendo estes: os 10 Passos para o sucesso do AM, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), o Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e a Permanência do pai ou da mãe junto ao recém-nascido (PRN). Receber esse título significa ganhar um selo de qualidade e ser habilitado como Hospital Amigo da Criança (HAC) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA [UNICEF], 2011a; BRASIL, 2014).

Os HACs são referência em qualidade e humanização do atendimento durante todas as etapas da gestação, parto, nascimento e período neonatal precoce, uma vez que os bebês que nascem nesses estabelecimentos têm menos chance de sofrer intervenções desnecessárias logo após o parto¹. Além disso, ocorrem com maior frequência, quando comparados a estabelecimentos de saúde que não possuem a habilitação: o contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento, a amamentação na primeira hora de vida ainda na sala de parto e o alojamento conjunto (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014; SILVA et al., 2019).

A IHAC proporciona o melhor começo de vida possível, destaca-se assim, a sua relevância em saúde pública e social, sendo uma estratégia que consiste na mobilização de profissionais de saúde, funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas (UNICEF, 2011a). Durante o processo de implementação e manutenção da habilitação, barreiras podem ser encontradas, como a falta de motivação para as mudanças nas práticas assistenciais ou fragilidade de

¹Como, por exemplo, aspiração das vias aéreas, uso de incubadora e oxigênio inalatório.

integração dos pontos de atenção da rede assistencial. Além disso, não apenas a equipe, mas também a puérpera e a família, precisam respeitar e seguir todos os critérios (LAMOUNIER et al., 2019).

Os resultados de um estudo realizado no Líbano, demonstrou que um dos pontos chaves para o sucesso da implementação da IHAC é o engajamento entre a equipe do corpo clínico e ao envolvimento da gestão hospitalar. Deve-se ressaltar que a manutenção da IHAC é um processo crítico, sendo necessário um adequado compromisso institucional (CLERMONT et al., 2021).

Um estudo realizado na Turquia evidenciou dificuldades em manter os padrões, sugerindo a inserção dos critérios da IHAC nos programas de qualidades dos estabelecimentos de saúde (ÇAYLAN et al., 2019). Corroborando com o exposto, Huy et al. (2018) pontuaram que uma melhor adesão ao cumprimento desses critérios estava relacionada a sua incorporação nos critérios de qualidade dos hospitais a nível nacional, havendo assim um maior comprometimento com a iniciativa.

Na região sul dos Estados Unidos da América (EUA), foi implantada uma abordagem diferenciada de monitoramento, a qual consiste em avaliações mensais para observar o cumprimento dos 10 Passos no atendimento ao binômio mãe-bebê, demonstrando que o treinamento e monitoramento constante melhoram as práticas dos cuidados maternos e os indicadores de AM (KLEIN et al., 2017).

Em 2016, o Brasil contava com 3.260 estabelecimentos de saúde com leitos obstétricos e, desses, 326 (10%) eram HACs, o que lhe conferiu a posição de país da América Latina com maior número de estabelecimentos de saúde da IHAC (ARAÚJO et al., 2019). No mesmo ano, os nascimentos em HACs no Brasil apresentaram cobertura de 23,4% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS], 2016), enquanto na América Latina e Caribe a cobertura foi de 15%, na Europa 35% e na África 5%. Dessa maneira, a cobertura de nascimentos globais correspondeu a 10% (OPAS, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2017a).

Ao analisar o número de estabelecimentos habilitados, observou-se que após 2005 houve uma desaceleração no número de habilitações, e em parte esses resultados podem estar atrelados às dificuldades para cumprir os critérios estabelecidos pelo MS (MONTEIRO, 2016; LAMOUNIER et al., 2019). Atualmente no Brasil existem 323 estabelecimentos de saúde habilitados como HAC (BRASIL, 2021a). O estado do Paraná possui 447 estabelecimentos de saúde com leitos obstétricos, dos quais 21 (4,7%) são habilitados como HAC (BRASIL, 2016a; 2021a),

correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 24,96% dos nascimentos no estado, no ano de 2018 (BRASIL, 2016a; 2018a; PARANÁ, 2020a).

Para a manutenção e sustentabilidade da iniciativa, é imprescindível o monitoramento constante, pois assim é possível manter os padrões de qualidade desejados. Margotti e Margotti (2017), pontuam que apesar dos esforços empreendidos pelos estabelecimentos habilitados como HAC, ainda se faz necessária uma revisão das práticas adotadas por esses serviços de saúde.

Ao realizar uma busca nas bases de dados científicos: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca virtual da Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) foi possível localizar que apenas Araújo et al., 2019 investigaram a nível nacional o processo de monitoramento referente a todos os critérios da IHAC nos últimos 10 anos. Para realizar tal busca utilizou-se os descritores em português e inglês: monitoramento, avaliação, avaliação de programa e projetos de saúde, materno infantil, amigo da criança, hospital, hospital amigo da criança, iniciativa hospital amigo da criança por combinação.

Outra lacuna identificada em um estudo realizado no Brasil, foi que o sistema de monitoramento cumpre parcialmente o que se propõe, isso porque um número expressivo de estabelecimentos deixou de atender a este item. Em relação as avaliações externas, no ano de 2015, destacou-se que o Passo 4² (contato pele a pele e início precoce do AM) não era cumprido de forma satisfatória (ARAÚJO et al., 2019).

Ressalta-se assim a necessidade da realização de uma série histórica para acompanhar a tendência de monitoramento e cumprimentos dos quatro critérios da IHAC nos estabelecimentos de saúde habilitados (ARAÚJO et al., 2019). Além disso, esse estudo tem relevância por trazer evidências sobre esse processo no contexto do estado do Paraná.

Nesse sentido, o exposto até aqui reforça a necessidade de conhecer os resultados das avaliações internas e externas da IHAC realizadas no período de 2015 a 2019 nos HAC, no estado do Paraná. Assim, a realização deste estudo visa contribuir para o avanço do conhecimento científico sobre o processo de monitoramento IHAC e subsidiar decisões futuras quanto a essa política pública, tendo

² Na presente dissertação os números dos Passos para o sucesso do aleitamento materno serão apresentados no formato de numeral e não descritos por extenso.

como questão norteadora: Como ocorreu o processo de monitoramento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no estado do Paraná no período de 2015 a 2019?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o processo de monitoramento segundo os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no estado no Paraná do período de 2015 a 2019.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os Hospitais Amigo da Criança no Paraná;
- Descrever o resultado consolidado da avaliação interna da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no estado do Paraná, no período de 2015 a 2019;
- Analisar o cumprimento dos critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança nas avaliações externas, realizadas no estado do Paraná, entre 2015 e 2019;
- Analisar a concordância entre os resultados da avaliação interna e 1ª avaliação externa, realizadas entre 2015 e 2019.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, será apresentada a revisão de literatura, versando sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável - Eixo II; Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Histórico; Revisões e atualizações da IHAC; Portarias referentes à IHAC no Brasil; Critérios vigentes para habilitação; Processo de habilitação; Manutenção da habilitação; Avaliação interna; e Avaliação externa.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

De acordo com a OMS, considera-se criança a pessoa que possui de zero a nove anos de idade. Esta pode ser dividida em algumas fases, como o período neonatal, que compreende os primeiros 27 dias de vida; o pós-neonatal, de 28 dias a um ano incompleto de vida; e a primeira infância, de zero a seis anos de vida, sendo os primeiros três anos denominados primeiríssima infância. Além disso, o período neonatal pode ser subdividido em neonatal precoce e tardio, ou seja, de zero a seis, e de sete a 27 dias de vida, respectivamente (BRASIL, 2014; 2018b).

Ressalta-se que o investimento nos primeiros anos de vida, principalmente durante a primeira infância, possibilitará a redução das desigualdades em saúde no espaço de uma geração, com impacto positivo no desenvolvimento físico, socioemocional e linguístico-cognitivo, uma vez que favorece a aquisição de competências, educação, oportunidades de trabalho e melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas (BLACK et al., 2017).

Em virtude disso, a saúde da criança vem ganhando destaque em âmbito mundial, haja vista as estratégias instituídas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000 e 2015. Destaca-se a Declaração do Milênio, que estabeleceu os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para serem alcançados até 2015 (CARVALHO; BARCELOS, 2015). Um dos objetivos versou sobre a redução da taxa de mortalidade infantil (TMI), a qual foi alcançada pelo Brasil em 2011 (MARTINS et al., 2018).

Atualmente a saúde da criança está presente no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) número três, que diz respeito a redução da mortalidade neonatal para menos de 12 mortes para cada 1.000 nascidos vivos (NVs) e, para menores de

cinco anos a mortalidade deve ser abaixo de 25 mortes para cada 1.000 NVs, metas que devem ser implementadas por todos os países durante os próximos anos, até 2030 (UNITED NATIONS, 2015; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

No período de 1999 a 2015, a TMI brasileira decresceu em 73%, o que significa uma redução de 5,2% ao ano, com o número de mortes passando de 61 para 16 em cada 1.000 NVs (UNICEF, 2017). No mesmo período, no Estado do Paraná, a TMI foi reduzida de 19,7 para 10,9, e em 2018, foram registradas 10,3 mortes em cada 1.000 NVs (BRASIL, 1999a; 1999b; 2015a; 2015b; 2018c; 2018d).

O início tardio ou ausência da amamentação é uma das causas que contribui para as mortes neonatais por todas as causas e por infecções (PHUKAN; RANJAN; DWIVEDI, 2018), bem como a cesariana eletiva sem indicação clínica, quando em comparação ao parto normal, também pode elevar os riscos de morbimortalidade neonatal (ENTRINGER et al., 2018).

Nesse contexto, a saúde da criança vem sofrendo reformulações e evoluções, sendo uma das áreas prioritárias no Brasil (BRASIL, 1990; 2016b). Visando promover e proteger a saúde da criança e o AM, em 2015, por meio da Portaria nº 1.130, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal política reúne um conjunto de ações programáticas e estratégicas para garantir o pleno desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, considerando as diferentes culturas e realidades, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação da saúde, e defesa dos direitos da criança desde a gestação até os nove anos de idade (< 10 anos) (BRASIL, 2015c; BRANQUINHO; LANZA, 2018).

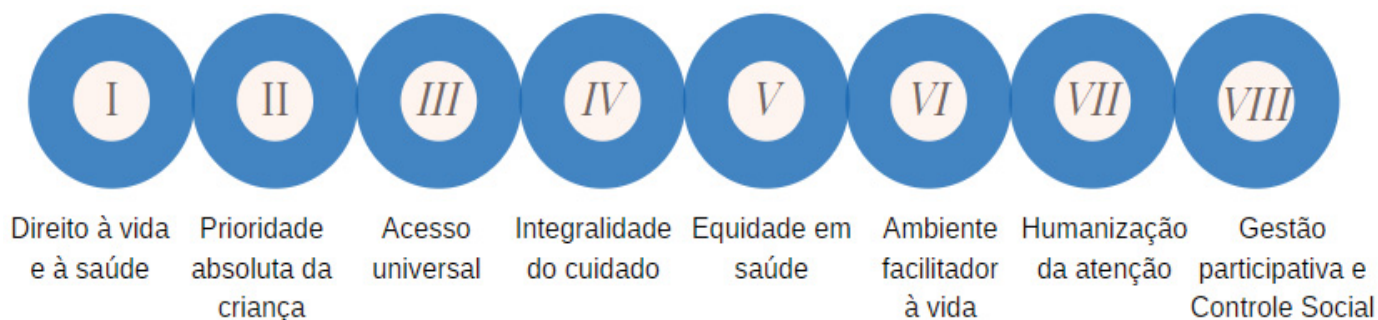
A prática da atenção integral proposta na PNAISC está voltada principalmente para crianças na primeira infância, por ser uma faixa etária (zero a seis anos) com maior plasticidade cerebral e, por isso, há a necessidade de estimular todo o potencial genético da criança, fornecendo um ambiente favorável para o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2018b).

Além disso, os primeiros 1.000 dias de vida da criança, período que compreende desde a concepção até os dois anos de idade (PIETROBELLI et al., 2017; CRYSTAL et al., 2018), são determinantes por grandes impactos na vida dos indivíduos, não apenas biológicos, mas de desenvolvimento intelectual e social

também. A nutrição nesse período pode determinar efeitos de saúde e bem-estar por toda a vida, não somente na infância, haja vista a plasticidade cerebral e rápidas mudanças fisiológicas desse período (PIETROBELLI et al., 2017), e o inverso também é verdadeiro, pois a exposição a fatores desfavoráveis pode ocasionar problemas de saúde para o resto da vida (CRYSTAL et al., 2018).

A perspectiva de atenção integral implica em desenvolvimento de vínculos constituídos entre a criança, o cuidador/família e o profissional responsável. Para a atenção integral à saúde da criança é preciso ofertar todos os serviços necessários para a resolução das demandas específicas, sejam elas na atenção primária, especializada, hospitalar, de urgência e emergência ou no apoio diagnóstico. De maneira que a PNAISC é norteadora por princípios (FIGURA 1) e diretrizes que estão em consonância com o Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e com o ODS (BRASIL, 2018a).

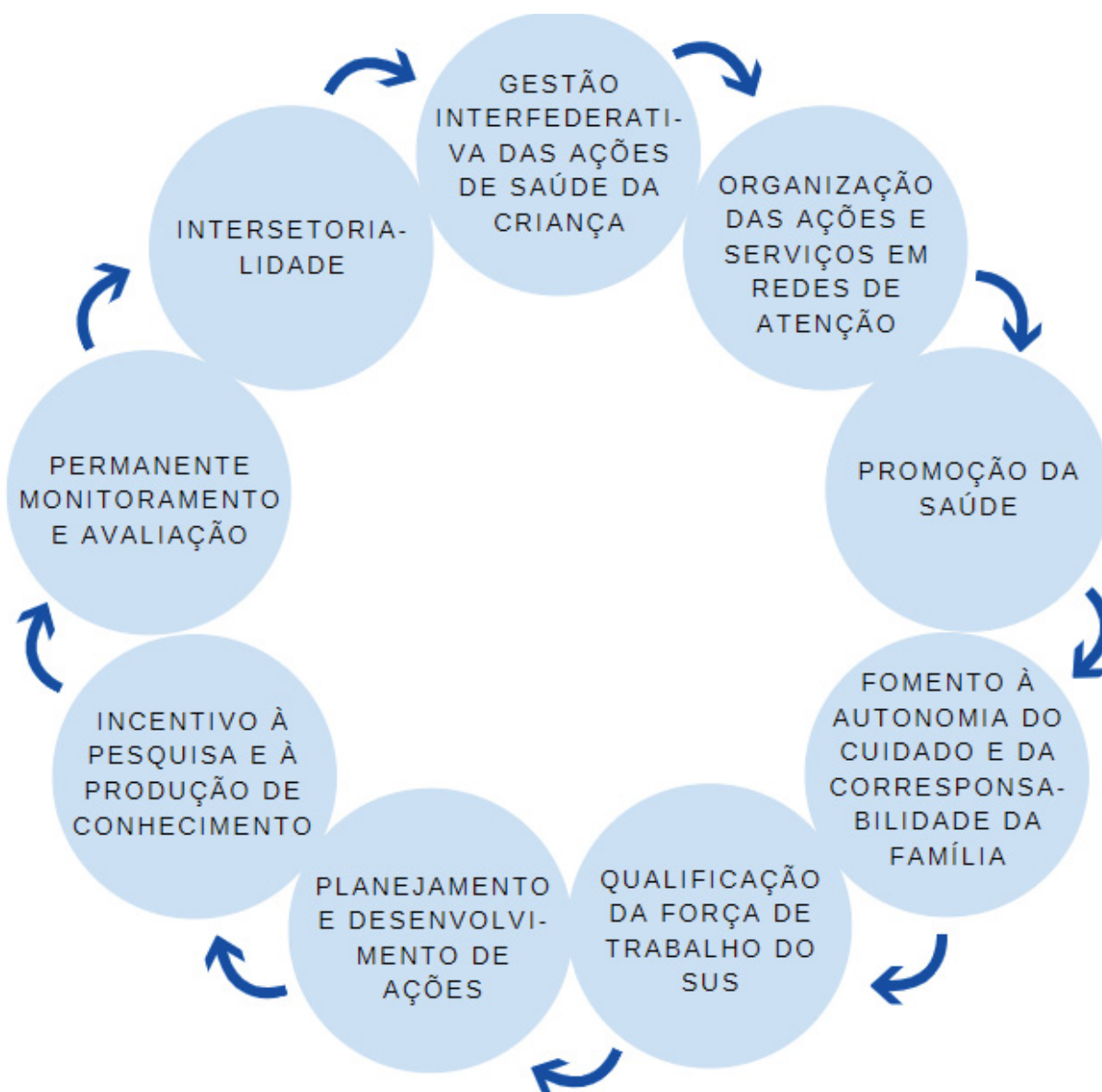
FIGURA 1 - PRINCÍPIOS DA PNAISC



FONTE: A autora (2021), adaptado de BRASIL (2018b).

Para que a PNAISC seja efetiva deve-se ter a participação e compromisso de todos. Os estados e municípios devem incluir as diretrizes (FIGURA 2) dessa política em seus planejamentos de saúde considerando a sua rede de atenção e os equipamentos de saúde disponíveis, para assim oferecer a atenção integral conforme também preconiza a diretriz do SUS contemplada desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 2015c).

FIGURA 2 - DIRETRIZES DA PNAISC



FONTE: A autora (2021), adaptado de BRASIL (2018b).

A PNAISC deve ser conduzida estrategicamente, pelos estados e municípios, por meio de sete eixos centrais que perpassam de forma humanizada todas as fases da infância (FIGURA 3), os quais possuem a finalidade de nortear as ações e os serviços de atendimento à saúde da criança, envolvendo toda a rede de atenção à saúde, como por exemplo, a Rede Cegonha, da Pessoa com Deficiência, de Urgência e Emergência, da Atenção Psicossocial e, de Doenças Crônicas (BRASIL, 2015c).

FIGURA 3 - EIXOS ESTRATÉGICOS DA PNAISC



FONTE: BRASIL (2018b).

Os eixos estratégicos são baseados em indicadores de mortalidade e morbidade infantil. Estes, visam atender às especificidades de saúde, doença e reabilitação das crianças, contemplando postos-chave da atenção à saúde, com ações de promoção à saúde, proteção de agravos e doenças (BRASIL, 2018b).

Estes buscam oferecer melhor qualidade de vida para todas as crianças, em especial às de maior vulnerabilidade, promovendo, assim, a equidade (BRANQUINHO; LANZA, 2018), sendo que os trabalhos articulados em rede são fundamentais para garantir a atenção às condições da criança, sejam elas biológicas, psíquicas ou sociais, sendo necessário um contínuo aprimoramento para o efetivo cuidado integral (YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018).

Nesse sentido, a enfermagem, por meio de ações de vigilância e promoção da saúde da criança, vem corroborando para a redução das vulnerabilidades, pois as ações executadas permitem o desenvolvimento e acompanhamento de indicadores da saúde da criança e compartilhamento de saberes, fortalecendo a interação entre saúde e direitos da criança (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

A IHAC pode ser entendida como partícipe dos eixos I e II, e na PNAISC ela é descrita como uma ação estratégica para o cumprimento do eixo II.

2.1.1 Aleitamento materno e alimentação complementar saudável descrita no eixo II – PNAISC

A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, e a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) estabeleceu que todos devem ter acesso à alimentação adequada ao seu ciclo de vida (BRASIL, 2006a). Dessa maneira, a amamentação está contemplada como Direito Humano a Alimentação Adequada e Saudável (DHAA). E, está subentendida como um direito no Marco Legal da Primeira Infância, instituído pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que fomenta e subsidia a criação de políticas públicas, programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças (BRASIL, 2016b).

Nesse contexto, esse eixo é ancorado

na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2015c, art. 6º, item II).

A amamentação é a base da vida, e o leite humano é considerado o alimento padrão ouro para o bebê devido à sua rica composição, sendo fundamental para o desenvolvimento ideal do RN. Além disto, garante segurança alimentar e nutricional nos primeiros anos de vida, com repercussões positivas e incomparáveis na saúde, ao longo de toda a vida (VICTORA et al., 2016; ROLLINS et al., 2016).

O leite humano é um alimento completo e único. A sua composição se modifica durante a mamada e ao longo da vida da criança, bem como de acordo com

a saúde do binômio mãe-bebê (WITKOWSKA-ZIMMY; KAMISKA-EL-HASSAN, 2017).

Nesse alimento é possível encontrar água, carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais (YANG et al., 2018), componentes imunológicos, hormônios, enzimas bioativas, fatores do crescimento (WITKOWSKA-ZIMMY; KAMISKA-EL-HASSAN, 2017). Além disso, é considerado um alimento probiótico e simbiótico, ou seja, possui qualidades nutricionais para que sua microbiota alcance estabilidade funcional (BRITO, FERRAZ, 2019).

Entende-se como AM quando a criança recebe o leite materno (LM) direto da mama ou ordenhado. Este pode ser classificado em aleitamento materno exclusivo (AME), quando a criança recebe somente o leite proveniente de sua mãe ou de Banco de Leite Humano (BLH), sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, minerais e medicamentos (WHO, 2009). Atualmente recomenda-se que a criança seja amamentada desde a primeira hora de vida e até os dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva nos primeiros seis meses (BRASIL, 2019a).

Evidências afirmam que iniciar a amamentação na primeira hora de vida potencializa o efeito protetor do LM (OPAS, 2016). Phukan, Ranjan e Dwivedi (2018) realizaram um estudo de base populacional na Índia, e observaram que a amamentação precoce pode evitar até 15% das mortes neonatais. Assim como no estudo realizado por Smith et al., (2017), em que foram demonstrados que o risco de mortalidade neonatal é elevado em 2,19 vezes quando o início da amamentação ocorre após 24 horas de vida do RN.

O AM é a estratégia que isoladamente mais previne mortes em crianças menores de cinco anos. O início precoce da amamentação e o AME durante os primeiros seis meses de vida evita cerca de 20% das mortes de RNs e, 13% das mortes de menores de cinco anos (BRASIL, 2015d), prevenindo anualmente mais de 820 mil mortes de crianças (VICTORA et al., 2016).

A literatura aponta evidências, que quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente até os cinco meses, o risco relativo de crianças menores de cinco anos morrerem por qualquer causa é 14 vezes maior em crianças não amamentadas, e o risco de morrer por doenças infecciosas é 8,6 vezes maior nesse público (SANKAR et al., 2015).

O AME também reduz a morbidade neonatal e, conseqüentemente, o tempo de hospitalização. Além disso, é capaz de promover um ótimo neurodesenvolvimento,

sendo está a intervenção reconhecida pelos especialistas como a mais efetiva em custo-benefício para reduzir a morbimortalidade de crianças menores de cinco anos (VICTORA et al., 2016).

O AM diminui ainda o risco de doenças agudas como infecções respiratórias, asma, otite média, diarreia, gastroenterite, desnutrição e outras doenças crônicas não transmissíveis (VICTORA et al., 2016; KHAN; ISLAM, 2017). Além de proporcionar a melhora do quociente de inteligência, e aumentar ao longo da vida a produtividade e a renda (VICTORA et al., 2015; LUBY et al., 2016).

Destarte, o LM corrobora para a colonização intestinal, e consequentemente auxilia na promoção de tolerância e proteção para iniciar a introdução alimentar complementar (ODDY, 2017). A formação de hábitos alimentares saudáveis na primeira infância é estratégia fundamental para o bom desenvolvimento de crianças, prevenção de obesidade e de outras doenças crônicas na vida adulta (BRASIL, 2019a). Nessa perspectiva, Passanha, Benício e Venâncio (2018) analisaram os dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (PPAM) e observaram que em lactentes amamentados, o consumo de bebidas e alimentos adoçados foi menor.

Para as nutrizes, o AM pode evitar 20 mil mortes de mulheres por câncer de mama e estima-se que o risco dessa doença seja reduzido em 6% a cada 12 meses de amamentação, além disso, diminui o risco de Câncer de Ovário, Diabetes tipo II e Depressão Pós-parto, bem como contribui para um maior espaçamento entre as gestações e para a mulher retornar ao seu peso mais rapidamente (VICTORA et al., 2016).

Ainda, há benefícios para a saúde cardiovascular da mulher e, com a liberação de ocitocina, pode-se reduzir os níveis de estresse e elevar o vínculo entre o binômio mãe-bebê (NGUYEN; JIN; DING, 2017). Nesse contexto, o AM também pode contribuir indiretamente para a formação de uma sociedade com menos desigualdades e com maior qualidade de vida devido ao aumento da saúde física, emocional e social (VICTORA et al., 2016; PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

Os benefícios da prática da amamentação não se restringem à qualidade de vida e saúde da criança e da mulher, há também o impacto econômico. Rollins et al., (2016) destacam que a não amamentação acarreta perdas econômicas de cerca de US\$ 302 bilhões ao ano, ou 0,49% do rendimento nacional bruto mundial, em decorrência de déficits cognitivos associados com práticas de alimentação infantil.

Uma metanálise realizada com objetivo de demonstrar o potencial de reduções de custos com internação em decorrência do aumento dos índices de AME e AM evidenciou que o Brasil poderia reduzir significativamente os gastos com tratamentos de doenças na infância. A pesquisa indicou que, se os índices de AME e AM tivessem elevação de 10%, a redução de gastos seria de pelo menos 1,8 milhão de dólares, e essa redução poderia ser de pelo menos seis milhões de dólares se esses índices fossem elevados para 90% (ROLLINS et al., 2016). Além disso, a amamentação reduz as taxas de absenteísmo materno em decorrência da diminuição de adoecimento das crianças, e consequentemente acarreta economia aos empregadores (UNICEF, 2011b).

Há que se pontuar também que o LM é de origem e fonte sustentável e renovável, assim, não amamentar também eleva custos ambientais, visto que, para a fabricação de um quilograma de pó de fórmula infantil, é necessária a utilização de aproximadamente 4.000 litros de água, além disso, há a produção de diversos poluentes do ecossistema.

Estima-se que anualmente, nos EUA, aproximadamente 550 milhões de latas sejam descartadas como lixo na natureza, o equivalente a 86.000 toneladas de metal e 364.000 toneladas de papel (ROLLINS et al., 2016). Assim, o estímulo ao AM também contribui para alcançar o ODS número 12, que recomenda aos países “assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis para limitar o aquecimento global e as mudanças climáticas que assolam nosso planeta” (UNITED NATIONS, 2015).

Apesar do exposto acima, estima-se que o Brasil esteja entre os países com maiores taxas de crescimento no consumo de substitutos do LM no mundo, com estimativas de crescimento de 6,8% no período de 2014 a 2019 (ROLLINS et al., 2016). De acordo com o relatório preliminar do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) 2019 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO [UFRJ], 2020), a prevalência do AME no Brasil é de 45,7%, sendo essa prática mais frequente na Região Sul, com 53,1%; já para o AM até os dois anos de idade a pesquisa demonstrou que 60,9% das crianças brasileiras haviam sido amamentadas no dia anterior, sendo na Região Sul 56,2%.

Ao comparar o ENANI – 2019 com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS) realizada nos anos de 1986, e 2006, percebe-se que, durante esses 34 anos, de 1986 a 2019, houve um aumento de 42,8% no AME, o que significa um

aumento de cerca de 1,2% ao ano (UFRJ, 2020). Apesar da prática de AM estar aumentando no Brasil, a sua duração ainda é menor do que a recomendada, em cada três crianças menores de seis meses duas já receberam algum outro tipo de leite, e uma em cada três não recebem leite materno até os dois anos de idade (BRASIL, 2019a).

Conforme o exposto é possível observar que o Brasil está aquém da meta global de nutrição proposta para 2025, a qual foi endossada pela Resolução *World Health Assembly* (WHA) 65.6 da Assembleia Mundial da Saúde realizada em 2012, trazendo como objetivo ter, até 2025, pelo menos 50% das crianças em AME nos primeiros seis meses de vida (WHO, 2020).

Nesse contexto, salienta-se o papel da enfermagem para o sucesso do AM e AME, pois possui conhecimento, competência clínica, habilidades profissionais, escuta sensível e acolhedora, e é o profissional que tem em sua prática um relacionamento estreito com as mulheres, visto que realiza o acompanhamento durante a gestação, parto e puerpério, promovendo atividades de educação em saúde, atuando como facilitador e fortalecedor das estratégias de apoio, proteção e promoção do AM (CAVALCANTE et al., 2019; PEREIRA et al., 2019; WAGNER et al., 2020).

Em vista disso, o AM é um recuso nacional (UNICEF, 2011b), e para mantê-lo fazem-se necessários o compromisso e o investimento ativo dos governos, sociedade civil, e toda a população em políticas que promovam, protejam e apoiem a amamentação, caso contrário, as gerações futuras terão como consequência grandes perdas e custos (ROLLINS et al., 2016; KIM et al., 2018). Por isso, é imprescindível a realização de capacitações constantes para consolidar os saberes e aperfeiçoar os processos de trabalho dos profissionais que estão inseridos no serviço de saúde (CAVALCANTE et al., 2019).

Em 2016, uma pesquisa que analisou dados sobre AM de 153 países destacou as políticas públicas do Brasil. Nos resultados foram ressaltadas as ações e programas direcionados simultaneamente para serviços, suportes individuais, medidas legislativas e campanhas de mobilização social de promoção do AM (ROLLINS et al., 2016).

A pactuação de uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao AM visa reforçar, adequar, ampliar e integrar intervenções e estratégias relacionadas ao AM com vistas à sua consolidação como uma política de Estado (BRASIL, 2017).

Algumas ações da política nacional de AM são transversais e intersetoriais, como a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA), que tem por objetivo apoiar as mulheres que trabalham fora de casa e desejam continuar amamentando os seus filhos mesmo após o retorno ao trabalho (BRASIL, 2015e; 2017).

