

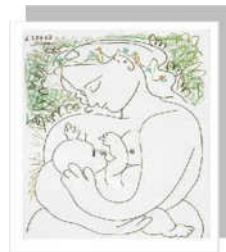


**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS**  
**COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO**

## **MÓDULO 4**

### **4.2 Instrumentos para Monitoramento Anual da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**

#### **PARTE III: FORMULÁRIOS DE RESUMO**



Brasília/DF  
2014

**Passo 1: Possuir uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde, estar em conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno –Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)**

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município:	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IA, IC e ID para consulta dos dados.]

Análise da política		Resultado	Ref.
1.1	O hospital possui uma política da amamentação e alimentação de lactentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC1
1.2	A política contempla adequadamente os seguintes passos: <input type="checkbox"/> Passo 1... <input type="checkbox"/> Passo 2 <input type="checkbox"/> Passo 3 <input type="checkbox"/> Passo 4 <input type="checkbox"/> Passo 5 <input type="checkbox"/> Passo 6 <input type="checkbox"/> Passo 7 <input type="checkbox"/> Passo 8 <input type="checkbox"/> Passo 9 <input type="checkbox"/> Passo 10		
	A política contempla adequadamente todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC2
1.3	A política contempla o <i>Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL)</i> , ao proibir: <input type="checkbox"/> A exposição de pôsteres ou outros impressos oferecidos por fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, chupetas ou quaisquer outros materiais que promovam o uso desses produtos <input type="checkbox"/> Contato direto ou indireto entre funcionários desses fabricantes ou distribuidores com gestantes ou mães nas dependências da unidade <input type="checkbox"/> A distribuição de amostras ou brindes como substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas ou de materiais promocionais desses produtos para gestantes ou mães, ou membros de suas famílias <input type="checkbox"/> A aceitação por parte do hospital de presentes (inclusive alimentos), impressos, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para capacitação ou eventos desses fabricantes ou distribuidores <input type="checkbox"/> Demonstrações do preparo de fórmulas infantis para qualquer pessoa que não precise delas		

	<input type="checkbox"/> A aceitação de suprimentos ou substitutos do leite materno gratuitos ou de baixo custo (abaixo de 80% do preço de varejo) A política contempla ao menos 4 dos 6 itens acima sendo que os itens 1 e 3 são indispensáveis:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC3
1.4	Não se aplica		IC4

Observações:				
1.5	Um resumo da política está exposto nas seguintes áreas:			
	Áreas/unidades	Sim	Não	Setor não existente
	Enfermaria de gestantes			
	Área de trabalho de parto e parto			
	Ala de pós-parto imediato			
	Alojamento Conjunto(ALCON)/quartos			
	Ambulatório de pré-natal			
	Áreas de observação de bebês			
	Unidades de cuidados especiais (UTIN,UCIN, UCINCo, UCINCa e outras)			
	Outras áreas: [relacionar:]			
Outras áreas: [relacionar:]				
	Resumos da política estão afixados em todas as áreas existentes descritas acima, à exceção de no máximo uma entre as 7 primeiras?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	ID1	
1.6	O resumo da política foi redigido em língua(s) e linguagem acessíveis às mães e à equipe.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	ID2R	

1.7	<p>A política contempla o Cuidado Amigo da Mulher e aborda adequadamente os seguintes itens:</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir às mulheres um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e ou/emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;</p> <p><input type="checkbox"/> Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;</p> <p><input type="checkbox"/> 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 a mulher;</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massageador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, orientados à mulher durante o pré-natal;</p> <p><input type="checkbox"/> Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas, e que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;</p> <p><input type="checkbox"/> Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, permitir apoiarem a mulher, de forma contínua, se for a vontade dela( Tópico Opcional )</p> <p><b>Resumir: Pelo menos 3 dos 6 primeiros tópicos acima são contemplados?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	IA23
1.8	<p><b>A Política da IHAC contempla as práticas exigidas quanto a Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN), que incluem :</b></p> <p><input type="checkbox"/> autorizar a participação da mãe ou pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizar a permanência da mãe ou pai junto ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizar o livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN</p> <p>A política contempla todos os itens acima:</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	IA24
<p><b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas:</p>			

- 1.1: “Sim”
- 1.2: “Sim”
- 1.3: “Sim” para ao menos 4 dos 6 tópicos
- 1.4: Não se aplica
- 1.5: “Sim “ para todos com no máximo uma exceção
- 1.6: “Sim” para todos
- 1.7: Sim” para ao menos 3 dos 6 primeiros tópicos
- 1.8: “Sim” para todos

**Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Um?**

Sim  Não

**Conquistas:**

**Melhorias Necessárias :**

**Melhorias Recomendadas:**

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

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IA, IC, IIA e IIB para consulta dos dados.]

