



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

MÓDULO 4

Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC

4.2 - INSTRUMENTOS PARA MONITORAMENTO ANUAL DE HOSPITAIS
AMIGOS DA CRIANÇA

PARTE I: Entrevista com Funcionários-chave, Dados do Hospital, Análise e Observações

PARTE II: Entrevistas com Equipe, Mães e Gestantes

PARTE III: Formulários de Resumo



Brasília/DF

2014

**- MÓDULO 5.3 –
Instrumentos para Reavaliação Trienal de Hospitais Amigos da Criança**

PARTE I:	Entrevista com Funcionários-chave, Dados do Hospital, Análise e Observações.	Página
I.A.	Entrevistas com Diretor/Responsável por Serviços de Maternidade e Outros Profissionais-chave	02
I.B	Dados do Hospital	09
I.C	Análise dos Materiais Impressos	11
Lista de Conferência da Política do Hospital com relação a IHAC		16
I.D	Observações	19
PARTE II:	Entrevistas com Equipe, Mães e Gestantes	
II.A	Entrevista com Integrantes do Corpo Clínico-Versão- para um entrevistado	25
II.B	Entrevista com Mães	33
II.C	Entrevista com Mãe de Bebê em Unidade de Cuidados Especiais	41
II.D.	Entrevista com Gestantes	43
PARTE III	Formulários de Resumo	
Passo 1		47
Passo 2		51
Passo 3		55
Passo 4		58
Passo 5		62
Passo 6		66
Passo 7		69
Passo 8		71
Passo 9		73
Passo 10		75
Conformidade com o Código Internacional – Lei 11265/2006- NBCAL		77
Cuidado Amigo da Mulher – CAM		80
Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido – PRN		85

Nome do avaliador: _____

Razão Social do Hospital: _____

Data: ____/____/____

I.A Entrevista com Diretor/Responsável pelos Serviços de Maternidade e outros Profissionais-chave

Instruções: Esta entrevista deve ser feita preferencialmente com o diretor ou responsável pelos serviços de maternidade, ou, alternativamente, com o responsável por garantir que políticas e procedimentos de aleitamento materno ou de alimentação de lactentes sejam implementados. Algumas perguntas podem precisar ser respondidas por outros funcionários-chave responsáveis pela maternidade, pelo pré-natal (gestantes em atendimento ambulatorial ou internadas). O questionário pode ser preenchido entrevistando cada um desses funcionários separadamente ou em grupo.

O objetivo dessa entrevista é obter uma declaração oficial do hospital, além de conscientizar seus administradores de que o processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) envolve sua participação e é facilitado pelo seu apoio.

Introdução: Descrever o objetivo da avaliação da IHAC e das etapas deste processo

Nome do diretor/responsável pela maternidade: _____

Cargo: _____

Nomes e cargos de outros funcionários de alta posição hierárquica entrevistados: _____

Políticas (Normas e Rotinas) e Capacitações da IHAC (Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (PRN))		Resposta	Ref.
01.	<p>Qual é a permanência média no hospital das parturientes que tiveram parto vaginal? E das que foram submetidas à cesariana?</p> <p><i>[Obter as taxas de tipo de parto e outras informações solicitadas ao diretor dos serviços de maternidade no formulário I.B. Dados do Hospital, caso ainda não os conheça, ou verificar brevemente a informação, caso já a conheça.]</i></p>	<p>Vaginal: ____ horas ou ____ dias</p> <p>Cesariana: ____ dias</p>	
02.	<p>Os itens a seguir estão à disposição da equipe de avaliação?</p> <p><i>[Caso os itens exigidos não estejam completos antes da avaliação, pergunte como obtê-los - durante o processo.]</i></p> <p>Exigidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Políticas (Normas e Rotinas) da IHAC - (Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 	<p><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p>	

	<p>(NBCAL), <i>Cuidado Amigo da Mulher(CAM)</i> e <i>Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Conteúdos das capacitações e/ou estrutura dos cursos relacionados à Política da IHAC; <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N •Resumo das informações mínimas fornecidas durante o pré-natal (por meio de cursos e de discussões individuais e em grupo) sobre a Política da IHAC; <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N •Lista dos integrantes do corpo clínico que prestam cuidados a gestantes, mães e bebês, com informações sobre o número de horas de capacitação que receberam sobre a Política da IHAC; <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N •No caso de funcionários que foram contratados há menos de seis meses e ainda não receberam capacitação, registros de informações ou orientações que possam ter recebido sobre Política da IHAC <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N •Comprovantes de compra de fórmulas infantis, mamadeiras, bicos, fórmulas para prematuros/Baixo Peso ao Nascer (BPN), outros suprimentos cobertos pela NBCAL e aditivos do leite materno para comprovar a ausência de suprimentos gratuitos ou de baixo custo (abaixo de 80% do preço de varejo). <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <p>Se disponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos para profissionais/setores da maternidade sobre a política da IHAC <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N •Quaisquer políticas relacionadas ao parto e trabalho de parto (“Cuidado Amigo da Mulher”) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N •Folhetos/impessos oferecidos para gestantes e puérperas, incluindo informações sobre apoio à amamentação e alimentação de lactentes fornecidas na alta. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N •Quaisquer procedimentos ou padrões relacionados à amamentação e à alimentação de lactentes adotados pelos serviços de maternidade <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N 		
03.	<p>Que tipos de funcionários prestam cuidados de saúde para gestantes, mães e/ou lactentes?</p> <hr/> <p><i>[Listar categorias. Se necessário, relacionar os vários tipos de médicos, enfermeiras, parteiras, nutricionistas, residentes etc.]</i></p> <p>Que funcionários do corpo clínico são encarregados de ensinar o manejo/ técnicas da amamentação às mães?</p> <hr/> <p>Que tipos de funcionários da equipe não clínica têm contato com as mães e os bebês?</p>		

	<p>[Nota: As respostas a essas perguntas devem fornecer ao avaliador os tipos de funcionários que serão entrevistados durante a avaliação. Consultar o Guia do Avaliador - Módulo 5]</p>		
04.	<p>Todos estes funcionários recebem orientação sobre a Política IHAC? [Em caso negativo, listar os tipos de funcionários que precisam de orientação:]</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.1
05.	<p>Você pode descrever quando e como as orientações sobre a política são fornecidas? [Sondar se as orientações são oferecidas quando os novos funcionários começam a trabalhar e seu conteúdo.]</p> <hr/> <p>[Pontos chave: As orientações devem ser fornecidas quando os novos funcionários começam a trabalhar ou em cursos de educação permanente sobre Política da IHAC (curso no mínimo de 20 horas com 3 horas de prática clínica). Elas devem incluir a apresentação da política com comparecimento obrigatório, ou discutida com um supervisor (para os funcionários novos enquanto aguardam pelo curso de 20 horas- . afixar a política em local visível <u>não</u> basta como orientação.)]</p> <p>A orientação sobre a política fornecida aos funcionários é suficiente (abrange os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, 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.</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.2
06	<p>Quais dos funcionários que você mencionou acima recebem capacitação sobre as Políticas da IHAC (Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, 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.</p> <hr/> <p>Quem seria a melhor pessoa para discutir detalhes dessa capacitação? [Comparar os tipos de funcionários que recebem capacitação com aqueles listados na resposta da pergunta 3]</p> <hr/> <p>Resumir: Todos os funcionários que prestam cuidados a gestantes, mães e/ou lactentes recebem capacitação sobre Políticas (Normas e Rotinas) da IHAC (Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

	<p>do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido. [Comparar com as análises em I.C. 8-11] [Em caso negativo, listar tipos de funcionários que precisam de capacitação:]</p> <hr/>		
07.	Não se aplica (relacionados a mãe que não amamenta – Não aplicável para o Brasil)		
08.	As mulheres que nunca amamentaram ou que já tiveram problemas para amamentar recebem apoio ou atenção especial da Equipe, tanto durante o pré natal , quanto no pós parto?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	5.1
09.	<p>Que informações são fornecidas às mães sobre onde elas podem conseguir apoio se precisarem de ajuda para manter a amamentação após a alta? [Não ler as opções abaixo, mas assinalar se alguma for mencionada.]</p> <input type="checkbox"/> na maternidade (no hospital que está sendo avaliado) <input type="checkbox"/> serviços comunitários de saúde /unidade de saúde mais próxima <input type="checkbox"/> outros grupos ou outros serviços de apoio à amamentação <input type="checkbox"/> outros [descrever:] <hr/> <p>Mencionou ao menos uma fonte de informação ?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10.1
10.	<p>O hospital estimula a formação e colaboração com grupos de apoio/comunitários ou outros serviços de saúde que oferecem apoio a mães quanto à amamentação/alimentação de lactentes? Como isso é feito?</p> <hr/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10.2
11.	<p>A equipe encoraja a consulta de mães e bebês pouco depois da alta, no próprio hospital, ou em grupos de apoio/comunitários ou outros serviços de saúde com profissionais ou pessoas qualificados capazes de avaliar as práticas alimentares e oferecer apoio, se necessário? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>[Em caso afirmativo]: Quem são os funcionários - recomendados para esse apoio?_____</p> <p>Qual é o tempo recomendado para o início desse apoio?_____</p> <p>[Pontos chave: Deve mencionar que as mães são encorajadas a procurar um médico ou pessoa capaz de orientá-las quanto a práticas de amamentação após a alta. O ideal é que a primeira consulta seja feita dentro da primeira semana após a alta ou quando houver dificuldades na amamentação]</p> <p>A resposta é adequada?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10.3
Conformidade com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL)			

12.	<p>Os funcionários de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas mantêm contato direto ou indireto com: Gestantes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Mães? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <i>[Caso haja resposta afirmativa para alguma das alternativas:]</i> <i>Favor descrever:</i></p> <hr/> <p>Há conformidade com o Código/Lei 11265/06 (NBCAL)?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CODIGO 1
13.	<p>Qual é o procedimento do hospital quanto à compra de substitutos do leite materno, bicos, chupetas e mamadeiras, e outros suprimentos contidos na NBCAL – Lei 11265/2006?</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os suprimentos acima mencionados quando adquiridos são comprados ao preço de atacado ou ao menos 80% do preço de varejo <input type="checkbox"/> Alguns dos suprimentos mencionados acima são adquiridos por outros meios <i>[Favor descrever:]</i></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> O hospital não compra substitutos do leite materno ou outros suprimentos. Nesse caso, entrevistar responsável pela distribuição de formulas infantis aos bebês das Unidades de Cuidados Neonatais, solicitar a planilha de controle das dietas prescritas de fórmulas infantis dos últimos dois meses.</p> <p>Há Conformidade com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL)? Independente da resposta agendar entrevista com responsável pela distribuição de fórmulas infantis para preenchimento do questionário próprio</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CODIGO 2A
14.	<p>O hospital recebe apoio de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas? (Isso pode incluir, por exemplo, presentes, alimentos, impressos, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para capacitações práticas no local do trabalho ou eventos). <i>[Em caso afirmativo:] Favor descrever:</i></p> <hr/> <p><i>[Pontos chave: Se for necessário confirmar a conformidade com o Código/Lei 11265/06 o avaliador deve pedir permissão para inspecionar itens cuja conformidade for questionável.]</i></p> <p>Há conformidade com Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL)?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CODIGO 2