Nos níveis de atenção à saúde outras ações, iniciativas e estratégias são realizadas. Na Atenção Primária em Saúde (APS), destaca-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que capacita profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de promover a prática do AM e alimentação complementar saudável para crianças até dois anos, e consequentemente de melhorar o hábito alimentar das famílias (BRASIL, 2017; 2020).

Na Atenção Secundária e Terciária existem a IHAC, a Rede de Bancos de Leite Humano (rBLH) e o Método Canguru, voltados aos RNs de baixo peso. Essas ações dentro dos estabelecimentos de saúde proporcionam o AM no início da vida, aumentando a chance de sucesso da amamentação (BRASIL, 2017).

Uma estimativa de impacto da IHAC comprovou que o aumento da prevalência do AM na primeira hora de vida reduziu em 13% as mortes neonatais tardias e em 13,1% a taxa de mortalidade infantil por infecções (SILVA et al., 2020). Além disso, outra estimativa demonstrou que a promoção do AM em menores de seis meses reduziu as mortes em 3,5%, e as por causas relacionadas a infecções foram reduzidas em 4,2% (SILVA et al., 2018a). Dessa forma, evidencia-se que a IHAC corrobora para alcançar os ODS, e em especial a meta 3.2 do objetivo três citada anteriormente (UNITED NATIONS, 2015).

De acordo com a II PPAM, realizada pelo MS em 2008, os índices de AM são melhores em crianças que nasceram em HAC, quando comparadas com crianças que nasceram em hospitais que não são habilitados nessa iniciativa, com a mediana de duração do AME de 60,2 dias em HAC e 48,1 dias nos demais hospitais. E ainda, os RNs que nascem em HAC têm 9% mais chances de serem amamentados na 1ª hora de vida (BRASIL, 2009), o que demonstra que o incentivo ao AM ocorre em maiores proporções e é mais eficaz em HAC (SILVA et al., 2020). Assim, ao estimular o AM, a IHAC também contribui para aumentar a sobrevivência infantil (SILVA et al., 2018b), promove o vínculo entre o binômio mãe-bebê, o afeto e a proteção para a criança (UNICEF, 2011b).

Ortelan, Venancio e Benicio (2019) destacam o efeito positivo e independente sobre o AME em crianças que nasceram com baixo peso em HAC, evidenciando a necessidade de expansão da cobertura dessa estratégia. Ressalta-se ainda, a importância da ampliação IHAC para fortalecer e favorecer o início precoce do aleitamento materno na primeira hora de vida (SOUSA et al., 2017).

Ressalta-se que, apesar do Brasil ter em seu escopo várias iniciativas que defendem o AM, é necessário que as políticas públicas sejam implementadas e efetivas, para assim fortalecer a rede de apoio ao AM, pois a responsabilidade da amamentação deve ser compartilhada com a rede de apoio dessa família e toda a sociedade (WAGNER et al., 2020).

2.2 INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

2.2.1 Histórico

A estratégia internacional IHAC foi concebida pela OMS e pela UNICEF da ONU em 1992, é uma das ações criadas a partir do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, que ocorreu em 1990 em Florença, na Itália (OMS, 1990; UNICEF, 2011a).

Nesse encontro foram discutidos mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para apoio, promoção e proteção ao AM. Para isso, a OMS e a UNICEF emitiram a “*Declaração de Innocenti*”, que reconheceu a importância do AM como processo único, capaz de reduzir a mortalidade infantil e beneficiar à saúde da mulher. Assim, foram estabelecidas um conjunto de medidas intitulado “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e adotou o Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de LM.

E, assim, encorajou e apoiou as autoridades no planejamento e implementação das políticas de AM, respaldando pesquisas e a elaboração de planos de ação com metas específicas, incluindo avaliações e acompanhamento global (OMS, 1990; UNICEF, 2011a).

A IHAC iniciou com a participação de 12 países – incluindo o Brasil, o qual é um dos países líderes em hospitais com título de Amigo da Criança (WHO, 2008). O Brasil assumiu compromisso formal de tornar os 10 Passos uma realidade em seus hospitais (BRASIL, 2017). Isso ocorreu a partir da assinatura de acordos internos e

externos para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos às gestantes, puérperas e RNs, com o intuito de reduzir a mortalidade materna e morbimortalidade infantil (BRASIL, 2014).

Assim, o objetivo dessa iniciativa é transformar as práticas, políticas e estruturas dos serviços de saúde para apoiar o AM por meio da implementação dos 10 Passos para o Sucesso do AM, bem como a adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do LM (BRASIL, 2017).

No Brasil, o primeiro estabelecimento de saúde habilitado foi o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), no ano de 1992 (LAMOUNIER et al., 2019). Já no Paraná, a implantação dessa estratégia iniciou-se em 1996, quando dois hospitais de Curitiba foram habilitados (BRASIL, 2016a).

Essa iniciativa tem crescido, atualmente está implantada em 156 países, com mais de 20 mil estabelecimentos de saúde com o título de Amigo da Criança (WHO, 2009; UNICEF, 2011a), desses, 323 são do Brasil, sendo 21 localizados no Paraná (BRASIL, 2021a).

2.2.2 Revisões e atualizações da IHAC

A OMS e a UNICEF lançaram, em 2009, uma versão da IHAC atualizada e expandida para o cuidado integral do binômio mãe-bebê, a qual incluiu: consultórios Amigos da Criança; Comunidade Amiga da Mãe e da Criança; unidades neonatais Amigas da Criança; alimentação complementar Amiga da Criança; além de diretrizes para mães que não amamentam (WHO, 2009).

Com o propósito de garantir atendimento adequado e oportuno para mães e RNs, em 2018, foi publicada a atualização do Guia de Implementação da IHAC, cujo teor diz respeito à alimentação ideal do RN para promover sua saúde e desenvolvimento. Bem como, apresenta orientações para a coordenação e gestores da IHAC em nível nacional, especialmente no que diz respeito à integração dos 10 Passos em outros programas e iniciativas para mães e RNs (WHO, 2018a).

Desde 1989, essa foi a primeira vez em que os 10 Passos foram atualizados. A versão de 2018, conforme o QUADRO 1, atualizou cada Passo de acordo com as diretrizes baseadas em evidências e com a política global de saúde pública. Foram organizados em dois grupos, um direcionado a procedimentos institucionais e de gestão necessários para garantir que os cuidados sejam prestados de maneira

consistente e ética, outro direcionado para atendimentos clínicos de mães e bebês (WHO, 2018a).

QUADRO 1 - 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO – REVISÃO 2018

Procedimentos de gerenciamento crítico	Passo 1	1a- Cumprir plenamente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde;
		1b- Ter uma política de alimentação infantil escrita que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais;
		1c- Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados;
	Passo 2	Garantir que os profissionais de saúde tenham conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação;
Práticas clínicas para o binômio	Passo 3	Discutir a importância e o manejo da amamentação com gestantes e suas famílias;
	Passo 4	Facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciarem a amamentação o mais rápido possível após o nascimento;
	Passo 5	Apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e superar dificuldades mais comuns;
	Passo 6	Não fornecer aos RN amamentados outros alimentos ou líquidos além do leite materno, a menos que seja uma indicação médica;
	Passo 7	Possibilitar que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia;
	Passo 8	Apoiar as mães a reconhecerem e responderem aos sinais e reações dos seus filhos para a alimentação;
	Passo 9	Aconselhar as mães quanto ao uso apropriado e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas;
	Passo 10	Coordenar a alta hospitalar para que os pais e seus filhos tenham acesso adequado à assistência e cuidados contínuos.

FONTE: A autora (2021), adaptado de WHO (2018a).

As principais mudanças ocorreram no Passo 1, com a inclusão do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do LM e do monitoramento interno para ajudar a manutenção dos 10 Passos, como sub-passos, Passo 1a e 1c, respectivamente; no Passo 2 com o treinamento focado na avaliação dos conhecimentos, habilidades e competências da equipe de saúde para apoiar o AM, ao invés de insistir em uma capacitação específica.

Em relação às práticas clínicas para o binômio as mudanças foram no Passo 5 (manejo do AM), focado nas questões de posicionamento, sucção e garantia de que a mãe esteja preparada para potenciais dificuldades da amamentação; no Passo 9,

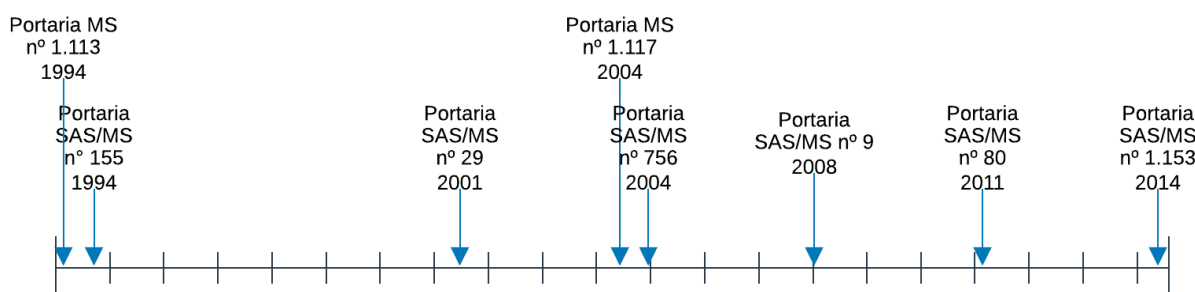
ao não proibir e sim aconselhar sobre a utilização de chupetas, bicos e mamadeiras; e no Passo 10, enfocando a alta qualificada, responsabilizando a instituição por realizar encaminhamentos, coordenar e trabalhar para o aumento do apoio da comunidade para a amamentação, mais do que a criação específica de grupos de apoio de mãe para mãe (WHO, 2018a).

Salienta-se que essa revisão foi realizada pela OMS e ainda não foi incorporada nas diretrizes brasileiras.

2.2.3 Legislação - portarias referentes à IHAC no Brasil

A implantação da IHAC no Brasil foi iniciada em 1992, e ao longo dos anos apresentou irregularidade nas taxas de crescimento (UNICEF, 2011a), bem como houve mudanças nos critérios de habilitação dessa estratégia, haja vista as oito portarias (FIGURA 4) publicadas tendo a IHAC como objeto de interesse (BRASIL, 2017).

FIGURA 4 - LINHA DO TEMPO DAS PORTARIAS REFERENTES À IHAC NO BRASIL



FONTE: A autora (2021), adaptado de Brasil (2017).

Em grande parte, essa irregularidade de crescimento está atrelada às legislações e critérios para habilitação de cada período (LAMOUNIER et al., 2019). Em 1994, houve a publicação da primeira legislação a respeito da IHAC, a Portaria MS nº 1.113, de 15 de junho de 1994, que “Assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto e pré-natal, aos hospitais Amigos da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1994a).

Em seguida estabeleceram os primeiros critérios para habilitação por meio da Portaria SAS/MS nº 155, de 14 setembro de 1994. Desde o início da implantação até

1994, era necessário cumprir os 10 Passos para o Sucesso do AM e não aceitar doações de fórmulas infantis, e de 1995 até 2000, a apresentação do registro da taxa de cesariana também passou a ser necessário (BRASIL, 1994b).

Com a Portaria SAS/MS nº 29, de 22 junho de 2001, as normas para o processamento de credenciamento e descredenciamento dos HACs foram atualizadas. Assim, para ser IHAC, de 2001 a 2013, era necessário cumprir os 10 Passos para o Sucesso do AM, apresentar o registro da taxa de cesarianas, não responder a sindicância no SUS, dispor de profissional habilitado para assistência à mulher e criança na maternidade e sala de parto, possuir comissão de estudo de mortalidade materna e neonatal implantada e atuante, e apresentar tempo mínimo de permanência hospitalar de 24 horas para parto normal e 48 horas para cesariana (BRASIL, 2001; 2004a; 2011a).

Em 2004, com a Portaria MS nº 1.117, houve a atualização dos valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigos da Criança (BRASIL, 2004a), e no mesmo ano, a Portaria SAS/MS nº 756, atualizou a normas para o processo de habilitação (BRASIL, 2004b).

Em 2008, a Portaria SAS/MS nº 9, alterou a redação do critério nº 8, constante das Normas para o Processo de Habilitação do HAC, o qual dizia respeito ao registro da taxa de cesarianas (BRASIL, 2008). Em 2011, a Portaria SAS/MS nº 80, de 24, atualizou todas as normas para credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento da IHAC (BRASIL, 2011a).

Assim, além dos critérios mencionados anteriormente, para ser habilitado como HAC, de 2004 a 2013, também era necessário comprovar cadastro no CNES, cumprir a NBCAL, garantir que ao menos 70% dos RNs tivessem alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, e permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto (BRASIL, 2004a; 2011a). E, em virtude da dificuldade de cumprimento dos critérios aqui mencionados, após 2005 observou-se uma desaceleração no número de habilitações (ARAÚJO et al., 2019; LAMOUNIER et al., 2019).

A última atualização de legislação da IHAC no Brasil ocorreu em 2014 após a publicação da Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, que, além de renovar os critérios para habilitação, também reformulou o processo de avaliação externa (BRASIL, 2014), a qual incorporou a atualização realizada pela OMS em 2009.

De acordo com essa Portaria, durante o processo de transição o MS manteria dois códigos de habilitação no CNES, o novo 1416 e o antigo 1404, que seria extinto

até maio de 2018 (BRASIL, 2014). Porém, até a presente data, os dois códigos permanecem ativos no CNES. No Brasil há 209 (65%) estabelecimentos de saúde habilitados no novo código e 115 (35%) permanecem no antigo, e no Paraná há nove (43%) HACs no novo código e 12 (57%) no antigo (BRASIL, 2021a).

2.2.4 Critérios vigentes para habilitação

Conforme exposto acima, com o passar do tempo os critérios para ser habilitado como HAC no Brasil mudaram, porém os critérios globais mínimos sempre foram respeitados e mantidos (LAMOUNIER et al., 2019). De acordo com a UNICEF e a OMS, além dos critérios globais mínimos – 10 Passos para o Sucesso do AM e o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do LM – há também os critérios opcionais – apoio a mulheres “*Human Immunodeficiency Virus*” (HIV) positivas, “Alimentação para Lactentes” e “Cuidado Amigo da Mãe” – ficando a cargo de cada autoridade do país decidir incorporá-los ou não (UNICEF, 2011a).

O Brasil optou por incorporar somente um critério opcional, o “Cuidado Amigo da Mãe”. Assim, desde 2014, para ser habilitado como HAC o estabelecimento de saúde deve cumprir quatro critérios e, para ser considerado aprovado nesse requisito, cada critério possui um percentual mínimo de cumprimento. Os dois critérios globais, 10 Passos para o Sucesso do AM (QUADRO 2) e a NBCAL, necessitam de 80% de aprovação para ser considerado cumprido. E, por serem critérios novos, a “Permanência da mãe ou pai do RN 24 horas por dia e livre acesso para ambos” (PRN) e o “Cuidado Amigo da Mulher” (CAM) necessitam de 30% de aprovação (UNICEF, 2010a; BRASIL, 2014).

QUADRO 2 - 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

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

FONTE: A autora (2021), adaptado de UNICEF (2011b) e BRASIL (2014a).

Evidências científicas demonstram que a implementação dos 10 Passos possui influência no início da amamentação, desempenhando papel significativo no aumento das prevalências de amamentação exclusiva, além de contribuir na duração do AM (PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016; FELTNER et al., 2018; MARTINS et al., 2018; WHO, 2018b).

Alguns estudos ressaltam que, quanto mais Passos cumpridos pelo hospital, maior o impacto em promover a amamentação (PASSANHA et al., 2015; BABAKAZO et al., 2015), em especial o Passo 10 (apoio ao AM pós alta) (PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016). Em uma revisão integrativa foi possível observar que práticas preconizadas pela IHAC são promotoras do AME no meio hospitalar, sendo elas o Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), Passo 5 (manejo do AM), Passo 6 (não ofertar substitutos do LM) e Passo 7 (alojamento conjunto) (MARTINS et al., 2018).

Destaca-se que para atingir o sucesso do AM a enfermagem deve estar engajada nesse processo, iniciando com o pré-natal, cumprimento e estímulo ao cumprimento dos 10 Passos e acompanhamento no puerpério e puericultura. Deve-

se envolver não apenas a gestante e puérpera, mas também a família (WAGNER et al., 2020).

Assim se torna possível que a enfermagem desenvolva e promova assistência de maneira holística, com apoio assistencial e emocional e, principalmente, autoconfiança para a mulher (WAGNER et al., 2020).

Em 1988, baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, elaborado em 1981 pela OMS, criou-se a NBCAL, que sofreu diversas revisões até chegar a sua última versão publicada em 2006 (BRASIL, 2006b), sendo posteriormente sancionada pela Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, a qual foi regulamentada pelo Decreto nº. 9.579, de 22 de novembro de 2018 (BRASIL, 2018e).

A NBCAL é um importante instrumento de proteção legal do AM, dessa maneira, o respeito à norma pelos profissionais de saúde e pela própria instituição se faz extremamente necessário para somar esforços dirigidos ao incentivo do AM. No Brasil o maior aumento da prevalência de AM ocorreu na década de 90, período em que houve a implantação da IHAC e implementação do Código de proteção contra o *marketing* de substitutos do LM (ROLLINS et al., 2016).

Assim, evidencia-se a importância dos enfermeiros como promotores do AM auxiliando no fortalecimento e eficácia das políticas públicas de saúde que promovem e protejam o AM (WAGNER et al., 2020) como é o caso da NBCAL que regula a propaganda de substitutos do LM a qual as famílias são expostas.

A política de AM descrita no Passo 1 deve ser elaborada pelo HAC e necessita conter o CAM, que corresponde às boas práticas de assistência e atenção ao parto e nascimento, ou seja, deve:

garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade (BRASIL, 2014, art. 7º, item IV).

Uma revisão de literatura demonstrou que é indispensável à presença e atuação do enfermeiro obstetra para efetivar as boas práticas de assistência e atenção ao parto e nascimento, haja vista que são profissionais que contribuem para o parto humanizado com uma assistência individualizada (LOPES; AGUIAR, 2020).

Ressalta-se que o enfermeiro obstetra possui competência e conhecimentos técnicos e científicos para realizar a humanização do cuidado nesse momento tão importante na vida do binômio mãe-bebê, qualificando o trabalho em equipe quando há a participação efetiva desse profissional (HORA et al., 2021).

O PRN está previsto na Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que “Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS” (BRASIL, 2012a). Luz et al., (2019) evidenciaram que a permanência dos pais em unidade neonatal contribui significativamente para o reestabelecimento da saúde do bebê e possibilita o fortalecimento do laço afetivo, a transferência de calor e transmissão de segurança e aconchego.

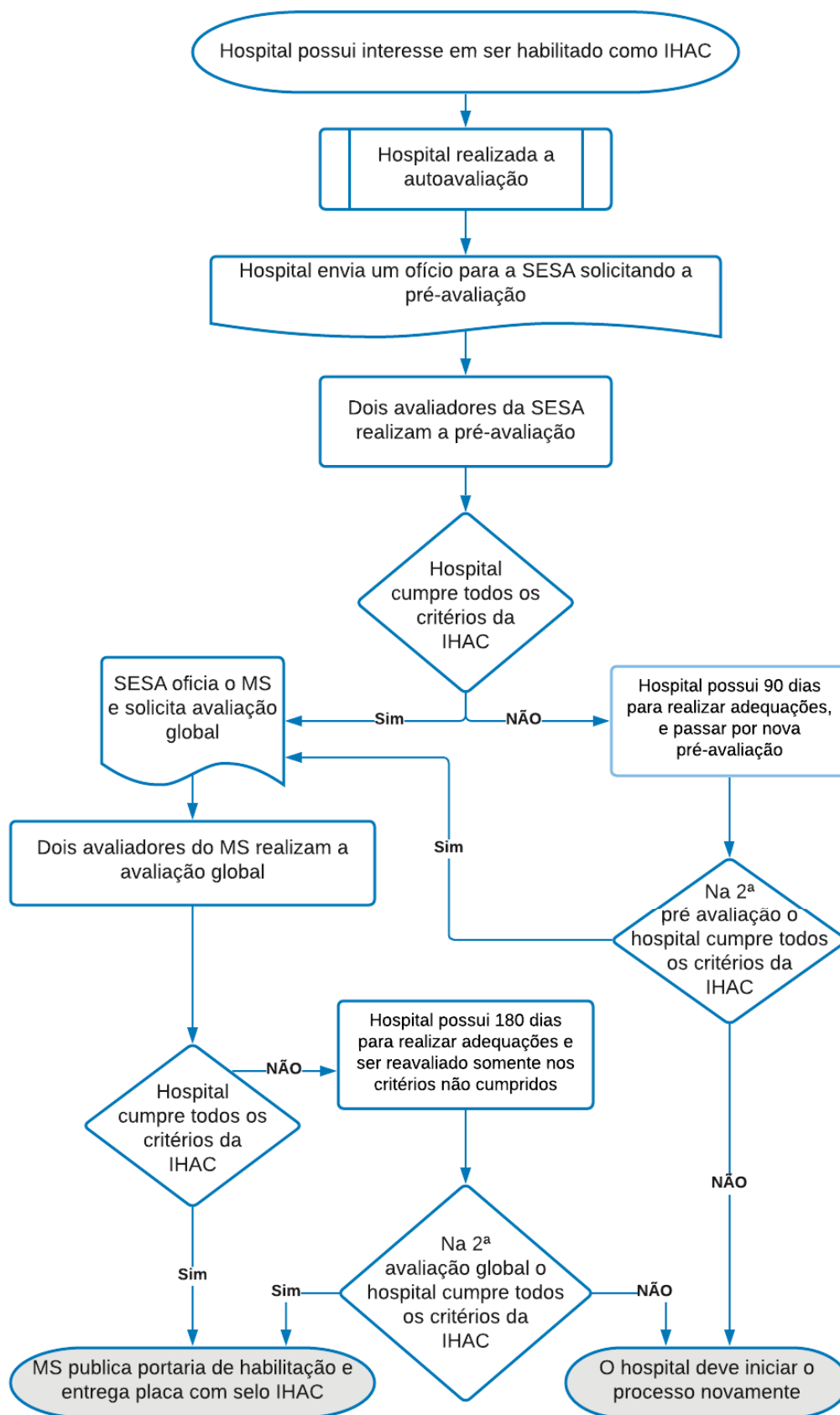
Ressalta-se que além da importância desse livre acesso, faz-se necessário também envolver o responsável pela criança no cuidado ofertado, para que esses sintam-se participantes e ativos. Considera-se que o hospital, e principalmente a unidade neonatal sejam ambientes estranhos e que afasta a família do seu cotidiano. A enfermagem possui papel fundamental na extensão desse olhar diferenciado e acolhedor para a mãe ou pai do RN, elaborando planos de cuidado que os envolvam e, tornando o processo de hospitalização mais adaptável (ALMEIDA et al., 2018).

2.2.5 Processo de habilitação

Para ser habilitado como HAC o estabelecimento de saúde passa por três etapas (FIGURA 5). A etapa inicial consiste na realização de uma autoavaliação, a qual ajudará o estabelecimento a identificar o grau de cumprimento dos requisitos necessários para habilitação, bem como os itens com possibilidades de melhorias, permitindo que os gestores hospitalares tenham uma visão quanto às suas ações de promoção do AM e aos demais critérios da IHAC. Após a realização dessa etapa, o hospital solicita via ofício à Secretaria de Estado da Saúde (SES) a pré-avaliação, que será realizada por um ou dois avaliadores do próprio estado, porém externos em relação ao estabelecimento de saúde (UNICEF, 2010a; 2010b).

A pré-avaliação é de fundamental relevância, visto que os estabelecimentos podem não estar cumprindo integralmente todos os critérios, assim, os avaliadores externos podem sugerir as melhorias que se fizerem necessárias, por isso, é imprescindível que o avaliador externo não possua vínculo ou ligação com o hospital, garantindo a imparcialidade, bem como a ausência de conflito de interesse (UNICEF, 2010a; 2010b).

FIGURA 5 - PROCESSO DE HABILITAÇÃO IHAC



FONTE: A autora (2021), adaptado de UNICEF (2011a, 2011b).

Quando o hospital não passa na 1ª pré-avaliação é disponibilizado um prazo de 90 dias para as adequações necessárias, sendo feita uma nova pré-avaliação. Ao verificar que o hospital foi aprovado em todos os critérios, a SES solicita ao MS a avaliação global, a qual consiste em uma avaliação externa semelhante à pré-avaliação, porém, essa é realizada por avaliadores externos indicados pelo MS, e minimamente um dos avaliadores não deve ser do próprio estado.

Quando o hospital não passa nessa primeira avaliação global, é dado um prazo de 180 dias para se adequar, e então há uma nova avaliação global, porém dessa vez são avaliados apenas os critérios que não foram cumpridos na primeira avaliação global. Se mesmo assim o estabelecimento de saúde não for aprovado na avaliação global, deve-se iniciar todo o processo novamente (UNICEF, 2010a; 2010b).

Com exceção da autoavaliação, todas as avaliações para habilitação e manutenção da iniciativa utilizam instrumentos que versam sobre a revisão das políticas e rotinas hospitalares que dizem respeito à IHAC, entrevistas com as gestantes, puérperas e trabalhadores do corpo clínico e não clínico, bem como observações nos setores de atendimentos a gestantes, puérperas e RNs. Esses instrumentos são divididos em três partes (UNICEF, 2010a; 2010b; ARAÚJO et al., 2019).

A parte I corresponde à análise dos dados do hospital, materiais impressos, bem como entrevista com o diretor/responsável pelo hospital a fim de verificar os procedimentos realizados no hospital em relação ao AM e alimentação de lactentes.

A parte II envolve a entrevista com gestantes, puérperas de alojamento conjunto e unidade neonatal, bem como o corpo clínico e não clínico.

A parte III refere-se ao preenchimento de formulários com os resumos dos dados obtidos nas etapas anteriores, para, assim, visualizar a porcentagem de cumprimento dos critérios (UNICEF, 2010a; 2010b; ARAÚJO et al., 2019).

Ao constatar que o hospital atingiu todos os requisitos para a habilitação, ou seja, foi aprovado em todos os critérios da avaliação global, é publicada em diário oficial a habilitação como HAC. Após essa publicação, o estabelecimento de saúde recebe uma placa de certificação da iniciativa com validade de três anos indicada no selo afixado à placa (UNICEF, 2010a; 2010b).

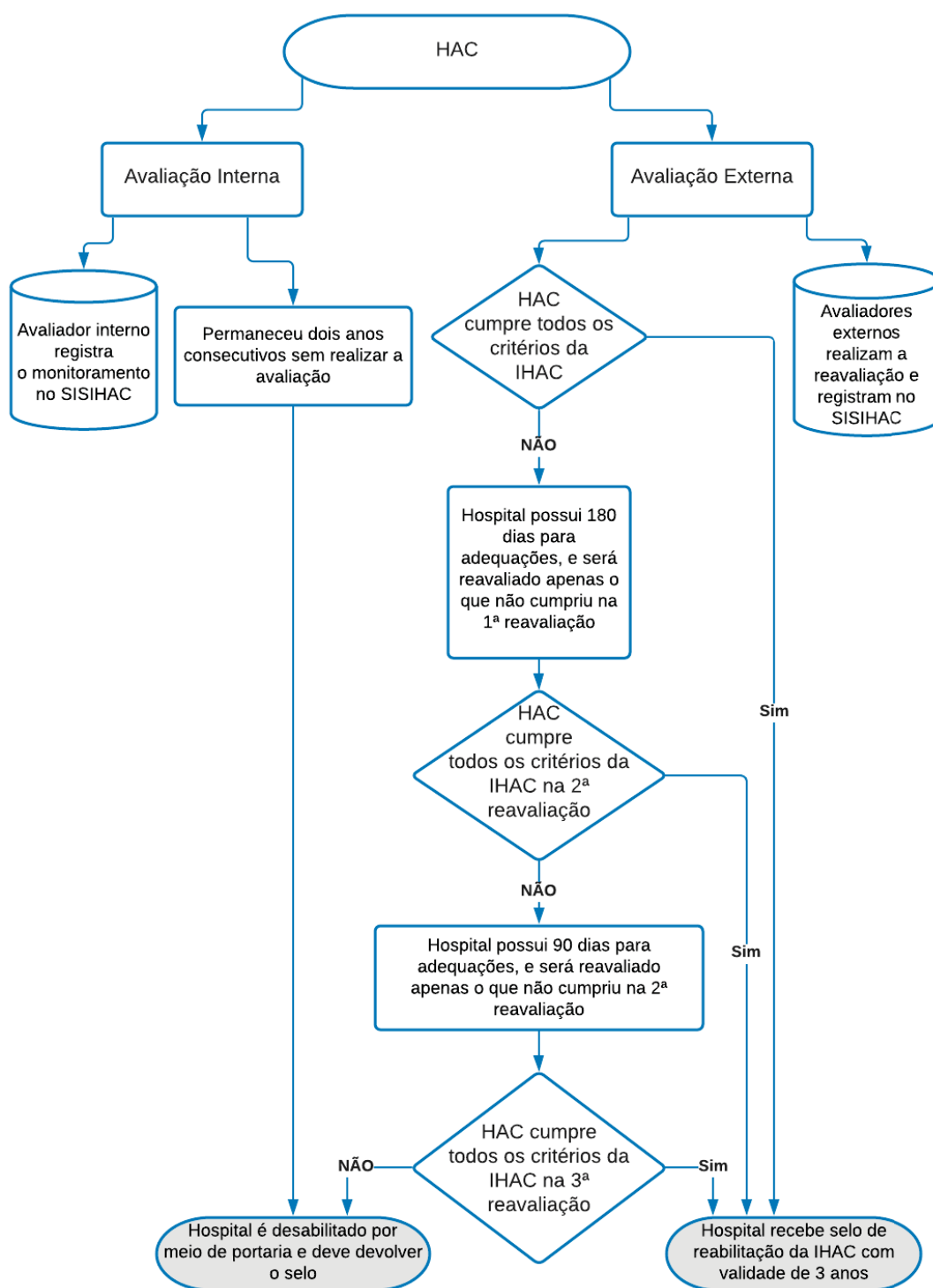
Ser habilitado como HAC é ser acreditado como um estabelecimento de saúde que possui padrões de qualidade na promoção, proteção e apoio ao AM, bem como de boas práticas de parto e nascimento (LAMOUNIER et al., 2019).