<b>Entrevista com diretor/responsável pelos serviços de maternidade:</b> O diretor/responsável pelos serviços de maternidade afirma que:		<b>Resultado</b>	<b>Ref.</b>
2.1	Orientações sobre as <b>Políticas (Normas e Rotinas) da IHAC</b> ( <i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)</i> ) são transmitidas a todos os integrantes da equipe que têm contato direto com mães, mulheres e/ou lactentes/familiares.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA4
2.2	As orientações, como descritas na política, transmitidas aos integrantes da equipe, são suficientes.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA5
<b>Análise dos materiais impressos</b>			
2.3	Existem documentos escritos com o conteúdo ou a estrutura de cursos de <u>capacitação sobre as Políticas (Normas e Rotinas) e Capacitações da IHAC</u> ( <i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)</i> ).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC7
2.4	A análise de documentos dos cursos de capacitações, sobre as <b>Políticas (Normas e Rotinas) e Capacitações da IHAC</b> ( <i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido</i> ), e estrutura desses cursos e de folhas de frequência indica que a equipe clínica responsável pela oferta de cuidados de saúde a gestantes, mães e lactentes recebem capacitação de no mínimo 20 horas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC10 IC19
2.5	A mesma análise indica que a capacitação inclui ao menos 3 horas de prática clínica supervisionada pela mesma equipe.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC11

2.6	<p>O conteúdo do curso de capacitação contempla os Passos abaixo adequadamente:</p> <p><input type="checkbox"/> Passo 1.... <input type="checkbox"/> Passo 2 <input type="checkbox"/> Passo 3 <input type="checkbox"/> Passo 4 <input type="checkbox"/> Passo 5</p> <p><input type="checkbox"/> Passo 6 <input type="checkbox"/> Passo 7 <input type="checkbox"/> Passo 8 <input type="checkbox"/> Passo 9 <input type="checkbox"/> Passo 10</p> <p><input type="checkbox"/> está em conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL)</p> <p><input type="checkbox"/> contempla Cuidados Amigo da Mulher - (CAM)</p> <p><input type="checkbox"/> contempla permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido</p> <p>Contempla todos os itens acima?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC11a IC20R
2.7	A capacitação em amamentação oferecida para funcionários da equipe não clínica é adequada:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC11b
2.8	Não se aplica		IC12
2.9	Não se aplica		IC13
2.10	Não se aplica		IC14
<b>Entrevistas com integrantes do corpo clínico</b> selecionados aleatoriamente:			
2.11	<p>Os integrantes da equipe assinalados abaixo confirmam que receberam ao menos 20 horas de capacitação da IHAC, ou caso estejam no emprego há menos de 6 meses, receberam orientações sobre a política da IHAC:</p> <p>[S =sim, N= não, 0= não respondeu]</p> <p><input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20</p> <p><input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30</p>	Total:____ de ____: _____%	IIA-4R
2.12	<p>Os integrantes da equipe assinalados abaixo responderam adequadamente a 4 entre 5 perguntas relacionadas ao apoio e promoção do aleitamento materno:</p> <p>[S =sim, N= não, 0 =não respondeu]</p> <p><input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20</p> <p><input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30</p>	Total:____ de ____: _____%	IIA-5R
2.13	<p>Os integrantes da equipe assinalados abaixo citaram dois assuntos que devem ser discutidos com uma gestante, caso ela indique que pretende oferecer algo além de leite materno para seu bebê: [S =sim, N= não, 0= não respondeu]</p>	Total:____ de ____: _____%	IIA-6

<input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
<p><b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas:</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4 “Sim” (Se a capacitação foi inferior a 20 horas, este passo ainda pode ser aprovado caso a pontuação da pergunta 2.12 for de pelo menos 80%)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5 “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> 2.6 “Sim” para todos os Passos, <u>Código</u> Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006(NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher, Permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém nascido(PRN)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.7 “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> 2.8 Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> 2.9 Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> 2.10 Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> 2.11 80% (Se a pontuação desta pergunta for inferior a 80%, este Passo ainda pode ser aprovado caso a pontuação da pergunta 2.12 for de pelo menos 80%)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.12 80% (ou 70%, se a resposta da pergunta 2.4 for “Sim” e a pontuação da pergunta 2.11 for 80%)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.13 80%</p>		
<p><b>Resumo A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Dois:</b></p>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



<b>Conquistas:</b>
<b>Melhorias Necessárias</b>
<b>Melhorias Recomendadas</b>

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

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[No caso do hospital não prestar serviços de pré natal nem a gestantes internadas ou de ambulatório esse passo não será . aplicável. Remeter a IA, IC e IIE para consulta dos dados]

Caso preste serviços de pré natal para gestantes internadas ou em ambulatório pontuar o passo3.

<b>Entrevista com o responsável pelos serviços de maternidade ou pré-natal</b>		<b>Resultados</b>	<b>Ref.</b>
3.1	O responsável pelos serviços de maternidade ou pré-natal afirma que ao menos 80% das gestantes que recebem tratamento pré-natal na unidade ou que estão internadas na enfermaria têm acesso a informações sobre aleitamento materno.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	IA16
<b>Análise dos materiais impressos</b>			
3.2	Existem documentos escritos com os padrões mínimos de informações sobre <i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher, e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (PRN), a serem fornecidas a todas as gestantes?</i> e impressos relacionados.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	IA17 IA18 IC20R
3.3	<b>Não se aplica</b>		NA