15.	<p>Gestantes, mães ou suas famílias recebem materiais promocionais, amostras ou presentes da unidade, incluindo:</p> <p>Substitutos de leite materno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Mamadeiras/bicos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Chupetas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Equipamentos para preparar alimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cupons com desconto para a compra de fórmulas infantis, equipamentos ou suprimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você pode me mostrar algum produto promocional ou amostra grátis que as mães recebem? <i>[Isso pode ser feito ao final da entrevista, se for mais conveniente.]</i></p> <p>Há conformidade com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL)?</p>	CODIGO 3	
<p>Pré-natal [Nota: Pode ser necessário entrevistar um funcionário responsável por esse serviço para obter as informações.]</p>			
16.	<p>Este Hospital dá assistência à gestantes: <input type="checkbox"/> em ambulatório <input type="checkbox"/> internadas</p> <p>Na sua estimativa, qual o percentual aproximado de gestantes recebem informações sobre amamentação? ____ %</p> <p>Pelo menos 80 % das gestantes recebem informações sobre amamentação?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	3.1
17.	<p>Existem documentos escritos com os padrões mínimos de informações sobre <i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Código Internacional 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 a serem fornecidos a todas as gestantes?</i></p> <p><i>[Em caso afirmativo, adquira uma cópia se ela já não lhe tiver sido entregue.]</i></p>		
18.	<p>As gestantes recebem algum tipo de material impresso com informações sobre como alimentar seus bebês, Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher, e <i>Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido</i> <i>[Em caso afirmativo, adquira uma cópia se ainda não a tiver.]</i></p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	3.2
<p>Políticas e Procedimentos relacionados ao HIV e Alimentação Infantil – Não aplicável para o Brasil (19 a 22)</p>			
19	Não se aplica		
20	Não se aplica		
21	Não se aplica		
22	Não se aplica		
<p>Cuidado Amigo da Mulher (CAM)</p>			

23	<p>As práticas de trabalho de parto e parto que aumentam a probabilidade de um bom começo da amamentação são aplicadas neste hospital e estão de acordo com os itens a seguir:</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, informações essas oferecidas 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>Pelo menos 3 das 6 primeiras práticas são aplicadas e estão em conformidade com o Cuidado Amigo da Mulher?</p>	Adequado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CAM 7 17
Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN)			
24	<p>A política IHAC do hospital, inclui os conteúdos e práticas exigidos quanto a permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir a permanência da mãe ou pai junto ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir o livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN.</p> <p><i>Nota: considerar adequado se as 3 respostas forem <u>Sim</u>.</i></p> <p>Há o cumprimento da permanência da mãe ou do pai e acesso livre a ambos junto ao recém, conforme itens acima?</p> <p>Todos os tópicos são cumpridos, neste hospital?</p>	Adequado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	1.8 PRN 2 PRN 7

I.B Dados do Hospital

Número de leitos reservados na maternidade para o pós-parto: _____

Número médio de mães com bebês nascidos a termo em ala(s) de pós-parto: _____

O hospital possui instalação/ões para lactentes que necessitem de cuidados especiais (BPN, prematuros etc.)? Sim Não

[Em caso afirmativo:] Nome da instalação _____

Censo médio diário _____

Nome do diretor/responsável pela instalação _____

Nome da instalação _____

Censo médio diário _____

Nome do diretor/responsável pela instalação _____

Existem áreas na maternidade designadas como berçários? Sim Não

[Em caso afirmativo:] Censo médio diário em cada uma dessas áreas _____

Nome do/s diretor/es responsável/eis por essas áreas

O hospital possui pré-natal anexo às suas instalações principais? Sim Não

[Em caso afirmativo:] Descreva como e quando elas funcionam:

Qual o percentual de parturientes que frequentaram o pré-natal do hospital? ___%

Há leitos reservados (enfermaria) para casos de gravidez de alto risco? Sim Não [Em caso afirmativo:] Quantos? _____

Qual o percentual de mulheres que procuram a maternidade sem terem tido acesso a cuidados pré-natais? ___% Não sei

Os profissionais/pessoal abaixo têm responsabilidade direta por assistir mulheres que amamentam (AM):

PROFISSIONAL/PESSOAL	AM	PROFISSIONAL/PESSOAL	AM
Enfermeiras	<input type="checkbox"/>	Pediatras	<input type="checkbox"/>
Parteiras	<input type="checkbox"/>	Obstetras	<input type="checkbox"/>
Enfermeiras de UTIN/cuidados especiais	<input type="checkbox"/>	Residentes / aprimorandos/estagiários da maternidade	<input type="checkbox"/>
Consultores de lactação	<input type="checkbox"/>	Doulas comunitárias/voluntárias	<input type="checkbox"/>
Nutricionistas	<input type="checkbox"/>	Técnicos de enfermagem	<input type="checkbox"/>
Clínicos gerais	<input type="checkbox"/>	Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>

[Usar informações para preencher I.C:11]

Existe um Comitê da Amamentação no Hospital?

Sim Não

[Em caso afirmativo:] Favor detalhar:

Existe Método Canguru no Hospital?

Sim Não

[Em caso afirmativo:] Favor informar a fase:

Existe Banco de Leite Humano?

Sim Não

[Em caso afirmativo:] Em que fase está: implantação implementação

Dados recentes: (Último ano-calendário _____)

Total de partos no último ano: (nascidos vivos + natimorto) _____ dos quais :

_____ % foram Partos Normais

_____ % foram Partos Cesarianos

Total de nascimentos (Nascidos Vivos) no último ano: _____ dos quais:

_____ % foram cesarianas sem anestesia geral –OBS:[Se o hospital possuir esses dados detalhados, lançar no sistema]

_____ % foram cesarianas com anestesia geral – OBS:[Se o hospital possuir esses dados detalhados, lançar no sistema]

_____ % dos lactentes foram admitidos em UTIN

_____ % dos lactentes foram admitidos em UCIN

_____ % dos lactentes foram admitidos em UCINCo

_____ % dos lactentes foram admitidos em UCINCa

Nota: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) compreendem: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa).

Número de bebês nascidos a termo que tiveram alta do hospital no ano passado: _____ Dos quais:

_____ % foram amamentados exclusivamente (ou alimentados com leite materno extraído) do nascimento à alta;

_____ % receberam pelo menos uma vez alimento que não o leite materno (fórmula infantil, água ou outros fluidos) no hospital por razões médicas aceitáveis para substituição do leite materno (OMS), documentados;

_____ % receberam pelo menos uma vez alimento que não o leite materno sem razões médicas aceitáveis, para substituição do leite materno (OMS), documentados.

[Nota: a soma dos percentuais deve ser igual a 100%.]

Análise da tabela de dados do hospital-Amamentação exclusiva		Resposta	Ref
01.	Os dados acima 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 recebidos alimentos que não o leite materno isso se deu em virtude de razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do leite materno.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	6.1

Favor descrever as fontes dos dados: _____

Nome do avaliador: _____

Razão Social do Hospital

Data: ____/____/____

I.C Análise dos Materiais Impressos: Análise das Políticas, dos Materiais e das Informações Escritas

Análise das Políticas (Normas e Rotinas), da IHAC		Resposta	Ref.
Análise das Políticas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno			
01.	O hospital possui uma política que inclui Os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, e ela consta em anexo:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	1.1
02.	<p>A política contempla adequadamente os seguintes passos:</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 <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><i>[Nota: Usar a Lista de Conferência da Política, constante do final desta sessão, para realizar a análise.]</i></p>		
	A política contempla adequadamente todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	1.2
Análise das Políticas da Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL)			
03.	<p>A política contempla o <i>Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno</i> e subsequentes resoluções da Assembleia Mundial de Saúde (AMS) ao proibir:</p> <p><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;</p> <p><input type="checkbox"/> contato direto ou indireto entre funcionários desses fabricantes ou distribuidores com gestantes ou mães nas dependências da unidade</p> <p><input type="checkbox"/> a distribuição de amostras ou brindes com substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas ou de materiais promocionais desses produtos para gestantes ou mães, ou membros de suas famílias;</p> <p><input type="checkbox"/> a aceitação por parte do hospital de apoio de fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos ou chupetas incluindo alimentos, impressos, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para capacitações ou eventos desses fabricantes ou distribuidores;</p> <p><input type="checkbox"/> demonstração do preparo de fórmulas infantis para qualquer pessoa que não precise delas e</p> <p><input type="checkbox"/> a aceitação de suprimentos ou substitutos do leite materno gratuitos ou comprados abaixo do preço de atacado ou ao menos 80% do preço de varejo.</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	1.3

	A política contempla pelo menos 4 dos 6 itens acima, sendo que os itens 1 e 3 são indispensáveis?		
04.	<i>Não se aplica</i> - Análise das Políticas relacionados ao HIV e Alimentação Infantil – Não aplicável ao Brasil		NA
Análise das Políticas do Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido.(PRN)			
05	<p>A Política contempla as práticas de trabalho de parto e parto, que são aplicadas neste hospital e estão de acordo com os itens a seguir:</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, informações essas orientadas 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>Pelo menos 2 dos 6 primeiros tópicos são aplicados e estão em conformidade com o Cuidado Amigo da Mulher?</p>	Adequado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CAM 1
5a	<p>As políticas escritas do hospital incluem os conteúdos e práticas exigidas para a permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido:</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir a permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave e</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir o livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias,</p>		

	independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN. <i>Nota: considerar adequado se as 3 respostas forem Sim.</i>	Adequado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	PRN 1
Análise dos materiais que documentam o Código Internacional (lei 11265/2006 e NBCAL) o cumprimento com o do Cuidado Amigo da Mulher (CAM) e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido. (PRN)			
06	<p>Referente ao Código Internacional (Lei 11265/2006 e NBCAL): A unidade ofereceu provas da compra dos seguintes itens:</p> <p>Fórmulas infantis <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não são usadas Mamadeiras <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não são usadas Bicos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não são usadas Fórmulas para prematuros/BPN <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não são usadas Água esterilizada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não são usados (em garrafas oferecidas pelas fabricantes de fórmulas) Aditivos do leite materno <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não são usados Outros substitutos (relacionar) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não são usados</p> <p>Registros e recibos indicam que os substitutos do leite materno, inclusive fórmulas especiais ou outros suprimentos alimentares, são comprados pela unidade de saúde ao menos pelo preço de atacado ou ao menos 80% do preço de varejo:</p> <p>Fontes e datas dos registros e recibos analisados: _____ _____ _____ _____</p> <p><i>[Cruzar as informações acima com as fornecidas na entrevista IA, pergunta 13.]</i></p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	C O D I G O 4
Análise de informações escritas sobre as Capacitações			
Capacitações em Promoção e apoio à Amamentação			
07	Existem documentos escritos com o conteúdo ou a estrutura de cursos de capacitação?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.3
08	<p>Entre os cursos usados estão: [Assinalar todas as alternativas aplicáveis]</p> <p><input type="checkbox"/> MÓDULO 3 - UNICEF/OMS (curso de no mínimo 20 horas), acrescido de <i>Cuidado Amigo da Mulher e permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido</i></p> <p><input type="checkbox"/> OMS/UNICEF – Aconselhamento em Amamentação: curso de capacitação (curso de 40 horas).</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (favor listar): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não há informações disponíveis sobre materiais de treinamento.</p>		
09	NÃO SE APLICA		NA