2.2.6 Manutenção da habilitação

A habilitação como HAC possui validade de três anos devido à necessidade de constantes monitoramentos e avaliações para garantir o padrão de qualidade do estabelecimento em relação às ações de AM (ARAÚJO et al., 2019). Aponta-se que a qualidade é um processo dinâmico e ininterrupto, sendo necessária uma constante identificação das falhas nas rotinas e nos procedimentos, os quais devem ser periodicamente revisados (SANTOS; FIATES; ROCHA, 2019). O processo de monitoramento e avaliação é uma importante etapa do ciclo da política pública, possibilitando identificar potencialidades e desafios, para posterior aperfeiçoamento (SOUSA, 2018).

Assim, o Brasil estabeleceu na Portaria nº 1.153, de 2014, que esse acompanhamento periódico deve ser realizado em todos os hospitais HAC (FIGURA 6), pois antes de maio de 2014 apenas 10% dos HACs eram reavaliados, sendo que a amostragem ocorria por sorteio, e a avaliação externa era feita pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e AM do MS (BRASIL, 2011a).

FIGURA 6 - FLUXOGRAMA MANUTENÇÃO DE HABILITAÇÃO DA IHAC



FONTE: A autora (2021), adaptado de UNICEF (2011a, 2011b).

Para sistematizar o processo de monitoramento da IHAC, em 2010 foi incorporado o sistema *web* de monitoramento de informação da IHAC, denominado SISIHAC. Este sistema possibilita a realização do registro das avaliações internas,

externas e globais, sendo ainda possível a emissão de relatórios. Dentro desse os acessos são diferenciados em perfis, como: do hospital, do avaliador externo, da coordenação estadual e municipal da IHAC e do MS. Todos os hospitais que manifestam interesse em ser um HAC são registrados no sistema pelo MS (BRASIL, 2021b).

2.2.6.1 Avaliação interna

A avaliação interna também pode ser denominada de automonitoramento. Após a habilitação essa deve ser realizada anualmente, por um profissional indicado pelo HAC, denominado como avaliador interno, e por meio dessa avaliação é possível identificar descumprimentos dos critérios, e pode-se solicitar o apoio da SES para auxiliá-lo com treinamentos e orientações. Assim, mantém-se o padrão de qualidade de atendimento. Ressalta-se que não existem penalidades em relação aos resultados negativos da avaliação interna, porém, se esta não for realizada pelo prazo consecutivo de dois anos o estabelecimento de saúde será desabilitado (UNICEF, 2010a; 2010b).

Uma avaliação descritiva demonstrou que 143 HACs realizaram a avaliação interna todos os anos entre 2010 e 2015, e mais de 90% dos HACs cumpriram os Passo 1 (política escrita), Passo 6 (não ofertar substitutos do LM), Passo 7 (alojamento conjunto) e Passo 10 (apoio ao AM pós alta), e apenas 64,1% cumpriram o Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM). Com relação aos demais critérios, os resultados foram 86,4% NBCAL, 71,4% CAM e 90,4% PRN, ressalta-se que de 2010 a 2013 os critérios CAM e PRN não faziam parte da avaliação (ARAÚJO et al., 2019).

2.2.6.2 Avaliação externa

Já a avaliação externa, que também é denominada de reavaliação deve ser realizada trienalmente por avaliadores indicados pelo estado, não podendo possuir vínculo com o HAC que será avaliado, e por isso são denominados avaliadores externos. Ao cumprir todos os critérios o hospital mantém a habilitação (UNICEF, 2010a; 2010b).

Se ao final do processo o HAC não cumprir todos os critérios, ele poderá ser desabilitado. Esse processo inicia-se na 1ª avaliação externa, caso seja constatado o

descumprimento de algum critério, o HAC terá o prazo de até 180 dias para adequações. Ao final desse período, será realizada a 2ª avaliação externa e, se persistir o descumprimento, ele terá mais 90 dias para adequações.

Se após a 3ª avaliação externa o HAC não for aprovado em todos os critérios, a SES solicitará que o MS envie avaliadores para comprovar o descumprimento, e assim ele será desabilitado e terá que devolver a placa de acreditação. Além disso, se o HAC ficar dois triênios sem ser reavaliado, ele também será desabilitado (BRASIL, 2014).

Uma avaliação descritiva demonstrou que 113 HACs realizaram a avaliação externa em 2015, e mais de 90% dos HACs cumpriram os Passo 9 (não oferecer bicos artificiais) e Passo 10 (apoio ao AM pós alta), e apenas 49% cumpriram o Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM); em relação aos demais critérios, os resultados foram 81% NBCAL, 46% CAM e 66% PRN.

Sendo assim, é possível evidenciar que o monitoramento interno subestima o cumprimento de alguns passos quando em comparação à avaliação externa. Porém, uma limitação deste estudo foi a série de dados históricos, se fazendo necessário uma série maior para poder identificar a tendência de conformidade dos critérios da IHAC no Brasil (ARAÚJO et al., 2019).

2.3 RELEVÂNCIA DA AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Há mais de 50 anos discute-se avaliação no âmbito da saúde. Essa temática se tornou pauta de discussão quando os países iniciaram o financiamento aos serviços de saúde públicos, e assim necessitou-se controlar os custos, porém mantendo a qualidade da assistência (HARTZ, 1997).

Para melhorar a qualidade da assistência faz-se necessário melhorar a capacidade de decisão, assim a avaliação é um instrumento importante de apoio ao gestor, pois fornece elementos que corroboram com o conhecimento prévio, favorecendo a efetividade, eficiência e eficácia das ações desenvolvidas pelo estabelecimento de saúde/organização (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Ao longo dos anos, diversos conceitos de avaliação foram apresentados no campo da ciência, neste trabalho será utilizada a definição de Hartz (1997) que diz:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valores a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Salienta-se que a avaliação difere do monitoramento, haja vista que o monitoramento diz respeito ao acompanhamento sistemático da política e a avaliação é pontual, um julgamento do monitoramento em um determinado espaço de tempo (HARTZ; SILVA, 2005).

A avaliação é uma jovem área do conhecimento, e pode utilizar diversos instrumentos da ciência para analisar programas e políticas, como por exemplo, qualitativos e quantitativos. Além disso, as abordagens de avaliação podem ser divididas em três principais grupos: positivista-experimental, pragmatista da qualidade, e construtivista (SERAPIONI, 2016).

A abordagem positivista-experimental traz como principal a mensuração dos efeitos de um programa/política, com foco na avaliação somativa e não formativa, ou seja, na avaliação em si e não na análise do processo de implementação. Possui como perspectiva a avaliação conduzida pela teoria (SERAPIONI, 2016).

A abordagem pragmatista de qualidade, a qual será aplicada neste estudo, traz que a avaliação deve ser livre dos objetivos, ou seja, o avaliador deve seguir seus valores e competências, não sendo influenciado pelos objetivos. É ideal para avaliar a efetividade e eficácia dos serviços que desempenham ações em favor da necessidade da população, sendo mandatório estabelecer, inicialmente, padrões de qualidade para, na sequência, avaliar a performance do serviço e expressar juízo sobre as divergências identificadas (SERAPIONI, 2016).

Por fim, temos a abordagem construtivista, na qual os avaliadores possuem como interesse a observação do desenvolvimento das intervenções, participando da construção e atuando como facilitadores na implementação, enfatizando principalmente um valor educativo (SERAPIONI, 2016).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Nesta seção, será apresentado o delineamento deste estudo. Para tanto, serão abordados os seguintes tópicos: tipo de estudo; contexto; fonte de evidências; procedimento para coleta e análise das evidências; validação; e, por fim, considerações éticas, conforme o delineamento que se segue.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de casos único com abordagem quantitativa, embasado no referencial metodológico de estudo de casos proposto por Yin (2015).

A pesquisa quantitativa, também denominada positivista, é fundamentada no pensamento baseado na lógica e matemática, o qual enfatiza o raciocínio dedutivo, objetivando encontrar uma resposta para os problemas propostos pela mensuração da experiência humana (SEVERINO, 2017). Esta abordagem foi selecionada por permitir conhecer como ocorreu o processo de monitoramento da IHAC no estado do Paraná do período de 2015 a 2019.

O método de estudo de caso faz uma investigação empírica de um fenômeno. Este é utilizado para compreender a dimensão social, seja ela individual, grupal, organizacional ou política, permitindo a apreensão em profundidade do mundo real com o enfoque em um ou mais “casos” (YIN, 2015).

O estudo de caso único pode ser considerado como holístico ou integrado a depender do nível de condução da análise. No estudo holístico não há a identificação das subunidades, trata-se de um estudo global. Já no estudo integrado, há a composição de subunidades para análise, o que por vezes potencializa a análise extensiva do caso único (YIN, 2015). Considera-se que o presente estudo possui característica de estudo de caso único integrado, uma vez que foram analisadas variáveis específicas.

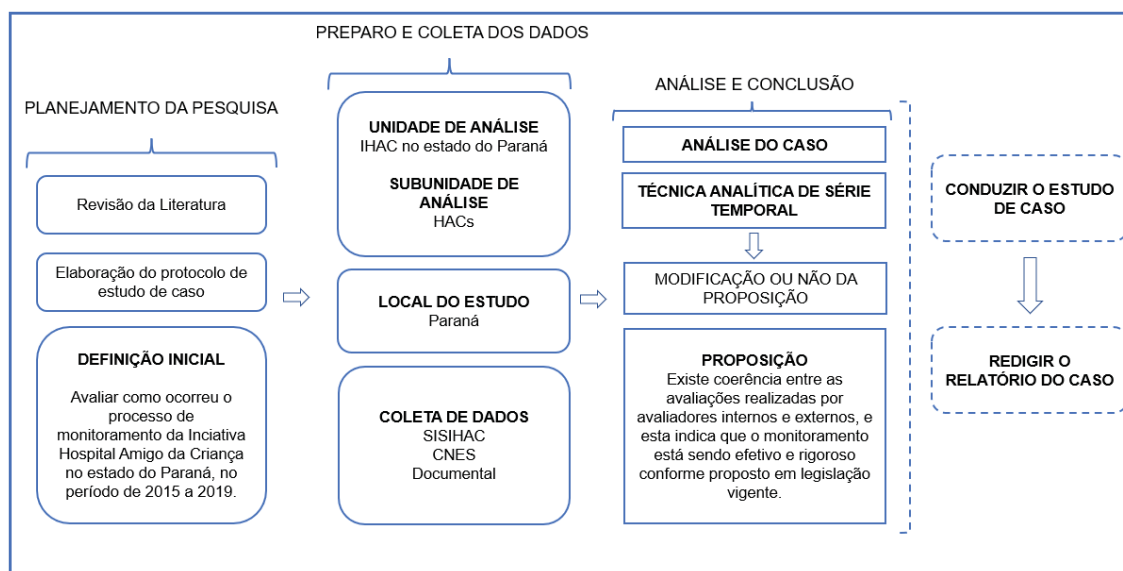
Para um estudo de caso, o pesquisador precisa desenvolver alguns elementos importantes, sendo eles a questão do estudo, a proposição, a definição da unidade de análise, a lógica que une os dados – técnica analítica – e os critérios necessários para a interpretação das constatações do caso (YIN, 2015).

Nessa perspectiva, a questão a ser respondida foi: como ocorreu o processo de monitoramento da IHAC no estado do Paraná, no período de 2015 a 2019? Tendo

como proposição: “Existe coerência entre as avaliações realizadas por avaliadores internos e externos, e esta indica que o monitoramento está sendo efetivo e rigoroso conforme proposto em legislação vigente”. E a unidade de análise considerada para esta pesquisa foi a Iniciativa Hospital Amigo da Criança no estado do Paraná, tendo como subunidade os HAC. Por se tratar de caso único, utilizou-se a técnica analítica de série temporal.

Dessa maneira, a base estrutural da pesquisa pode ser observada, sinteticamente, na FIGURA 7, a qual ilustra o delineamento metodológico desta pesquisa.

FIGURA 7 - BASE ESTRUTURAL METODOLÓGICA DO ESTUDO



FONTE: A autora (2021), adaptado de YIN (2015).

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estado do Paraná é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizado ao norte da Região Sul. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, havia 10.444.526 habitantes (IBGE, 2010), possuindo uma população estimada de 11.433.957 habitantes em 2019 (IBGE, 2019). Em 2018, o estado do Paraná registrou aproximadamente 156.227 NVs (BRASIL, 2018d), desses, 98.516 nasceram em estabelecimentos de saúde públicos, sendo aproximadamente 39.000 NVs em HAC (BRASIL, 2018b).

Para atender essa população, o Paraná está dividido em 399 municípios distribuídos em quatro macrorregionais: Leste, Norte, Oeste, Noroeste, que, por sua vez, são subdivididas em 22 regionais de saúde (RS) (FIGURA 8) (PARANÁ, 2020a).

No Paraná existem atualmente 21 estabelecimentos de saúde habilitados como HAC (BRASIL, 2016a), sendo eles:

- Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná;
- Associação de Proteção à Maternidade e à Infância;
- Centro Médico Comunitário Bairro Novo;
- Complexo Hospital de Clínicas – UFPR;
- Hospital do Trabalhador;
- Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais;
- Hospital e Maternidade Ribeirão do Pinhal;
- Hospital Evangélico de Londrina;
- Hospital Ministro Costa Cavalcanti;
- Hospital Santa Casa de Irati;
- Hospital São Lucas de Pato Branco;
- Hospital Universitário de Maringá;
- Hospital Universitário do Oeste do Paraná;
- Hospital Universitário Evangélico Mackenzie;
- Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná;
- Maternidade Alto Maracanã;
- Maternidade Mater Dei;
- Maternidade Municipal Humberto Carrano da Lapa;
- Maternidade Municipal Lucilla Ballalai;
- Maternidade Victor Ferreira do Amaral, e
- Santa Casa de Misericórdia Ponta Grossa.

FIGURA 8 - MACRORREGIÕES E REGIONAIS DE SAÚDE NO PARANÁ



FONTE: A autora (2021), adaptado de PARANÁ (2020a) e BRASIL (2016a).

De acordo com os dados do MS (2016) e com base na divisão regional supramencionada, pode-se afirmar que 50% das RS do Paraná possuem estabelecimentos de saúde habilitados como HAC (FIGURA 9), estando presente nos municípios de Cascavel, Colombo, Curitiba, Foz do Iguaçu, Irati, Lapa, Londrina, Maringá, Pato Branco, Pinhais, Ponta Grossa, Ribeirão do Pinhal, Toledo e União da Vitória.

3.3 FONTE DE EVIDÊNCIAS

O estudo foi constituído por 21 estabelecimentos de saúde habilitados como HAC no Paraná, sendo desenvolvido em quatro etapas. Na primeira foi realizado a caracterização dos hospitais habilitados, na segunda descreveu-se o resultado das avaliações internas, na terceira foi analisado o resultado das avaliações externas e, na quarta etapa foi analisada a relação entre os resultados da avaliação interna e da avaliação externa.

Para as três primeiras etapas, definiu-se como critérios de inclusão estabelecimentos de saúde habilitados no CNES como HAC que possuem ao menos um registro de monitoramento no SISIHAC; já para a quarta etapa, os critérios de inclusão foram estabelecimentos de saúde habilitados no CNES como HAC tendo realizado a avaliação interna no mesmo ano da 1ª avaliação externa.

Para as quatro etapas, os critérios de exclusão foram HAC habilitados no CNES a partir de 2020, e os HAC que no período de 2015 a 2019 não foram submetidos à avaliação externa nenhuma vez.

Assim, todos os HAC paranaenses foram incluídos nas três primeiras etapas, e para a quarta etapa a amostra foi composta de 20 HAC.

3.4 COLETA DE EVIDÊNCIAS

O estudo de caso possibilita a utilização de múltiplas fontes de evidências, ou seja, a combinação de duas ou mais fontes de evidências. Por exemplo, a documentação, registros em arquivos, entrevistas, observações e artefatos físicos, podem ser associados e utilizados na pesquisa. Dessa forma, a triangulação dos dados coletados de diferentes fontes possibilita descobertas únicas para o fenômeno estudado (YIN, 2015).

Neste estudo, o período de coleta de evidências ocorreu entre abril e maio de 2021 (FIGURA 9), por se tratar de um estudo de caso único e ocorrer em mais de uma etapa. Utilizou-se quatro fontes de evidências, sendo elas sistemas de livre acesso – CNES – e de domínio privado – SISHIAC –, bem como documentos sobre a atenção materno infantil no Paraná – Plano Estadual de Saúde e Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Ressalta-se que os dados coletados nas quatro etapas foram tabulados em formato *Microsoft Office Excel®*.

Para uma maior confiabilidade do rigor metodológico da coleta de dados, recomenda-se, principalmente no estudo de caso único, a elaboração de um protocolo que permita orientar o pesquisador na condução do estudo, indicando informações relevantes para os procedimentos de coleta de evidências (YIN, 2015).

FIGURA 9 - PROTOCOLO PARA COLETA EVIDÊNCIAS



FONTE: A autora (2021).

3.4.1 Teste piloto

Para refinar o protocolo e o plano de coleta de dados em relação aos procedimentos a serem seguidos realizou-se o teste piloto, o qual é diferente de um pré-teste e possui caráter formativo, podendo ser mais amplo em relação ao plano final de coleta (YIN, 2015).

Foi conduzido em fevereiro de 2021, um estudo piloto com os dados da avaliação interna inseridas no SISIHAC dos anos de 2013 e 2014, não sendo utilizados na análise de evidências. Ao final da realização do teste piloto, houve refinamento do protocolo de estudo de caso, especialmente na revisão do instrumento de coleta de dados, a fim de torná-lo completo, possibilitando a transcrição de todas as informações presentes no sistema.

3.4.2 1ª etapa: caracterização dos estabelecimentos de saúde habilitados como HAC

Nesta etapa utilizou-se o instrumento para caracterização dos HAC (APÊNDICE 1) para coleta e organização dos dados dos HAC. Com base nas informações disponíveis no CNES foram analisadas as variáveis: estabelecimento de saúde quando ao Tipo de Habilitação, Porte Hospitalar, Tipo de Estabelecimento, Tipo de Gestão, Atendimento somente SUS, Atividade de Ensino e Natureza Jurídica (QUADRO 3), e na Linha Guia Rede Mãe Paraense foi possível verificar as informações quanto ao Tipo de Risco contratualizado, Município e RS.

QUADRO 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NA PRIMEIRA ETAPA SEGUNDO O BANCOS DE DADOS, VARIÁVEIS E SUAS CATEGORIAS, PARANÁ, 2021

(continua)

Instrumento de coleta	Fonte das evidências	Variáveis analisadas	
Apêndice 1	CNES	Tipo de Habilitação - HAC	1416 – Nova
			1404 – Antiga
		Porte Hospitalar	Pequeno
			Médio
			Grande
		Tipo de Estabelecimento	Hospital Geral
			Maternidade
		Tipo de Gestão	Municipal
			Estadual
			Dupla
		Atendimento somente SUS	Sim
			Não
		Atividade de Ensino	Sim
			Não
		Natureza Jurídica	Associação Privada
			Autarquia Estadual ou do Distrito Federal
			Autarquia Federal
			Fundação Privada
			Fundação Pública de Direito Privado
			Municipal
	Documentos	Risco contratualizado	Município
			Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
			Habitual
		Município	Intermediário
			Alto
			Cascavel
			Colombo
			Curitiba

QUADRO 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NA PRIMEIRA ETAPA SEGUNDO O BANCOS DE DADOS, VARIÁVEIS E SUAS CATEGORIAS, PARANÁ, 2021

(conclusão)

Apêndice 1	Documentos	Município	Foz do Iguaçu
			Irati
			Lapa
			Londrina
			Maringá
			Pato Branco
			Ponta Grossa
			Ribeirão do Pinhal
			Toledo
			União da Vitória
		Regional de Saúde	2ª Curitiba
			3ª Ponta Grossa
			4ª Irati
			6ª União da Vitória
			7ª Pato Branco
			9ª Foz do Iguaçu
			10ª Cascavel
			15ª Maringá
			17ª Londrina
			18ª Cornélio Procopio
			20ª Toledo

FONTE: A autora (2021).

3.4.3 2ª etapa: avaliação interna

A avaliação interna é a ferramenta utilizada pelos próprios HACs para que possam propor melhorias nas práticas e condutas do atendimento à sua clientela, o binômio mãe-bebê.

Nesta etapa utilizou-se o instrumento para coleta de dados da IHAC (APÊNDICE 2) para coletar dados das avaliações internas referentes aos quatro critérios da IHAC no período de 2015 a 2019. Com base nas informações disponíveis no SISIHAC foi possível transcrever informações acerca do cumprimento desses critérios.

Para análise e apresentação dos resultados do cumprimento dos critérios, optou-se por organizar critérios em itens, totalizando um quantitativo de 13 itens referente aos 10 Passos, NBCAL, CAM e PRN. Assim, cada transcrição foi composta por um registro de avaliação interna contendo 13 itens (QUADRO 4). Estes 13 itens foram categorizados em cumpriu, não cumpriu e não realizado.

Portanto, o processo de avaliação interna dos 21 HACs paranaenses, contou com 105 avaliações internas disponíveis no SISIHAC, no período de 2015 a 2019,

correspondendo a uma amostra de 1.365 itens (1.050 referentes aos 10 Passos e 315 referentes aos demais critérios – NBCAL, CAM e PRN).

QUADRO 4 – FONTE DAS EVIDÊNCIAS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA SEGUNDA ETAPA

Instrumento de coleta	Fonte das evidências	Variáveis analisadas	
Apêndice 2	SISIHAC	Avaliação interna	10 Passos
			NBCAL
			CAM
			PRN

LEGENDA: NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
CAM - Cuidado Amigo da Mulher
PRN - Permanência do pai ou da mãe junto ao recém-nascido

FONTE: A autora (2021).

3.4.4 3ª etapa: avaliação externa

A avaliação externa é a ferramenta utilizada pelo governo estadual e federal para avaliar o cumprimento dos requisitos da IHAC pelos HACs para subsidiar a avaliação das habilitações. Esta etapa utilizou-se os 13 itens definidos para etapa anterior com a categorização de cumpriu, não cumpriu e não se aplica para cada avaliação externa (QUADRO 5).

QUADRO 5 - FONTE DAS EVIDÊNCIAS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA TERCEIRA ETAPA

Instrumento de coleta	Fonte das evidências	Variáveis analisadas	
Apêndice 2	SISIHAC	Avaliação externa	10 Passos
			NBCAL
			CAM
			PRN

LEGENDA: NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
CAM – Cuidado Amigo da Mulher
PRN – Permanência do pai ou da mãe junto ao recém-nascido

FONTE: A Autora (2021).

3.4.5 4ª etapa: análise de concordância entre as avaliações internas e externas realizadas no período de 2015 a 2019

Com base nas informações coletadas na terceira etapa, foi possível identificar quais estabelecimentos de saúde que foram submetidos à 1ª avaliação externa. Na

sequência, buscou-se na segunda etapa os HAC que haviam realizado a avaliação interna. Nesta etapa utilizou os dados coletados nas etapas anteriores para realizar a análise de concordância acerca do cumprimento dos 13 itens.

3.5 ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS

Considerou-se a IHAC no estado do Paraná como a unidade para análise e, os HAC como subunidades, possibilitando a coleta de múltiplas fontes de evidências, contemplando as variáveis descritas nos QUADROS 3, 4 e 5.

A análise de evidências no estudo de caso deve ser executada por meio de uma estratégia analítica específica, a qual permita a união dos dados do estudo de caso aos conceitos que o norteiam, permitindo, assim, constatações significativas acerca do fenômeno analisado (YIN, 2015).

Por se tratar de caso único com característica avaliativa quantitativa, aplicou-se a técnica analítica de série temporal, pois além de atender aos dados quantitativos, viabiliza as avaliações por meio do delineamento dos acontecimentos ou das ocorrências, no período estudado (YIN, 2015).

Os dados coletados foram triangulados e passaram por análise estatística descritiva. Essa análise consiste na fase inicial do processo de estudo dos dados coletados, a qual consiste em organizar, sintetizar e apresentar os aspectos importantes do conjunto de dados observados, e até mesmo comparar os dados entre dois ou mais conjuntos (AFONSO; NUNES, 2019), gerando evidências quanto à IHAC no estado do Paraná.

Para essa análise foram realizadas frequências simples (n) e relativas (%) das variáveis de cada avaliação interna e externa, para cada hospital, em cada ano, viabilizando, ao longo do tempo do estudo, a comparação de cada hospital com ele mesmo. Posteriormente, para avaliar a diferença entre os perfis dos hospitais, frequências de concordância foram calculadas especificamente, para cada característica dos hospitais. Ao final, realizada a estatística descritiva comparativa entre as características dos hospitais. Para melhor visualização das análises, gráficos de barras foram produzidos e as análises foram realizadas no ambiente R 4.0.5 (R CORE TEAM, 2021).

3.6 QUALIFICAÇÃO DA PESQUISA

Visando o aprimoramento da qualidade da descrição da pesquisa como um todo e, conseqüentemente, a promoção de relatório adequado com reconhecimento de suas fortalezas e fragilidades, durante a elaboração do mesmo foram seguidas as recomendações do *checklist* do *Guideline Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Um instrumento composto por 22 itens recomendados para abordagem clara na descrição do estudo (MALTA et al., 2010).

Ressalta-se que nem todos os itens são aplicáveis ao desenho desse estudo. Assim, não foram considerados quatro itens, sendo eles: o sete por não ser um estudo de causa e efeito; o nove e o 15 por não haver desfecho; e o item 17 por não serem calculadas análises de subgrupos, interação e sensibilidade.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Apesar de não se tratar de pesquisa direta com seres humanos, seguiu-se os preceitos éticos e normas regulamentadoras por meio da Resolução nº 466 de 12, de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e teve a apreciação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da SESA com CAAE 37366620.0.3009.5225, em 09 de fevereiro de 2021 sob o parecer nº 4.531.695 (ANEXO 1).

O acesso ao CNES é público, já o acesso ao SISIHAC é restrito aos servidores do MS e das Secretarias Estaduais de Saúde. Dessa maneira, solicitou-se à SESA o acesso aos dados das avaliações internas e externas realizadas no Paraná e disponíveis no SISIHAC até o início da coleta de dados, com a proposição de avaliar o processo de monitoramento da IHAC no estado do Paraná do período de 2015 a 2019.

Visando garantir o anonimato dos estabelecimentos de saúde participantes neste estudo, optou-se por denominá-los com codinome de flores.

4 RESULTADOS

Nos resultados deste estudo são apresentados dados das quatro etapas da coleta de evidências: a primeira tem como foco a caracterização dos estabelecimentos de saúde habilitados como HAC no Paraná de acordo com o disposto no CNES e documentos – Plano Estadual de Saúde e Linha Guia Rede Mãe Paranaense; a segunda apresenta o resultado consolidado da avaliação interna entre os anos de 2015 e 2019; a terceira apresenta o resultado consolidado da avaliação externa entre os anos de 2015 e 2019; e a quarta apresenta a análise de concordância entre a avaliação interna e a 1ª avaliação externa.

4.1 1ª ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS COMO HAC

Para caracterizar o perfil desses estabelecimentos de saúde no Paraná utilizou-se 10 variáveis referentes a informações públicas dos 21 (100%) HACs paranaenses, conforme a QUADRO 6.

QUADRO 6 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM TÍTULO DE HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA SEGUNDO SEU TIPO, REGIONAL DE SAÚDE, MUNICÍPIO, HABILITAÇÃO, RISCO ATENDIDO, PORTE, ATENDIMENTO AO SUS, TIPO DE GESTÃO, ATIVIDADE DE ENSINO E NATUREZA JURÍDICA, PARANÁ, 2021

(continua)

Variável		N	%
Tipo de estabelecimento	Hospital Geral	16	76,2
	Maternidade	5	23,8
Regional de Saúde	2	9	42,9
	3	1	4,8
	4	1	4,8
	6	1	4,8
	7	1	4,8
	9	1	4,8
	10	1	4,8
	15	1	4,8
	17	3	14,3
	18	1	4,8
	20	1	4,8

QUADRO 6 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM TÍTULO DE HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA SEGUNDO SEU TIPO, REGIONAL DE SAÚDE, MUNICÍPIO, HABILITAÇÃO, RISCO ATENDIDO, PORTE, ATENDIMENTO AO SUS, TIPO DE GESTÃO, ATIVIDADE DE ENSINO E NATUREZA JURÍDICA, PARANÁ, 2021

(conclusão)

Município	Cascavel	1	4,8
	Colombo	1	4,8
	Curitiba	7	33,3
	Foz do Iguaçu	1	4,8
	Irati	1	4,8
	Lapa	1	4,8
	Londrina	3	14,3
	Maringá	1	4,8
	Pato Branco	1	4,8
	Ponta Grossa	1	4,8
	Ribeirão do Pinhal	1	4,8
	Toledo	1	4,8
	União da Vitória	1	4,8
Tipo de habilitação	1404 – Antiga	12	57,1
	1416 – Nova	9	42,9
Risco	Alto Risco	3	14,3
	Habitual	5	23,8
	Habitual e Alto Risco	2	9,5
	Habitual e Intermediário	3	14,3
	Habitual, Intermediário e Alto Risco	8	38,1
Porte	Grande	7	33,3
	Médio	9	42,9
	Pequeno	5	23,8
Atendimento 100% SUS	Não	10	47,6
	Sim	11	52,4
Gestão	Dupla	8	38,1
	Estado	7	33,4
	Municipal	6	28,6
Atividade de Ensino	Não	12	57,1
	Sim	9	42,9
Natureza Jurídica	Associação Privada	10	47,6
	Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	3	14,3
	Autarquia Federal	2	9,5
	Fundação Privada	1	4,8
	Fundação Pública de Direito Privado Municipal	1	4,8
	Município	3	14,3
	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	1	4,8

FONTE: A autora (2021).