<b>Entrevistas com gestantes</b> selecionadas aleatoriamente:			
3.4	As gestantes assinaladas abaixo afirmam que integrantes da equipe conversaram com elas ou indicaram um grupo de discussões sobre como alimentar o seu bebê como parte do tratamento pré-natal? <i>[S = sim, N= não, 0= não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	Total: ____ de ____: ____%	IID4
3.5	As gestantes assinaladas abaixo se lembraram das informações apresentadas ou discutidas com elas relacionadas a pelo menos dois dos três tópicos: <i>[S = sim, N= não, 0= não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	Total: ____ de ____: ____%	IID5R
3.6	As gestantes assinaladas abaixo afirmaram que integrantes da equipe informaram que é assegurado o livre acesso dos pais e a permanência da mãe ou do pai à todos os bebês? <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	Total: ____ de ____: ____%	II D 10
<b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas: <input type="checkbox"/> 3.1 "Sim" <input type="checkbox"/> 3.2 "Sim" <input type="checkbox"/> 3.3 Não se aplica <input type="checkbox"/> 3.4 70% <input type="checkbox"/> 3.5 70% <input type="checkbox"/> 3.6 30%			
			<input type="checkbox"/> Não aplicável
<b>Este Passo não é aplicável, porque o hospital não presta serviços de pré-natal ou não interna gestantes de alto risco?</b>			
<b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Três?</b>			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**Conquistas:**

**Melhorias Necessárias:**

**Melhorias Recomendadas :**

**Passo 4: Ajudar as mães a iniciar a amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto.**

***Este Passo é agora interpretado como:*** colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente (até 5 minutos) após o parto, por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a ID, IIC e IID para consulta dos dados.]

Observações		Resultados	Ref.
4.1	<p>Em ____ dos ____ nascimentos vaginais e cesáreas observados, os bebês foram entregues às suas mães até 5 minutos após o parto, mantidos em contato pele a pele por pelo menos 60 minutos, e as mães foram orientadas a como reconhecer quando seus bebês estão prontos para mamar e lhes foi oferecida ajuda nesse sentido, ou houve motivos justificados para não seguir esses procedimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Não foram observados nascimentos. Justificar o motivo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	_____%	ID6
<b>Entrevistas com Mães</b>			
4.2	<p>Entre as mães selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo foram submetidas a partos vaginais, cesarianas sem anestesia geral e cesarianas com anestesia geral:</p> <p>[V= vaginal, C-SG = cesariana sem anestesia geral, C-G = cesariana com anestesia geral, 0= não respondeu]</p> <p><input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>V: __ de __: __%</p> <p>C-SG: __ de __: __%</p> <p>C-G: __ de __: __%</p>	IIB1 C

	<input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
4.3	<p>Entre as mães submetidas a <u>partos vaginais ou cesarianas sem anestesia geral</u> selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que seus bebês foram entregues a elas imediatamente ou cinco minutos após o parto ou, caso contrário, houve razões médicas justificáveis para o atraso no contato:</p> <p style="text-align: center;"><i>[S=sim, N=não, 0= pulou porque foi submetida à cesariana com anestesia geral ou não respondeu]</i></p> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: _____%	IIB2R
4.4	<p>Entre as mães submetidas a <u>cesarianas com anestesia geral</u> selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que seus bebês foram entregues a elas após estarem alertas e reagindo bem ou, caso contrário, houve razões médicas justificáveis para o atraso no contato:</p> <p style="text-align: center;"><i>[S=sim, N=não, 0=pulou porque não foi submetida a cesariana com anestesia geral ou não respondeu]</i></p> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: _____%  <input type="checkbox"/> NA	IIB3R
4.5	<p>Entre as mães selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que ficaram em contato direto com seus bebês pela primeira vez durante no mínimo 60 minutos ou, caso contrário, o contato foi encerrado a seu pedido ou por razões justificadas</p> <p style="text-align: center;"><i>[S =sim, N= não, 0= não respondeu]</i></p> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: _____%	IIB4R
4.6	<p>Entre as mães selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que foram incentivadas a procurar por sinais de que seus bebês estavam querendo ser amamentados e lhes foi oferecida ajuda, caso precisassem:</p> <p style="text-align: center;"><i>[S =sim, N= não, 0= não respondeu]</i></p> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: _____%	IIB5R

<b>Entrevistas com mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal</b>			
4.7	<p>Entre as mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que tiveram oportunidade de segurar seus bebês em contato direto <u>ou</u>, caso contrário, os integrantes da equipe ofereceram razões justificáveis para que isso não ocorresse:</p> <p style="text-align: center;"><i>[S = sim ou os integrantes da equipe deram razões justificáveis por isto não ter acontecido, N= não, 0= não respondeu]</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>	Total: ___ de ___: ___ %  <input type="checkbox"/> NA	IIC8
4.8	<p>Entre as mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que foram informadas que podem permanecer 24 horas com o seu filho</p> <p><input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>	Total: ___ de ___: ___ %  <input type="checkbox"/> NA	II C9
4.9	<p>Entre as mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que foram informadas que o pai ou alguém da família também podem permanecer com o bebê, caso ela não possa.</p> <p><input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>	Total: ___ de ___: ___ %  <input type="checkbox"/> NA	II C10
4.10	<p>Entre as mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que foram informadas de que podem ajudar nos cuidados com o bebê.</p> <p><input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>	Total: ___ de ___: ___ %  <input type="checkbox"/> NA	II C11
<p><b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4.1:</b> 75% OU não foram observados partos</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4.2:</b> Sem pontuação</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4.3:</b> 80%</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4.4:</b> 50% ou não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4.5-4.6:</b> 80% em um item e 70% no outro</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4.7:</b> 80% ou <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4.8 -</b> 30% ou <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>			

4.9 - 30% ou  Não se aplica

4.10 - 30% ou  Não se aplica

**Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Quatro?**

Sim  Não

**Conquistas:**

**Melhorias exigidas:**

**Melhorias recomendadas:**



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

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IA, ID, IIA, IIC e IID para consulta dos dados.]