10.	<p>Analisar o conteúdo programático das capacitações, a estrutura dos cursos e as folhas de presença. [Nota: Contatar o integrante da equipe responsável pelas capacitações]</p> <p>Consultar I.A3Dados do Hospital para obter informações sobre os tipos de pessoal do corpo clínico que cuidam de mães e lactentes Consultar I.A6 para maiores informações sobre a capacitação da equipe</p> <p>Resumir: as informações indicam que o corpo clínico recebeu pelo menos 20 horas de capacitação.</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.4
11.	<p>Resumir: as informações também indicam que o corpo clínico teve pelo menos 3 horas de prática clínica supervisionada como parte da capacitação:</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.5
11 a	<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 <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"/> Conformidade com o Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno Lei nº 11265/2006 (NBCAL), <input type="checkbox"/> Cuidado Amigo da Mulher, <input type="checkbox"/> Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido</p> <p>Resumir: Todos os Dez Passos, conformidade com o Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno, Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher, Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido são contemplados adequadamente na Capacitação?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.6
11 b .	<p>Que tipos de profissionais da equipe não clínica têm contato com mães e bebês?</p> <hr/> <p>É realizada sensibilização de no mínimo 1 hora para esses profissionais? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>A sensibilização abrange: O que é a IHAC; por que a amamentação é importante; práticas nesse hospital que ajudam a apoiar a amamentação; Cuidado Amigo da Mulher, Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido e conhecimento das políticas da IHAC? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> _</p> <p><i>[Nota: Contatar o profissional responsável pela sensibilização Consultar também I.A3 e I.A7]</i></p> <p>Resumir: A sensibilização da equipe não clínica em amamentação é adequada: <i>[Deve ser adequado aos seus papéis, de modo a oferecer conhecimentos e domínio de práticas necessárias a apoiar as mães a amamentarem seus bebês com sucesso]</i></p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.7
Relacionado à Mãe que não Amamenta (opcional) – Não aplicável ao Brasil (14 a 16)			
12	Não se aplica		2.8
13	Não se aplica		2.9

14	<i>Não se aplica</i>		2.10
Análise de informações escritas sobre as capacitações relacionados ao HIV e Alimentação Infantil – Não aplicável ao Brasil (15 a 18)			
15	<i>Não se aplica</i>		
16	<i>Não se aplica</i>		
17	<i>Não se aplica</i>		
18	<i>Não se aplica</i>		
Análise das informações escritas sobre Cuidado Amigo da Mulher(CAM) contidas na capacitação dos profissionais			
19	Os documentos escritos têm os padrões mínimos de informações sobre o Cuidado Amigo da Mulher, e, abordam adequadamente: <input type="checkbox"/> A importância de ter um acompanhante de livre escolha que ofereça apoio emocional e físico à mulher <input type="checkbox"/> A importância da presença de doula comunitária/voluntária, durante o trabalho de parto, parto e puerpério; <input type="checkbox"/> A importância de ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/> A importância de garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; <input type="checkbox"/> A importância de andar e se movimentar durante o trabalho de parto e de assumir a posição de sua escolha durante o parto <input type="checkbox"/> A importância de disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor de evitar assumir a posição litotômica (deitada de costas com as pernas levantadas) durante o parto <input type="checkbox"/> A importância de assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos		
Resumir: existem documentos escritos /impressos com o conteúdo ou a estrutura de capacitação sobre Cuidado Amigo da Mulher?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2.4
Análise das informações escritas sobre a Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido(PRN), contidas na capacitação dos profissionais			
20 a	<input type="checkbox"/> Garantir a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	
20 b	<input type="checkbox"/> Garantir a permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	
20 c	<input type="checkbox"/> Garantir o livre acesso à mãe e ao pai em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	
20 R	Existem documentos escritos /impressos com o conteúdo ou a estrutura de capacitação sobre a permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido contido na capacitação dos profissionais	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	3.2 2.6
<i>Nota: considerar adequado se as 3 respostas forem <u>Sim</u></i>			

Lista de Conferência da Política do Hospital com relação a IHAC

[Usada para avaliar critérios 1.2-1.3]

[Nota: A Política não precisa contemplar especificamente todos os tópicos para ser considerada adequada. Não obstante, esta lista de conferência ajuda o avaliador a determinar se tópicos essenciais deixaram de ser abordados.]

A política deve abordar claramente os tópicos abaixo:		
Passo 01	A política é rotineiramente transmitida a todos os integrantes da equipe.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Um resumo da política que aborda os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido é afixado em todas as áreas apropriadas numa linguagem que possa ser facilmente entendida por todas as mães e integrantes da equipe.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 02	A capacitação de toda a equipe (de acordo com seus cargos) inclui: Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno- Lei 11265/2006 (NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (no mínimo 20 horas ou que aborde todos os tópicos essenciais, incluídas 3 horas de prática clínica);	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Novos funcionários contratados há mais de 6 meses são capacitados.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Novos funcionários contratados há menos de 6 meses são orientados nas Políticas da IHAC .	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 03	Todas as gestantes são informadas sobre: Tópicos básicos referentes aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006(NBCAL), Cuidado Amigo da Mulher e cumprimento à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido práticas relacionadas;	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Sobre riscos da oferta de complementos alimentares ao bebê , especialmente, nos 6 primeiros meses de vida.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
Passo 04	Conforme a nova interpretação - portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014 - 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 sinais de que o bebê está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Passo 05	Todas as mães aprendem a extrair o leite com as mãos (ou recebem um folheto e indicações de locais onde buscar orientações sobre extração do leite de peito).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Todas as mães que amamentam aprendem o posicionamento e a “pega” correta para a amamentação de seus bebês.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	As mães de bebês em unidades de cuidados especiais, nas primeiras 24 horas ou tão logo estejam em condições, recebem ajuda para iniciar a lactação(ordenha) e manter o fluxo de descida do leite materno.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Aprendem a extrair o leite materno com as mãos de 6 a 8 vezes nas 24 horas para manter a lactação. Recebem explicações de que esse leite extraído será oferecido ao seu bebê, assim que ele tiver condições, e incentivada a amamentar ao peito assim que o bebê estiver pronto para sugar.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 06	Os complementos ou alimentos substitutos do leite materno são oferecidos aos bebês apenas se houver Razões Médicas Aceitáveis (OMS).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	As razões para a oferta de complementos são justificáveis e documentados conforme “Razões Médicas Aceitáveis” (OMS).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 07	Todas as mães e bebês ficam em alojamento conjunto, durante as 24 horas.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	As separações ocorrem apenas em virtude de razões justificáveis com documentação por escrito.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 08	As mães aprendem a reconhecer os sinais de prontidão para mamar.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Não são determinadas restrições para a frequência ou a duração da amamentação. A amamentação será feita em livre demanda	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 09	Os bebês não são alimentados com o uso de bicos ou mamadeiras.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	As mães são informadas sobre os riscos do uso de mamadeiras.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Não são oferecidas chupetas aos bebês.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Passo 10	São oferecidas informações sobre como buscar ajuda em grupos de apoio à amamentação/alimentação de lactentes após a alta do hospital, podendo ser esta, no próprio Hospital, em Equipes de Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde, Bancos de Leite Humano, e em outros grupos de apoio ou serviços.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	O hospital trabalha para fomentar a criação ou coordenar grupos de apoio a mães e/ou outros serviços comunitários que ofereçam apoio à alimentação de lactentes.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

	As mães recebem informações sobre como buscar ajuda quanto à amamentação de seus bebês após a alta (preferivelmente durante a primeira semana ou quando apresentar dificuldades de amamentação).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno - Lei 11265/2006 (NBCAL)	<p>A política proíbe a promoção de substitutos do leite materno.</p> <p>A política proíbe a promoção de mamadeiras, bicos e chupetas.</p> <p>A política proíbe a aceitação de presentes, impressos, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para eventos ou cursos, oferecidos por fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, bicos e chupetas.</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Cuidado Amigo da Mulher - CAM	<p>As políticas relativas às práticas do Cuidado Amigo da Mulher incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • Ofertar líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto; • 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; • Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; • 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. • 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; • 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 	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (PRN)	<p>As políticas escritas do hospital referentes aos conteúdos e práticas exigidas quanto à permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido incluem :</p> <p><input type="checkbox"/> autorizar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> autorizar a permanência da mãe ou do 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>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA

Nome do avaliador: _____

Razão Social do Hospital : _____

Data: _____/_____/_____

I.D Observações

(Sobre maternidade, cuidados pré-natais, trabalho de parto/parto)

Observações	Ref.																																				
<p>01 Um resumo da Política da IHAC :<i>Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, conformidade com Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno – NBCAL- Lei 11265/2006), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre 24 horas por dia, de ambos, junto ao</i></p> <table border="1" data-bbox="327 745 1273 1238"> <thead> <tr> <th>Áreas/unidades</th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>Setor não existente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermaria com gestantes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Área de trabalho de parto e parto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ala de pós-parto imediato</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alojamento Conjunto(ALCON) /quartos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ambulatório de pré-natal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Áreas de observação de bebês/berçário,</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unidades de cuidados especiais (UTIN,UCIN, UCINCo, UCINCa e outras)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outras áreas: [relacionar:]</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>recém nascido(PRN), está exposto nas seguintes áreas:</i></p>	Áreas/unidades	Sim	Não	Setor não existente	Enfermaria com 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/berçário,				Unidades de cuidados especiais (UTIN,UCIN, UCINCo, UCINCa e outras)				Outras áreas: [relacionar:]				
Áreas/unidades	Sim	Não	Setor não existente																																		
Enfermaria com 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/berçário,																																					
Unidades de cuidados especiais (UTIN,UCIN, UCINCo, UCINCa e outras)																																					
Outras áreas: [relacionar:]																																					
<p>Resumir: Um resumo da política é afixado em todas (à exceção de no máximo uma) as áreas existentes descritas acima?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	1.5																																			
<p>2a O resumo da política foi redigido em linguagem entendida pelas <u>mães</u>?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																				
<p>2b O resumo da política foi redigido em linguagem entendida pela equipe?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																				
<p>2R Resumir: O resumo da política foi redigido em linguagem entendida tanto pelas mães quanto pela <u>equipe</u>?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	1.6																																			
<p>03 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</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	6.4																																			