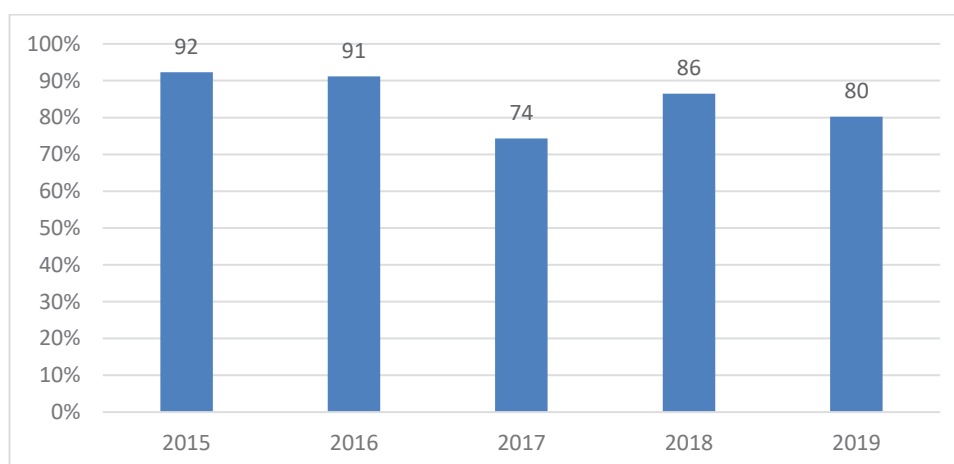
Conforme aponta o QUADRO 6, no estado do Paraná há predomínio dentre os 21 HACs de hospitais: caracterizados como gerais (n=16; 76,2%); situados na 2ª RS (n=9; 42,9%), a qual comporta a capital paranaense com sete (33,3%) HACs; com habilitação antiga (n=12; 57,1%); atendendo aos três tipos de risco descritos na Linha de Cuidado Materno-infantil paranaense (n=8; 38,1%); de médio porte (n=9; 42,9%); atendimento exclusivo SUS (n=11; 52,4%); com gestão dupla (n=8; 38,1%); sem

atividade de ensino (n=12; 57,1%; e, com natureza jurídica de associação privada (n=10; 47,6%).

4.2 2ª ETAPA: AVALIAÇÃO INTERNA

A média de cumprimento dos 13 itens (10 Passos, NBCAL, CAM e PRN), dentre os 105 registros de avaliação interna disponíveis no SISIHAC, para o período analisado de 2015 a 2019, foi de 84%. Destaca-se o maior percentual médio de cumprimento de 92%, em 2015; e, para 2017 a menor média, 74% de cumprimento (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 – MÉDIA PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DE TODOS OS ITENS DA AVALIAÇÃO INTERNA IHAC REALIZADA NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ(N=105)



FONTE: A autora (2021).

Dentre os 105 registros de avaliação interna, cinco (4,7%) apresentam-se como não realizados, isto devido a três HACs terem deixado de realizá-la em 2017, e dois delas, em 2019, ressaltando-se que estes registros são de estabelecimentos distintos, não havendo repetição entre os cinco HACs.

Além disso, no período avaliado, cinco (24%) HACs apresentaram uma média de 100% de cumprimento em todos os critérios, e sete (33%) HACs abaixo de 80%. Ressalta-se que dois (9,5%) HACs apresentaram pelo menos um ano com resultado abaixo de 31% de aprovação, e um (4,7%) não atingiu 80% de cumprimento em nenhum ano. Na TABELA 1 é possível observar o percentual de itens cumpridos para

cada hospital em cada ano de monitoramento. Com o objetivo de manter o anonimato das instituições os nomes foram substituídos por nomes de flores.

TABELA 1 - HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA SEGUNDO O PERCENTUAL DE ITENS CUMPRIDOS ANUALMENTE NA AVALIAÇÃO INTERNA (N=105), ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019³

Hospitais	2015	2016	2017	2018	2019
	%	%	%	%	%
Amarílis	100	100	100	100	-
Amor-perfeito	100	30,8	38,5	46,2	-
Azaleia	100	92,3	53,9	53,9	53,9
Begônia	100	100	100	100	61,5
Boca de Leão	100	100	100	100	100
Cacto	100	100	76,9	84,6	92,3
Calêndula	100	100	84,6	84,6	92,3
Carmélia	92,3	92,3	100	100	100
Cravo	100	100	100	100	100
Girassol	100	100	100	69,2	100
Hibisco	100	100	-	76,9	84,6
Hortência	92,3	76,9	-	92,3	100
Jasmim	100	100	100	100	100
Lírio	30,8	53,9	53,9	76,9	76,9
Orquídea	100	100	100	100	100
Peônia	92,3	100	100	100	92,3
Petúnia	69,2	84,6	84,6	84,6	100
Rosa	92,3	100	100	100	100
Suculenta	100	100	100	100	100
Tulipa	76,9	84,6	69,2	76,9	69,2
Violeta	92,3	100	-	69,2	61,5

Fonte: A autora (2021).

Na análise descritiva dos HACs para cada item, em cada ano de monitoramento (TABELA 2), destaca-se que o item Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), não alcançou a quantidade mínima de aprovação em nenhum ano, ou seja, todos os resultados foram abaixo de 80% de cumprimento.

Ao realizar um detalhamento da análise do cumprimento por item no período de 2015 a 2019 (GRÁFICO 2), observa-se que há similaridade entre alguns anos para determinados itens, como o Passo 7 (alojamento Conjunto) e Passo 10 (apoio ao AM

³ Cinco estabelecimentos de saúde apresentam um ano sem dados, tal resultado expressa a ausência de realização de avaliação interna.

Pós-alta), com 100% de cumprimento em dois anos consecutivos. Contudo também há, e divergências em outros itens, como é o caso do Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), que em 2018 teve a menor média percentual de cumprimento, com 57%.

Na análise descritiva dos HACs para cada item em cada ano de monitoramento (TABELA 2), destaca-se que o item Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM) não alcançou a quantidade mínima de aprovação em nenhum ano, ou seja, todos os resultados foram abaixo de 80% de cumprimento.

TABELA 2 - ITENS DE MONITORAMENTO DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NA AVALIAÇÃO INTERNA SEGUNDO O CUMPRIMENTO OU NÃO, ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019

Passos para o sucesso do AM	2015				2016				2017				2018				2019							
	C		NC		C		NC		C		NC		C		NC		C		NC					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1º	20	95,2	1	4,78	19	90,5	2	9,5	16	76,2	2	9,5	3	14,3	19	90,5	2	9,5	17	81	2	9,5	2	9,5
2º	19	90,5	2	9,5	20	95,2	1	4,8	15	71,4	3	14,3	3	14,3	15	71,4	6	28,6	13	61,9	6	28,6	2	9,5
3º	19	90,5	2	9,5	19	90,5	2	9,5	13	61,9	5	23,8	3	14,3	19	90,5	2	9,5	15	71,4	4	19,1	2	9,5
4º	16	76,2	5	23,8	14	66,7	7	33,3	12	57,1	6	28,6	3	14,3	12	57,1	9	42,9	14	66,7	5	23,8	2	9,5
5º	20	95,2	1	4,8	19	90,5	2	9,5	16	76,2	2	9,5	3	14,3	17	81	4	20	18	85,7	1	4,8	2	9,5
6º	21	100	0	-	20	95,2	1	4,8	16	76,2	2	9,5	3	14,3	20	95,2	1	4,8	18	85,7	1	4,8	2	9,5
7º	21	100	0	-	21	100	0	-	16	76,2	2	9,5	3	14,3	20	95,2	1	4,8	18	85,7	1	4,8	2	9,5
8º	19	90,5	2	9,5	19	90,5	2	9,5	15	71,4	3	14,3	3	14,3	18	85,7	3	14,3	16	76,2	3	14,3	2	9,5
9º	21	100	0	-	20	95,2	1	4,8	18	85,7	0	-	3	14,3	20	95,2	1	4,8	19	90,5	0	-	2	9,5
10º	21	100	0	-	20	95,2	1	4,8	18	85,7	0	-	3	14,3	21	100	0	-	19	90,5	0	-	2	9,5
NBCAL	20	95,2	1	4,8	20	95,2	1	4,8	17	81	1	4,8	3	14,3	18	85,7	3	14,3	18	85,7	1	4,8	2	9,5
CAM	18	85,7	3	14,3	18	85,7	3	14,3	14	66,7	4	20	3	14,3	19	90,5	2	9,5	17	81	2	9,5	2	9,5
PRN	17	81	4	19,1	20	95,2	1	4,8	17	81	1	4,8	3	14,3	18	85,7	3	14,3	17	81	2	9,5	2	9,5

LEGENDA: C –Cumpriu

NC – Não Cumpriu

NR – Não Realizou

AM – Aleitamento Materno

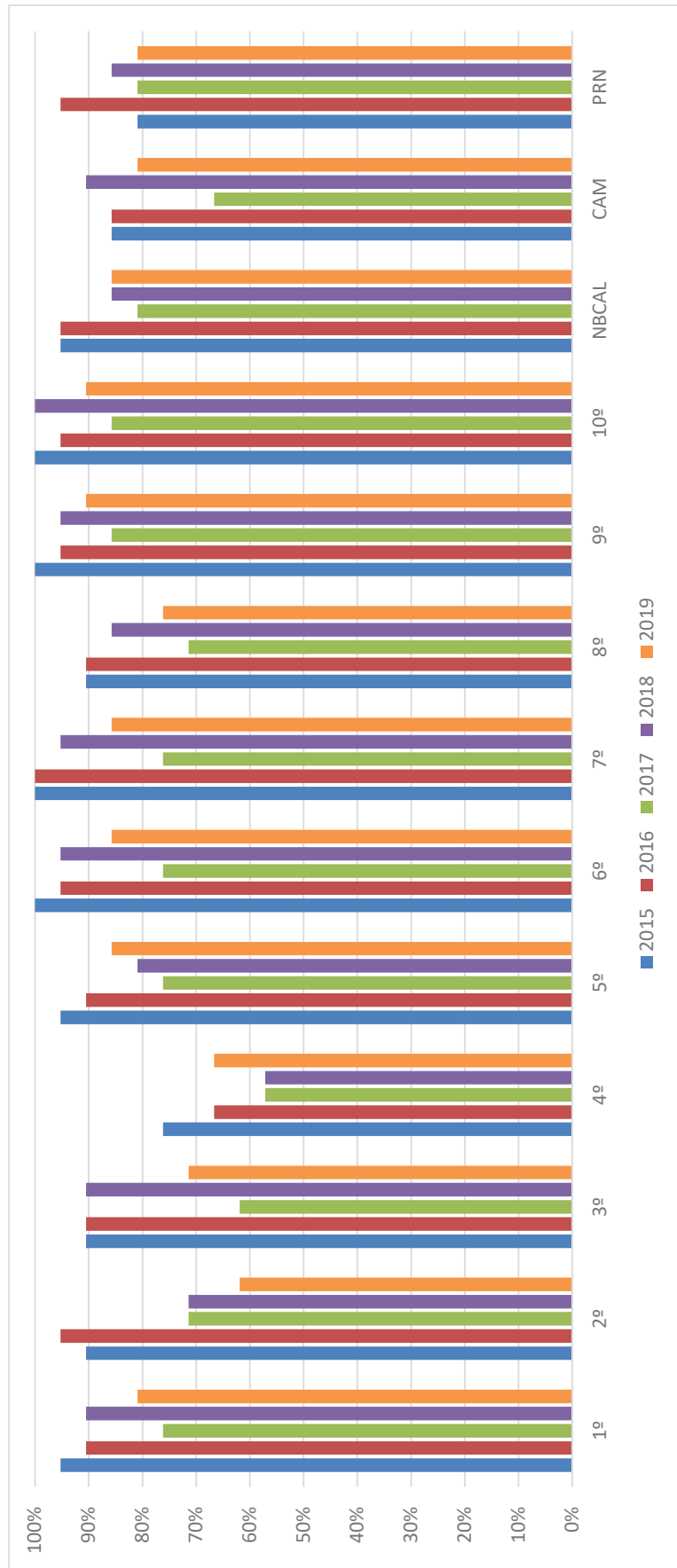
NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

CAM – Cuidado Amigo da Mulher

PRN – Permanência do pai ou da mãe junto ao recém-nascido

FONTE: A autora (2021).

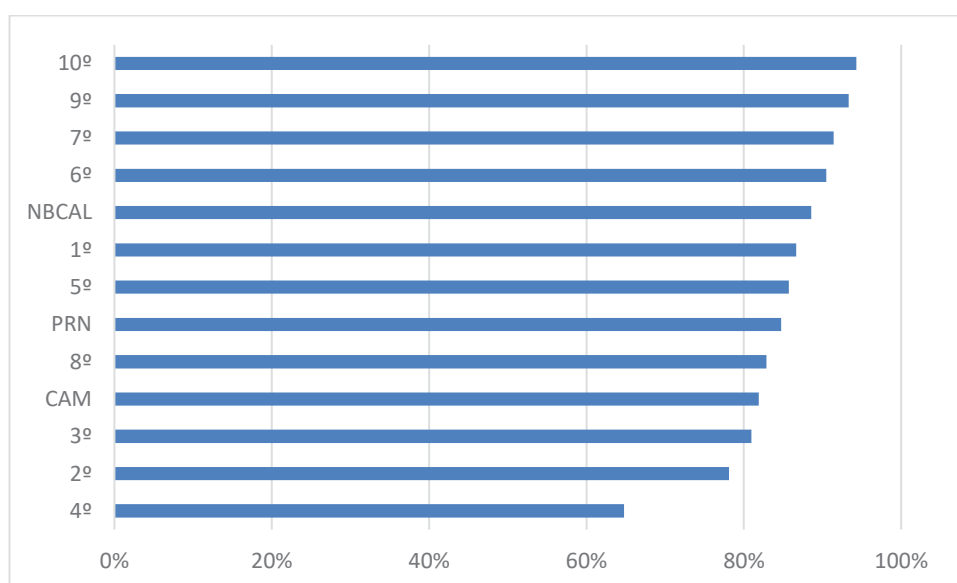
GRÁFICO 2 – PERCENTUAL MÉDIO DO CUMPRIMENTO DOS ITENS MONITORADOS NAS AVALIAÇÕES INTERNAS DOS HACs NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=105)



FONTE: A autora (2021).

Destaca-se que 11 (85%) dos 13 itens avaliados obtiveram mais de 80% de cumprimento nas 105 avaliações, com destaque para o item Passo 10 (apoio ao AM Após Alta) com média de 94% cumprimento. Já os itens Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM) e Passo 2 (capacitação) sobressaíram-se com o menor percentual de cumprimento, atingindo uma média abaixo de 80% de cumprimento durante a série histórica, com 65% e 78%, respectivamente (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3 – PERCENTUAL MÉDIO DE CUMPRIMENTO DOS ITENS ANALISADOS NAS AVALIAÇÕES INTERNAS REALIZADAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=105)



FONTE: A autora (2021).

Na TABELA 3, observa-se o percentual de cumprimento de cada item na avaliação interna de acordo com as características do hospital. Evidencia-se que os HACs com maior grau de cumprimento possuem as características de pequeno porte, com 94% de aprovação nos 13 itens, os que atendem ao risco habitual também com 94%, maternidade com 93%, habilitação no código novo com 92%. Destaca-se que, mesmo os HACs com a habilitação antiga atingem, nos critérios novos, média de cumprimento superior ao mínimo estipulado em legislação, ou seja, acima de 30%.

Nos APÊNDICES 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 é possível observar o percentual dos hospitais em relação ao cumprimento de cada item de acordo com a característica do HAC na avaliação interna.

TABELA 3 - MÉDIA DO PERCENTUAL DOS ITENS CUMPRIDOS DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS NAS AVALIAÇÕES INTERNAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=105)

Natureza Jurídica	Órgão público do poder executivo estadual	80	86,7	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	80
	Município	80	80	100	80	100	80	100	60	80	80	100	80	100	60	80	80
	Fundação pública de direito privado municipal	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
Atendi-mento 100% SUS	Fundação privada	80	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	80
	Autarquia federal	80	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	100	60	80
	Autarquia estadual	80	73,3	90	80	100	73,3	90	80	100	73,3	90	80	100	73,3	90	100
Atividade de ensino	Associação privada	100	86,7	100	80	100	70	80	100	86,7	100	80	100	80	100	80	80
	Não	80	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	100	60	80
	Sim	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
Gestão	Não	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Sim	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Dupla	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
Tipo de habilita-ção	Estadual	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Municipal	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	1416 - nova	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
Tipo de estabele-cimento	1404 - antiga	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Maternidade	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Hospital geral	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
Risco	Habitual, Inter. e Alto	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Habitual e Intermediário	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Habitual e Alto	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
Porte	Habitual	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Alto	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Pequeno	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Médio	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
	Grande	80	86,7	100	80	100	70	80	100	53,3	40	60	100	80	100	60	80
Passos para o sucesso do AM		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	NBCAL	CAM	PRN			

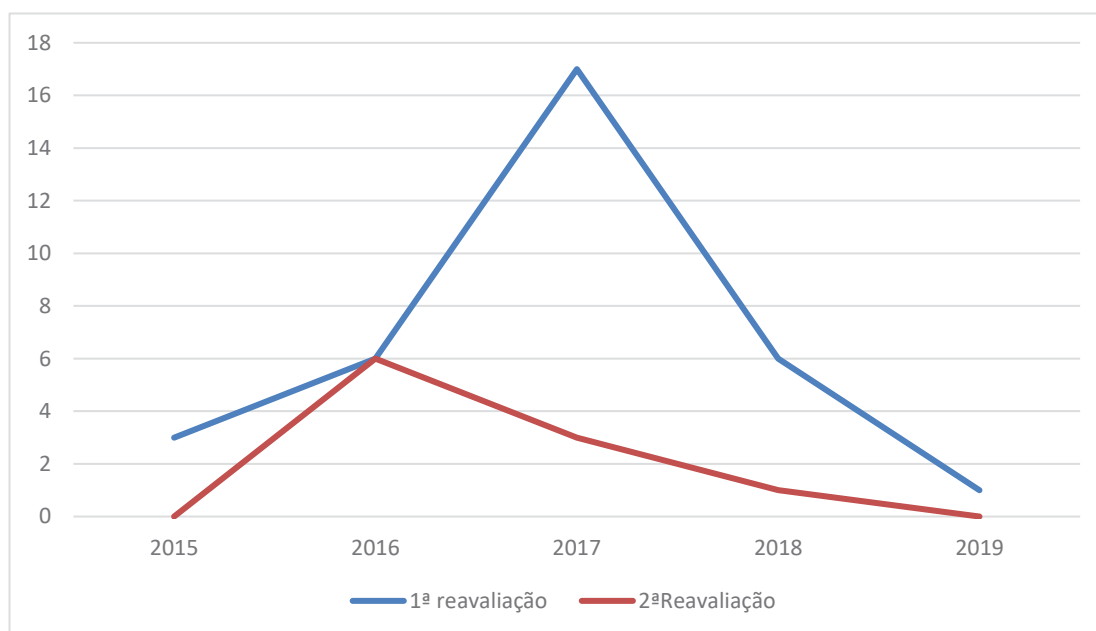
FONTE: A autora (2021).

Os HACs que não realizam atendimento exclusivo SUS, possuem maior percentual de cumprimento nos 13 itens, com 87%, os que não possuem atividade de ensino com 90%. Destaca-se que os hospitais universitários não atingiram 50% de cumprimento no item Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM). Em quase todos os HACs este item apresenta-se com maior dificuldade de cumprimento, exceto para os HACs que atendem ao risco habitual e intermediário, cujo item NBCAL possui maior dificuldade de cumprimento, com uma média de 80%.

4.3 3ª ETAPA: AVALIAÇÃO EXTERNA

Para analisar como está o processo de avaliação externa dos HACs paranaenses, descreveram-se todos os registros de avaliações externas disponíveis no SISIHAC, no período de 2015 a 2019, totalizando 43. Deste total: 33 (77%) correspondem à 1ª avaliação externa; e 10 (33%), à 2ª avaliação externa (GRÁFICO 4). Cabe salientar que não havia 3ª avaliação externa registrada no sistema.

GRÁFICO 4 - NÚMERO DE REGISTROS (N=43) DA 1ª E 2ª AVALIAÇÕES EXTERNAS REALIZADAS NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019



FONTE: A autora (2021).

Todos os 21 (100%) HACs do estado do Paraná foram reavaliados entre 2015 e 2019, todos foram submetidos a pelo menos uma 1ª avaliação externa. Seis (28%) não passaram na 1ª avaliação externa e precisaram ser submetidos à 2ª avaliação

externa (QUADRO 7). Destaca-se o ano de 2016 com o maior número de 2^{as} avaliações externas e, o ano de 2017, com o maior número de 1^{as} avaliações externas.

QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS QUE FORAM SUBMETIDOS A AVALIAÇÃO EXTERNA NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=43)

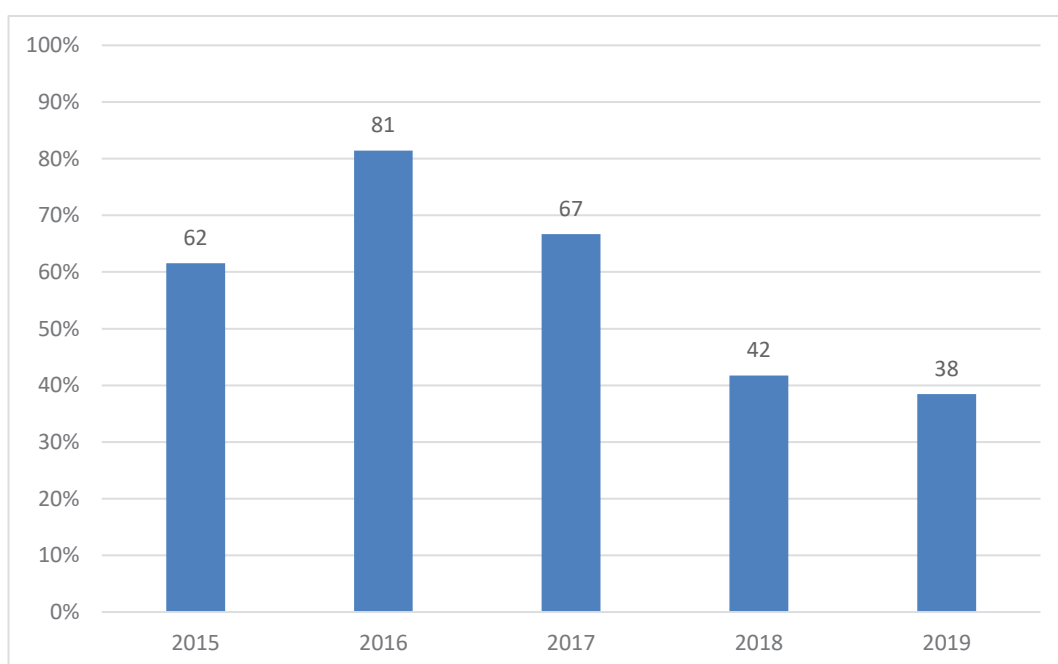
Estabelecimento de saúde	2015	2016		2017 ⁴		2018		2019
	1ª avaliação externa	1ª avaliação externa	2ª avaliação externa	1ª avaliação externa	2ª avaliação externa	1ª avaliação externa	2ª avaliação externa	1ª avaliação externa
Amarílis								
Amor-perfeito								
Azaleia								
Begônia								
Boca de Leão								
Cacto								
Calêndula								
Carmélia								
Cravo								
Girassol								
Hibisco								
Hortências								
Jasmim								
Lírio								
Orquídea								
Peônia								
Petúnia								
Rosa								
Suculenta								
Tulipa								
Violeta								

Fonte: A autora (2021).

⁴ Em 2017 os estabelecimentos de saúde Boca de Leão e Suculenta foram submetidos a duas 1ªs avaliações externas.

Em relação ao percentual de cumprimento das avaliações externas, foram analisados 13 itens para cada um dos 43 registros de avaliação externa, correspondendo a uma amostra de 559 itens (430 referentes aos 10 Passos, e 129 referentes aos demais critérios da IHAC), os quais foram organizados em “cumpriu” e “não cumpriu”. A média de cumprimento dos 13 itens durante o período analisado é de 58%, com destaque para o ano de 2016 com 81% de cumprimento nos 12 estabelecimentos reavaliados (GRÁFICO 5).

GRÁFICO 5 – PERCENTUAL DE ITENS CUMPRIDOS ANUALMENTE POR CADA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS (N=43), ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019



Fonte: A autora (2021).

No período avaliado, nove (43%) HACs apresentaram 100% de cumprimento em todos os critérios, sendo três (38%) na 1ª avaliação externa e cinco (62%) na 2ª avaliação externa. Além disso, dois (10%) HACs apresentaram resultados acima de 80% de cumprimento. Ressalta-se que dois (10%) apresentaram uma avaliação externa com resultado zerado. Na TABELA 4 é possível observar o percentual de itens cumpridos para cada hospital em cada ano de avaliação externa.

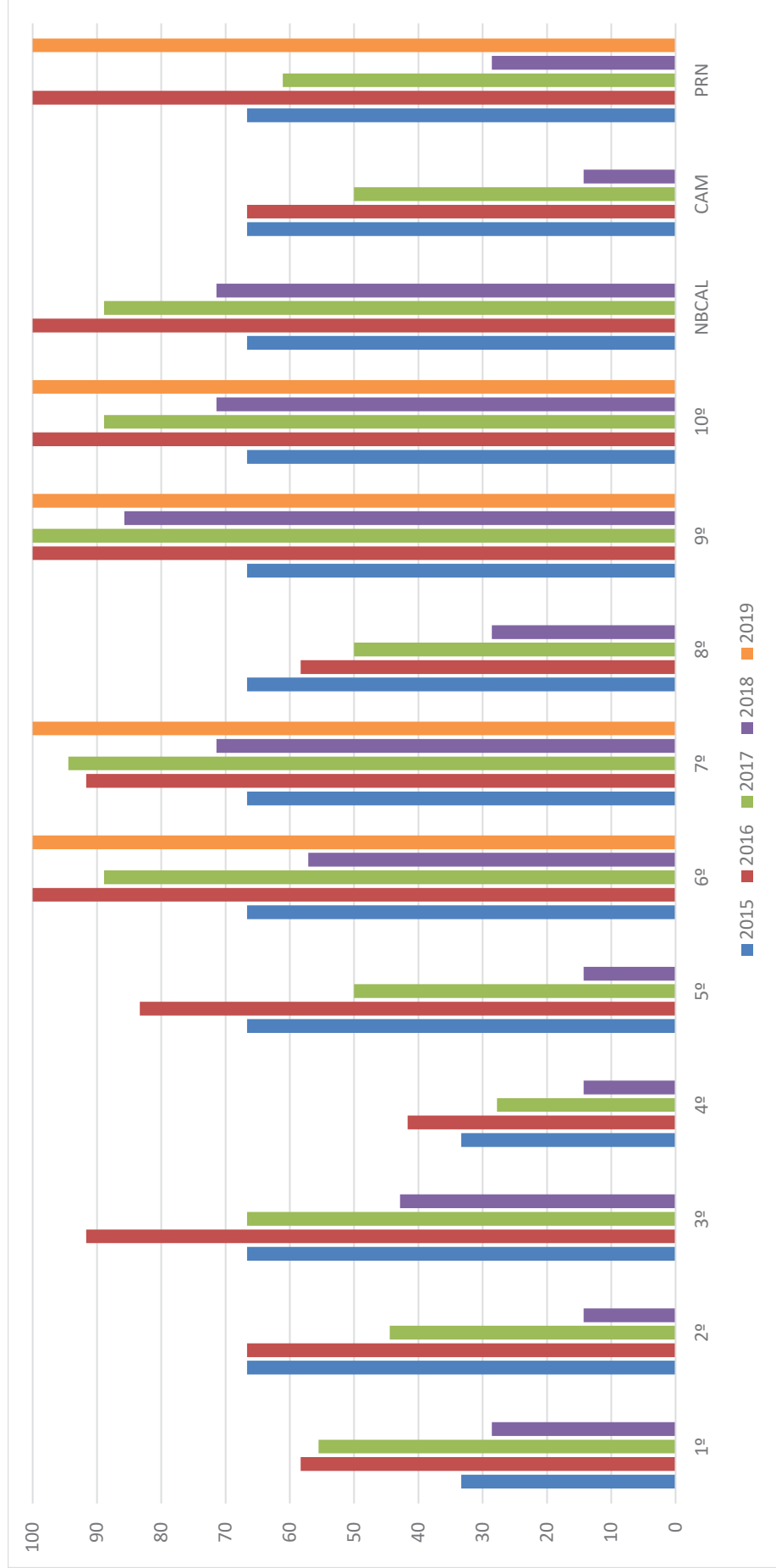
TABELA 4 - PERCENTUAL DE ITENS CUMPRIDOS PARA CADA HOSPITAL EM CADA ANO NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=43)⁵

Hospitais	2015-1ª	2016-1ª	2016-2ª	2017-1ª	2017-2ª	2018-1ª	2018-2ª	2019-1ª
	%	%	%	%	%	%	%	%
Amarílis		76,9	92,3		100			
Amor-perfeito				30,8				
Azaleia	100							38,5
Begônia		84,6	92,3	53,9		46,2	100	
Boca de Leão				61,5				
Cacto				61,5				
Calêndula				23,1				
Carmélia		84,6		84,6		38,5		
Cravo			46,2	76,9	100			
Girassol		69,2	92,3	100				
Hibisco				46,2		-		
Hortência				38,45				
Jasmim		61,5	84,6		100			
Lírio				46,2				
Orquídea						38,5		
Peônia		92,3	100	100				
Petúnia				69,2				
Rosa	84,6							
Suculenta	-			61,5	100			
Tulipa				46,2		38,5		
Violeta						30,8		

FONTE: A autora (2021).