<b>Entrevista com diretor/responsável pelos serviços de maternidade</b> O diretor/responsável pelos serviços de maternidade afirma que:		<b>Resultados</b>	<b>Ref.</b>
5.1	As mulheres que nunca amamentaram ou que já tiveram problemas para amamentar recebem atenção especial adequada tanto durante o pré-natal quanto no período pós-parto:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA8
<b>Observações</b>			
5.2	Não se aplica	_	ID10
<b>Entrevista com integrantes do corpo clínico</b> selecionados aleatoriamente:			
5.3	Os integrantes do corpo clínico assinalados abaixo afirmam que instruem as mães quanto ao posicionamento e a “pega” da mama (P8a) e descrevem as técnicas corretamente (P8b) ou, caso não instruam, indicam quem elas podem consultar para tanto (P8c). <i>[S = sim, N= não, 0= não respondeu]</i>	Total: ____ de ____: ____%	IIA8R
	<input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
5.4	Os integrantes do corpo clínico assinalados abaixo afirmam que ensinam a expressão manual (ordenha) às mães e fazem descrições e demonstrações adequadas daquilo que ensinam para elas ou, caso contrário, indicam a quem as mães devem recorrer: <i>[S = sim, N= não, 0= não respondeu]</i>	Total: ____ de ____: ____%	IIA9R
	<input type="checkbox"/> 1... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		

5.5	Não se aplica		IIA 10R
<b>Entrevistas com mães</b> selecionadas aleatoriamente na ala de pós-parto:			
5.6	As mães assinaladas abaixo, <u>caso lactantes</u> , afirmaram que a equipe ofereceu ajuda com a amamentação e esta ajuda foi oferecida até 6 horas depois do nascimento. <i>[S = sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de _____ _____%	IIB7R
5.7	As mães assinaladas abaixo, <u>caso lactantes</u> , demonstraram ou descreveram corretamente o posicionamento e a “pega” da mama e sucção <i>[S = sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de _____ _____%	IIB8R
5.8	As mães assinaladas abaixo, <u>caso lactantes</u> , afirmaram que alguém da equipe se ofereceu para ensiná-las como extrair o leite com as mãos <u>ou</u> forneceu informações escritas e/ou indicaram locais onde elas poderiam conseguir ajuda, se necessário: <i>[S = sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de _____ _____%	IIB 9
5.9	Não se aplica		10R
5.10	Não se aplica		11R
<b>Entrevistas com mães de bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal</b> selecionadas aleatoriamente:			
5.11	As mães assinaladas abaixo, <u>caso amamentando ou planejando fazê-lo</u> , afirmam que alguém da equipe se ofereceu para ajudá-las a iniciar a lactação e mantê-la: <i>[S = sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de _____ _____% <input type="checkbox"/> NA	IIC3

5.12	<p>As mães assinaladas abaixo, <u>caso amamentando ou planejando fazê-lo</u>, afirmam que alguém da equipe mostrou a elas como extrair o leite materno com as mãos ou não desejaram ajuda: <i>[S = sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20</p> <p><input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30</p>	<p>Total: ___ de ___:</p> <p>___%</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p>	IIC4
5.13	<p>As mães assinaladas abaixo, <u>caso amamentando ou planejando fazê-lo</u>, descreveram ou demonstraram como a extrair o leite materno com as mãos: <i>[S = sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20</p> <p><input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30</p>	<p>Total: ___ de ___:</p> <p>___%</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p>	IIC5
5.14	<p>As mães assinaladas abaixo, <u>caso amamentando ou planejando fazê-lo</u>, afirmam que alguém da equipe informou que precisam amamentar ou extrair o leite com as mãos 6 ou mais vezes a cada 24 horas para manter a lactação: <i>[S = sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>Total: ___ de ___:</p> <p>___%</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p>	IIC6
<p><b>Pontuação</b> : Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas:</p> <p><input type="checkbox"/> 5.1 “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> 5.2 Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> 5.3-5.4: 80% em 1 item, 50% em 1 item</p> <p><input type="checkbox"/> 5.5- Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> 5.6-5.8: 80% em 2 itens, 50% em 1 item</p> <p><input type="checkbox"/> 5.9 – 5.10 Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> 5.11-5.14: 80% em 3 itens, 50% em 1 item ou <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>			
<p><b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Cinco?</b></p>			<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

Conquistas:

Melhorias exigidas

Melhorias recomendadas

**Passo 6: Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não o leite materno, a não ser por orientação médica.**

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IB, IC, ID, IIC e IID para consulta dos dados.]