	<p>Resumir: Em ___ dos ___ nascimentos vaginais e cesáreas observadas, os bebês foram entregues às suas mães até 5 minutos após o parto, mantidos em contato pele a pele por pelo menos 60 minutos. As mães foram orientadas a como reconhecer quando seus bebês querem mamar e lhes foi oferecida ajuda nesse sentido ou, caso contrário, houve Razões Médicas Aceitáveis (OMS) para não fazer esses procedimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Não foram observados nascimentos. [Justificar]: _____</p> <p>_____</p> <p><i>* [Nota: Algumas mães podem não desejar ser observadas; a sua decisão deve ser respeitada. As observações são importantes principalmente se as tabelas e as entrevistas com as mães não fornecerem indicações claras quanto se as determinações do Passo 4 estão sendo respeitadas. Importante observar as boas práticas de parto e nascimento.]</i></p>	<p>___ %</p> <p><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p>	<p>4.1</p>															
<p>0 7</p>	<p>Enquanto estiver na UTI Neonatal, observe se há bebês sendo alimentados com líquidos ou alimentos que não o leite materno, ou se há mamadeiras, bicos, chupetas ou suprimentos de substitutos do leite materno em poder de suas mães.</p> <table border="1" data-bbox="220 954 1161 1341"> <thead> <tr> <th>Casos observados</th> <th>Onde</th> <th>Razões Médicas Aceitáveis - OMS (descrever)*ou escolhas informadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>[* Se uma mãe estiver alimentando seu bebê com substitutos do leite materno ou outros líquidos ou alimentos, perguntar a funcionários e/ou à mãe se existe uma razão médica aceitável ou escolha informada para tanto ou observar no prontuário. Se a mãe já tiver sido entrevistada use as informações desta entrevista e do prontuário ao invés de fazer perguntas a ela novamente].</i></p>	Casos observados	Onde	Razões Médicas Aceitáveis - OMS (descrever)*ou escolhas informadas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Casos observados	Onde	Razões Médicas Aceitáveis - OMS (descrever)*ou escolhas informadas																
_____	_____	_____																
_____	_____	_____																
_____	_____	_____																
_____	_____	_____																
	<p>Número aproximado de bebês alimentados exclusivamente com leite materno ou que, caso não estejam, isso ocorra em virtude de razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas: _____</p> <p>Número aproximado de bebês observados em UTI neonatal: _____</p>																	
<p>0 7 R</p>	<p>Resumir: ___ dos ___ bebês observados foram alimentados exclusivamente com leite materno, ou houve razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas, para justificar que isso não ocorresse?</p>	<p>___%</p>	<p>6.5</p>															
<p>Observações</p>																		
<p>08</p>	<p>Enquanto estiver nas alas ou quartos de pós-parto/ALCON ou áreas de observação de bebês/berçário (caso existam), observe se há bebês sendo alimentados com líquidos ou alimentos que não o leite materno.</p>																	

Bebes usando mamadeiras e bicos	Onde	Os bebês estão (AM) ou não sendo amamentados (NAM)	As mães foram ou não informadas (I) dos riscos (NI)		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
<p>Número aproximado de bebês <u>amamentados sem</u> o uso de mamadeiras ou bicos ou, caso isso ocorra, suas mães foram informadas dos riscos:</p> <p>_____</p> <p>Número aproximado de bebês <u>amamentados</u> observados em alas, quartos ou áreas de observação de pós-parto: _____</p> <p>Resumir: ____ 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 do uso de mamadeiras.</p>				____ %	9.1
09	<p>Enquanto estiver nas <u>alas ou quartos de pós-parto/Alojamento Conjunto(ALCON) ou áreas de observação de bebês/berçário</u> observe:</p>				
	<p>Casos de bebês não alojados conjuntamente com suas mães</p>	<p>Razões e por quanto tempo</p>	<p>As razões são ou não justificáveis (<i>descrever</i>)</p>		
	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____		
<p><i>[Pontos chave: As razões justificáveis para que não ocorra ALCON podem incluir, por exemplo, mãe submetida à cesariana com anestesia geral que ainda não se recuperou a ponto de cuidar do bebê, mãe temporariamente ausente em virtude de outro procedimento ou mãe muito doente ou desorientada e incapaz de cuidar do bebê.]</i></p>					

	5	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
		<p>Resumir: Em ___ dos ___ partos cesáreas observados, os partos foram realizados de acordo com os procedimentos preconizados</p> <p><input type="checkbox"/> Não foram observados PC</p> <p>(Justificar) _____</p> <p><i>[Nota: Algumas mães podem não desejar ser observadas; a sua decisão deve ser respeitada. As observações são importantes principalmente se as entrevistas com as mães não fornecerem indicações claras quanto as determinações das boas práticas de parto e nascimento- CAM e se estão sendo respeitadas.]</i></p> <p><i>[Nota: para que o item seja cumprido, é necessário que seja positivo em pelo menos 50% das observações.]</i></p>						___ %	CAM 9
12		<p>Observar a Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido grave ou potencialmente grave em * UTIN/UCIN</p>							
		<p><input type="checkbox"/> observou a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN grave ou potencialmente grave;</p> <p><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> observou a permanência da mãe ou do pai junto ao RN grave ou potencialmente grave : <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> observou o livre acesso 24 horas por dia, à mãe e ao pai, em quaisquer circunstâncias, independente da Unidade Neonatal e do Risco do RN: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Resumir: Em ___ dos ___ recém nascidos observados, verificou-se o cumprimento da participação, permanência e livre acesso 24 horas por dia, conforme preconizado</p> <p><input type="checkbox"/> Não foram observados recém nascidos na UTI</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).</i></p>						___ %	PRN 8

Nome do avaliador: _____
 Razão Social do hospital : _____
 Ala/setor: _____
 Data: ____/____/____

II.A Entrevista com Integrante do corpo clínico (No. ____) Versão para um entrevistado¹

Instruções: Esta entrevista é destinada a integrantes da equipe que prestem cuidados de saúde a mães e/ou bebês. Isto inclui profissionais que assistem o trabalho de parto e parto, na ala de pós-parto (alojamento conjunto), em unidades de cuidados especiais, em cuidados pré-natais (gestantes em ambulatório ou internadas) (se existirem) e outros serviços relacionados à maternidade. Entre os funcionários que podem ser entrevistados estão enfermeiras, parteiras, nutricionistas, pediatras, obstetras, internos, residentes, aprimorandos/estagiários da maternidade, técnicos clínicos e outros profissionais que prestem cuidados de saúde a mães e/ou bebês.

Nota: Pode-se decidir incluir integrantes da equipe que atualmente não estejam prestando cuidados a mães e bebês, se houver uma possibilidade de que venham a fazê-lo no futuro, em virtude da ocupação de cargos com essa responsabilidade.

Introdução: Informe porque deseja entrevistar o profissional e que essa informação é confidencial. Explique que o propósito da avaliação não é testá-lo, mas determinar a conformidade dos serviços de maternidade como um todo, e que os resultados individuais serão coligidos para se chegar a um panorama geral. Se o profissional concordar em ser entrevistado, prossiga.

Pergunta	Resposta	Ref.
01. Que cargo você ocupa nesta unidade de saúde? <i>Confirme se o entrevistado é médico, parteira, enfermeira, técnico clínico ou outro e anote sua resposta. Se possível, levantar isso antes da entrevista. Se isso não estiver claro, informe-se se o profissional <u>presta cuidados diretos</u> a mães e bebês.</i> <i>Se o profissional <u>não</u> presta cuidados de saúde a mães e/ou bebês, agradeça sua atenção e <u>não</u> conduza a entrevista.</i> <i>Nota: Se os integrantes da equipe frequentemente fazem rodízio em diversas ocupações e em momentos são responsáveis por prestar cuidados a mães e/ou bebês e em outros não são, pode-se decidir entrevistar <u>toda</u> a equipe.</i>	Cargo: _____ Presta cuidados de saúde a mães e/ou bebês: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
02. Quando você passou a integrar a equipe de maternidade deste hospital? _____ [mês/ano]	<input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/> > 6 meses	
03. Você recebeu orientações sobre a Política (Normas e Rotinas) da IHAC - Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, conformidade com Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno – NBCAL- Lei 11265/2006), Cuidado Amigo da Mulher e Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (PRN), e o seu papel na implementação dessa política quando começou a trabalhar aqui (ou quando a nova política foi introduzida)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhece a política	

04.	<p>Você fez cursos ou recebeu capacitação prática sobre a Política da IHAC (<i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, 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)</i>), desde que passou a integrar a equipe de maternidade?</p> <p><i>[Em caso negativo:] Você recebeu capacitação em outro hospital ou enquanto era estudante?</i></p> <p><i>[Em caso de resposta afirmativa para qualquer das perguntas, continue. Caso contrário, pular para .P.5.]</i></p> <p>Qual foi a duração do curso em horas, incluindo aulas práticas e teóricas?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ____ Horas	
04 R	<p>Resumir: Recebeu pelo menos 20 horas de capacitação(P4) sobre a Política da IHAC (<i>Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, 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</i> ou, se está no emprego há menos de 6 meses (P2), recebeu ao menos orientações sobre a política? (P3):</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.11

05. Instruções: Fazer um total de 5 perguntas, seja dos modelos 5A ou 5B, a depender do conjunto que lhe for atribuído. Resumir a pontuação ao final.

[Nota: A coordenação desta avaliação deve garantir que aproximadamente metade da amostra responda os questionários 5A e metade o 5B.]