⁵ A apresentação do sinal (-) significa que a avaliação externa apresentou resultado de 0% de cumprimento.

GRÁFICO 6 - PERCENTUAL MÉDIO DO CUMPRIMENTO DOS ITENS MONITORADOS NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS DOS HACs NO PERÍODO DE 2015 A 2019 NO ESTADO DO PARANÁ (N=43)

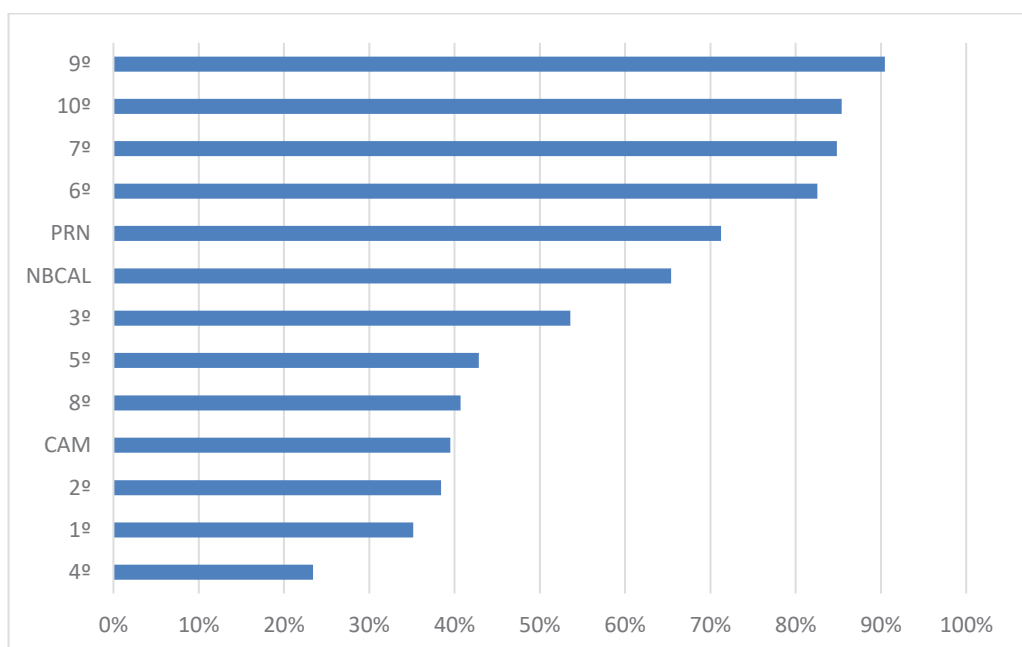


FONTE: A autora (2021).

Ao realizar um detalhamento da análise do cumprimento por item no período de 2015 a 2019, observa-se que não há um padrão de resultados (GRÁFICO 6). Nos anos de 2016, 2017 e 2019, houve itens com 100% de cumprimento e 2019 também apresentou item com 0% de cumprimento, como é o caso do Passo 1 (política escrita), Passo 2 (capacitação), Passo 3 (manejo do AM no pré-natal), Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), Passo 5 (manejo do AM), Passo 6 (não ofertar substitutos do LM), Passo 8 (AM Sob Livre Demanda) e o CAM. Salienta-se que os dados de 2019 são referentes a uma (2%) das avaliações externas. No GRÁFICO 6 é possível observar o resultado por itens, com disposição de cumprimento segundo cada ano analisado.

Destaca-se ainda que quatro (19%) dos 13 itens avaliados obtiveram mais de 80% de cumprimento nas 43 avaliações externas, com destaque para o item Passo 9 (não oferecer bicos artificiais) com média de 90% de cumprimento. Já o item Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM) obteve 23% de cumprimento, sobressaindo com o menor percentual de cumprimento (GRÁFICO 7).

GRÁFICO 7 - PERCENTUAL MÉDIO DE CUMPRIMENTO DOS ITENS ANALISADOS ANUALMENTE NAS AVALIAÇÕES EXTERNAS (N=43) NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019



FONTE: A autora (2021).

Na TABELA 5, observa-se o percentual de cumprimento de cada item na avaliação externa de acordo com as características do hospital. Evidencia-se que os HACs com maior grau de cumprimento possuem as características de grande porte,

com 38% de aprovação nos 13 itens; que atendem os três tipos de risco, com 35%; hospital geral, com 49%; com habilitação no código novo, com 63%; que realizam atendimento exclusivo SUS, com 54%; que possuem atividade de ensino, com 42%; e, de gestão dupla, com 43%.

TABELA 5 - MÉDIA DO PERCENTUAL DOS ITENS CUMPRIDOS DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019⁶

Passos para o sucesso do AM	Porte					Risco			Tipo de estabelecimento			Tipo de habilitação			Gestão			Atividade de ensino			Atendimento 100% SUS			Natureza Jurídica		
	Grande	Médio	Pequeno	Alto	Habitual	Habitual e Alto	Habitual e Intermediário	Habitual, Inter. e Alto	Hospital geral	Maternidade	1404 - antiga	1416 - nova	Municipal	Estadual	Dupla	Sim	Não	Sim	Não	Associação privada	Autarquia estadual	Autarquia federal	Fundação privada	Fundação pública de direito privado municipal	Município	Órgão público do poder executivo estadual
1º	32,4	11,1	20	13,3	13,3	14,7	21,3	28	35,4	26	6,7	49,2	12,2	10	36,3	32,5	25,6	40	12,8	26,7	3,3	6,7	-	14,7	28	-
2º	28,1	13,9	25,6	-	24,4	14,7	18	24,7	35	30,7	2,2	53,3	17,8	10	34,6	31,7	30	43,3	11,7	22,8	-	11,3	-	18	23,3	33,3
3º	31,4	22,8	31,1	20	31,1	14,7	21,3	31,3	44,6	37,3	18,9	60,8	25,6	19,3	36,7	36,7	41,7	53,3	16,7	30,6	3,3	14,7	-	22,7	26,7	33,3
4º	27,1	8,3	15	-	9,4	14,7	16,7	23,3	27,9	21,3	0	41,2	8,3	6,7	30,8	27,9	17,8	27,9	9,4	20,6	-	6,7	-	11,3	23,3	-
5º	31,4	13,9	28,3	-	27,2	14,7	18	29,3	40	30,7	4,4	57,5	17,8	14,7	36,7	34,6	32,8	48,3	11,7	22,8	3,3	11,3	-	21,3	26,7	33,3
6º	50	26,7	32,2	6,7	28,3	34,7	26	44,7	63,8	38,7	28,9	77,1	22,8	24	55,8	55	43,9	69,6	24,4	34,4	15	31,3	6,7	22,7	31,3	33,3
7º	48,6	26,7	35	20	31,1	34,7	22,7	43,3	64,6	38,7	36,7	75	22,8	28,7	53,7	55,8	43,9	67,5	28,3	35,6	15	34,7	6,7	22,7	28	33,3
8º	31,4	15	21,7	-	21,7	14,7	13,3	34	42,9	19,3	12,2	50,4	15	19,3	31,7	33,8	28,3	37,9	14,4	22,8	3,3	11,3	0	14,7	26,7	33,3
9º	51	30,6	35	20	31,1	34,7	26	48	67,5	42	38,9	79,2	26,7	28,7	55,8	57,9	47,8	71,7	29,4	39,4	15	34,7	6,7	22,7	31,3	33,3
10º	51	25,6	35	20	31,1	34,7	26	42	63,8	42	28,9	79,2	25,6	24	55,8	57,9	42,8	71,7	24,4	34,4	15	34,7	6,7	22,7	31,3	33,3
NBCAL	35,7	26,7	35	13,3	31,1	14,7	26	43,3	51,3	42	28,9	66,7	26,7	22,7	43,3	41,7	47,8	56,3	28,3	38,3	3,3	14,7	6,7	22,7	31,3	33,3
CAM	29	13,9	25,6	13,3	24,4	11,3	18	26,7	37,9	27,3	4,4	53,3	18,9	13,3	32,5	32,5	30	44,2	8,9	20	3,3	11,3	-	18	26,7	33,3
PRN	49	16,7	32,2	13,3	28,3	34,7	24,7	31,3	56,2	37,3	6,7	77,1	21,7	13,3	55	52,1	36,7	65,8	18,3	29,4	3,3	31,3	-	21,3	31,3	33,3

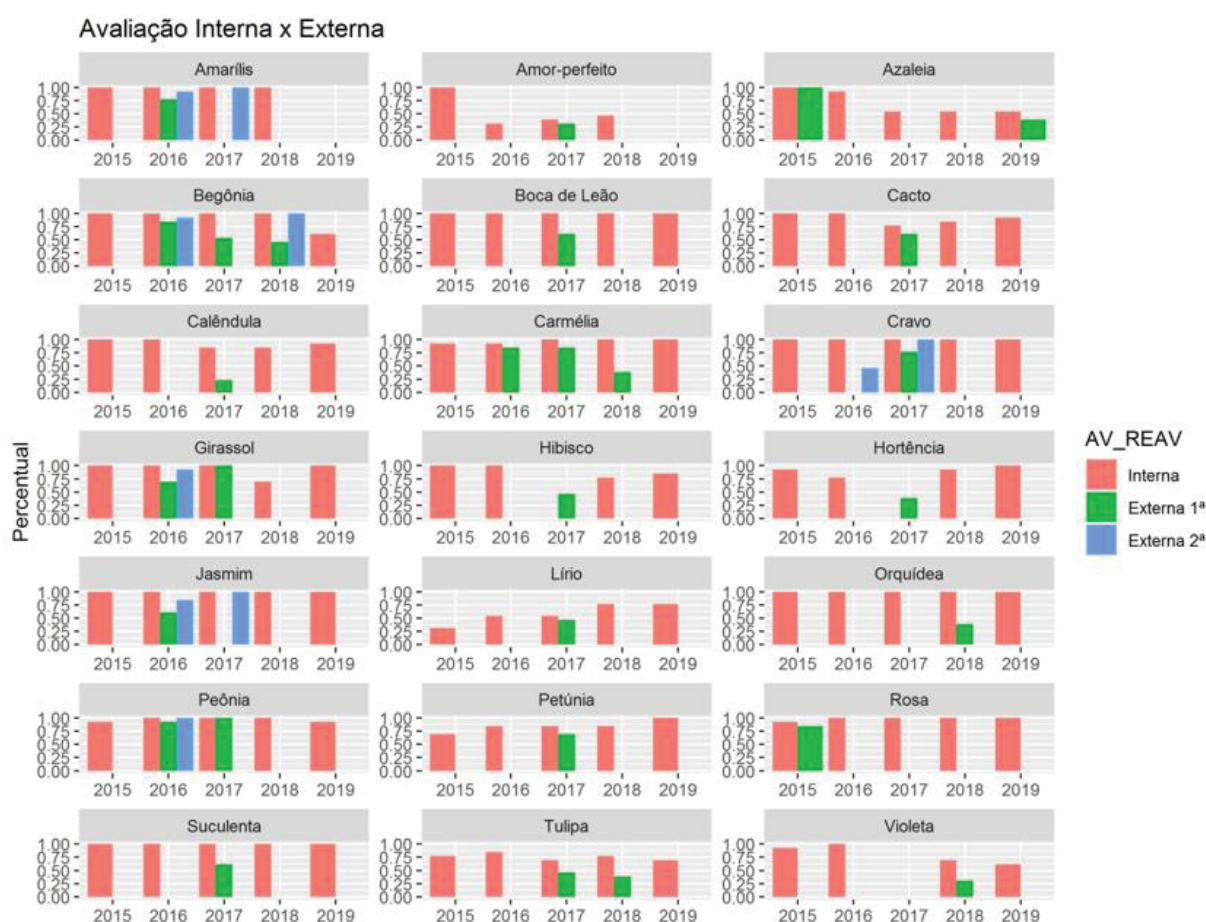
FONTE: A Autora (2021).

⁶ A apresentação do sinal (-) significa que a avaliação externa apresentou resultado de 0% de cumprimento.

4.4 4ª ETAPA: ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS AVALIAÇÕES INTERNAS E EXTERNAS REALIZADAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019

O processo de monitoramento da IHAC envolve as avaliações internas e externas. A FIGURA 10 demonstra como ocorreu o monitoramento da iniciativa ao longo da série histórica de cinco anos, na qual é possível comparar os resultados da realização de avaliação interna e avaliação externa por HAC.

FIGURA 10 - RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES INTERNAS E EXTERNAS PARA CADA HAC DO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019



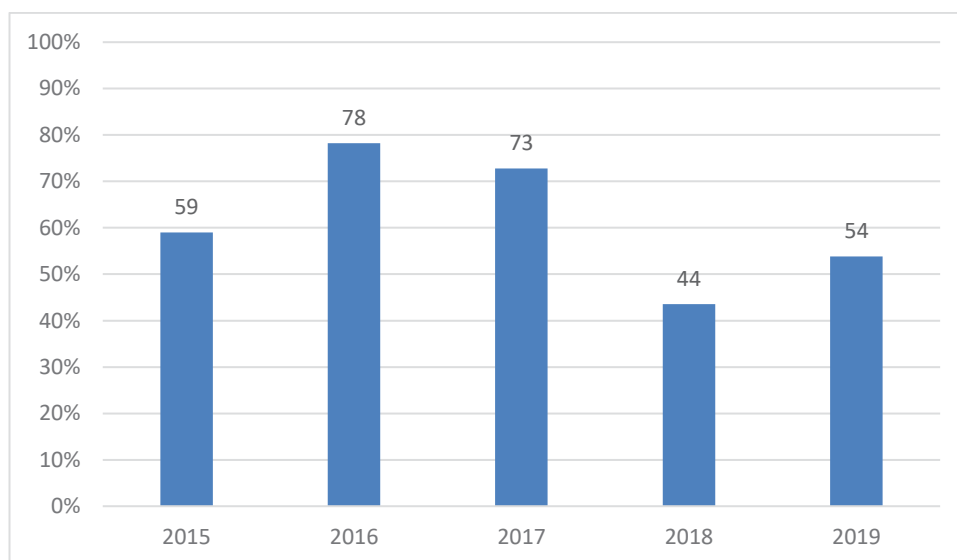
FONTE: A autora (2021).

Para analisar como está a concordância nesse processo de monitoramento, realizou-se uma comparação entre os HACs que realizaram a avaliação interna e foram submetidos à 1ª avaliação externa. Desse modo, compuseram a amostra desta sessão 29 comparações entre apenas 20 (95%) estabelecimentos de saúde, pois um (5%) não realizou avaliação interna no ano em que foi reavaliado. Optou-se pela

comparação com a 1ª avaliação externa devido a esta possuir uma correlação maior com a autoavaliação, permitindo averiguar as diferenças entre as avaliações internas externas.

A média percentual de concordância para os 13 itens durante o período analisado é de 61%, com destaque para o ano de 2016 com o maior percentual de cumprimento, com 78%; e, para 2018 com a menor média, 44% de cumprimento (GRÁFICO 8). Salienta-se que a amostra de 2015 foi composta de três comparações, 2016 de seis, 2017 de 13, 2018 de seis e 2019 de uma.

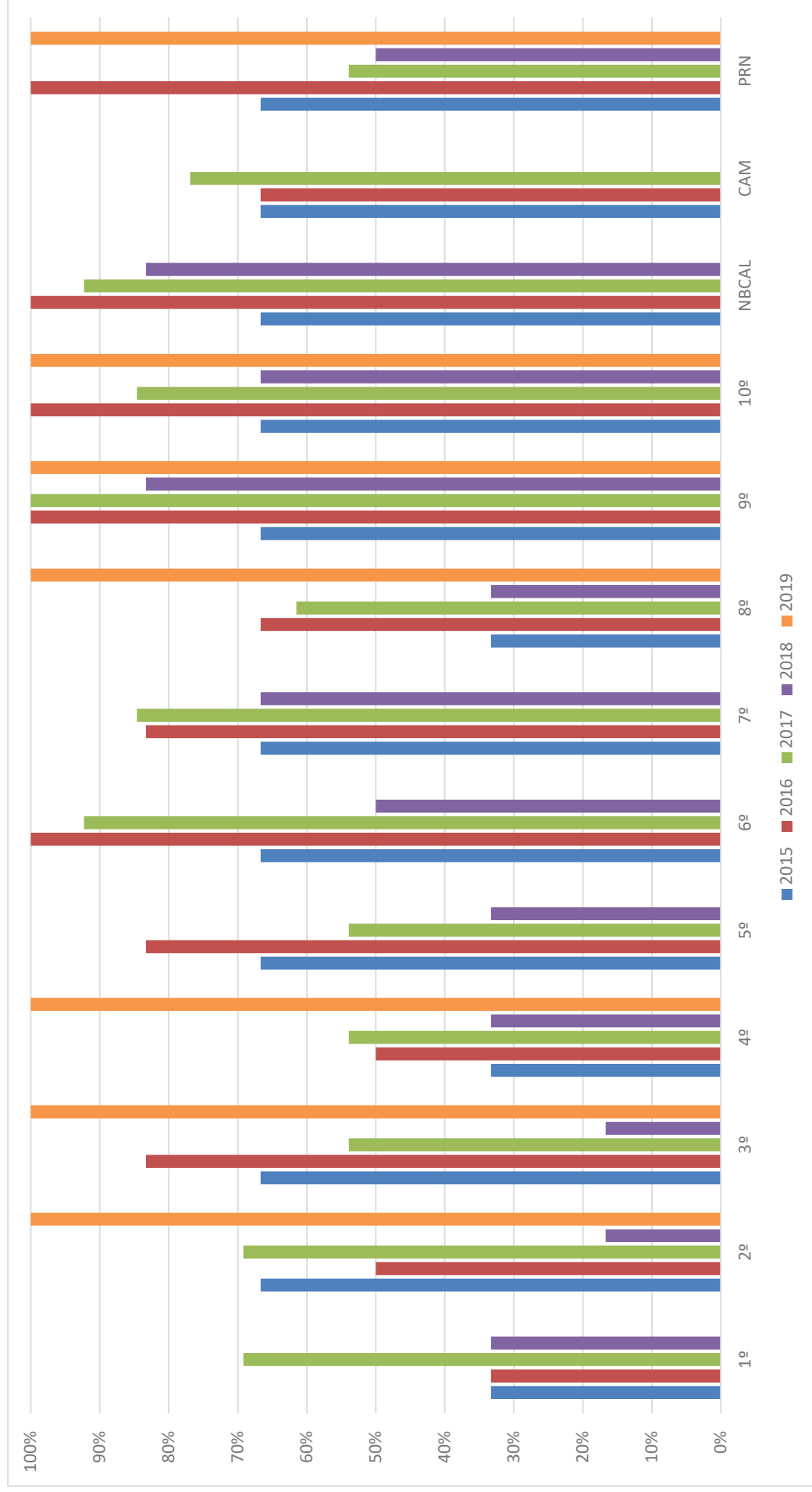
GRÁFICO 8 – MÉDIA PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA DE TODOS OS ITENS ENTRE A AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019 (N=29)



FONTE: A autora (2021).

Ao realizar um detalhamento da análise da concordância por item no período de 2015 a 2019 (GRÁFICO 9), observou-se que há similaridade entre o condensado das avaliações em alguns anos para determinados itens, como o Passo 1 (política escrita), que em três anos apresentou o mesmo percentual de concordância. Contrapondo-se a esse achado, há itens que todos os anos apresentam resultados diferentes, como, por exemplo, o Passo 3 (manejo do AM no pré-natal). Ressalta-se que no ano de 2019 houve 0% de concordância nos itens Passo 1 (política escrita), Passo 5 (manejo do AM), Passo 6 (não ofertar substitutos do LM), Passo 7 (alojamento conjunto), NBCAL e CAM. Na sequência, é possível observar o resultado por itens com disposição de concordância por ano.

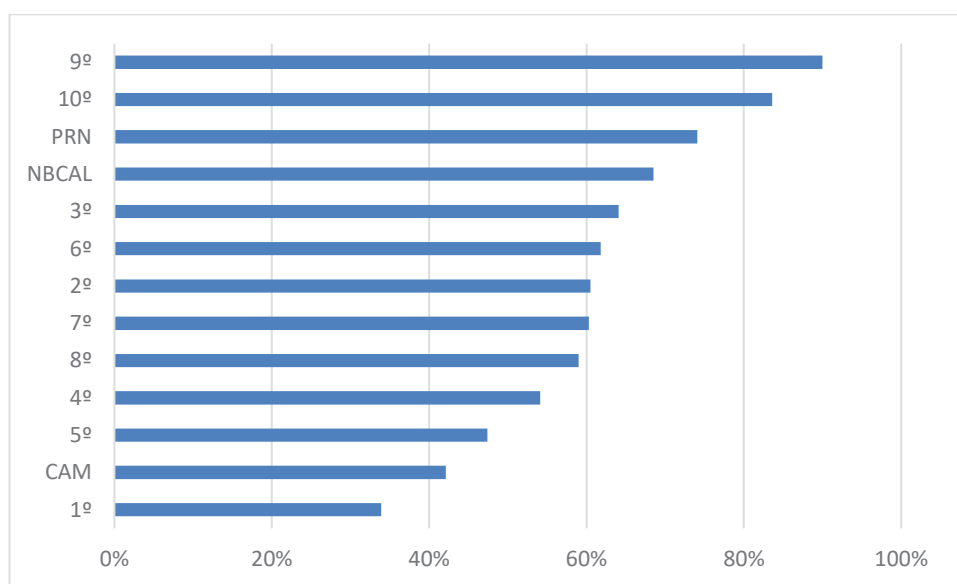
GRÁFICO 9 - PERCENTUAL MÉDIO DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS AVALIAÇÕES INTERNAS E EXTERNAS ANUAIS POR ITEM, NO ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019, PARANÁ (N=29)



Fonte: A autora (2021).

No GRÁFICO 10, destaca-se que 10 (77%) dos 13 itens avaliados obtiveram mais de 50% de concordância nas 29 comparações, com destaque para o item Passo 9 (não oferecer bicos artificiais) com média de 90% concordância. Já o item Passo 1 (política escrita) sobressaiu com o menor percentual de concordância, atingindo a média de 34%.

GRÁFICO 10 – PERCENTUAL MÉDIO DE CONCORDÂNCIA POR ITENS ENTRE AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA ANALISADOS NOS HACs, ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019 NO (N=29)



FONTE: A autora (2021).

Na TABELA 6, observa-se o percentual médio de concordância entre a avaliação interna e a 1ª avaliação externa, de acordo com as características do hospital. Evidencia-se que: os HACs que possuem maior grau de concordância são de grande porte, com 77% de concordância dentre os 13 itens analisados: os que atendem ao risco habitual e alto com 86,5%; hospital geral, com 66%; com habilitação no código novo, com 75%; de gestão municipal, com 69%; que possuem atividade de ensino, com 75%; e, que realizam atendimento exclusivo SUS, com 69%.

TABELA 6 - MÉDIA DO PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA POR ITENS ENTRE AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA, ESTADO DO PARANÁ, 2015 A 2019 (N=29)

Itens de avaliação	Média (%)
Porte	
Grande	77
Médio	51
Pequeno	65
Risco	
Alto	80
Habitual	66
Habitual e Alto	87
Habitual e Intermediário	46
Habitual, Inter. e Alto	58
Tipo de estabelecimento	
Hospital geral	66
Maternidade	64
Tipo de habilitação	
1404 - Antiga	55
1416 - Nova	74
Gestão	
Municipal	69
Estadual	64
Dupla	60
Atividade de ensino	
Sim	75
Não	54
Atendimento 100% SUS	
Sim	69
Não	60
Natureza jurídica	
Associação privada	59
Autarquia estadual ou do distrito federal	80
Autarquia federal	74
Município	65
Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	62
Fundação pública de direito privado municipal	77

FONTE: A autora (2021).

5 DISCUSSÃO

A IHAC tem como filosofia o apoio aos direitos da mulher e o incentivo ao AM (ATCHAN; DAVIS; FOUREUR, 2018). Neste sentido, a estratégia tem contribuído para a mudança de condutas e cultura nos estabelecimentos de saúde e, consequentemente, elevado os índices de AM (MELO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2021), assim como de AME, iniciação precoce e duração do AM (SPAETH et al., 2017; COHEN et al., 2018; LUBOLD, 2019; FAIR; MORRISON; SOLTANI, 2021).

Tornar-se um HAC deve ser entendido como um processo contínuo, que necessita de sistemático acompanhamento de avaliação interna e de avaliação externa, para que se mantenha um padrão de qualidade no atendimento (AGBOZO et al., 2020; MELO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2021). Além disso, enfoques regionais para manutenção dos processos de credenciamento e recredenciamento podem contribuir para a motivação dos funcionários (AL-JAWALDEH; ABDUL-FADL, 2018; ESBATI et al., 2020).

No Brasil, os dados sobre a implementação e monitoramento da IHAC são esparsos, e no Estado do Paraná inexistentes. Assim, esta é a primeira pesquisa que apresenta o monitoramento dessa iniciativa e analisa a concordância entre a avaliação interna e a avaliação externa relacionada às políticas e práticas da IHAC no Estado do Paraná.

5.1 1ª ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS COMO HAC

Na série histórica desta pesquisa, constatou-se que não houve credenciamentos de novos estabelecimentos de saúde, assim como não houve descredenciamento. Além disso, evidenciou-se que os estabelecimentos de saúde habilitados como HAC no Paraná estão, em sua maioria, situados na 2ª Regional de Saúde e, consequentemente, na capital (grande centro), e possuem em média o perfil de hospital geral, de médio porte, com a habilitação antiga, realizando atendimento exclusivo SUS e aos três tipos de risco, não possuem atividade de ensino, têm gestão dupla e natureza jurídica de associação privada.

Uma análise geoespacial da IHAC realizada nos EUA identificou que os HACs tinham maior probabilidade de estarem presentes em áreas com maior população,

educação e riqueza (GRUBESIC; DURBIN, 2017). Do mesmo modo, um estudo australiano (ESBATI et al., 2019) demonstrou que essa probabilidade é elevada devido a maior disponibilidade de fundos em regiões metropolitanas e menor capacitação da IHAC, em áreas com um número limitado de estabelecimentos de saúde.

No Paraná, o cuidado à atenção materno-infantil é realizado de maneira regionalizada com base na Linha Guia Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018), a qual determina que a atenção hospitalar garanta a vinculação e o atendimento das gestantes e crianças, conforme a estratificação de risco, podendo ocorrer em estabelecimentos de saúde de diferentes complexidades, como hospitais gerais e maternidade, sendo esses da rede própria do estado ou credenciados. Em um estudo realizado no Brasil, evidenciou-se que, nos estabelecimentos que prestavam atendimento exclusivo SUS, a prevalência de cesariana eletiva foi de 28,3%, enquanto os de atendimento misto, ou seja, público e privado, apresentaram uma prevalência de 45,8% (ZAIDEN et al., 2019).

Nesta pesquisa evidencia-se, segundo os dados das avaliações internas, que, os HACs do tipo maternidade e com atendimento misto tiveram o maior percentual de cumprimento dos critérios da IHAC. Já, nas avaliações externas, quem se destaca são os hospitais gerais com atendimento exclusivo SUS. Recentemente, como estratégia de melhora de determinados índices no atendimento ao parto, inclusive a escolha da via de parto e incentivo ao parto vaginal, foi incluído o Plano de Parto na Caderneta da Gestante Paranaense (PARANÁ, 2021), uma ferramenta para assegurar os direitos de escolha da gestante sobre a forma e via de parto, bem como para estar de acordo com a filosofia e critérios da IHAC.

O Plano de Parto possibilita que a mulher se empodere sobre as decisões do seu parto, além disso, possibilita a comunicação entre os serviços de saúde disponíveis na rede de atenção. Entretanto, é preciso que a enfermagem estimule a construção dessa ferramenta desde o início do pré-natal, e assim promova orientações para a gestante e família sobre todo o processo de parto e nascimento (COSTA et al., 2021).

Nesta pesquisa evidenciou-se que houve maior dificuldade para o cumprimento de todos os critérios da IHAC em estabelecimentos que desenvolvem atividade de ensino. Na avaliação interna esse tipo de estabelecimento atingiu uma média de 79% de cumprimento; já, na avaliação externa, atingiu 42%. Uma pesquisa

multicêntrica realizada em hospitais universitários do Egito demonstrou que há uma complexidade para implementar os critérios da IHAC em hospitais que exercem atividades de ensino em decorrência da alta rotatividade de recursos humanos devido à formação contínua dos discentes e residentes (ABUL-FADL et al., 2018).

No estudo realizado no Egito, evidenciou-se que nenhum dos itens atingiu o mínimo de 80% de cumprimento, sendo a NBCAL e o Passo 2 (capacitação) os mais cumpridos. A maior dificuldade esteve relacionada ao Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM) (ABUL-FADL et al., 2018), corroborando com os achados nesta pesquisa.