<b>Análise da tabela de dados do hospital</b>		<b>Resultados</b>	<b>Ref.</b>
6.1	Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo no ano anterior foram exclusivamente amamentados ou alimentados com leite extraído do nascimento à alta ou, caso tenham recebido alimentos que não o leite materno, isso se deu em virtude de Razões Médicas Aceitáveis (OMS), documentados:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Ver tabela)	IB1
<b>Análise dos materiais impressos</b>			
6.2	Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	NA
6.3	Não se aplica		NA
<b>Observações</b>			
6.4	O hospital possui instalações /espaço e equipamentos adequados para fazer demonstrações do preparo de fórmulas infantis e outras opções alimentares fora das vistas de mães lactantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ID3
6.5	Observações nas alas/quartos pós-parto e em quaisquer áreas de observação de bebês mostraram que: ____ dos ____ bebês observados foram alimentados exclusivamente com leite materno, ou houve motivos médicos aceitáveis ou escolhas informadas para justificar que isso não ocorresse.	_____ %	ID7R
<b>Entrevistas com as mães</b>			
6.6	Não se aplica		

6.7	<p>As mães <u>lactantes</u> assinaladas abaixo relataram que seus bebês foram alimentados <u>exclusivamente</u> com leite materno <u>ou</u>, caso contrário, isso ocorreu por uma razão justificada</p> <p><i>[S = recebeu apenas leite materno ou, caso contrário, houve uma justificativa. N = recebeu alimentos e líquidos que não o leite materno sem justificativa. 0 = pulou (não lactante) ou não respondeu]</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20</p> <p><input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30</p>	Total: ___ de ___: ___ %	IIB15R
<b>Entrevistas com mães de bebês internados em unidades especiais</b> selecionadas aleatoriamente:			
6.8	Não se aplica		II C7
<p><b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.1:</b> “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.2:</b> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.3:</b> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.4:</b> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.5:</b> 80 %</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.6:</b> NA</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.7:</b> 80%</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6.8:</b> NA</p>			
<b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Seis?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Conquistas:</b>			

<b>Melhorias necessárias:</b>
<b>Melhorias recomendadas:</b>

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

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a ID e IIC para consulta dos dados.]

Observações		Resultados	Ref.
7.1	Observações nas alas de Alojamento Conjunto/quartos pós-parto e em quaisquer áreas de observação de bebês mostraram que: ____ dos ____ bebês e mães observados <u>estavam</u> alojados conjuntamente ou, caso contrário, isso ocorreu por Razões Médicas justificáveis.	Total: ____ de ____: ____ %	ID9
<b>Entrevistas com mães</b> selecionadas aleatoriamente na ala de Alojamento Conjunto/quartos pós-parto			
7.2	As mães assinaladas abaixo relatam que seus bebês ficaram com elas desde o nascimento ou, caso contrário, isso ocorreu por uma razão justificada. [Sim = sim, N = não, 0 = não responderam] <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ____ de ____: ____ %	IIB18R
<b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas:  <input type="checkbox"/> 7.1: 80 % <input type="checkbox"/> 7.2: 80 %			
<b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Sete?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



**Conquistas:**

**Melhorias Necessárias:**

**Melhorias recomendadas:**

**Passo 8: Incentivar o aleitamento sob livre demanda.**

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IIC para consulta dos dados.]

<b>Entrevistas com as mães:</b> Da seleção aleatória de mães no pós-parto:		<b>Resultados</b>	<b>Ref.</b>
8.1	As mães assinaladas abaixo citaram ao menos duas informações que receberam sobre como reconhecer sinais que seus bebês estão com fome: <i>[Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ %	IIB13
8.2	As mães assinaladas abaixo relatam que foram aconselhadas a amamentar seus bebês o quanto eles quisessem ou sempre que tiverem fome. <i>[Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ %	IIB14
<b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas: <input type="checkbox"/> <b>8.1:</b> 80 % <input type="checkbox"/> <b>8.2:</b> 80 %			
<b>Resumo:</b> A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Oito:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

<b>Conquistas:</b>	
<b>Melhorias necessárias:</b>	
<b>Melhorias recomendadas:</b>	

**Passo 9: Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a lactentes.**

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a ID e IID para consulta dos dados.]

Observações	Resultados	Ref.
9.1 As observações nas alas ou Alojamento Conjunto (ALCON) ou áreas de observação de bebês revelaram que: ____ dos ____ bebês <u>amamentados</u> observados foram alimentados <u>sem</u> o uso de mamadeiras ou bicos ou, caso isso tenha ocorrido, suas mães foram informadas dos riscos relacionados. <i>[Nota: A alimentação com copo é considerada mais segura do que a alimentação com mamadeiras e bicos e não deve ser contabilizada.]</i>	____ %	ID8
<b>Entrevistas com mães</b> selecionadas aleatoriamente na ala de pós-parto:		
9.2 As mães <u>lactantes</u> assinaladas abaixo relatam que, até onde têm conhecimento, seus bebês <u>não</u> foram alimentados com o uso de mamadeiras ou bicos: <i>[S = sim, N = não, 0 = não AM ou não responderam]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ____ de ____: ____ %	IIB16R
9.3 As mães assinaladas abaixo relatam que, até onde têm conhecimento, seus bebês <u>não</u> usaram chupetas: <i>[Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ____ de ____: ____ %	IIB17

<b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas: <input type="checkbox"/> 9.1: 80 % <input type="checkbox"/> 9.2: 80 % <input type="checkbox"/> 9.3: 80 %			
<b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Nove:</b>			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Conquistas:</b>			
<b>Melhorias necessárias:</b>			
<b>Melhorias recomendadas:</b>			

**Passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade; conforme nova interpretação, 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 ou serviços.**