Questionário – Modelo 05A		Resposta	Ref.
01.	<p>Você poderia mencionar práticas ou rotinas de sala de parto, ou do ambulatório de pós-parto, Alojamento conjunto (ALCON) que podem ajudar as mães a amamentar com sucesso? [Sondar: Algo mais?]</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Pontos chave (2 necessários)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>contato precoce pele a pele após nascimento</i> <input type="checkbox"/> <i>amamentação por livre demanda ou determinada pela vontade do bebê</i> <input type="checkbox"/> <i>ausência de bicos artificiais e chupetas</i> <input type="checkbox"/> <i>estímulo à autoconfiança da mãe</i> <input type="checkbox"/> <i>alojamento conjunto 24 horas por dia</i> <input type="checkbox"/> <i>ausência de suplementos alimentares</i> <input type="checkbox"/> <i>ajudar as mães com o posicionamento e a “pega” da mama correta</i> <input type="checkbox"/> <i>qualquer item dos 10 passos</i> 	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

	<i>As práticas estão adequadas?</i>		
02	<p>Por que é importante evitar a oferta de suplementos alimentares ou fórmulas infantis a bebês amamentados a não ser por razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno (OMS-2009). [Sondar: Algo mais?]</p> <hr/> <p>Pontos chave (2 necessários)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>diminui a vontade de mamar, o que provoca redução no suprimento de leite</i> <input type="checkbox"/> <i>a mãe perde a confiança na amamentação</i> <input type="checkbox"/> <i>leva ao desenvolvimento de sensibilidade alérgica pelo bebê</i> <input type="checkbox"/> <i>aumenta o risco de infecções</i> <input type="checkbox"/> <i>caso o bebê seja alimentado com mamadeira pode ocorrer a “confusão de bicos”</i> <input type="checkbox"/> <i>[Sondar: Algo mais?] envolve gastos desnecessários</i> 	Adequado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
03	<p>Qual é a principal causa dos mamilos doloridos?</p> <p>Pontos chave (1 necessário)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>“pega” da mama incorreta</i> <input type="checkbox"/> <i>o bebê não abocanha suficientemente a aréola.</i> 	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
04	<p>Qual a causa mais comum para a insuficiência de leite?</p> <p>Pontos chave (1 necessário)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>falta de esvaziamento das mamas através de uma sucção eficaz</i> <input type="checkbox"/> <i>não amamentar por livre demanda e “pega” da mama incorreta</i> 	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
05	<p>Por que o contato pele a pele entre mãe e bebê é importante?</p> <p>Pontos chave (2 necessários)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>mantém o bebê aquecido</i> <input type="checkbox"/> <i>há criação de vínculos afetivos entre a mãe e o bebê</i> <input type="checkbox"/> <i>contribui para um bom início da amamentação</i> <input type="checkbox"/> <i>regula a frequência cardíaca e a respiração</i> <input type="checkbox"/> <i>acalma a mãe</i> <input type="checkbox"/> <i>estimula a amamentação por livre demanda</i> <p><i>[Sondar: Algo mais?]</i></p>	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
05 R	Resumir: Pelo menos 4 das 5 respostas (às perguntas relacionadas a apoio e promoção da amamentação) foram adequadas:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.12
A partir da questão 6 é comum aos dois grupos			
06	<p>Considerando que a decisão de amamentar é principalmente da mulher/mãe, o que deve ser discutido com uma gestante que pensa em alimentar seu bebê com substitutos do leite materno?</p> <hr/> <p>Pontos chave (2 necessários):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>importância/benefícios da amamentação</i> <input type="checkbox"/> <i>caso pense em adotar o aleitamento artificial, é preciso determinar se ele é aceitável, factível, acessível, sustentável e seguro(AFASS) (*contabilizar cada um destes elementos como um ponto)</i> 		

	<input type="checkbox"/> se ela decidir não amamentar, como alimentar o bebê com segurança tendo em vista suas circunstâncias socioeconômicas <input type="checkbox"/> riscos das fórmulas infantis ou outros substitutos do leite materno [Sondar: Algo mais?]	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2.13
07	Se um colega lhe perguntasse por que é importante não oferecer amostras grátis de fabricantes de fórmulas infantis às mães o que você responderia? <hr/> <hr/> Pontos chave (2 necessários): <input type="checkbox"/> é proibido pelo Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno- Lei 11265/2006 (NBCAL) <input type="checkbox"/> desestimula a amamentação <input type="checkbox"/> faz com que a mãe pense que a Maternidade aprova a distribuição de fórmulas infantis <input type="checkbox"/> o uso de fórmulas dificulta a amamentação <input type="checkbox"/> a mãe pode não ter como arcar com os custos da fórmula quando não a receber gratuitamente [Sondar: Algo mais?]	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Código 7
8a	Você orienta e ajuda as mães no posicionamento e na “pega” da mama correta para a amamentação? [Em caso afirmativo, ir para a pergunta 8b. Em caso negativo, pular para a pergunta 8c.]	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8b	Você pode me mostrar ou descrever como orienta uma mãe quanto ao posicionamento dela e do bebê na hora de amamentar? <i>[Nota: Pedir ao funcionário que oriente uma mãe com um bebê na ala de pós-parto, caso ela concorde. Ou então o funcionário pode orientar o avaliador, como se ele fosse uma mãe, usando uma boneca.]</i> Pontos chave: Posicionamento: <input type="checkbox"/> a mãe deve estar confortável <input type="checkbox"/> o bebê deve ser mantido próximo, olhando para o peito <input type="checkbox"/> a cabeça e o corpo do bebê devem formar uma linha reta <input type="checkbox"/> a cabeça e os ombros do bebê devem estar apoiados (assim como o corpo, no caso de recém-nascidos) <hr/> Como você orienta uma mãe quanto a boa pega e sucção do bebê? Pontos chave: “Pega” da mama e Sucção: <input type="checkbox"/> A boca do bebê deve estar bem aberta, com o lábio inferior projetado para fora; o queixo tocando o peito <input type="checkbox"/> A aréola deve estar mais visível acima do que abaixo da boca do bebê <input type="checkbox"/> As bochechas devem estar cheias, e o bebê suga lenta e profundamente e emite sons de deglutição do leite	Posicionamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Pega	

	<i>[Nota: Prosseguir caso as respostas estejam corretas, com informações suficientes para instruir as mães com o posicionamento e a “pega” correta da mama, e não haja informações inadequadas.]</i>	sucção corretos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
8c	[Caso não oriente quanto a posicionamento e “pega” da mama:] A quem você encaminha as mães caso elas precisem de ajuda nesse tópico? [citar opções] _____	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
8R	Resumir: orientam as mães quanto a posicionamento e “pega” da mama (P8a) e descrevem as técnicas corretamente (P8b) ou, caso não orientam, indicam quem pode encaminhar para ajuda adequada (P8c):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	5.3
9a	Você orienta as mães como extrair seu leite com as mãos? [Em caso afirmativo, ir para a pergunta 9b. Em caso negativo, pular para a pergunta 9c.]	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9b	Você pode descrever e demonstrar como orienta a extração manual do leite do peito? <i>Nota: Peça ao entrevistado que descreva como ele/ela ensinaria uma mãe, usando uma réplica da mama ou que ele lhe ensine, como se estivesse ensinando uma mãe.</i> _____ _____ Pontos chave: <input type="checkbox"/> estimular o fluxo de leite (por meio de relaxamento, massagem, manter-se confortável, pensar no bebê etc.) <input type="checkbox"/> encontrar os ductos lactíferos <input type="checkbox"/> comprimir/massagear sobre os ductos lactíferos <input type="checkbox"/> repetir a massagem em todas as áreas da mama <i>Nota: A descrição não precisa ser exatamente igual ao que está escrito acima, mas deve indicar uma compreensão adequada. [Ir para pergunta 10a.]</i>	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
9c	[Caso não ensine a extrair o leite:] A quem você encaminha as mães para que elas obtenham ajuda nesse assunto? Citar opções _____	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
9R	Resumir: Relata que ensina a expressão manual às mães (P9a) e oferece descrição e demonstração adequadas de como faz isso (P9b) ou, caso não ensine, indica quem elas podem consultar para tal (P9c):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	5.4
Relacionados a mãe que não amamenta – Não aplicável ao Brasil- (10a ao 10R)			
10a	<i>Não se aplica</i>		
10b	<i>Não se aplica</i>		
10c	<i>Não se aplica</i>		
10R	<i>Não se aplica</i>		5.5
Relacionados ao HIV e Alimentação Infantil – (opcional) - Não aplicável ao Brasil (11 ao 13)			

11	<i>Não se aplica</i>		
12	<i>Não se aplica</i>		
13	<i>Não se aplica</i>		
14.	<p>Poderia citar algumas das práticas recomendadas para que a mulher sintasse-se mais confortável e tranquila durante o trabalho de parto e o parto?</p> <p>Pontos chave (2 necessários):</p> <p><input type="checkbox"/> encorajá-la a ter um acompanhante que ofereça apoio emocional e físico, se ela desejar</p> <p><input type="checkbox"/> encorajá-la a beber e comer alimentos leves durante o trabalho de parto</p> <p><input type="checkbox"/> encorajá-la a andar e se movimentar durante o trabalho de parto e adotar a posição de sua escolha</p> <p><input type="checkbox"/> ter conhecimento que a mulher pode usufruir de ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;</p> <p><input type="checkbox"/> ter conhecimento que pode contar com métodos não farmacológicos de alívio da dor tais como banheira ou chuveiro, massageador/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> Ter conhecimento dos 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"/> encorajá-la a presença de doula comunitária/voluntária se a mulher desejar e se o hospital adotar em suas rotinas.</p> <p><input type="checkbox"/> outras (favor relacionar)</p> <p>[Sondar: Algo mais?]</p> <p>Resumir: Citou ao menos 2 das 6 primeiras práticas, que devem ser usadas rotineiramente, ou caso contrário houve indicação médica para que esses procedimentos não ocorressem</p>	<p>Adequado:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p>	CAM2
15.	<p>Que procedimentos de trabalho de parto e parto não devem ser usados rotineiramente, mas apenas se necessários devido a complicações?</p> <p>[Não ler a lista. Assinalar os itens mencionados.]</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de fluídos intravenosos (IV)</p> <p><input type="checkbox"/> Indução ou aceleração do parto</p> <p><input type="checkbox"/> Uso ininterrupto de monitoramento eletrônico fetal</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de analgésicos e anestésicos durante o trabalho de parto</p> <p><input type="checkbox"/> Ruptura de membranas</p> <p><input type="checkbox"/> Episiotomias</p> <p><input type="checkbox"/> Parto instrumental</p> <p><input type="checkbox"/> Cesariana</p> <p><input type="checkbox"/> Interromper o contato pele a pele sempre que mãe/bebês estiverem bem realizando parte dos exames do RN com o bebê sobre o corpo da mãe (Apgar, identificação, por exemplo)</p> <p><input type="checkbox"/> aspirar o bebê desnecessariamente ou causar ferimento ao desobstruir suas vias aéreas, quando necessário</p>		