5.2 2ª ETAPA: AVALIAÇÃO INTERNA

De acordo com a Portaria nº 1.153/2014 (BRASIL, 2014), os HACs que permanecem por dois anos consecutivos sem realizar a avaliação interna devem ser desabilitados. Nesse sentido, evidencia-se que todos os HACs paranaenses estão de acordo com o disposto na legislação supracitada, sendo 16 (76%) os que realizaram a avaliação interna em todos os anos. Destaca-se o ano de 2017, no qual três estabelecimentos deixaram de realizá-lo e, conseqüentemente, este ano apresentou o menor percentual de cumprimento (74%). Dois acontecimentos podem ter impactado esse resultado, um diz respeito à posse dos novos prefeitos e vereadores, haja vista que as eleições municipais ocorreram no final de 2016, e outro motivo corresponde ao nível estadual, pois em 2017 houve a alocação dos novos servidores do concurso público para atuação na SESA (INSTITUTO BRASILEIRO DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO, 2021).

Nesta série histórica o percentual de cumprimento da avaliação interna manteve-se entre 74% e 92%, apresentando média de 85% de cumprimento, estando de acordo com o preconizado na Portaria nº 1.153/2014 (BRASIL, 2014), que determina que, para a manutenção da IHAC, deve-se garantir 80% de cumprimento (LAMOUNIER et al., 2019). Resultado esse corroborado com o exposto por Araújo et al. (2019), que identificaram que os HACs cumprem grande parte dos itens, demonstrando qualidade na assistência prestada no início da vida. Aprofundando a análise e observando o cumprimento por item, é possível evidenciar que dois não atingem o percentual mínimo para serem considerados aprovados, sendo eles: Passo

4 (contato pele a pele e início precoce do AM) e Passo 2 (capacitação), com 65% e 78% de cumprimento, respectivamente.

O Passo 4 (contato pele a pele e ao início precoce do AM) está em consonância com a literatura nacional (LAMOUNIER et al., 2019), que apresenta esse item como de maior dificuldade de cumprimento, assim como a literatura internacional (ABUL-FADL et al., 2018; AGBOZO et al., 2020), afirmando que a dificuldade ocorre tanto em ambientes de baixa renda, como de alta (SPAETH et al., 2017). Um estudo brasileiro sobre a avaliação interna demonstrou que esse passo obteve 64% de cumprimento (ARAÚJO et al., 2019); em relação ao Passo 2 (capacitação), esse mesmo estudo demonstrou 80% de cumprimento. Sabe-se que a dificuldade de cumprimento desse item pode estar relacionada à alta rotatividade dos funcionários e trocas de funções na equipe (WHO, 2017a; SPAETH et al., 2017).

Além desses itens, há que se destacar também o Passo 10 (apoio ao AM pós-alta), o qual apresentou 94% de cumprimento, em contraposição aos estudos de países de alta renda (SPAETH et al., 2017) e, ao estudo brasileiro de 2013, que apresentava esse item com menos de 50% de cumprimento (LOPES et al., 2013). Entretanto, um estudo brasileiro recente (ARAÚJO et al., 2019) demonstrou similaridade ao achado da presente pesquisa, apresentando o Passo 10 com 90% de cumprimento.

Estudos internacionais relatam que, para manutenção dos efeitos de AM, é necessário o cumprimento desse item (PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016; KAVLE et al., 2019; LIBERTY et al., 2019; JANURAGA et al., 2020; FRANCIS et al., 2021). Entretanto, críticas são feitas a este item devido à sua dificuldade de implementação (LIBERTY et al., 2019) principalmente, por países de alta renda (AGBOZO et al., 2020). Estudo nacional demonstrou que o suporte dos profissionais de saúde e políticas de AM podem funcionar como elementos fortalecedores ou fragilizadores, a depender da estrutura, da atenção e do conhecimento que é repassado para as mães e familiares do binômio mãe-bebê (WAGNER et al., 2020).

Desse modo, a OMS orienta a criação de estruturas para apoiar o AM no nível comunitário e, assim, a Iniciativa Comunidade Amiga da criança é subentendida como uma extensão desse passo, e tem como objetivo o apoio contínuo ao AM após a alta hospitalar (WHO, 2018c; KAVLE et al., 2019; NTE; EKE, 2020). O Brasil tem sua política de AM como exemplo nas esferas internacionais (ROLLINS et al., 2016). Em

1999, o Estado do Rio de Janeiro lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Alimentação, a qual contou com o apoio do MS entre os anos de 2000 e 2004. Tal estratégia se provou sustentável, e elevou o cumprimento dos 10 Passos, refletindo em aumento dos índices de AM (FEBRONE et al., 2021). Aliado a isso, desde 2012 há a estratégia nacional EAAB, que tem por objetivo qualificar o processo de trabalho da APS estimulando o AM e a alimentação saudável (BRASIL, 2020).

5.3 3ª ETAPA: AVALIAÇÃO EXTERNA

Em relação à avaliação externa é possível constatar divergências entre o preconizado na Portaria nº 1.153/2014 (BRASIL, 2014) e os dados disponíveis no sistema SISIHAC. Segundo a referida legislação, o HAC deve ser reavaliado a cada três anos e, caso não passe em todos os itens, possui mais duas chances para demonstrar que está cumprindo o que a legislação determina. Essas duas oportunidades – 2ª e 3ª avaliações externas – ocorrem no prazo máximo de 180 e 90 dias, respectivamente.

Nesse sistema, encontram-se HACs realizando as duas primeiras avaliações externas, sem o intervalo de dois anos consecutivos, e duas primeiras avaliações externas no mesmo ano. De acordo com a OMS, as avaliações externas devem ocorrer entre três e cinco anos (WHO, 2017a), e o uso de uma ferramenta de monitoramento da IHAC pode ser eficaz para atingir o pleno cumprimento dos critérios da iniciativa e, assim, identificar as lacunas e oportunidades de melhorias (ABUL-FADL et al., 2018). Entretanto, para ser efetiva, a ferramenta deve cumprir o seu papel, o que está ocorrendo parcialmente no Brasil (ARAÚJO et al., 2019).

Nesta série histórica apenas nove (43%) HACs apresentaram 100% de cumprimento na avaliação externa, sendo quatro (44%) após a realização da 1ª avaliação externa, e os outros cinco (56%) após a realização da 2ª avaliação externa. De acordo com estudo realizado em Gana (AGBOZO et al., 2020), o monitoramento fraco afeta a implementação da IHAC, além disso, estabelecimentos de saúde e países signatários da iniciativa enfrentam dificuldades para a manutenção do título, em especial aqueles que possuem recursos financeiros ou sistema de monitoramento limitados (WHO, 2017a). Uma avaliação da implementação da IHAC no Mediterrâneo destacou que a avaliação externa periódica pode fortalecer o monitoramento e a

gestão de qualidade da IHAC, garantindo, assim, a sua sustentabilidade (AL-JAWALDEH; ABDUL-FADL, 2018).

Ao analisar as 43 avaliações externas realizadas, observa-se que o ano de 2017 destacou-se com o maior número de 1^{as} avaliações externas, e o ano de 2016, com o maior número de 2^{as} avaliações externas, todavia, não foi possível correlacionar o motivo do quantitativo de avaliações realizadas nestes anos, haja vista que não houve capacitações de novos avaliadores externos ou mudança de equipe de avaliadores no estado. Outrossim, não houve mudança de governo estadual/federal ou de diretriz da política da IHAC.

Destaca-se que na presente série histórica o percentual de cumprimento da avaliação externa apresentou média de 58% de cumprimento, e apenas o ano de 2016 apresentou resultado acima de 80% de cumprimento, os demais anos estão em desacordo ao preconizado em legislação que determina que, para a manutenção da IHAC, deve-se garantir 80% de cumprimento (BRASIL, 2014). Ao analisar os HACs por ano, é possível observar que 20 (95%) não atingiram 80% em pelo menos um ano e dois (10%) não cumpriram nenhum item em um ano, destes, um é de pequeno porte e outro de médio.

Ao examinar o cumprimento por item, é possível evidenciar que apenas quatro itens possuem cumprimento acima de 80. Apesar de não atingirem 80%, os itens CAM e PRN, 49% e 67% respectivamente, ultrapassam 30% de cumprimento, valor mínimo estipulado em legislação para ser considerado aprovado. Assim, sete (33) itens não estão em acordo com a legislação e merecem atenção, sendo eles: o Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM) com 23% de cumprimento, passo 1 (política escrita) com 35%, Passo 2 (capacitação) com 38%, Passo 8 (AM sob livre demanda) com 41%, Passo 5 (manejo do AM) com 43%, Passo 3 (manejo do AM no pré-natal) com 54% e, por último, a NBCAL com 65%.

O item Passo 1 (política escrita) é o que embasa a realização de todos os outros itens, haja vista que todos os critérios da IHAC devem estar contidos na política de AM do HAC (BRASIL, 2014). Ter uma política escrita contribui para a aceitação e implementação da IHAC, pois há uma resistência cultural para as práticas adequadas de AM (ESBATI et al., 2019), o que fortalece a realização desse e dos demais passos é a formação de um comitê institucional de AM (BRASIL, 2017) em nível nacional. A Portaria nº 111, de 19 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), redefiniu o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM), porém este não está ativo no momento. E,

em nível estadual, por meio da Resolução SESA nº 1.460 de 15 de 12 de 2020 (PARANÁ, 2020b), foi instituído o Comitê Estadual de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável (CEAMACS). Ambos os Comitês devem trabalhar para apoiar as instituições e a cultura da IHAC (ESBATI et al., 2019).

Na última atualização da IHAC realizada pela OMS e UNICEF, o item Passo 2 (capacitação) passou por alterações, e agora solicita a construção da competência e não um currículo pré-definido de capacitação (WHO, 2018a; AGBOZO et al., 2020). A literatura internacional aborda a lacuna existente na forma de capacitação realizada pela IHAC em sua versão anterior à atualização, podendo levar o aconselhamento às puérperas de forma inadequada (AGBOZO et al., 2020). Ressalta-se que essa forma de capacitação ainda está em vigência no Brasil. Fato é que capacitações contribuem para o aperfeiçoamento das habilidades, conhecimentos e práticas da assistência ao AM, para as gestantes, puérperas e bebês (JESUS; OLIVEIRA; MORAES, 2017). Um estudo quase experimental avaliou a realização de um módulo autoinstrucional sobre a IHAC para profissionais da saúde e constatou que houve impacto significativo na melhoria do conhecimento dos critérios da iniciativa (BHATIA; SOBIYA, 2020).

O Passo 3 (manejo do AM no pré-natal) pode capacitar as mulheres a manter o AM e superar os desafios (JACKSON et al., 2021), além disso, o profissional de saúde que acompanha a gestante e a família pode identificar, no momento do pré-natal, os elementos fortalecedores e fragilizadores do AM e intervir para poder auxiliar no sucesso do AM (WAGNER et al., 2020). Apesar de esse item não ter apresentado cumprimento satisfatório, na Linha de Cuidado Materno Infantil a atenção ao pré-natal deve ser realizada pela APS e compartilhada com a atenção hospitalar, salienta-se que no Estado do Paraná, 84,7% das gestantes realizam sete ou mais consultas de pré-natal (PARANÁ, 2020c). Um ensaio clínico randomizado com 120 gestantes demonstrou maior taxa de AME de seis meses para as gestantes que receberam treinamento pré e pós-natal (YILMAZ; AYKUT, 2019). Além disso, esse treinamento deve ser realizado também com os pais e parceiros (ABBASS-DICK et al., 2019).

Semelhante a demais estudos, este demonstrou que o Passo 4 (contato pele a pele e iniciação precoce do AM) possui maior dificuldade de cumprimento. Um estudo nacional de um HAC público da Região Sul demonstrou que o contato pele a pele estava presente em 81% dos nascimentos, e a iniciação precoce do AM, em 52% (ABDALA; WEDGE, 2018). Estudo realizado no Nordeste demonstrou 83,6% de contato pele a pele, e 58,3% de iniciação precoce de AM (ARAÚJO et al, 2021). Outro

estudo na mesma região demonstrou menor prevalência de contato pele a pele, quando comparado ao início precoce do AM (SANTOS et al., 2021). Já um estudo do Sudeste demonstrou que, em quase todos os nascimentos, realizava-se o contato pele a pele, porém em tempo inferior ao recomendado (KUAMOTO; BUENO; RIESCO, 2021)

Uma metanálise realizada na Etiópia demonstrou que apenas 40% das mães que tiveram filhos por cesariana iniciaram precocemente o AM, sendo essa via de parto associada a uma probabilidade 79% menor de início precoce do AM, quando comparada ao parto vaginal (GETANEH, 2021). Outro estudo internacional realizado em Israel sugeriu que o contato pele a pele pode ser um fator importante para a satisfação e experiência positiva da puérpera, independente da via de parto (KAHALON; PREIS; BENYAMINI, 2021). Diante do exposto, é possível observar diferentes realidades, tanto no âmbito nacional, como internacional. Um estudo nacional sobre a percepção das enfermeiras obstétricas sobre o contato pele a pele destacou que as limitações para a realização dessa prática são inerentes ao processo de trabalho e, que elas se reconhecem como facilitadoras para as mudanças desse processo e realização dessa prática (HOLZTRATTNER et al., 2021).

O item Passo 5 (manejo do AM) está intrinsecamente associado ao Passo 2 (capacitação), pois, se os profissionais de saúde não recebem capacitação adequada, não é possível fornecer orientações adequadas às mães. Outro ponto crucial é que a orientação deve contemplar o manejo do AM, mesmo que as mães venham a ser separadas de seu filho (BRASIL, 2019b), ou seja, quando estes são encaminhados à unidade neonatal. Recentemente, pesquisadores nórdicos e do Canadá adaptaram a IHAC para unidades neonatais, denominando IHAC-NEO, e essa estratégia foi aplicada e validada no Brasil, trazendo mudanças positivas para a promoção, proteção e apoio ao AM em ambiente de unidade neonatal (BALAMINUT et al., 2021).

Outro fator que corrobora para a execução do adequado manejo do AM, principalmente, para mães de bebês de unidade neonatal, é a implantação da rBLH no estabelecimento de saúde. Sua missão é a promoção da saúde do binômio mãe-bebê, tendo como um dos objetivos a promoção, proteção e apoio ao AM, ofertando assistência por meio do manejo clínico da lactação (REDE BRASILEIRA DE BANCO DE LEITE HUMANO, 2021).

Do mesmo modo, o item Passo 8 (AM sob livre demanda), na última atualização da IHAC realizada pela OMS e UNICEF passou por alterações, e agora

não enfatiza a forma de alimentação e, sim, a forma de resposta à alimentação (WHO, 2017b). Semelhante ao item anterior, esse também possui forte relação com o Passo 2 (capacitação), pois só assim os profissionais podem auxiliar as mulheres aumentando a sua autoeficácia para o AM, o que influencia no modo e duração do AM (GALIPEAU; DUMAS; LEPAGE, 2017). Além disso, a introdução precoce de substitutos do LM pode relacionar-se à falta de conhecimento, e pode impactar no AME (CAMPOS et al., 2015).

Apesar de existir legislação específica para proteger o AM, e essa contar como um dos critérios da IHAC, o presente estudo evidenciou apenas 65% de cumprimento na NBCAL. Estudo feito no Reino Unido demonstrou que locais de formação de profissionais de saúde aceitam financiamento dessas empresas, o que corrobora para a imparcialidade do ensino e prejuízo na formação profissional (COSTELLO et al., 2017).

As empresas e fornecedores de substitutos do LM, por vezes, fazem propagandas dos seus produtos com a imagem de que esses são tão bons ou superiores ao AM (ROLLINS et al., 2016), utilizando a influência dos profissionais de saúde para aumentar o seu mercado (LAKE et al., 2019). Destaca-se que a distribuição de substitutos do LM ainda é comum em alguns países, como, por exemplo, no sul da Espanha, onde 86,4% das puérperas receberam amostras (HARILLO-ACEVEDO; RAMOS-MORCILLO; MARTINEZ, 2018). Nos EUA, além de distribuir fórmulas, também existe parceria com lojistas que possuem acesso a gestantes (SHARFSTEIN; SILVER, 2017)

Já o Passo 9 (não oferecer bicos artificiais) destaca-se como o item de maior cumprimento nas avaliações externas, com 90% de cumprimento, resultado semelhante a estudo brasileiro que encontrou o mesmo dado para esse item (ARAÚJO et al., 2019). Este achado pode estar correlacionado à consolidação da implantação da NBCAL no Brasil. Na versão atualizada e revisada dos 10 Passos, a OMS retira a proibição do uso de bicos chupetas e mamadeiras, substituindo para o aconselhamento sobre o risco de utilizar esses artifícios (WHO, 2017a). Nesse sentido, um estudo internacional afirmou que a utilização da chupeta pode auxiliar no momento de separação do binômio, e servir como apoio ao AM de forma terapêutica, entretanto, esta só deve ser utilizada em situações específicas, sob prescrição médica e por tempo limitado (LUBBE; HAM-BALOYI, 2017).

5.4 4ª ETAPA: ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA ENTRE A AVALIAÇÃO INTERNA E 1ª AVALIAÇÃO EXTERNA REALIZADAS NO PERÍODO DE 2015 A 2019

Uma adequada avaliação (interna/externa) deve contemplar a observação da política escrita e exposta no ambiente do serviço quanto à prescrição e fornecimento de substitutos do LM, bicos, chupetas e mamadeiras, propaganda ou doação desses produtos, partos (normal e cesárea), das práticas realizadas no centro obstétrico/cirúrgico e alojamento conjunto, além de realizar entrevistas com as gestantes e puérperas, direção do hospital, corpo clínico e não clínico (BRASIL, 2019b).

Ao realizar a análise de concordância entre avaliação interna e externa, observa-se que a avaliação interna demonstra resultados mais brandos, quando comparados à 1ª avaliação externa, e resultado semelhante pode ser encontrado em um estudo nacional (ARAÚJO et al., 2019). Em diferentes níveis, os dois tipos de avaliações demonstraram que os HACs possuem maiores fragilidades para cumprir os Passo 2 (capacitação) e Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), e a facilidade em cumprir os Passo 9 (não oferecer bicos artificiais) e Passo 10 (apoio ao AM pós-alta).

Em relação à concordância entre avaliação interna e a 1ª avaliação externa dos critérios da IHAC, tem-se itens que não alcançaram 50% de concordância, sendo eles: Passo 1 (política escrita), Passo 5 (manejo do AM), e CAM. Há itens que apresentaram de 50 a 70% de concordância: Passo 2 (capacitação), Passo 3 (manejo do AM no pré-natal), Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), Passo 6 (não ofertar substitutos do LM), Passo 7 (alojamento conjunto), Passo 8 (AM sob livre demanda), NBCAL e PRN. E itens que atingiram mais de 70% de concordância entre a avaliação interna e 1ª avaliação externa: passo 9 (não oferecer bicos artificiais), passo 10 (apoio ao AM pós-alta) e PRN.

O Passo 1 – Possuir uma política de AM escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde – apresentou 34% de concordância. Esse item é entendido como cumprido quando a política contempla todos os critérios da IHAC, está disponível em versão completa para manuseio de todos os funcionários e resumos estão disponíveis nos locais de circulação das gestantes, puérperas lactantes e crianças (BRASIL, 2019b). Acredita-se que a divergência entre o resultado apresentado na avaliação interna e avaliação externa seja em decorrência da

interpretação dos avaliadores internos, que consideram os resumos dos 10 Passos afixados nas paredes como uma política.

O item Passo 2 – Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar a política descrita no Passo 1 – apresentou 61% de concordância, e é considerado cumprido quando tanto o corpo clínico como o não clínico receberam orientações sobre a política da IHAC, e estas foram suficientes ao ponto de que os profissionais conseguissem responder corretamente questões relacionadas ao AM. Além disso, é necessário comprovar o conteúdo e carga horária ofertada para capacitação (BRASIL, 2019b), sendo esse provavelmente um dos maiores motivos da baixa concordância no monitoramento, pois os profissionais podem ficar nervosos ao responder os questionamentos e, os gestores podem estar fornecendo uma capacitação que esteja em desacordo com o disposto no módulo 3 da IHAC (UNICEF, 2011c).

O Passo 3 – Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do AM – apresentou 64% de concordância. Esse item é aplicado apenas aos HACs que realizam atendimento ambulatorial de pré-natal e/ou internam gestantes por tempo superior a 72 horas. Para cumprir esse item, o estabelecimento de saúde deve fornecer documento escrito, como *flyer* contendo informações sobre os itens da IHAC, especialmente sobre o manejo do AM (BRASIL, 2019b). Supõem-se que os avaliadores internos interpretem esse item como cumprido quando as orientações são repassadas apenas verbalmente, sem a necessidade da oferta do *flyer*, entretanto, os avaliadores externos consideram cumprido quando, além da abordagem oral, há a entrega de documento escrito.

O item Passo 4 – Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento – apresentou 54% de concordância. Desde 2011, conforme a Portaria nº 80, esse item deve ser interpretado como cumprido quando, em pelo menos 80% dos partos vaginais e cesarianas sem anestesia, e 50% das cesarianas com anestesia, é realizada a prática de contato pele a pele imediatamente após o parto entre mãe e bebê durante pelo menos uma hora. Além disso, a puérpera deve receber orientações de como identificar os sinais de prontidão do RN para o AM, e a equipe de saúde oferece ajuda quando necessário (BRASIL, 2019b).

Supõe-se que a baixa concordância entre a avaliação interna e 1ª avaliação externa, neste item, esteja correlacionada ao momento e tempo em que o RN realiza contato pele a pele. Um estudo nacional demonstrou que a prática do contato pele a

pele ocorre parcialmente conforme preconiza OMS e MS, pois o RN não é posto imediatamente após o parto, nem por uma hora sem interrupção, ressaltando a importância de constantes atualizações da equipe multiprofissional de saúde frente às evidências científicas (HOLZTRATTNER et al., 2021).

O Passo 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se forem separadas dos filhos, com 47% de concordância, é entendido como cumprido quando as primíparas ou multíparas que apresentaram dificuldade de AM no passado recebem atenção e apoio especializado, tanto no pré-natal, como no pós-natal (BRASIL, 2019b). Esse item envolve as respostas das puérperas e, por vezes, a interpretação delas pode ser divergente do corpo clínico, além disso, como mencionado anteriormente, esse item tem correlação com a unidade neonatal.

O ambiente de unidade neonatal é um ambiente crítico e que traz um cenário com diversas vulnerabilidades, principalmente, no que diz respeito ao AM, o que demonstra a necessidade de profissionais de saúde habilitados para realizar o aconselhamento para a manutenção do AM, e assim o profissional de saúde, principalmente a enfermagem, deve atuar como facilitador nesse processo de manutenção da lactação (OLIVEIRA et al., 2021).

O item Passo 6 – Não oferecer ao RN bebida ou alimento que não seja o LM, a não ser por orientação médica – apresentou 62% de concordância. Para ser considerado cumprido, o estabelecimento de saúde deve apresentar comprovação de que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo no último ano receberam somente LM, podendo ser direto de sua mãe ou via BLH, e, nos casos de oferta de substitutos, essa deve ser justificada por razões médicas aceitáveis (BRASIL, 2019b). Um estudo nacional identificou que em HACs, mesmo sem justificativa e sem prescrição médica, ofertou-se complemento (PINHEIRO et al., 2021). Entretanto, no presente estudo, em ambas as avaliações, esse item apresentou mais de 80% de cumprimento.

O Passo 7 – Prática o alojamento conjunto, permitindo que mães e RN permaneçam juntos, 24 horas por dia – apresentou 60% de concordância, e em ambas as avaliações compõe o 3º item com maior grau de cumprimento. A prática desse item também está disposta em outras políticas, como a Rede Cegonha, e, desde 2016, a Portaria nº 2.068, instituiu “as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto” (BRASIL, 2016c). Além de cumprir o disposto nas políticas, é necessário qualificar a atenção proposta para esse ambiente. Um estudo nacional evidenciou que a maioria das puérperas

julgava como ótimo o atendimento prestado pelo enfermeiro nesse ambiente, relatando satisfação com as orientações e cuidados recebidos (MERCADO et al., 2017).

O Passo 8 – Incentivar o aleitamento sob livre demanda – teve 59% de concordância. É considerado como cumprido quando o AM é guiado pela necessidade do bebê e não por um padrão de horário previamente estabelecido (BRASIL, 2019b). Em parte, esse resultado pode estar atrelado ao item Passo 2 (capacitação), pois os avaliadores internos podem considerar como aprovado quando os profissionais realizam orientações, porém, podem não considerar se as orientações estão de acordo com os protocolos da IHAC, já os avaliadores externos podem ser mais criteriosos.

E os itens com maior concordância foram o Passo 9 – Não oferecer bicos artificiais ou chupetas ao RN e lactentes, com 90%, e com 84% o Passo 10 – Encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração com esses grupos e serviços. Conforme apresentado anteriormente, ambos obtiveram o maior grau de cumprimento nas avaliações internas e externas, demonstrando que esses itens estão consolidados na cultura institucional dos estabelecimentos de saúde.

Na NBCAL tem-se 69% de concordância, o que demonstra que, apesar de o código internacional de comercialização dos substitutos do LM e de as boas práticas de parto e nascimento estarem presentes no Brasil há mais de décadas, são necessários avanços e mudanças de cultura sobre a utilização de substitutos do AM (ALCÂNTARA; SILVA, 2021) para que esse item seja totalmente cumprido e esteja em concordância no monitoramento da IHAC.

Já o CAM, com 42% de concordância, demonstra que há uma fragilidade nesse item e que, apesar de as boas práticas de atenção ao parto e nascimento estarem disponíveis em literatura desde 1996 (OMS, 1996), e ter sido atualizado em 2018 (WHO, 2018a), ainda há uma descontinuidade desse cuidado, e que os hospitais que são amigos da criança precisam atentar para serem amigos da mulher também (BRASIL, 2014).

E, por último, o item PRN, com 74% de concordância, foi considerado cumprido nas duas avaliações, resultado que pode ser justificado pela existência de outras legislações que apresentam o direito do RN e do lactente terem

acompanhantes, como, por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) e a Portaria nº 930 de 2012 (BRASIL, 2012a).

Estudo nacional demonstrou que é necessário ampliar a IHAC no Brasil, para, consequentemente, aumentar o número de nascimentos em HAC (MELO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2021). Soma-se a essa necessidade o achado de um estudo sobre o valor social de manter o credenciamento da IHAC (PRAMONO, 2021), que demonstrou a importância do investimento na IHAC, pois o retorno social é muito maior do que o investimento. Essa iniciativa, como um todo, é uma inovação complexa, com múltiplas intervenções, que necessita de ações contínuas para a implantação e manutenção da habilitação (ATCHAN; DAVIS; FOUREUR, 2018), sendo imprescindível o adequado monitoramento interno e externo. O monitoramento fraco diminui a qualidade dos serviços da IHAC, a implementação e a expansão da iniciativa (PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016), pois, quando o monitoramento não é realizado de forma adequada, há um déficit entre as ações/orientações realizadas pela equipe e o que preconiza a IHAC (AHMED et al., 2019).

Para uma política favorável ao AM, é fundamental o trabalho em rede (LAMOUNIER et al., 2019). No Brasil, o órgão responsável pela estratégia é o MS, o qual deve instituir políticas e investimento financeiro para o incentivo e manutenção dos estabelecimentos de saúde. A última atualização de repasse de incrementos financeiros para os procedimentos realizados em HACs foi instituída em 2014 (BRASIL, 2014). Assim, se fazem necessárias atualizações constantes para manter os gestores dos estabelecimentos de saúde interessados em fazer parte da cultura IHAC. Além disso, devem-se utilizar novas formas de abordagens, como as baseadas em mudanças organizacionais (ESBATI et al., 2019), pois, somente com o engajamento multi e interdisciplinar, apoio da gestão, monitoramento e gestão dos dados, será possível realizar mudanças estruturas e culturais (ESBATI et al., 2020; BYROM et al., 2021).

6 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou caracterizar o perfil dos HACs no Estado do Paraná, demonstrando que há um grande potencial para a implantação de novos HACs em estabelecimentos de saúde que estão localizados em grandes centros, como em municípios sede de RS, e que estão contratualizados à Linha de Cuidado Materno-Infantil. Assim, com essa expansão poderá ser possível fornecer atendimento ao parto e nascimento no padrão IHAC para toda a população paranaense, haja vista que até o momento essa iniciativa não está presente em todo o estado.

O processo de monitoramento da IHAC é entendido pelo somatório das autoavaliações e da avaliação externa. Este estudo possibilitou destacar a análise dos avaliadores internos e externos frente aos critérios da iniciativa. Ao comparar os dois tipos de avaliações, foi possível compreender que a avaliação interna é mais flexível, comparada à avaliação externa. O que justifica a necessidade de investigação sobre o motivo de flexibilização, bem como de ajustes no processo de monitoramento.

Por meio da análise de série temporal e triangulação de evidências foi possível observar que há variações de cumprimento dos itens da IHAC de acordo com as características dos hospitais, bem como há uma disparidade dos resultados ao longo dos anos.

Constata-se que, na avaliação interna, dois itens não atingiram a porcentagem mínima para serem considerados aprovados, ou seja, 80% de cumprimento, sendo eles: o Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM) e Passo 2 (capacitação). E, nas avaliações externas, sete itens não atenderam ou atingiram a pontuação mínima para manutenção da habilitação: Passo 1 (política escrita), Passo 2 (capacitação), Passo 3 (manejo do AM no pré-natal), Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), Passo 5 (manejo do AM), Passo 8 (AM sob livre demanda) e NBCAL nas avaliações externas.

Fato que demonstra que o monitoramento deve ser realizado de maneira mais efetiva, pois, mesmo apresentando resultados desfavoráveis, nenhum HAC foi desabilitado nesse período. Considera-se relevante refletir sobre o processo de monitoramento, em termos de periodicidade e atendimento dos critérios definidos para esta iniciativa, além de maneiras para ser mantida a continuidade da qualidade da assistência.