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

*[Remeter a IA, IC e IIC para consulta dos dados.]*

<b>Entrevista com diretor/responsável pelos serviços de maternidade</b> O responsável pelos serviços de maternidade relata que:		<b>Resultados</b>	<b>Ref.</b>
10.1	As mães são informadas sobre onde podem conseguir apoio se precisarem de ajuda para alimentar seus bebês após a alta e citou ao menos um local onde a mãe deve procurar após a alta .	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA9
10.2	A unidade contribui com a criação ou coordenação de grupos de apoio ou outros serviços comunitários que fornecem apoio a mães quanto à amamentação/alimentação de lactentes, e citou uma forma adequada de como isso é feito.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA10
10.3	A equipe encoraja mães e bebês a se consultarem pouco depois da alta, na unidade ou em serviços comunitários de saúde, com profissionais qualificados capazes de avaliar as práticas alimentares e oferecer apoio, se necessário, e citou ao menos uma indicação com horários adequados para visitas e consultas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA11
<b>Análise dos materiais impressos</b>			
10.4	Não se aplica		NA
<b>Entrevistas com as mães:</b>			
10.5	As mães selecionadas aleatoriamente na ala de Alojamento Conjunto (ALCON) assinaladas abaixo relataram que foram informadas sobre onde e como buscar apoio relacionado à alimentação de seus bebês	Total: ____ de ____: ____ %	IIB19R

	<p>após a alta, e citaram ao menos uma fonte de apoio.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]</i></p> <p> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10  <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20  <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 </p>			
<p><b>Pontuação:</b> Para que este passo seja plenamente implementado, as respostas abaixo são as exigências mínimas:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>10.1 a 10-3:</b> “Sim” para 2 dos 3 itens</p> <p><input type="checkbox"/> <b>10.4:</b> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> <b>10.5:</b> 80 % (ou, caso menor em virtude de as mães terem sido entrevistadas muito cedo e não tenham tido tempo de receber essa informação, a resposta da 10.1 deveria ser “sim” para atender às exigências mínimas.)</p>				
<p><b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Passo Dez:</b></p>			<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p><b>Conquistas:</b></p>				
<p><b>Melhorias necessárias:</b></p>				
<p><b>Melhorias recomendadas:</b></p>				

## Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006-NBCAL

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IA, IC, ID e IIA para consulta dos dados.]

Entrevista com o diretor/responsável pelos serviços de maternidade O responsável pelos serviços de maternidade relata que:		Resultados	Ref.
Código 1	Em conformidade com o Código, nenhum funcionário de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas mantêm contato direto ou indireto com gestantes ou mães. [Nota: “Sim” = não há contato.]	Está em conformidade com o Código: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA12
Código 2	Em conformidade com o Código, o hospital não recebe presentes de fabricantes ou distribuidores de substitutos de leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas.	Está em conformidade com o Código: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA14
Código 2A	Em conformidade com o Código, substitutos do leite materno, bicos, chupetas e mamadeiras, e outros suprimentos contidos na NBCAL – Lei 11 265-2006, quando adquiridos são comprados ao preço de atacado ou ao menos 80% do preço de varejo	Está em conformidade com o Código: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA13
Código 3	Em conformidade com o Código, gestantes, mães e suas famílias não recebem materiais promocionais, amostras ou presentes da unidade que incluam substitutos do leite materno, mamadeiras, chupetas, equipamento para preparar alimentos ou cupons de desconto.	Está em conformidade com o Código: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IA15
<b>Análise dos materiais impressos</b>			
Código 4	Uma análise de registros e recibos indica que substitutos do leite materno, incluindo fórmulas especiais e outros suprimentos alimentares são comprados pela unidade de saúde ao menos pelo preço de atacado. ou ao menos 80% do preço de varejo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não são usados	IC6



<b>Observações:</b> As observações indicam que:			
Código 5	Em conformidade com o Código, nenhum material promocional de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas ou produtos relacionados definidos pela Lei 11 265-2006 e NBCAL () é exibido ou oferecido a gestantes, mães ou integrantes da equipe.	Está em conformidade com o Código: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ID4
Código 6	Fórmulas infantis e mamadeiras preparadas são mantidas em local reservado.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ID5
<b>Entrevistas com integrantes do corpo clínico</b>			
Código 7	Os integrantes do corpo clínico assinalados abaixo citaram dois motivos para a importância de não entregar amostras grátis de fabricantes de fórmulas infantis para as mães: <i>[Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ %	IIA 7
<p><b>Pontuação:</b> Para que exista conformidade com o Código, as respostas abaixo são as exigências mínimas:</p> <p><input type="checkbox"/> Código 1: “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> Código 2: “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> Código 2a: “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> Código 3: “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> Código 4: “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> Código 5: “Sim”</p> <p><input type="checkbox"/> Código 6: Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Código 7: 80 %</p> <p>As respostas de 6 dos 7 itens acima devem ser “Sim” (obrigatória para os itens 2 e 2a).</p>			

<b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Código:</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Conquistas:</b>	
<b>Melhorias necessárias:</b>	
<b>Melhorias recomendadas:</b>	
<b>HIV e Alimentação Infantil</b>	<b>Não se aplica</b>

## Cuidado Amigo da Mulher(CAM)

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	Nome de Fantasia
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IC, IIA e IIE para consulta dos dados.]