	<input type="checkbox"/> Postergar a pesagem, crede, vitamina K, e vacinas para após o contato e amamentação. <input type="checkbox"/> Outros (relacionar): <i>[Sondar: Algo mais?]</i> Resumir: Citou ao menos 3 procedimentos que <u>não</u> devem ser usados rotineiramente, mas somente com indicação médica:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CAM3
16	Quais são as práticas de trabalho de parto e parto que aumentam a probabilidade de um bom começo da amamentação? <i>[Não ler a lista. Assinalar os itens mencionados.]</i> <input type="checkbox"/> Encorajar a mãe a ter um acompanhante constante que forneça suporte emocional e físico, se ela desejar <input type="checkbox"/> Usar ao máximo métodos para aliviar a dor que não incluam medicamentos <input type="checkbox"/> Encorajar a mulher a caminhar e se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a assumir posições de sua escolha durante o parto, a não ser que haja restrições devido a complicações e isso seja explicado à mulher <input type="checkbox"/> Não usar procedimentos invasivos como a ruptura de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesariana, a não ser que haja indicações devido a complicações e isso seja explicado à mulher <input type="checkbox"/> Encorajar a mãe a ter contato pele a pele contínuo com o bebê, ao menos durante a primeira hora após o nascimento, e ajudá-la a reconhecer sinais de que o bebê está pronto para ser amamentado <input type="checkbox"/> Evitar interromper o contato pele a pele sempre que mãe/bebês estiverem bem realizando parte dos exames do RN com o bebê sobre o corpo da mãe (Apgar, identificação, por exemplo) <input type="checkbox"/> Evitar aspirar desnecessariamente o bebê ou causar ferimento ao desobstruir suas vias aéreas <input type="checkbox"/> Postergar a pesagem, crede, vitamina K, e vacinas para após o contato e amamentação. <input type="checkbox"/> Outros (relacionar): <i>Sondar: Algo mais?</i> Resumir: Citou ao menos 2 procedimentos de trabalho de parto e parto que estimulam um bom começo para a amamentação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CAM4
17	Permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém nascido (PRN),		
17. a	a) Quais os benefícios da permanência da mãe ou do pai para o RN grave ou potencialmente grave: <input type="checkbox"/> Manter a lactação e amamentar exitosamente <input type="checkbox"/> Observação dos cuidados dispensados ao RN <input type="checkbox"/> Confiança na equipe <input type="checkbox"/> Melhor criação e fortalecimento de vínculo <input type="checkbox"/> Outros (Relacionar)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	PRN3

	Resumir: citou 2 itens adequadamente	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
17. b	<p>b) Porque é importante garantir o acesso da mãe e do pai ao RN grave ou potencialmente grave</p> <p><input type="checkbox"/>Direito da família de estar junto ao RN<input type="checkbox"/>Acompanhamento permanente dos cuidados ao RN<input type="checkbox"/>Acesso livre do pai e da mãe <input type="checkbox"/>. Outros (relacionar)</p> <p>Resumir: citou 1 item adequadamente</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	PRN4
17. c	<p>c) Porque a participação do pai e da mãe nos cuidados do RN grave ou potencialmente grave é importante</p> <p><input type="checkbox"/> Aprender a cuidar do RN <input type="checkbox"/> Participar da Alimentação do RN <input type="checkbox"/> Preparar para o pós alta <input type="checkbox"/> Outros (Relacionar:)</p> <p>Resumir: citou 1 item adequadamente</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	PRN5

Nome do avaliador: _____

Razão Social do hospital: _____

Nome da ala/unidade: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

II.B Entrevista com Mãe (N.º ____)

Instruções: Entrevista para mães de bebês pesando no mínimo 1.500 gramas, que tenham nascido com mais de 32 semanas de gestação e que estejam internados na ala de pós-parto/alcon, e não em unidades de tratamentos especiais. O parto deve ter ocorrido há no mínimo 6 horas e a mãe deve estar prestes a receber alta. Consulte a lista de mães na ala de pós-parto com o responsável pela maternidade com antecedência, para assegurar-se que a seleção da amostra inclui apenas mães que se encaixem nestes requisitos. Caso o hospital seja de pequeno porte e poucas mães a serem entrevistadas, completar a amostragem com mães/bebês que comparecerem na unidade nos dias da avaliação e se mesmo assim não completar o número da amostragem solicitar a direção a presença de mães que tiveram alta hospitalar recente.

Introdução: Explique para a mãe o motivo pelo qual gostaria de entrevistá-la (para saber mais sobre sua interação com a equipe e como o bebê tem sido alimentado). Mencione que, se ela concordar em ser entrevistada, a informação será mantida em sigilo. (Você pode perguntar se o bebê é menino ou menina, ou o nome do bebê, se isso for apropriado.)

Informações Gerais (coletadas imediatamente antes das entrevistas, se possível)

Horas desde o nascimento: ____ horas

Tipo de parto (C=Cesariana, V= Vaginal) ____

Em caso de cesariana, tipo de anestesia

(G= Geral, SG= Sem Geral (local, regional, peridural) _____

Pergunta	Resposta	Ref.
1a Quando o seu bebê (ou nome do bebê) nasceu? <i>[Pergunte a data e o horário. Se a mãe tiver dado à luz há menos de 6 horas, agradeça e não prossiga com a entrevista.]</i>	(d/m/a) ____/____/____ Horário: _____ ≥ 6 horas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1b Este é o seu primeiro filho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1c A que tipo de parto você foi submetida? <i>[Sondar, em caso de cesariana, o tipo de anestesia, ou consulte um integrante da equipe]</i> Vaginal (V) <i>[Vá para - P2]</i> Cesariana <u>sem</u> anestesia geral (C-SG) <i>[Vá para - P2]</i> Cesariana <u>com</u> anestesia geral (C-G) <i>[Vá para P3]</i>	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> C-SG <input type="checkbox"/> C-G	4.2
2 <i>[Em caso de parto vaginal ou cesariana <u>sem anestesia geral:</u>]</i> Quanto tempo após o parto você segurou o bebê? <i>[Se a mãe não tiver certeza, pergunte o número aproximado]</i>	<input type="checkbox"/> Imediatamente <input type="checkbox"/> 5 min.	

	<p><i>de minutos ou horas. Se o tempo estiver listado em um quadro ou prontuário, confirme a informação.]</i></p> <p><i>Se o bebê não tiver sido colocado junto à mãe nos 5 minutos posteriores ao parto, pergunte as razões e determine se há uma justificativa médica para tal _____</i></p> <p>O atraso no contato ocorreu com justificativa médica:</p>	<input type="checkbox"/> Outro (relacionar): <hr/> <input type="checkbox"/> Não segurou o bebe <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2R	<p>Resumir: O bebê foi dado à mãe imediatamente ou < 5 minutos após o nascimento, <u>ou</u> o atraso no contato ocorreu em virtude de justificativa médica: <i>[Caso o bebê tenha tido contato com a mãe, continue até P4. Em caso negativo, vá para P6b.]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	4.3
Pergunta		Resposta	Ref.
3	<p><i>[Em caso de cesariana <u>com anestesia geral:</u>]</i></p> <p>Quanto tempo depois de estar alerta e reagindo bem seu bebê foi entregue a você? <i>[Se a mãe não tiver certeza, pergunte o número aproximado de minutos ou horas. Se o tempo estiver listado em um quadro ou prontuário, confirme a informação.] _____</i></p> <p><i>Se o bebê não tiver sido colocado junto à mãe dentro de alguns minutos ou quando a mãe estava alerta e reagindo bem, pergunte para os integrantes da equipe as razões e determine se há razões médica para tal: _____</i></p>	<input type="checkbox"/> Em alguns minutos <input type="checkbox"/> Outro (relacionar): <hr/> <input type="checkbox"/> Não segurou o bebê	
3R	<p>Resumir: O bebê foi entregue à mãe quando ela estava alerta e reagindo bem <u>ou</u> o atraso no contato ocorreu em virtude de justificativa médica: <i>[Se ela segurou o bebê, continue até P4. Em caso negativo, vá para P6.]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	4.4
4a	<p>Houve contato direto pele a pele entre você e o bebê na ocasião? <i>["Contato direto" significa contato de pele substancial entre os corpos do bebê e da mãe.]</i> <i>[Em caso afirmativo, continue até P4b. Em caso negativo vá para P5a e 5b]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4b	<p>Seu bebê ficou em contato pele a pele com você pela primeira vez por <u>60 minutos ou mais</u> ? <i>[Sondar aproximadamente quantos minutos e o que aconteceu em seguida ?</i> Descreva: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/></p> <p><i>[Em caso de período igual ou superior a 60 minutos, vá para P5a e P5b. Em caso de período inferior a 60 minutos, continue até a P4c.]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

	<i>Nota : Se o bebê tiver sido entregue para a mãe alguns minutos depois ou continuado em contato pele a pele com ela, inclua este período adicional. Pode-se contar o tempo tanto na sala de parto quanto na ala de pós-parto/ALCON, caso o contato tenha continuado lá.</i>		
4c	<p><i>[Em caso de período inferior a 60 minutos:]</i></p> <p>Qual o motivo do término deste contato pele a pele? <i>Liste as razões abaixo: Peça à mãe para especificar se o término aconteceu por vontade da mãe ou solicitada por um integrante da equipe.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Houve Pedido da mãe ou foi razão justificada?</p> <p><i>[Pontos chave: Considerar SIM, caso a mãe tenha feito a solicitação sem interferência anterior da equipe. Considerar NÃO, se a equipe separou mãe e bebê em menos de uma hora sem razões médicas justificáveis.]</i></p> <p><i>Nota : em caso de dúvida, consulte o prontuário da mãe ou do Recém nascido</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4R	Resumir: O bebê teve contato pele a pele com a mãe na primeira vez que ela pode segurá-lo (4a) e esteve em contato pele a pele com ela por um período igual ou superior a 60 minutos (4b) <u>ou</u> o contato pele a pele terminou por pedido da mãe ou por uma razão justificada (4c);	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4.5
5a	<p>Durante o período em que o bebê esteve com você pela primeira vez, alguém da equipe encorajou-a a procurar por sinais de que o bebê estaria querendo mamar (o bebê faz tentativas de sucção, emite sons e toca o mamilo com a mão, movimenta-se em direção à mama, pode levar a mão à boca ...)</p> <p><i>[Se a mãe indicar que ela não precisou desta informação, se ela conhecia estes sinais por experiências passadas ou porque tinha decidido não amamentar, assinale "NA" (não se aplica). Se ela não planejava amamentar, assinale "NA" na P6 e vá para P9.]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
5b	<p>Alguém se ofereceu para ajudá-la com a amamentação quando seu bebê quis mamar?</p> <p><i>[Se a mãe informar que não precisou de ajuda, assinale "NA" (não se aplica). Se ela não planejava amamentar, assinale "NA" na P6R e vá para P9.]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
5R	Resumir: Durante a primeira vez que o bebê esteve com ela, a mãe foi incentivada a procurar por sinais de quando o bebê estivesse querendo amamentar e recebeu ajuda, caso necessário:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4.6
6a	<p>Você está amamentando seu bebê?</p> <p>[Em caso afirmativo, vá para P7a. Em caso negativo,</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	