Além disso, evidencia-se que existem fragilidades no processo de monitoramento referentes às avaliações externas, uma vez que as mesmas não ocorrem no tempo estipulado, e o sistema de monitoramento apresenta informações que estão em desacordo com o descrito em legislação. Culminando com divergências entre as informações disponíveis e a proposta do MS.

Outrossim, foi possível analisar a relação de concordância entre a avaliação interna e a 1ª avaliação externa. Destaca-se que os itens Passo 1 (política escrita), CAM e Passo 5 (manejo do AM) não atingem 50% de concordância, e que apenas dois itens, Passo 10 (apoio ao AM pós alta) e Passo 9 (não oferecer bicos artificiais), atingem mais de 80% de concordância entre a avaliação interna e 1ª avaliação externa.

Ressalta-se que, frente aos achados deste estudo, faz-se necessária a organização local, regional e estadual para desenvolver e promover educação continuada para os avaliadores internos e externos, a fim de instrumentalizar igualmente os dois avaliadores, para que ambos possuam o mesmo olhar e senso crítico em relação ao que deve ser avaliado e considerado cumprido em cada item. Bem como, oficializar os estabelecimentos de saúde para que realizem ações para cumprir todos os itens, em especial para os que apresentam maiores dificuldades. Além disso, é preciso um acompanhamento destes processos e dos encaminhamentos necessários para promover a inserção e a incorporação da cultural proposta na instituição, assim, possibilitando a manutenção da qualidade proposta na IHAC.

Uma limitação observada neste estudo diz respeito à análise estatística, pois, com os dados disponíveis no sistema, não foi possível realizar análises mais aprofundadas. Além disso, em decorrência da pandemia de COVID-19, não houve avaliação externas nos anos de 2020 e 2021, e, com isso, a série histórica possui dados até 2019.

Assim, considera-se relevante que sejam realizados estudos de abordagem qualitativa sobre o processo de monitoramento da IHAC, como, por exemplo, observações em campo para identificar a cultura organizacional e o perfil dos profissionais de saúde avaliadores, com vistas a identificar as fragilidades existentes para o cumprimento dos itens Passo 2 (capacitação) e Passo 4 (contato pele a pele e início precoce do AM), considerando que não atingiram 80% de cumprimento nos dois modelos avaliativos. Outrossim, sugere-se que estudos futuros possam identificar o

motivo das divergências de concordância entre os itens Passo 1 (política escrita), CAM e Passo 5 (manejo do AM) entre as avaliações, bem como sobre o desenvolvimento da capacitação para se tornar um avaliador interno e externo.

Recomenda-se que sejam realizados estudos semelhantes nas demais regiões do país, para o entendimento do perfil dos estabelecimentos de saúde, e de como está o processo de monitoramento. De maneira que intervenções em nível nacional sejam implementadas, e estas, por sua vez, sejam capazes de aumentar expressivamente do número de estabelecimentos de saúde habilitados, pois apesar reconhecimento dos benefícios que esta proporciona a sociedade de modo geral é de extrema importância a sua ampliação.

Ressalta-se que as evidências apresentadas neste estudo podem contribuir para melhorias na execução da IHAC em âmbito estadual e local para fortalecimento dessa iniciativa. Dessa maneira, esses dados serão apresentados para os serviços/instituições envolvidos, nas diferentes esferas nacional estadual e local, para que possam conhecer como está o processo de monitoramento da IHAC no Paraná, e assim fomentar ações articuladas entre os entes envolvidos para a melhoria deste processo.

Recomenda-se a partir da análise dos dados desta pesquisa, a elaboração de uma proposta de capacitação que atenda de forma focalizada os itens que se apresentaram com maior fragilidade. E um acompanhamento mais detalhado dos resultados do processo de monitoramento no estado, de forma a promover a manutenção da IHAC. Sugerem-se ações a curto, médio e longo prazo, como, por exemplo, capacitação acerca dos itens Passo 2 (capacitação) e Passo 4 (contato pele a pele e início do AM precoce), educação continuada na modalidade a distância dos critérios da IHAC para todos os HACs, e encontros anuais com os profissionais envolvidos na avaliação e gestão da IHAC nos estabelecimentos de saúde e no estado.

Em síntese, estes dados evidenciam as potencialidades da IHAC que precisam ser fomentadas e estimuladas e evidenciam certas fragilidades que podem ser revistas e reorganizadas, objetivando o fortalecimento desta iniciativa que traz impactos positivos na qualidade da assistência materno-infantil no estado, impulsionando a qualidade no nascimento, o que terá repercussões para toda a vida do indivíduo e sua família, e subsidiando os profissionais no desenvolvimento de práticas sustentadas em evidências científicas robustas.

REFERÊNCIAS

- ABBASS-DICK, J. et al. *Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature*. **Midwifery**, v. 75, p. 41-51, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.001>. Acesso em: 17 set. 2021.
- ABDALA, L.G; WEDGE, M. L. C. *Skin-to-skin contact between mother and newborn and breastfeeding in the first hour of life*. **Clinical & Biomedical Research**, v. 38, n. 4, p.356-60, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178>. Acesso em: 17 out. 2021.
- ABUL-FADL, A. M. et al. *A multicenter survey for monitoring the Baby Friendly Initiative in 6 University hospitals in Egypt (2017-2018): A comparative analysis*. **Journal of Social Sciences**, v. 6, n. 12, p. 293-306, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4236/jss.2018.612026>. Acesso em: 16 set. 2021.
- AFONSO, A.; NUNES, C. **Probabilidades e Estatística Aplicações e Soluções em SPSS**: Versão revista e aumentada. Portugal: Universidade de Évora, 2019.
- AGBOZO, F. et al. *Compliance of a Baby-Friendly Designated Hospital in Ghana With the WHO/UNICEF Baby and Mother-Friendly Care Practices*. **Journal of Human Lactation**, v.36, n.1, p. 175-186, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334419848728>. Acesso em: 20 set. 2021.
- AHMED, F. A. et al. *Compliance with the Baby Friendly Hospital Initiative Programme in Two Hospitals Designated "Baby-Friendly" in Kirkuk City, Iraq, an Evaluation Study*. **Indian Journal of Public Health Research & Development**, v. 10, n. 10, p.655-660, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.02888.2>. Acesso em: 15 set. 2021.
- ALCÂNTARA, N. D. A.; Silva, T. J. P. *Obstetric practices in childbirth care and usual risk birth*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 3, 761-771, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300003>. Acesso em: 31 out. 2021.
- AL-JAWALDEH, A.; ABUL-FADL, A. *Assessment of the baby friendly hospital initiative implementation in the eastern Mediterranean region*. **Children**, v. 5, n. 3, p. 41, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children5030041>. Acesso em: 11 out. 2021.
- ALMEIDA, C. R. et al. *Daily routine of accompanying mothers in the neonatal intensive care unit*. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.1, n. 7, p. 1949-56, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a22640p1949-1956-2018>. Acesso em: 31 out. 2021.
- ARAÚJO, K. E. A. S. et al. *Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study*. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30,

e20200621, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>. Acesso em: 17 out. 2021.

ARAÚJO, R. G. et al. *External evaluation and self-monitoring of the Baby-friendly Hospital Initiative's maternity hospitals in Brazil*. **International Breastfeeding Journal**, v. 14, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0195-4>. Acesso em: 30 jun. 2020.

ATCHAN, M.; DAVIS, D.; FOUREUR, M. U. *An instrumental case study examining the introduction and dissemination of the Baby Friendly Health Initiative in Australia: Participants' perspectives*. **Women and Birth**, n. 31, v. 3, p. 210-219, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.130>. Acesso em: 09 out 2021.

BABAKAZO, P. et al. *Effect of the Baby Friendly Hospital Initiative on the duration of exclusive breastfeeding in Kinshasa: A cluster randomized trial*. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, v. 63, n. 5, p. 285-92, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.043>. Acesso em: 01 set. 2020.

BALAMINUT, T. et al. *Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards: impact on breastfeeding practices among preterm infants*. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 4, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0909>. Acesso em: 11 set. 2021.

BHATIA, K.; SOBIYA, J. *A Quasi Experimental Study to Assess the Effect of Self Instructional Module on Knowledge of Staff Nurses regarding Baby Friendly Hospital Initiative Policy at selected Hospitals of Jalandhar, Punjab*. **International Journal of Nursing Education and Research**, v. 8, n. 1, p. 71-75, 2020. Disponível em: [10.5958/2454-2660.2020.00013.7](https://doi.org/10.5958/2454-2660.2020.00013.7). Acesso em: 07 out. 2021.

BLACK, M. M. et al. *Early childhood development coming of age: science through the life course*. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77-90, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7). Acesso em: 08 ago. 2020.

BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. *Child health in primary care: evolution of brazilian policies and nurses' performance*. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.113, de 15 de junho de 1994**. Assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto e pré-natal, aos hospitais Amigos da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1994a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1994/prt1113_15_06_1994.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 155, de 14 setembro de 1994**. Estabelece critérios para o credenciamento dos hospitais como Amigos da Criança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1994b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1994/prt155_14_09_1994.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. 1999a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC**. 1999b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 29, de 22 junho de 2001**. Estabelece as normas para o processamento de credenciamento e descredenciamento dos hospitais Amigo da Criança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt29_22_06_2011.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.117, de 7 de junho de 2004**. Define valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt1111_07_06_2004.htm. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 756, de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece normas para a habilitação do Hospital Amigo da Criança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt756_16_12_2004.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da república. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 9, de 11 janeiro de 2008**. Altera a redação do critério nº 8, constante das Normas para o Processo de Habilitação do Hospital Amigo da Criança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt9_11_01_2008.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 80 de 24 de fevereiro de 2011.**

Estabelecer, na forma do anexo dessa Portaria, as normas para o processo de credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0080_24_02_2011. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 111, de 19 de janeiro de 2012.** Redefine o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0111_19_01_2012.html. Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014.** Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.** 2015a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC.** 2015b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015c. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015d.

BRASIL. **Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015**. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015e. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança. **Relação dos hospitais amigos da criança – BRASIL**. 2016a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.608, de 21 de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIHSUS**. 2018a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060502>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. 2018c. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC**. 2018d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018**. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018e. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto-9579-2018.htm>. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Oficina para formação de avaliadores da IHAC**: Manual do participante. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.297, de 4 de dezembro de 2020**. Institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.297-de-4-de-dezembro-de-2020-%20292436493>. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES**. 2021a. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VTipo=H. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de monitoramento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (SISIHAC)**. 2021b. Disponível em: <http://sisac.datasus.gov.br/saudedacrianca/ihac/index.php>. Acesso em: 02 abril 2021.

BRITO, A. S.; FERRAZ, R. R. N. *Importance of probiotics in the balance of newborn intestinal microbiota: synthesis of evidence*. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, p.773-781, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/09/070_IMPORT%C3%82NCIA-DOS-PROBI%C3%93TICOS-NO-EQUIL%C3%82BRIO-DA-MICROBIOTA-INTESTINAL-DE-REC%C3%89M-NASCIDOS-S%C3%8DNTENSE-DE-EVID%C3%82NCIAS.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

BYROM, A. et al. *UNICEF UK Baby Friendly Initiative: Providing, receiving and leading infant feeding care in a hospital maternity setting—A critical ethnography*. **Maternal & Child Nutrition**, v. 17, n. 2, p. e13114, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.13114>. Acesso em: 14 set. 2021.

CAMPOS, A. M. S. et al. *Exclusive breastfeeding practices reported by mothers and the introduction of additional liquids*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 283-290, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0141.2553>. Acesso em: 09 out. 2021.

CARVALHO, P. G. M.; BARCELLOS, F. C. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: uma avaliação crítica**. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94600.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2020.

CAVALCANTE, A. V. S. O. N. et al. Avaliação dos conhecimentos e práticas em aleitamento materno dos profissionais de saúde em um hospital amigo da criança. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 13-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18378/rebes.v9i2.6167>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ÇAYLAN N. et al. *Breastfeeding Promotion and Baby-Friendly Health Facilities in Turkey: A Systematic Approach to Scale up the Program*. **Ankara Medical Journal**, v. 19, n. 1, p. 32-40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17098/amj.542159>. Acesso em: 21 ago. 2021.

CLERMONT, A. et al. *Effects of a 'Baby-Friendly Hospital Initiative' on exclusive breastfeeding rates at a private hospital in Lebanon: an interrupted time series analysis*. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 385, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03816-3>. Acesso em: 03 set. 2021.

COHEN, S. S. et al. *Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis*. **The Journal of pediatrics**, v. 203, p. 190-196.e21, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>. Acesso em: 10 out. 2021.

COSTA, E. S. et al. *Analysis of the importance of the labor plan in nursing care: integrative review*. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 60, p. 4556–4565, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4556-4565>. Acesso em: 18 nov. 2021.

COSTELLO, A. et al. *Health professional associations and industry funding*. **The Lancet**, v. 389, n.10.080, p. 597- 598, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31058-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31058-9). Acesso em: 30 out. 2021.

CRYSTAL, D. et al. **The Biology of the First 1,000 days**. New York: CRC Press Taylor & Francis Group, 2018.

ENTRINGER, A. P. et al. *Cost-effectiveness analysis of spontaneous vaginal delivery and elective cesarean for normal risk pregnant women in the Brazilian Unified National Health System*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022517>. Acesso em: 03 set. 2020.

ESBATI, A. et al. *The uptake and implementation of the baby friendly health initiative in Australia*. **Women and Birth**, v. 32, n. 3, p. 323-333, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.023>. Acesso em: 03 set. 2021.

ESBATI, A. et al. *Perspectives about the baby friendly hospital/health initiative in Australia: an online survey*. **International breastfeeding journal**, v. 15, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00266-z>. Acesso em: 10 set. 2021.

FAIR, F. J.; MORRISON, A.; SOLTANI, H. *The impact of Baby Friendly Initiative accreditation: An overview of systematic reviews*. **Maternal & Child Nutrition**, v. 17, n. 4. p. e13216, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.13216>. Acesso em: 15 out. 2021.

FEBRONE, R. R. et al. *Sustainability of the Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative: a cross-sectional study*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, e2020086, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0869>. Acesso em: 10 set. 2021.

FELTNER, C. et al. **Breastfeeding programs and policies, breastfeeding adoption and maternal health outcomes in developed countries**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (USA), 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK525106/>. Acesso em: 30 ago. 2020.

FRANCIS, J. et al. *Breastfeeding rates are high in a prenatal community support program targeting vulnerable women and offering enhanced postnatal lactation support: a prospective cohort study*. **International journal for equity in health**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01386-6>. Acesso em: 30 set. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sumário executivo temático da pesquisa. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

GALIPEAU, R.; DUMAS, L.; LEPAGE, M. *Perception of Not Having Enough Milk and Actual Milk Production of First-Time Breastfeeding Mothers: Is There a Difference?*. **Breastfeeding Medicine**, v. 12, n. 4, p. 210-217, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0183>. Acesso em: 10 set. 2021.

GETANEH, T. et al. *Impact of cesarean section on timely initiation of breastfeeding in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis*. **International breastfeeding journal**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00399-9>. Acesso em: 25 out. 2021.

GRUBESIC, T. H.; DURBIN, K. M. *Breastfeeding Support: A Geographic Perspective on Access and Equity*. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 4, p. 770-780, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334417706361>. Acesso em: 15 out. 2021.

HARILLO-ACEVEDO, D. H.; RAMOS-MORCILLO, A. J.; MARTINEZ, M. R. *Factors associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline*. **Birth**, v. 46, n. 1, p. 146-156, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12382>. Acesso em: 30 out. 2021.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOLZTRATTNER, J. S. et al. *Early skin-to-skin contact in a child friendly hospital: perceptions of the obstetric nurses*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20190474, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190474>. Acesso em: 11 out. 2021.

HORA, A. B. et al. A importância do papel do enfermeiro na humanização do parto: verificação abrangente. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 13, p. e266101321253, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21253>. Acesso em: 01 nov. 2021.

HUY, L. D. et al. *The Status of Baby Friendly Hospital Initiative under Hospital Quality Assessment Criteria Implementation: A Report in Vietnam*. **Diversity and Equality in Health and Care**, v. 15, n. 4, p. 129-136, 2018. Disponível em: <https://diversityhealthcare.imedpub.com/the-status-of-baby-friendly-hospital-initiative-under-hospital-quality-assessment-criteria-implementation-a-report-in-vietnam.php?aid=22937>. Acesso em: 21 out. 2021.

IBGE. **Censo demográfico 2010** – Resultados gerais da amostra. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2010/tabelas_pdf/tabela7_1.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

IBGE. Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais. **Estimativas da população residente com referência de 2019**. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: <http://https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado de Saúde. **Concurso público – Edital nº 73/2016**. Disponível em: https://www.ibfc.org.br/concurso/concurso_selecionado/287. Acesso em: 05 out. 2021.

JACKSON, K. T. et al. *A guide to anticipatory guidance for breastfeeding-related pain: A concept analysis*. **Nursing Forum**, v. 56, n. 3, p. 752-757, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12587>. Acesso em: 20 out. 2021.

JANURAGA, P. P. et al. *Involvement of Civil Society Organization in Facilitating the Implementation of Ten Steps for Successful Breastfeeding: Analysis of Health Care Workers' Perspectives?*. **Journal of nutritional science and vitaminology**, v. 66, n. Supplement, p. S436-S442, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3177/jnsv.66.S436>. Acesso em: 20 jul. 2021.

JESUS, P. C; OLIVEIRA, M. I. C.; MORAES, J. R. *Training of health professionals in breastfeeding and its association with knowledge, skills and practices*. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 22, p. 311-320, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.17292015>. Acesso em: 17 ago. 2021.

KAHALON, R.; PREIS, H.; BENYAMINI, Y. *Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth*. **Midwifery**, v. 92, p. 102862, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102862>. Acesso em: 12 out. 2021.

KAVLE, J. A. et al. *Baby-Friendly Community Initiative — From national guidelines to implementation: A multisectoral platform for improving infant and young child feeding practices and integrated health services*. **Maternal & child nutrition**, v. 15, p. e12747, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12747>. Acesso em: 12 out. 2021.

KHAN, N.; ISLAM, M. M. *Effect of exclusive breastfeeding on selected adverse health and nutritional outcomes: a nationally representative study*. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4913-4>. Acesso em: 01 set. 2020.

KIM, S. K. et al. *Corrigendum to "Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials"*. **International Journal of Nursing Studies**, n. 89, p. 132-137, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.010>. Acesso em: 30 ago. 2020.

KLEIN, C. et al. **EMPower Breastfeeding Initiative: Impact on Key Process and Outcome Monitoring Measures**. APHA 2017 Annual Meeting & Expo, 2017. Disponível em: https://apha.confex.com/apha/2017/meetingapi.cgi/Paper/390439?filename=2017_Abstract390439.html&template=Word. Acesso em: 06 out. 2021.

KUAMOTO, R. S.; BUENO, M.; RIESCO, M. L. G. *Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200026, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026>. Acesso em: 15 out. 2021.

LAKE L. et al. *Child health, infant formula funding and South African health professionals: Eliminating conflict of interest*. **South African Medical Journal**, v. 109, n. 12, p. 902-906, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7196/samj.2019.v109i12.14336>. Acesso em: 25 out. 2021.

LAMOUNIER, J. A. et al. *Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil*. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p.486-493, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>. Acesso em: 26 nov. 2019.

LIBERTY, A. L. et al. *A geospatial analysis of the impact of the baby-friendly hospital initiative on breastfeeding initiation in North Carolina*. **Journal of Human Lactation**, v. 35, n. 1, p. 114-126, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334418776645>. Acesso em: 05 out. 2021.

LOPES, L. C. S.; AGUIAR, R. S. Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto: revisão integrativa de literatura. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, n. 1, p. 133-43, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n1.p133a143>. Acesso em: 05 out. 2020.

LOPES, S. S. et al. *Baby-friendly hospital initiative: evaluation of the ten steps to successful breastfeeding*. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, p. 488-493, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000400011>. Acesso em: 15 set. 2021.

LUBBE, W.; HAM-BALOYI, W. T. *When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide*. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1306-8>. Acesso em: 10 set. 2021.

LUBOLD, A. M. *Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries*. **International breastfeeding journal**, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0230-0>. Acesso em: 15 out. 2021.

LUBY, J. L. et al. *Breastfeeding and Childhood IQ: The Mediating Role of Gray Matter Volume*. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, n. 55, v. 5, p. 367–375, 2016. Acesso em: 01 set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.009>.

LUZ, R. T. et al. *The importance of the presence of parents during neonatal hospitalization*. **Revista de Enfermagem UFPE**, n. 13, p. e239790, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239790>. Acesso em: 01 set. 2020.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>. Acesso em: 14 jan. 2021.

MARGOTTI, E.; MARGOTTI, W. *Factors related to Exclusive Breastfeeding in Babies born in a child friendly hospital in a capital of Northern Brazil*. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 860-871, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711415>. Acesso em: 14 fev. 2021.

MARTINS, P. C. R.; PONTES, E. R. J. C.; HIGA, L. T. Convergência entre as Taxas de Mortalidade Infantil e os Índices de Desenvolvimento Humano no Brasil no período de 2000 a 2010. **Interações**, n. 19, v. 2, p. 291-303, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v19i2.1552>. Acesso em: 08 ago. 2020.

MELO, D. S.; OLIVEIRA, M. H.; PEREIRA, D. S. *Brazil's progress in protecting, promoting and supporting breastfeeding from the perspective of the global breastfeeding collective*. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2021. Acesso em: 02 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019296>.

MERCADO, N.C. et al. Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 9, p. 3508-3515, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234480/27670>. Acesso em: 31 ago. 2020.

MONTEIRO, F. R. Aleitamento Materno nas Políticas Públicas. Anais do XIV Encontro Nacional de Aleitamento Materno. In: Anais do XIV Encontro Nacional de Aleitamento Materno, 2016, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: IBFAN, 2016.

NGUYEN, B.; JIN, K.; DING, D. *Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review*. **PloS ONE**, v. 12, n. 11, p. e0187923, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187923>. Acesso em: 01 set. 2020.

NTE, A. R.; EKE, G. K. *Implementing the baby friendly hospital initiative in a tertiary health facility: Lessons from the University of Port Harcourt Teaching Hospital, Nigeria*. **Journal of Scientific Research and Reports**, v. 26, n. 3, p. 86-98, 2020. Disponível em: <http://www.journaljsrr.com/index.php/JSRR/article/view/30240>. Acesso em: 01 set. 2021.

ODDY, W. H. *Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease*. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 70, n. 2, p. 26–36, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000457920>. Acesso em: 01 set. 2020.

OLIVEIRA, M. P. et al. *Factors that hinder breastfeeding in the Neonatal Intensive Care Unit*. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e39010817190-e39010817190, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17190>. Acesso em: 9 nov. 2021.

OMS. UNICEF. **Declaração de Innocenti sobre proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Florença, Itália: OMS, 1990.

OMS. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

OPAS. **La Iniciativa hospital amigo de Iniñoen América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades**. Washington, DC: OPAS, 2016.

ORTELAN, N.; VENANCIO, S. I.; BENICIO, M. H. D. A. *Determinants of exclusive breastfeeding in low birthweight infants under six months of age*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124618>. Acesso em: 14 fev. 2021.

PARANÁ. SESA. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense 2018**. Curitiba: SESA, 2018.

PARANÁ. SESA. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023**. Curitiba: SESA, 2020a.

PARANÁ. SESA. **Resolução SESA nº 1.460/2020**. Institui o Comitê Estadual de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável (CEAMACS). Curitiba: SESA, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Resolucoes>. Acesso em: 05 nov. 2021.

PARANÁ. SESA. **Relatório Anual de Gestão (RAG), 2020**. Curitiba: SESA, 2020c. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-03/relatorio_anual_de_gestao_-_2020.pdf 05/10/2021. Acesso em: 05 nov. 2021.

PARANÁ. SESA. **Caderneta da Gestante 2021**. Curitiba: SESA, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/carteira%20gestante-outubro-completa.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

PASSANHA, A. et al. *Influence of the support offered to breastfeeding by maternity hospitals*. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 85, p. 1-10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005354>. Acesso em: 01 set. 2020.

PASSANHA, A.; BENÍCIO, M. H. D.; VENÂNCIO, S. I. *Influence of breastfeeding on consumption of sweetened beverages or foods*. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, p. 148-154, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00008>. Acesso em: 03 set. 2020.

PEREIRA, R. M. et al. *Knowledge of nurses about the clinical management of breastfeeding: knowledge and practices*. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.80-87>. Acesso em: 03 set. 2020.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. P. *Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go*. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 2, p. 107-110, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.10.003>. Acesso em: 01 set. 2020.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. P.; MARTINEZ, J. L.; SEGURA-PÉREZ, S. *Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review*. **Maternal & Child Nutrition**, v. 12, n. 3, p. 402-417, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26924775/>. Acesso em: 01 set. 2020.

PHUKAN, D.; RANJAN, M.; DWIVEDI, L. K. *Impact of timing of breastfeeding initiation on neonatal mortality in India*. **International Breastfeeding Journal**, v. 13, n. 27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0162-0>. Acesso em: 30 ago. 2020.

PIETROBELLI, A. et al. *Nutrition in the First 1000 Days: Ten Practices to Minimize Obesity Emerging from Published Science*. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14121491>. Acesso em: 07 ago. 2020.

PINHEIRO, J. M. F. et al. *Prevalence on the complement in offering food to newborns*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 3, p. 869-878, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300008>. Acesso em: 30 out. 2021.

PRAMONO, A. et al. *Social value of maintaining baby-friendly hospital initiative accreditation in Australia: case study*. **International Journal for Equity in Health**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01365-3>. Acesso em: 15 set. 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: PNUD, 2015.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCO DE LEITE HUMANO (rBLH). **rBLH-Brasil**. 2021. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/rblh-brasil>. Acesso em: 05 out. 2021.

ROLLINS, N. C. et al. *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?*. **Lancet**, v. 30, n. 387, p. 491-504, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2). Acesso em: 07 dez. 2019.

SANKAR, M. J. et al. *Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis*. **Acta Paediatrica**, v. 104, n. 3, p. 3-13, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.13147>. Acesso em: 30 ago. 2020.

SANTOS, A. P. S. et al. *Skin-to-skin contact and breastfeeding at childbirth: women's desires, expectations, and experiences*. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, p. e2020140, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, W. S.; FIATES, G. G. G.; ROCHA, R. A. Qualidade de serviços hospitalares sob a perspectiva dos processos de acreditação. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 16, n.1, 2019.. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5670>. Acesso em: 10 set. 2020.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas Sociologia. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 31, p. 59-80, 2016. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/1461/1251>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SHARFSTEIN, J. M.; SILVER, D. L. *Relationship between the American Academy of Pediatrics and infant formula companies*. **JAMA Pediatrics**, v. 171, n. 7, p. 613-614, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28464121/>. Acesso em: 30 out. 2021.

SILVA, O. L. O. et al. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 481-489, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>. Acesso em: 27 jun. 2020.

SILVA, J. L. P. et al. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>. Acesso em: 01 set. 2020.

SILVA, L. et al. Incentivo ao aleitamento materno na sala de parto em maternidades com e sem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 2, p. 69-79, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n2p69>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SILVA, O. L. O. et al. *Cost-effectiveness analysis of Baby-Friendly Hospital Initiative in promotion of breast-feeding and reduction of late neonatal infant mortality in Brazil*. **Public Health Nutrition**, v. 1, n. 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980020001871>. Acesso em: 07 ago. 2020.

SMITH, E. R. et al. *Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis*. **PloS ONE**, v. 12, n. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>. Acesso em: 07 ago. 2020.

SOUSA, P. K. S. et al. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n.12, p. e2018384, 2020. Acesso em: 14 fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200016>.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe1, p. 289-301, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s119>. Acesso em: 10 set. 2020.

SPAETH, A. et al. A designação de Hospital Amigo da Criança tem um impacto sustentado na continuidade da amamentação. **Nutrição materna e infantil**, v. 14, n. 1, p. e12497, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12497>. Acesso em: 10 out. 2021.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. *The role of evaluation in decision-making in the management of health services*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Acesso em: 10 jan. 2021.

UFRJ. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) - 2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil**. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 5 - Avaliação e Reavaliação Externa. Brasília: Editora MS, 2010a.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 4 - Autoavaliação e Monitoramento do Hospital. Brasília: Editora MS, 2010b.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1 - histórico e implementação. Brasília: Editora MS, 2011a.

UNICEF. **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. Brasília: Editora MS, 2011b.

UNICEF. **Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017– Estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation**. New York: UNICEF/WHO; 2017. Disponível em: http://childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly**. 2015. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=a/res/70/1&lang=e. Acesso em: 27 jun. 2020.

VICTORA, C. G. et al. *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*. **Lancet**, v. 3, n. 4, p. 199–205, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1). Acesso em: 03 set. 2020.

VICTORA, C. G. et al. *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. **Lancet**, v. 387, n. 10014, p. 475-490, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7). Acesso em: 25 jun. 2020.

WAGNER, L. P. B. et al. *Strengthening and weakening factors for breastfeeding from the perspective of the nursing mother and her family*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018034303564>. Acesso em: 26 ago. 2020.

WITKOWSKA-ZIMNY, M.; KAMINSKA-EL-HASSAN, E. *Cells of human breast milk*. **Cellular & Molecular Biology Letters**, v. 22, n. 11, 2017. Disponível em: [10.1186/s11658-017-0042-4](https://doi.org/10.1186/s11658-017-0042-4). Acesso em: 30 ago. 2020.

WHO. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusion of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: WHO, 2008.

WHO. ***Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals***. Geneva: WHO, 2009.

WHO. ***National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative***. Geneva: WHO, 2017a. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-national-implementation2017/en/>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WHO. ***WHO Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services***. Geneva: WHO, 2017b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;jsessionid=109CB9FDBDDA228B01678DD25317BB55?sequence=1>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WHO. Department of Nutrition for Health and Development. ***Implementation guidance - protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative***. Geneva: WHO, 2018a. 56 p.