Análise de Políticas Escritas do Hospital que exigem o Trabalho de Parto e Parto Amigo da Mulher		Resultados	Ref
CAM 1	<p>Das Políticas escritas do Hospital, quais dos tópicos abaixo, são contemplados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Garantir às mulheres um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e ou/emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;</li> <li><input type="checkbox"/> Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;</li> <li><input type="checkbox"/> 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 a mulher;</li> <li><input type="checkbox"/> Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;</li> <li><input type="checkbox"/> Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massagador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, orientados à mulher durante o pré-natal.</li> <li><input type="checkbox"/> Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do trabalho de parto, partos instrumentais e cesarianas, e que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;</li> <li><input type="checkbox"/> Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, permitir apoiarem a mulher, de forma contínua, se for a vontade dela( Tópico Opcional )</li> </ul> <p><b>Pelo menos 2 dos 6 primeiros tópicos são contemplados adequadamente</b></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC0 5

<b>Entrevista com integrantes do corpo clínico</b> escolhidos aleatoriamente			
CAM 2	Os entrevistados assinalados abaixo foram capazes de descrever pelo menos duas das 6 primeiras práticas recomendadas que ajudam as mulheres a se sentirem mais confortáveis e calmas durante o trabalho de parto e o parto:  [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___: ___ %	IIA1 4
	<input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
CAM 3	Os entrevistados assinalados abaixo descreveram pelo menos <u>três</u> procedimentos de trabalho de parto e parto que <b>não</b> devem ser usados rotineiramente, mas apenas em caso de complicações:  [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___: ___ %	IIA1 5
	<input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
CAM 4	Os entrevistados assinalados abaixo foram capazes de descrever pelo menos duas práticas de trabalho de parto e parto que aumentam as probabilidades de que a amamentação tenha um bom começo:  [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___: ___ %	IIA1 6
	<input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
<b>Entrevista com gestantes</b> escolhidas aleatoriamente			
CAM 5	As gestantes assinaladas abaixo relataram que foram informadas pela equipe do hospital que as mulheres podem solicitar que acompanhantes de sua escolha lhes façam companhia durante o trabalho de parto e o parto, e conheciam pelo menos um motivo para a validade dessa prática: [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___: ___ % <input type="checkbox"/> Não se aplica	IID2R
	<input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		

CAM 6	<p>As gestantes assinaladas abaixo descreveram pelo menos uma informação apropriada que receberam da equipe sobre formas de lidar com a dor e ter mais conforto durante o parto, e o que é melhor para mulheres, bebês e a amamentação: [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]</p> <p><input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10  <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20  <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30</p>	<p>Total: ___ de ___: ___ %  <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	IID3
<b>Entrevista com Diretor do hospital</b>			
CAM 7	<p><b>Neste hospital, das práticas de trabalho de parto e parto que aumentam a probabilidade de um bom começo da amamentação, 3 das 6 primeiras, estão de acordo com o Cuidado Amigo da Mulher?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>	IA23
<b>Observações</b>			
CAM 8	<p>Nas observações dos nascimentos vaginais, em ___ dos ___ observados, houve o cumprimento de pelo menos 3 das seguintes práticas: as mães tiveram permissão de posição de escolha para o parto, <b>não</b> houve uso de ocitócito, <b>não</b> foi realizado episiotomia ou enema ou manobra de Kristeller, foi permitido a presença de um acompanhante/doula, o ambiente foi favorável (pouco ruído, pouca luz, empatia dos profissionais) ou houve motivos justificados para não seguir esses procedimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Não foram observados nascimentos. Justificar o motivo:  _____  _____</p> <p><i>[Nota: para que o item seja cumprido, é necessário que seja positivo em pelo menos 50% das observações.]</i></p>	<p>_____%   <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>	ID11A
CAM 9	<p>Nas observações dos nascimentos cesáreos, em ___ dos ___ observados, houve o cumprimento de pelo menos 3 das seguintes práticas: foi explicado o motivo da cesárea, foi permitida presença de um acompanhante, houve a diminuição da luz quando o bebê nasceu, o ambiente foi favorável (pouco ruído, empatia dos profissionais) ou houve motivos justificados para não seguir esses procedimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Não foram observados nascimentos. Justificar o motivo:  _____  _____  _____</p>	<p>_____%  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>	ID11B

	<i>[Nota: para que o item seja cumprido, é necessário que seja positivo em pelo menos 50% das observações.]</i>		
<b>Entrevista com mães</b> escolhidas aleatoriamente			
CAM 10	As mães assinaladas abaixo relataram que foi permitido por este hospital, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto: <i>[S = sim, N = não, 0 = não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ %	IIB 20
CAM 11	As mães assinaladas abaixo relataram que na sala de pre- parto enquanto esperavam (durante o trabalho de parto),foi permitido caminhar, comer e/ou tomar alguma coisa e foi oferecida alguma forma (não medicamentosa) de controlar a dor, como massagem, chuveiro, banheira, bola, outra... a mãe afirma que <b>pelo menos uma das 3</b> condições mencionadas acima foi cumprida <i>[S = sim, N = não, 0 = não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ %	IIB 21
CAM 12	As mães assinaladas abaixo relataram que foi permitido: <i>Escolher a posição para o parto e quando necessária a episiotomia, e uso de ocitocina, explicaram e lhe informaram o motivo</i> <i>[S = sim, N = não, 0 = não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ %	IIB 22
CAM 13	As mães assinaladas abaixo relataram que na sala de parto, houve apenas ruídos e conversas necessárias, diminuição da luz quando o bebê nasceu, os profissionais que estavam na sala foram atenciosos, com atitudes positivas quanto a mãe e seu bebe, teve um acompanhante de sua escolha e/ou doula comunitária/voluntária, e quando necessitou anestesia lhe explicaram como/porque? a mãe afirma que pelo menos UMA das 5 condições mencionadas acima foi positiva : <i>[S = sim, N = não, 0 = não respondeu]</i> <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11..5.. <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	Total: ___ de ___: ___ %	IIB 23