	continue até a P6b.]		
6b	[Se não estiver amamentando:] Você pretende amamentar seu filho mais tarde? [Em caso afirmativo:] Quando pretende começar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
6R.	Resumir: AM: amamentando; NAM: não amamentando [Se AM, continue até a P7a. Se NAM, vá para P10a]	___AM ___NAM	
7a	[Se estiver amamentando:] Alguém da equipe ofereceu ajuda com a amamentação logo após o nascimento do bebê? (ou desde que você voltou para o seu quarto?) [Em caso afirmativo, continue até a P7b. Em caso negativo, vá para P8.]	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
7b	[Se tiver recebido ajuda :] Quando esta ajuda foi oferecida? _____	<input type="checkbox"/> Até 6 horas depois do nascimento <input type="checkbox"/> > 6 horas depois no nascimento	
7R	Resumir: A equipe ofereceu ajuda com a amamentação (7a) e esta ajuda foi oferecida até 6 horas depois do nascimento (7b): [Se amamentando, continue até P8. Em caso negativo, vá para P10a.]	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	5.6
8.	[Se amamentando:] Você pode me mostrar como coloca o bebê e como o seu bebê “pega” a mama durante a amamentação? <i>Nota: Incentive a mãe a demonstrar amamentando seu bebê, retornando mais tarde se necessário, quando o bebê estiver com fome. Se isto não for possível, peça que ela segure seu bebê ou uma boneca e demonstre o que ensinaram para ela.</i> Como você e seu bebê devem estar posicionados durante a amamentação? Pontos chave: <u>Posicionamento:</u> <input type="checkbox"/> A mãe deve estar confortável <input type="checkbox"/> O bebê deve ser mantido próximo, de frente para o peito <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê devem estar alinhados <input type="checkbox"/> A cabeça e os ombros do bebê devem estar apoiados (assim como o corpo, no caso de recém-nascidos) <hr/> <i>[Nota: A descrição não precisa ser exatamente como escrita acima, mas deve indicar uma compreensão adequada.]</i> Que sinais você deve procurar que indicariam que seu bebê está seguro e sugando bem? Pontos chave: “pega” da mama e sucção: <input type="checkbox"/> A boca do bebê deve estar bem aberta, com o lábio inferior projetado para fora; o queixo tocando o peito <input type="checkbox"/> A aréola deve estar mais visível acima do que abaixo da boca do bebê <input type="checkbox"/> As bochechas devem estar cheias, com sons de sucção lenta e profunda e do bebê engolindo o leite	Posicionamento correto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pega correta/sucção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

	<i>[Nota: Prosseguir caso as respostas estejam corretas, sem práticas que impeçam uma boa alimentação.]</i>		
8R	Resumir: A mãe pode demonstrar ou descreveu corretamente tanto o posicionamento quanto a “pega”/sucção.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	5.7
9	<i>[Se estiver amamentando:]</i> Alguém da equipe se ofereceu para mostrar como extrair seu leite com as mãos (ordenhar) ou forneceu informações escritas sobre como fazê-lo ou onde conseguir ajuda, se houver necessidade? <i>[Nota: Se o integrante da equipe se ofereceu para mostrar como extrair o leite, mas a mãe informou que não precisava de ajuda, marque “Sim”.] [Vá para P13.]</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	5.8
Relacionados a mãe que não amamenta – Não aplicável ao Brasil- (10 a ao 12)			
10a	<i>Não se Aplica-</i>		
10b	<i>Não se Aplica</i>		
10R	<i>Não se Aplica</i>		5.9
11a	<i>Não se Aplica</i>		
11b	<i>Não se Aplica</i>		
11R	<i>Não se Aplica</i>		5.10
12	<i>Não se Aplica</i>		
13	<i>[Se estiver ou não amamentando:]</i> O que foi dito a você sobre como identificar se seu bebê está com fome? Pontos chave (2 necessários): <input type="checkbox"/> <i>O bebê abre a boca, procura pelo peito ou copo</i> <input type="checkbox"/> <i>Faz movimentos ou sons de sucção; lambe os lábios; mostra a língua</i> <input type="checkbox"/> <i>Põe a mão na boca</i> <input type="checkbox"/> <i>Faz movimentos rápidos com os olhos – mesmo antes de abri-los</i> <input type="checkbox"/> <i>Chupa ou morde as mãos, dedos, coberta ou lençol, ou outro objeto que entra em contato com a boca.</i> <i>[Sondar: Algo mais?]</i> _____ _____ _____	Adequado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não foi aconselhada	8.1
14	Que orientações você recebeu sobre a frequência e o período em que seu filho deve ser amamentado? [Sondar: Algo mais?] _____ _____ _____	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não foi aconselhada	8.2

	<p>Pontos chave (2 necessários):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O bebê deve ser amamentado “sob livre demanda”, quando ele quiser ou sempre que tiver fome. <input type="checkbox"/> O bebê deve ser amamentado por quanto tempo desejar. <input type="checkbox"/> Acordar o bebê se ele dormir durante muito tempo ou se o peito ficar cheio demais. <p>[Nota: Uma resposta como “o bebê deve ser alimentado em um horário rígido” (por exemplo, a cada 2 ou 3h), ou somente durante um período específico de tempo <u>não</u> é um bom conselho. No entanto, se a mãe disser “sempre que ele está com fome”, isso é aceitável.]</p> <p>[Se a mãe estiver amamentando, continue até a P15a. Em caso negativo, vá para a P17.]</p>		
15a	<p>[Se estiver amamentando:]</p> <p>Você ofereceu algo além de leite materno para seu bebê desde que ele/ela nasceu? [Em caso afirmativo:]</p> <p>O quê? [Sondar, se necessário: Água? Chás? Leite em pó?]</p> <hr/> <p>Em caso afirmativo, continue até P15b. Em caso negativo, vá para P16.]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
15b	<p>[Se estiver amamentando, mas também oferecendo outros líquidos e alimentos para o bebê:]</p> <p>Outros líquidos e alimentos foram oferecidos ao bebê?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual a justificativa oferecida pelo médico ou nutricionista _____</p> <hr/> <p>[Peça para ao médico ou nutricionista para especificar se a oferta de líquidos ou alimentos é justificada por uma “razão médica aceitável (OMS)” (ver seção 1.3 do Anexo 1). Confirme a informação no prontuário, se necessário.]</p>	<p>Justificativa é razão médica aceitável?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
15 R	<p>Resumir: O bebê foi alimentado <u>exclusivamente</u> com leite materno (15a) ou, caso contrário, isso ocorreu por uma razão justificada (15b):</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	6.7
16	<p>[Se estiver amamentando:]</p> <p>Seu bebê já foi alimentado, até onde você tem conhecimento, com mamadeira ou bico artificial ?</p> <p>[Sonde, se necessário, as questões abaixo, que auxiliarão na resposta da pergunta acima:]</p> <p>Verifique se o bebê já tomou leite ou água na mamadeira ou bico artificial; se o leite materno extraído foi oferecido na mamadeira ou bico artificial para o bebê.</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
16 R	<p>O bebe foi alimentado na mamadeira ou bico artificial (P16)</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	9.2
17	<p>[Se estiver ou não amamentando]</p>		9.3

	Seu bebê já usou chupeta, até onde você sabe?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
18a	Seu bebê já ficou longe de você desde o parto? <i>[Sondar:]</i> Isto aconteceu pouco tempo após o nascimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não E durante a(s) noite(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <hr/> <i>[Em caso afirmativo continue até P18b. Em caso negativo, vá para P19a.]</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
18b	Porque seu bebê foi separado de você? <i>[Caso tenham sido separados mais de uma vez, sondar as razões de cada ocasião. Se a mãe não souber o motivo, pergunte aos integrantes da equipe ou consulte seus registros.]</i> Justificativa: <hr/> Pontos chave (1 necessário): <i>Entre as razões justificadas para uma separação imediata ou posterior ao parto podem estar:</i> <input type="checkbox"/> <i>A mãe foi submetida à cesariana com anestesia geral e ainda não estava em condições de cuidar do bebê;</i> <input type="checkbox"/> <i>A mãe estava sendo submetida a procedimentos médicos;</i> <input type="checkbox"/> <i>A mãe está doente ou desorientada demais para cuidar do bebê;</i> <input type="checkbox"/> <i>A mãe teve que deixar temporariamente a cama ou o quarto e pediu para um terceiro cuidar da criança;</i> <input type="checkbox"/> <i>Outros</i> <i>(relacionar):</i> _____ Ocorreu pelo menos a sinalização de um ponto chave como razão justificada ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
18 R	Resumir: O bebê esteve com a mãe o tempo todo desde o nascimento (18a) ou, caso contrário, isso ocorreu por uma razão justificada (18b):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	7.2
19a	Você recebeu informações sobre onde ou como conseguir ajuda se tiver dúvidas para amamentar seu bebê depois que voltar para casa? <i>[Em caso afirmativo, continue até a P19b.]</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
19b	Que informações você recebeu? Pontos chave (1 necessário): <i>Recebeu informações adequadas sobre:</i> <input type="checkbox"/> <i>Como conseguir ajuda na maternidade (hospital que está sendo avaliado);</i> <input type="checkbox"/> <i>Encaminhamento, após a alta, para a Atenção Básica(Equipes de Saúde da Família/Unidade de Saúde mais próxima);</i> <input type="checkbox"/> <i>Outros grupos ou outros serviços de apoio à amamentação</i> <i>[Sondar: Algo mais?]</i> <hr/> <i>Respondeu pelo menos um Ponto Chave com as informações adequadas?</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
19	Resumir: A mãe afirma que recebeu instruções sobre onde e	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	10.5

R	como conseguir ajuda se tiver dúvidas sobre como amamentar seu bebê depois de voltar para casa (19a), e soube mencionar ao menos um tipo de ajuda disponível (19b):		
20	Você teve a presença de um/a acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, parto e pós parto ,	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CAM 10
21	Na sala de pré- parto enquanto esperava (durante o trabalho de parto), a mãe afirma que ocorreu pelo menos um dos 3 pontos chave, mencionados abaixo? Pontos chave (1 necessário): <input type="checkbox"/> Foi permitido caminhar <input type="checkbox"/> Foi permitido comer e/ou tomar alguma coisa? <input type="checkbox"/> Foi oferecida alguma forma (não medicamentosa) de controlar a dor, como massagem, chuveiro, banheira, bola, outra...	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CAM 11
22	Durante o parto (se o parto foi vaginal), a mãe afirma que ocorreu pelo menos um dos <i>pontos chave</i> , mencionados abaixo? Pontos chave (1 necessário): <input type="checkbox"/> Escolheu a posição para o parto <input type="checkbox"/> Foi dada medicação (ocitocito) para aumentar as contrações e lhe informaram o motivo? <input type="checkbox"/> Foi feito episiotomia e explicaram e lhe informaram o motivo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CAM 12
23	Durante o parto (VAGINAL OU CESAREA), a mãe afirma que ocorreu pelo menos um dos 5 pontos chave, mencionados abaixo? Pontos chave (1 necessário): <input type="checkbox"/> Houve apenas ruídos e conversas necessárias <input type="checkbox"/> Houve diminuição da luz quando o bebê nasceu <input type="checkbox"/> Os profissionais que estavam na sala foram atenciosos, com atitudes positivas quanto a você e seu bebe <input type="checkbox"/> Você teve um acompanhamento de sua escolha e/ou doula comunitária/voluntária <input type="checkbox"/> Recebeu anestesia e foi-lhe explicado como/porque?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CAM1 3
Grata (o) por colaborar respondendo a estas perguntas			

Nome do avaliador: _____

Razão Social do hospital: _____

Nome da ala/unidade: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

II.C Entrevista com Mãe de Bebê em Unidade de Cuidados Especiais (Nº ____)

Instruções: Esta entrevista deve ser feita apenas com mães cujos bebês estejam internados em unidades especiais de tratamento neonatal e tenham nascido há mais 48 horas. Tanto as mães quanto os bebês devem estar em situação estável, apropriada para entrevistas. Se possível, consiga esta informação com os integrantes da equipe antes de selecionar as entrevistadas. Mães que tenham recebido alta, mas cujos bebês ainda estejam internados na unidade especial de tratamento neonatal podem ser incluídas, se houver uma maneira de entrevistá-las.