WHO. ***World Health Statistic 2018***. Geneva: WHO, 2018b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 08 set. 2020.

WHO. ***WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience***. Geneva: WHO, 2018c. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

WHO. ***Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief***. 2020. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/. Acesso em: 03 nov. 2020.

YAKUWA, M. S.; NEILL, S.; MELLO, D. F. *Nursing strategies for child health surveillance*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>. Acesso em: 13 ago. 2020.

YANG, T. et al. *Nutritional composition of breast milk in Chinese women: A systematic review*. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, v. 27, n. 3, p. 491-502, 2018. Disponível em: 10.6133/apjcn.042017.13. Acesso em: 30 ago. 2020.

YILMAZ, M.; AYKUT, M. *The effect of breastfeeding training on exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial*. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 34, n. 6, p. 925-932, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1622672>. Acesso em: 17 out. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAIDEN, L. et al. Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. e00218218, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218218>. Acesso em: 13 set. 2021.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS HAC

	Estabelecimento	Tipo de estabelecimento	Regional de Saúde	Município	Tipo de habilitação	Risco	Porte	Atendimento somente SUS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

FONTE: A autora (2021).

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO SISIHAC

DATA DA COLETA: ____/____/____ AVALIAÇÃO: () INTERNA () EXTERNA – () 1ª () 2ª () 3ª ANO: _____

HOSPITAL	10 PASSOS PARA O SUCESSO DO AM										NBCAL	C A M	P R N
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º			
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ													
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA													
CENTRO MÉDICO COMUNITÁRIO BAIRRO NOVO													
COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR													
HOSPITAL DO TRABALHADOR													
HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA LUZ DOS PINHAIS													
HOSPITAL E MATERNIDADE RIBEIRÃO DO PINHAL													
HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA													
HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI													
HOSPITAL SANTA CASA DE IRATI													
HOSPITAL SÃO LUCAS DE PATO BRANCO													
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ													
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ													
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE													
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ													
MATERNIDADE ALTO MARACANÁ													
MATERNIDADE MATER DEI													
MATERNIDADE MUNICIPAL HUMBERTO CARRANO DA LAPA													
MATERNIDADE MUNICIPAL LUCILLA BALLALAI													
MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL													
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PONTA GROSSA													

GABARITO: S=CUMPRIU N= NÃO CUMPRIU X= NÃO REALIZOU O AUTOMONITORAMENTO

LEGENDA:

- NBCAL: Normal Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância
- CAM: Cuidado Amigo da Mulher
- PRN: Permanência da mãe ou pai do RN 24 horas por dia e livre acesso para ambos

FONTE: A autora (2021).

**APÊNDICE 3 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO
CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O PORTE DO HOSPITAL NA
AVALIAÇÃO INTERNA**

Porte	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
Grande	1º	85,7	85,7	85,7	100	85,7	88,6
	2º	71,4	100	71,4	57,1	42,9	68,6
	3º	71,4	85,7	71,4	71,4	57,1	71,4
	4º	57,1	57,1	42,9	42,9	57,1	51,4
	5º	85,7	85,7	85,7	100	100	91,4
	6º	100	100	85,7	85,7	85,7	91,4
	7º	100	100	85,7	85,7	85,7	91,4
	8º	85,7	85,7	57,1	71,4	57,1	71,4
	9º	100	100	100	100	100	100
	10º	100	85,7	100	100	100	97,1
	NBCAL	85,7	100	85,7	100	100	94,3
	CAM	71,4	85,7	85,7	100	100	88,6
	PRN	85,7	100	100	100	100	97,1
Médio	1º	100	88,9	55,6	77,8	77,8	80
	2º	100	88,9	55,6	66,7	66,7	75,6
	3º	100	88,9	33,3	100	77,8	80
	4º	88,9	66,7	44,4	55,6	66,7	64,5
	5º	100	88,9	55,6	66,7	77,8	77,8
	6º	100	88,9	55,6	100	88,9	86,7
	7º	100	100	55,6	100	88,9	88,9
	8º	88,9	88,9	66,7	88,9	88,9	84,5
	9º	100	88,9	66,7	100	88,9	88,9
	10º	100	100	66,7	100	88,9	91,1
	NBCAL	100	88,9	66,7	77,8	77,8	82,2
	CAM	88,9	77,8	33,3	77,8	66,7	68,9
	PRN	66,7	88,9	55,6	66,7	66,7	68,9
Pequeno	1º	100	100	100	100	80	96
	2º	100	100	100	100	80	96
	3º	100	100	100	100	80	96
	4º	80	80	100	80	80	84
	5º	100	100	100	80	80	92
	6º	100	100	100	100	80	96
	7º	100	100	100	100	80	96
	8º	100	100	100	100	80	96
	9º	100	100	100	80	80	92
	10º	100	100	100	100	80	96
	NBCAL	100	100	100	80	80	92
	CAM	100	100	100	100	80	96
	PRN	100	100	100	100	80	96

**APÊNDICE 4 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO
CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O TIPO DE
ESTABELECIMENTO NA AVALIAÇÃO INTERNA**

Tipo	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
Hospital geral	1º	93,8	87,5	75	87,5	75	83,8
	2º	87,5	93,8	68,8	68,8	50	73,8
	3º	87,5	87,5	56,3	87,5	62,5	76,3
	4º	75	62,5	50	50	56,3	58,8
	5º	93,8	87,5	75	81,3	87,5	85
	6º	100	93,8	75	93,8	81,3	88,8
	7º	100	100	75	93,8	81,3	90
	8º	87,5	87,5	68,8	87,5	68,8	80
	9º	100	93,8	87,5	100	87,5	93,8
	10º	100	93,8	87,5	100	87,5	93,8
	NBCAL	93,8	93,8	81,3	93,8	87,5	90
	CAM	81,3	81,6	62,5	87,5	75	77,5
	PRN	75	93,8	81,3	81,3	75	81,3
Maternidade	1º	100	100	80	100	100	96
	2º	100	100	80	80	100	92
	3º	100	100	80	100	100	96
	4º	80	80	80	80	100	84
	5º	100	100	80	80	80	88
	6º	100	100	80	100	100	96
	7º	100	100	80	100	100	96
	8º	100	100	80	80	100	92
	9º	100	100	80	80	100	92
	10º	100	100	80	100	100	96
	NBCAL	100	100	80	60	80	84
	CAM	100	100	80	100	100	96
	PRN	100	100	80	100	100	96

**APÊNDICE 5 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO
CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O TIPO DE HABILITAÇÃO
NA AVALIAÇÃO INTERNA**

Tipo	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
1404 - antiga	1º	91,7	83,3	58,3	83,3	83,3	80
	2º	83,3	91,7	50	58,3	66,7	70
	3º	83,3	83,3	41,7	91,7	75	75
	4º	75	58,3	33,3	41,7	66,7	55
	5º	91,7	83,3	66,7	75	83,3	80
	6º	100	91,7	66,7	100	91,7	90
	7º	100	100	66,7	100	91,7	91,7
	8º	91,7	83,3	58,3	83,3	83,3	80
	9º	100	91,7	75	100	91,7	91,7
	10º	100	91,7	75	100	91,7	91,7
	NBCAL	91,7	91,7	66,7	83,3	83,3	83,3
	CAM	75	75	41,7	83,3	75	70
	PRN	66,7	91,7	66,7	75	75	75
1416 - nova	1º	100	100	100	100	77,8	95,6
	2º	100	100	100	88,9	55,6	88,9
	3º	100	100	88,9	88,9	66,7	88,9
	4º	77,8	77,8	88,9	77,8	66,7	77,8
	5º	100	100	88,9	88,9	88,9	93,3
	6º	100	100	88,9	88,9	77,8	91,1
	7º	100	100	88,9	88,9	77,8	91,1
	8º	88,9	100	88,9	88,9	66,7	86,7
	9º	100	100	100	88,9	88,9	95,6
	10º	100	100	100	100	88,9	97,8
	NBCAL	100	100	100	88,9	88,9	95,6
	CAM	100	100	100	100	88,9	97,8
	PRN	100	100	100	100	88,9	97,8

**APÊNDICE 6 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO
CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O TIPO DE ATENDIMENTO
NA AVALIAÇÃO INTERNA⁷**

Tipo de atendimento	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
Alto Risco	1º	100	100	66,7	66,67	66,7	80
	2º	66,7	66,7	33,3	-	33,3	40
	3º	66,7	33,3	66,7	100	66,7	66,7
	4º	66,7	33,3	-	-	66,7	33,3
	5º	100	66,7	66,7	66,7	66,7	73,4
	6º	100	66,7	66,7	100	66,7	80
	7º	100	100	100	100	66,7	93,3
	8º	100	66,7	33,3	100	66,7	73,3
	9º	100	66,7	100	100	66,7	86,7
	10º	100	100	100	100	66,7	93,3
	NBCAL	100	66,7	100	66,7	66,7	80
	CAM	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7
	PRN	100	100	66,7	66,7	66,7	80
Habitual	1º	100	100	100	100	80	96
	2º	100	100	100	100	80	96
	3º	100	100	100	100	80	96
	4º	80	80	100	80	80	84
	5º	100	100	100	80	80	92
	6º	100	100	100	100	80	96
	7º	100	100	100	100	80	96
	8º	80	100	100	100	80	92
	9º	100	100	100	80	80	92
	10º	100	100	100	100	80	96
	NBCAL	100	100	100	80	80	92
	CAM	100	100	100	100	80	96
	PRN	100	100	100	100	80	96
Habitual e Alto Risco	1º	100	100	100	100	100	100
	2º	100	100	100	50	-	70
	3º	100	100	50	50	50	70
	4º	50	50	50	50	50	50
	5º	100	100	50	100	100	90
	6º	100	100	50	50	50	70
	7º	100	100	50	50	50	70
	8º	100	100	50	50	50	70
	9º	100	100	100	100	100	100
	10º	100	100	100	100	100	100
	NBCAL	100	100	100	100	100	100
	CAM	100	100	100	100	100	100
	PRN	100	100	100	100	100	100

Continua

⁷ A apresentação do sinal (-) significa que a avaliação externa apresentou resultado de 0% de cumprimento.

Cont. Apêndice 6.

Tipo de atendimento	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
Habitual e Intermediário	1º	100	100	66,7	100	100	93,3
	2º	100	100	66,7	66,7	100	86,7
	3º	100	100	66,7	100	100	93,3
	4º	100	100	66,7	100	100	93,3
	5º	100	100	66,7	100	66,7	86,7
	6º	100	100	66,7	100	100	93,3
	7º	100	100	66,7	100	100	93,3
	8º	100	100	66,7	66,7	100	86,7
	9º	100	100	66,7	100	100	93,3
	10º	100	100	66,7	100	100	93,3
	NBCAL	100	100	66,7	66,7	66,7	80,00
	CAM	100	100	66,7	100	100	93,33
	PRN	100	100	66,7	100	100	93,33
Habitual, Intermediário e Alto Risco	1º	87,5	75	62,5	87,5	75	77,6
	2º	87,5	100	62,5	87,5	62,5	80
	3º	87,5	100	37,5	87,5	62,5	75
	4º	75	62,5	50	50	50	57,6
	5º	87,5	87,5	75	75	100	85
	6º	100	100	75	100	100	95
	7º	100	100	62,5	100	100	92,6
	8º	87,5	87,5	75	87,5	75	82,6
	9º	100	100	75	100	100	95
	10º	100	87,5	75	100	100	92,6
	NBCAL	87,5	100	62,5	100	100	90
	CAM	75	75	37,5	87,5	75	70,00
	PRN	50	87,5	75	75	75	72,6

APÊNDICE 7 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM A GESTÃO NA AVALIAÇÃO INTERNA

Gestão	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
Municipal	1º	100	100	83,3	100	100	96,7
	2º	100	100	66,7	50	66,7	76,7
	3º	100	100	66,7	100	100	93,3
	4º	83,3	83,3	66,7	66,7	100	80
	5º	100	100	83,3	100	83,3	93,3
	6º	100	100	83,3	100	100	96,7
	7º	100	100	83,3	100	100	96,7
	8º	83,3	100	66,7	83,3	100	86,7
	9º	100	100	83,3	100	100	96,7
	10º	100	100	83,3	100	100	96,7
	NBCAL	100	100	83,3	83,3	83,3	90
	CAM	100	100	66,7	100	100	93,3
	PRN	100	100	83,3	100	100	96,7
Estadual	1º	85,7	66,7	42,9	71,4	57,1	64,8
	2º	85,7	83,3	42,9	85,7	57,1	71
	3º	85,7	83,3	28,6	85,7	42,9	65,2
	4º	71,4	50	28,6	42,9	28,6	44,3
	5º	85,7	66,7	57,1	57,1	71,4	67,6
	6º	100	83,3	57,1	100	71,4	82,4
	7º	100	100	57,1	100	71,4	85,7
	8º	85,7	66,7	71,4	85,7	57,1	73,3
	9º	100	83,3	71,4	100	71,4	85,2
	10º	100	83,3	71,4	100	71,4	85,2
	NBCAL	85,7	83,3	57,1	85,7	71,4	76,7
	CAM	71,4	66,7	28,6	71,4	42,9	56,2
	PRN	42,9	83,3	57,1	57,1	42,9	56,7
Dupla	1º	100	100	100	100	87,5	97,5
	2º	87,5	100	100	75	62,5	85
	3º	87,5	87,5	87,5	87,5	75	85
	4º	75	75	75	62,5	75	72,5
	5º	100	100	87,5	87,5	100	95
	6º	100	100	87,5	87,5	87,5	92,5
	7º	100	100	87,5	87,5	87,5	92,5
	8º	100	100	75	87,5	75	87,5
	9º	100	100	100	87,5	100	97,5
	10º	100	100	100	100	100	100
	NBCAL	100	100	100	87,5	100	97,5
	CAM	87,5	100	100	100	100	97,5
	PRN	100	100	100	100	100	100

**APÊNDICE 8 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO
CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM A ATIVIDADE DE ENSINO
NA AVALIAÇÃO INTERNA**

Atividade de ensino	Passos para o sucesso do AM	2015	2016	2017	2018	2019	Média
		%	%	%	%	%	
Sim	1º	88,9	88,9	66,7	77,8	66,7	77,8
	2º	77,8	88,9	66,7	66,7	44,4	68,9
	3º	77,8	77,8	55,6	77,8	55,6	68,9
	4º	55,6	44,4	44,4	44,4	44,4	46,7
	5º	88,9	77,8	66,7	77,8	88,9	80
	6º	100	88,9	66,7	88,9	77,8	84,5
	7º	100	100	77,8	88,9	77,8	88,9
	8º	88,9	77,8	66,7	77,8	55,6	73,3
	9º	100	88,9	88,9	100	88,9	93,3
	10º	100	88,9	88,9	100	88,9	93,3
	NBCAL	88,9	88,9	77,8	88,9	88,9	86,7
	CAM	77,8	77,8	66,7	88,9	77,8	77,8
	PRN	77,8	100	77,8	77,8	77,8	82,2
Não	1º	100	91,7	83,3	100	91,7	93,3
	2º	100	100	75	75	75	85
	3º	100	100	66,7	100	83,3	90
	4º	91,7	83,3	66,7	66,7	83,3	78,3
	5º	100	100	83,3	83,3	83,3	90
	6º	100	100	83,3	100	91,7	95
	7º	100	100	75	100	91,7	93,3
	8º	91,7	100	75	91,7	91,7	90
	9º	100	100	83,3	91,7	91,7	93,3
	10º	100	100	83,3	100	91,7	95
	NBCAL	100	100	83,3	83,3	83,3	90
	CAM	91,7	91,7	66,7	91,7	83,3	85
	PRN	83,3	91,7	83,3	91,7	83,3	86,7

**APÊNDICE 9 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO
CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM O ATENDIMENTO SUS NA
AVALIAÇÃO INTERNA**

100% SUS	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
Sim	1º	90,9	90,9	72,7	90,9	72,7	83,6
	2º	81,8	100	72,7	72,7	63,6	78,2
	3º	81,8	90,9	63,6	81,8	63,6	76,4
	4º	72,7	63,6	54,6	54,6	54,6	60
	5º	90,9	90,9	72,7	81,8	81,8	83,4
	6º	10	100	72,7	90,9	81,8	89,1
	7º	100	100	72,7	90,9	81,8	89,1
	8º	81,8	90,9	63,6	72,7	63,6	74,6
	9º	100	100	81,8	90,9	90,9	92,7
	10º	100	90,9	81,8	100	90,9	92,7
	NBCAL	90,9	100	72,7	81,8	81,8	85,5
	CAM	81,8	90,9	72,7	100	81,8	85,5
	PRN	81,8	100	81,8	90,9	81,8	87,3
Não	1º	100	90	80	90	90	90
	2º	100	90	70	70	60	78
	3º	100	90	60	100	80	86
	4º	80	70	60	60	80	70
	5º	100	90	80	80	90	88
	6º	100	90	80	100	90	92
	7º	100	100	80	100	90	94
	8º	100	90	80	100	90	92
	9º	100	90	90	100	90	94
	10º	100	100	90	100	90	96
	NBCAL	100	90	90	90	90	92
	CAM	90	80	60	80	80	78
	PRN	80	90	80	80	80	82

APÊNDICE 10 – PERCENTUAL DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE CADA ITEM DE ACORDO COM A NATUREZA JURÍDICA NA AVALIAÇÃO INTERNA⁸

Natureza Jurídica	Passos para o sucesso do AM	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	Média
Associação privada	1º	100	100	90	90	90	94
	2º	100	90	80	70	60	80
	3º	100	90	70	100	80	88
	4º	80	80	70	60	80	74
	5º	100	90	90	80	90	90
	6º	100	90	90	100	90	94
	7º	100	100	90	100	90	96
	8º	100	90	90	100	90	94
	9º	100	90	100	100	90	96
	10º	100	100	100	100	90	98
	NBCAL	100	90	100	90	90	94
	CAM	90	80	70	90	80	82
	PRN	90	100	90	80	80	88
Autarquia estadual ou do distrito federal	1º	66,7	66,7	33,3	66,7	66,7	60
	2º	33,3	100	33,3	66,7	66,7	60
	3º	33,3	66,7	33,3	66,7	66,7	53,3
	4º	33,3	33,3	-	-	33,3	20
	5º	66,7	66,7	66,7	66,7	100	73,4
	6º	100	100	66,7	100	100	93,3
	7º	100	100	66,7	100	100	93,3
	8º	66,7	66,7	33,3	66,7	66,7	60
	9º	100	100	66,7	100	100	93,3
	10º	100	66,7	66,7	100	100	86,67
	NBCAL	66,7	100	33,3	100	100	80
	CAM	33,3	66,7	33,3	100	66,7	60
	PRN	33,3	100	66,7	66,7	66,7	66,7
Autarquia federal	1º	100	100	100	100	100	100
	2º	100	100	100	50	50	80
	3º	100	100	50	50	50	70
	4º	50	0	50	50	50	40
	5º	100	100	50	100	100	90
	6º	100	100	50	50	50	70
	7º	100	100	50	50	50	70
	8º	100	100	50	50	50	70
	9º	100	100	100	100	100	100
	10º	100	100	100	100	100	100
	NBCAL	100	100	100	100	100	100
	CAM	100	100	100	100	100	100
	PRN	100	100	100	100	100	100

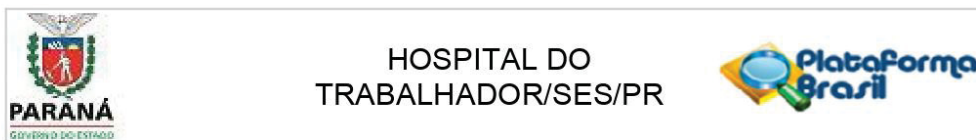
Continua

⁸ A apresentação do sinal (-) significa que a avaliação externa apresentou resultado de 0% de cumprimento.

Cont. Apêndice 10.

Natureza Jurídica	Passos para o sucesso do AM	2015	2016	2017	2018	2019	Média
		%	%	%	%	%	
Fundação privada	1º	100	-	-	100	100	60
	2º	100	100	-	100	100	80
	3º	100	100	-	100	100	80
	4º	100	-	-	100	100	60
	5º	100	100	-	100	100	80
	6º	100	100	-	100	100	80
	7º	100	100	-	100	100	80
	8º	100	100	-	100	100	80
	9º	100	100	-	100	100	80
	10º	100	100	-	100	100	80
	NBCAL	100	100	-	100	100	80
	CAM	100	100	-	-	100	60
	PRN	-	-	-	100	100	40
Fundação pública de direito privado municipal	1º	100	100	100	100	100	100
	2º	100	100	100	100	100	100
	3º	100	100	100	100	100	100
	4º	100	100	100	100	100	100
	5º	100	100	100	100	100	100
	6º	100	100	100	100	100	100
	7º	100	100	100	100	100	100
	8º	-	100	100	100	100	80
	9º	100	100	100	100	100	100
	10º	100	100	100	100	100	100
	NBCAL	100	100	100	100	100	100
	CAM	100	100	100	100	100	100
	PRN	100	100	100	100	100	100
Município	1º	100	100	66,7	100	66,7	86,7
	2º	100	100	66,7	66,7	66,7	80
	3º	100	100	66,7	100	66,7	86,7
	4º	100	100	66,7	66,7	66,7	80
	5º	100	100	66,7	66,7	33,3	73,3
	6º	100	100	66,7	100	66,7	86,7
	7º	100	100	66,7	100	66,7	86,7
	8º	100	100	66,7	66,7	66,7	80
	9º	100	100	66,7	66,7	66,7	80
	10º	100	100	66,7	100	66,7	86,7
	NBCAL	100	100	66,7	33,3	33,3	66,7
	CAM	100	100	66,7	100	66,7	86,7
	PRN	100	100	66,7	100	66,7	86,7
Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	1º	100	100	100	100	-	80
	2º	100	100	100	100	-	80
	3º	100	100	100	100	-	80
	4º	100	100	100	100	-	80
	5º	100	100	100	100	100	100
	6º	100	100	100	100	100	100
	7º	100	100	100	100	100	100
	8º	100	100	100	100	-	80
	9º	100	100	100	100	100	100
	10º	100	100	100	100	100	100
	NBCAL	100	100	100	100	100	100
	CAM	100	100	100	100	100	100
	PRN	100	100	100	100	100	100

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO HOSPITAL DO TRABALHADOR/SESA/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Critérios para habilitação dos hospitais amigo da criança: Desafios e Potencialidades.

Pesquisador: Verônica de Azevedo Mazza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37366620.0.3009.5225

Instituição Proponente: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.531.695

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda a projeto já aprovado por este CEP (parecer 4.455.355) em 11 de dezembro de 2020. A emenda tem como objetivo retirar a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba como coparticipante e incluir a Santa Casa de Irati como coparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever os desafios e potencialidades para o cumprimento e a manutenção dos critérios de habilitação dos hospitais amigo da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

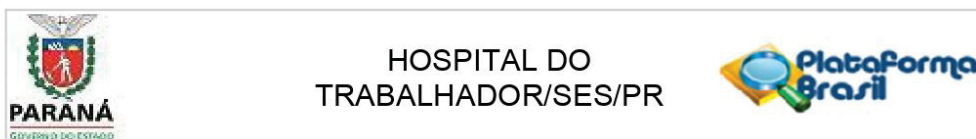
Já avaliados anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As alterações são justificadas como se segue:

1. "O repasse financeiro da Maternidade Mater Dei é de responsabilidade do município de Curitiba, contudo é administrada pelo Grupo Hospitalar Nossa Senhora das Graças, das Irmãs Filhas da Caridade, desde 2007, assim, a gestão não é realizada pela Secretaria Municipal de Curitiba."
2. "O Hospital Santa Casa de Irati já consta na Plataforma Brasil como instituição coparticipante, e o termo de concordância de coparticipação foi submetido em setembro de 2020, porém esse estabelecimento não constava no corpo de projeto."

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.531.695

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e válidos (termo de anuência da Santa Casa de Irati).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos significativos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembramos os autores que devem ser seguidas as determinações da resolução 466/2012 e da norma operacional 01/2013 do CNS. Assim, é responsabilidade do pesquisador encaminhar como NOTIFICAÇÃO os seguintes documentos:

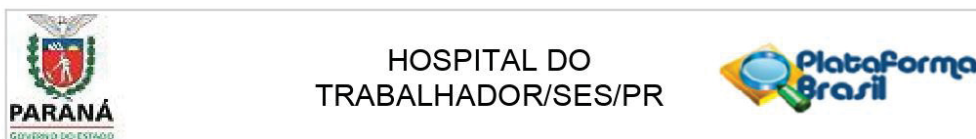
- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído (publicação, anais de congresso, etc)
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

Alterações no projeto (inclusive em relação à equipe de pesquisa) devem ser submetidos como EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_CEP_30_12_2020.docx	30/12/2020 15:41:09	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Santa_casa_de_Irati_NOVO.pdf	30/12/2020 15:40:27	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_DE_CUSTOS_HU_MARINGA.docx	22/12/2020 12:00:43	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Emenda_CEP_atualizacao_entidades_participantes_DEZ2020.docx	22/12/2020 11:58:47	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Emenda_CEP_atualizacao_SMS_Curitiba_DEZ2020.docx	22/12/2020 11:57:10	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Jessica_Luiz_Dinardi_modelo_CEP_DEZ_2020.docx	22/12/2020 11:57:02	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_ENTREVISTA_HU_MARINGA.docx	22/12/2020 11:56:14	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito

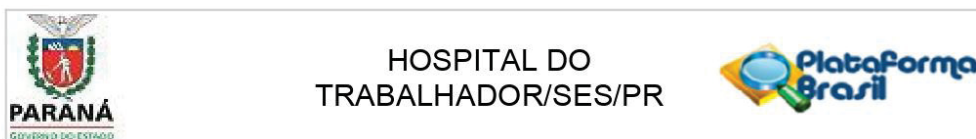
Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.531.695

Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_ENTREVISTA_H U_MARINGA.docx	22/12/2020 11:56:14	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_GRUPO_FOCAL _HU_MARINGA.docx	22/12/2020 11:56:00	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_CEP_30_ 09_2020.pdf	26/10/2020 16:53:12	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Jessica_Luiz_Dinardi_modelo_ CEP_NOVO.docx	26/10/2020 16:52:29	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_DE_CUST OS_NOVO.docx	26/10/2020 16:48:51	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	REQUERIMENTO_PARA_APRECIACA O_DE_PROJETOS_NOVO.docx	26/10/2020 16:48:18	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	CheckList_NOVO.pdf	26/10/2020 16:45:20	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_GRUPO_FOCAL _VERSAO_GOOGLE_FORMULARIO_N OVO.pdf	26/10/2020 16:44:14	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_ENTREVISTA_V ERSAO_GOOGLE_FORMULARIO_NO VO.pdf	26/10/2020 16:44:05	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_SMS_CURITIBA ENTREVISTA_NOVO.docx	26/10/2020 16:43:46	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_SMS_CURITIBA GRUPO_FOCAL_NOVO.docx	26/10/2020 16:43:37	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_ENTREVISTA_N OVO.docx	26/10/2020 16:43:27	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_GRUPO_FOCAL _NOVO.docx	26/10/2020 16:43:09	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_SMS_CURITIBA. docx	04/09/2020 11:40:44	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_Jessica_Luiz_Dinardi_modelo	04/09/2020	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito

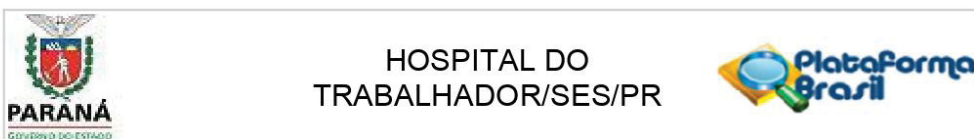
Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.531.695

/ Brochura Investigador	_CEP.docx	11:39:53	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_DE_CUSTOS.docx	04/09/2020 10:19:04	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CIENTIA_DE_INTERESSE_CAMPO_D_PESQUISA_SMS	04/09/2020 10:18:40	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	REQUERIMENTO_PARA_APRECIACAO_DE_PROJETOS.docx	04/09/2020 10:16:01	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_HOESP.pdf	03/09/2020 13:37:55	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	02/09/2020 01:01:30	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_VERSAO_ONLINE.pdf	02/09/2020 00:58:17	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Santa_casa_de_Irati.pdf	02/09/2020 00:47:54	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_HT.pdf	02/09/2020 00:47:28	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Sao_Lucas.pdf	02/09/2020 00:40:13	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	CheckList.pdf	02/09/2020 00:33:33	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_PESQUISADOR_AO_CEP_SD.pdf	31/08/2020 15:58:02	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	ANALISE_DO_MERITO_CIENTIFICO_A_SER_CERTIFICADA_PELoS_PESQUISADOR_PRINCIPAL.pdf	31/08/2020 15:57:41	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_SESA.pdf	31/08/2020 01:36:08	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Nossa_Senhora_da_Luz_dos_Pinhais.pdf	31/08/2020 01:35:48	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Mater_Dei.pdf	31/08/2020 01:35:40	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_HUOP.pdf	31/08/2020 01:35:30	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Humberto_Carrano.pdf	31/08/2020 01:35:20	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_HU_Maringa.pdf	31/08/2020 01:35:10	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Hospital_e_Maternidade_de_Ribeirao_do_Pinhais.pdf	31/08/2020 01:34:25	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_HC_e_Mater	31/08/2020	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.531.695

Outros	nidade_Victor.pdf	01:33:09	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Costa_Cavalcante.pdf	31/08/2020 01:30:03	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_APMI.pdf	31/08/2020 01:29:48	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Alto_Maracana.pdf	31/08/2020 01:29:33	Jéssica Luiz Dinardi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 09 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br