	<input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
<p><b>Pontuação: Para que o cuidado amigo da mulher seja plenamente implementado, a pontuação abaixo é a mínima exigida:</b></p> <p><input type="checkbox"/> CAM 1: Sim para 2 dos 6 tópicos</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 2 a 4: 30% em todos os itens</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 5 a 6: 30% em todos os itens ou <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 7 : Sim</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 8 : Sim</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 9 : Sim</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 10 :30%</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 11 : 30%</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 12 : 30%</p> <p><input type="checkbox"/> CAM 13 : 30%</p>			
<p><b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC para o Cuidado Amigo da Mulher</b></p>			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>Conquistas:</b></p>			
<p><b>Melhorias necessárias:</b></p>			
<p><b>Melhorias recomendadas:</b></p>			

### Permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém nascido(PRN)

Nome do avaliador:	
Razão Social do Hospital	Nome de Fantasia
Município	Estado:
Data: ____/____/____	

[Remeter a IC, IIA e IIE para consulta dos dados.]

<b>Análise das políticas quanto à Permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém nascido (PRN)</b>		<b>Resultados</b>	<b>Ref.</b>
<i>PRN 1</i>	<p>As políticas escritas do hospital incluem os conteúdos e práticas exigidas quanto á permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido:</p> <p><input type="checkbox"/> Garantindo participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave</p> <p><input type="checkbox"/> garantindo permanência da mãe e do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave</p> <p><input type="checkbox"/> Garantindo livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN</p> <p>Nota: considerar adequado se as 3 respostas forem <u>Sim</u>.</p> <p><b>Todos os tópicos são cumpridos adequadamente</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	IC5a
PRN 2	A política IHAC do hospital, inclui os conteúdos e práticas exigidas na permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém nascido:	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	IA24
<b>Entrevista com integrantes do corpo clínico</b>			



PRN 3	Os entrevistados assinalados abaixo foram capazes de descrever pelo menos dois itens sobre os benefícios da permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave?  <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ % <input type="checkbox"/> Não se aplica	IIA 17.a
PRN4	Os entrevistados assinalados abaixo foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância de garantir o acesso mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave?  <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ % <input type="checkbox"/> Não se aplica	IIA 17.b
PRN 5	Os entrevistados assinalados abaixo foram capazes de descrever pelo menos um item sobre a importância da participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave?  <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ % <input type="checkbox"/> Não se aplica	IIA 17.c
<b>Entrevistas com gestantes escolhidas aleatoriamente</b>			
PRN 6	As gestantes assinaladas abaixo descreveram que foram informadas que nesta maternidade lhes é assegurado o direito de permanência e acesso 24 horas por dia para todos os bebês.  <input type="checkbox"/> 1.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11.... <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21.... <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	Total: ___ de ___: ___ % <input type="checkbox"/> Não se aplica	IID10
<b>Entrevista com o Diretor do Hospital</b>			
PRN 7	Neste hospital a política da IHAC inclui os conteúdos e práticas exigidos quanto a permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao RN grave ou potencialmente grave.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem UTIN/UCIN	IA 24
<b>Observações</b>			

PRN 8	<p>Nas observações de Recém nascidos em * UTIN/UCIN, em _____ de _____ bebês, observou-se a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN, bem como a permanência da mãe ou do pai e o livre acesso de ambos em quaisquer circunstâncias.</p> <p>Não foram observados RNS – Justificar</p> <p><i>Nota: * Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) compreendem: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa). circunstâncias.</i></p>	<p>Total: ___ de ___: ___ %</p> <p><input type="checkbox"/> Não foram observados recém nascidos na UTI</p>	ID 12
-------	---	--	-------

<p><b>Pontuação: Para que a permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao RN grave ou potencialmente grave seja plenamente implementada, a pontuação abaixo é a mínima exigida:</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRN 1 Sim para todos os tópicos</p> <p><input type="checkbox"/> PRN 2 Sim para todos os tópicos</p> <p><input type="checkbox"/> PRN 3-5 30% em todos os itens ou <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> PRN 6 - 30% ou <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> PRN 7 Sim ou <input type="checkbox"/> Não tem UTIN/UCIN</p> <p><input type="checkbox"/> PRN 8 30% ou <input type="checkbox"/> Não foram observados recém nascidos na UTIN/UCIN</p>	
<p><b>Este Passo não é aplicável, porque o hospital não tem UTIN/UCIN</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>
<p><b>Resumo: A unidade está em plena conformidade com os critérios da IHAC quanto à Permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém nascido?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>Conquistas:</b></p>	
<p><b>Melhorias necessárias:</b></p>	
<p><b>Melhorias recomendadas:</b></p>	