Introdução: Explique para a mãe o motivo pelo qual gostaria de entrevistá-la (para saber mais sobre sua interação com a equipe e como o bebê tem sido alimentado). Mencione que, se ela concordar em ser entrevistada, a informação será mantida em sigilo. (Você pode perguntar se o bebê é menino ou menina, ou o nome do bebê, se isso for apropriado).

Pergunta	Resposta	Ref.
1a Quando o seu bebê (ou nome do bebê) nasceu? <i>[Pergunte a data e o horário. Se a mãe tiver dado à luz há menos de 48 horas, agradeça e não prossiga com a entrevista.]</i>	(d/m/a) ____/____/____ Horário: ____	
1b Ele/ela nasceu neste hospital? <i>[Em caso afirmativo, vá para P2a. Em caso negativo, continue:]</i> Há quanto tempo seu bebê foi internado? _____ <input type="checkbox"/> Internado há mais de 48 horas <i>[Se foi internado há menos de 48 horas, agradeça e não continue a entrevista. Se ele foi internado há mais de 48 horas, continue.]</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2a Ele já foi amamentado ou tomou leite materno extraído? <i>[Em caso afirmativo, vá para P3. Em caso negativo, continue até a P2b.]</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2b <i>[Se ainda não foi amamentado:]</i> Você pretende amamentar seu bebê mais tarde? <i>[Em caso afirmativo ou de dúvida, continue até P3. Em caso negativo vá para P6.]</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
3 <i>[Se amamentando ou pretender fazê-lo:]</i> Alguém da equipe se ofereceu para ajudá-la a iniciar a lactação e como mantê-la? <i>[Em caso afirmativo:]</i> Quanto tempo depois do nascimento (ou depois de sua chegada neste hospital) esta ajuda foi oferecida? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

	Resumir: A ajuda foi oferecida dentro das 24 horas após o nascimento ou tão logo a mulher se mostrou estável e responsiva:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	5.11
4	<i>[Se amamentando ou pretender fazê-lo:]</i> Alguém da equipe mostrou como você deve extrair (ordenhar) leite materno manualmente? <i>[Em caso afirmativo, continue. Em caso negativo, vá para P6.]</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	5.12
5	<i>[Se amamentando ou pretender fazê-lo:]</i> Você pode descrever ou demonstrar como extrair (ordenhar) o leite materno com as mãos? <i>[Nota: Peça para a entrevistada descrever como extrairia o leite com as mãos, usando um peito artificial para demonstrar ou seu próprio peito, se aceitável.]</i> <hr/> Pontos chave: <input type="checkbox"/> Ajudar o leite a fluir (através de relaxamento, massagem, aquecimento, pensar no bebê etc.) <input type="checkbox"/> Comprimir/massagear as mamas sobre os ductos <input type="checkbox"/> Repetir em todas as partes das mamas <input type="checkbox"/> Com os dedos, indicador e polegar em “C”, ao redor da aréola fazer compressão e descompressão para a retirada do leite do peito <i>[Nota: A descrição não precisa ser exatamente como escrita acima, mas deve indicar uma compreensão adequada.]</i>	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	5.13
6	<i>[Se amamentando ou pretender fazê-lo:]</i> Você foi aconselhada a amamentar ou extrair o leite com as mãos para manter a lactação por 6 ou mais vezes a cada 24 horas? <hr/> Ponto Chave: 6 vezes ou mais a cada 24 horas. <i>[Vá para P8.]</i>	: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	5.14
7	<i>Não se aplica - Relacionados a mãe que não amamenta (opcional) - Não aplicável ao Brasil</i>		6.8
8	Você teve a oportunidade de segurar seu bebê em contato pele a pele? <i>[Em caso negativo, pergunte para os integrantes da equipe as razões de não ter havido contato pele a pele e se há justificativa para tal fato:]</i> Em caso negativo, houve justificativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4.7
9	Você permaneceu durante 24 horas junto de seu filho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4.8
10	Você sabe que o pai (ou alguém da família) também pode permanecer com o bebe sempre que você não puder ficar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4.9
11	Você foi informada que pode ajudar nos cuidados de seu bebê	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4.10
Grata (o) por colaborar respondendo a estas perguntas.			

Nome do avaliador: _____

Razão Social do hospital: _____

Nome da ala/unidade: _____

Data: _____/_____/_____

II.D Entrevista com Gestante (Nº. ____)

Instruções: Estas entrevistas devem ser feitas com gestantes no terceiro trimestre de gestação e que já tenham passado por pelo menos duas consultas de pré-natal neste hospital ou na enfermaria de gestantes de riscos internadas há mais de 72 horas com a idade gestacional maior que 28 semanas. Se possível, determine com antecedência as entrevistadas que se encaixam nos critérios, para que somente estas mulheres sejam entrevistadas.

Introdução: Explique para a mulher as razões pelas quais gostaria de entrevistá-la (para saber mais sobre suas experiências na unidade e sobre as informações que recebeu a respeito da alimentação de lactentes). Mencione que caso ela concorde em ser entrevistada, as informações serão mantidas em sigilo.

Pergunta	Resposta	Ref.
No ambulatório de pré natal ou gestantes internadas para tratamento clínico obstétrico		
1a	Com quantas semanas/meses de gestação você está?	____ semanas ____ meses
1b	Já passou por quantas consultas de pré natal com um profissional de saúde nessa gestação? <i>[Nota: Se estiver acima do terceiro trimestre e foi ao menos em 2 consultas, prossiga. Se não, agradeça e não continue a entrevista]</i>	____ consultas ____ dias
<i>[Nota: Para gestantes que estão internadas na enfermaria prossiga para 1c. Para gestantes que estão realizando o pré-natal no ambulatório, siga para 2.a]</i>		
1c	Há quanto tempo está internada neste hospital? <i>[Nota: Se mais de 72 horas prossiga com a entrevista.]</i>	____ horas ____ dias
Cuidado Amigo da Mulher(CAM) <i>Continue a entrevista com as perguntas a seguir, relacionadas ao <u>Cuidado Amigo da Mulher</u> durante o parto e o trabalho de parto:</i>		
2a	Os integrantes da equipe disseram a você, que pode ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2b	<i>[Em caso afirmativo:] Eles disseram por que isso pode ser útil?</i> _____ Ponto chave (1 necessário): <input type="checkbox"/> O acompanhante pode ajudar com seu amparo físico <input type="checkbox"/> O acompanhante pode ajudar com seu amparo emocional	Adequado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2R	Resumir: Os integrantes da equipe informaram que é permitido um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto e o parto (2a) e eles expuseram ao menos um motivo benéfico dessa presença (2b).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
		CAMIS

3	<p>Os integrantes da equipe informaram, a respeito de como lidar com a dor e ficar mais confortável durante o trabalho de parto e parto?</p> <p><i>[Nota; observar se pelo menos um dos pontos chave abaixo, foi mencionado pela gestante]</i></p> <p>Pontos chave (1 necessário): <i>[A menção de todas as partes dos pontos abaixo não é necessária.]</i></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><i>Resumir: Os integrantes da equipe informaram como lidar com a dor e ficar mais confortável durante o trabalho de parto e parto?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não respondeu</p>	CAM6
<p>Alimentação e cuidados com o bebê</p> <p>O que foi dito a você a respeito da alimentação e dos cuidados com o seu bebê. Isto não é um teste de seus conhecimentos. Estamos interessados no tipo de informações que o pré-natal fornece para as mulheres.</p>			
Pergunta		Resposta	Ref.
4	Neste hospital, durante o pré-natal, integrantes da equipe conversaram com você ou indicaram um grupo de discussões sobre como alimentar o seu bebê?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	3.4
5	Informações básicas apresentadas ou discutidas pelos integrantes da equipe, com a gestante:		

5a	<p>Os integrantes da equipe disseram sobre a importância do contato pele a pele com seu bebê logo após o nascimento?</p> <p><i>Pontos chave (2 necessários)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mantém o bebê aquecido</p> <p><input type="checkbox"/> Há criação de vínculos entre a mãe e o bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Contribui para um bom início da amamentação</p> <p><input type="checkbox"/> Regula a frequência cardíaca e a respiração</p> <p><input type="checkbox"/> Acalma a mãe e o bebê</p> <p><input type="checkbox"/> Estimula a amamentação por livre demanda</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5b	<p>Os integrantes da equipe informaram sobre a importância de seu bebê ficar junto a você o tempo todo, em alojamento conjunto 24 horas por dia?</p> <p><i>Pontos chave (1 necessário):</i></p> <p><input type="checkbox"/> O bebê aprende a me reconhecer.</p> <p><input type="checkbox"/> Permite que eu amamente quando o bebê quiser.</p> <p><input type="checkbox"/> Isso ajuda a entender os sinais de que o bebê quer mamar.</p> <p><input type="checkbox"/> Posso aprender a segurar e acalantar o bebê.</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5c	<p>Os integrantes da equipe informaram as razões de não oferecer água, chás, fórmulas infantis ou outros alimentos para seu bebê nos primeiros 6 meses, se você estiver amamentando?</p> <p><i>Pontos chave (2 necessários):</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não devo oferecer nada exceto medicamentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros alimentos diminuem o interesse do bebê pelo leite materno.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros alimentos aumentam as chances do bebê contrair infecções.</p> <p><input type="checkbox"/> Com o uso de mamadeiras pode ocorrer a “confusão de bicos”.</p>	: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5R	<p>Resumir: A entrevistada se lembra das informações básicas apresentadas ou discutidas com ela sobre <u>pelo menos 2 dos 3 tópicos</u> (do 5a ao 5c).</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	3.5
Relacionados ao HIV e Alimentação Infantil – (opcional) - Não aplicável ao Brasil (6 ao 9)			
6	Não se aplica		
7	Não se aplica		
8	Não se aplica		
9	Não se aplica		
10	<p>Você foi informada que nesta maternidade é permitida a permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal ?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	3.6 PRN 6