World Breastfeeding Trends Initiative (WBT*i*)

INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDÊNCIAS DO ALEITAMENTO MATERNO (WBT*i*)

Informe Nacional

Brasil

2014

Apresentado por IBFAN Brasil

IBFAN BRASIL

Fabiana Swain Müller

Marina Ferreira Rea

Natália Rea Monteiro

INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDÊNCIAS DO ALEITAMENTO MATERNO (WBT*i*)

Informe Nacional

Brasil – 2014

1ª edição

São Paulo

IBFAN Brasil

2014

Informações: Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar IBFAN Brasil Rua Carlos Gomes, 1513, sala 02, Jundiaí/SP CEP 13215-021

Fone/Fax (11) 4522-5658

Email- ibfanbrasil@terra.com.br

Página eletrônica – www.ibfan.org.br

Coordenação nacional – Rosana De Divitiis

Organizadoras:

Fabiana Swain Müller

Marina Ferreira Rea

Autores:

Fabiana Swain Müller

Marina Ferreira Rea

Natália Rea Monteiro

Colaboradoras:

Amanda Souza Moura, Ana Basaglia, Aline Sudo, Cleia Costa Barbosa, Elisabeth Kuehn, Elsa Giugliani, Fabiola Nejar, Fabíola Cassab, Fernanda Ramos Monteiro, Gisele Anne Bortolini, Keiko Teruya, Kleyde Ventura de Souza, Maria José Mattar, Maristela De Marchi Benassi, Neide Maria da Silva Cruz, Renata Guimarães, Rosangela Gomes dos Santos, Rosana de Divitiis

Agradecimentos: Ellen Zita Ayer, Silvia Saldiva, Siomara Roberta Siqueira, Sonia Venâncio, Tereza Toma.

IBFAN Brasil

Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Aleitamento Materno e Saúde da Criança (CGSCAM), Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais,

Comitê Nacional de Aleitamento Materno,

Instituto de Saúde – SES-São Paulo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG) - Escola de Enfermagem

Universidade de Taubaté - UNITAU

Banco de Leite Humano – Hospital Regional Sul – SES-SP

SMS - Prefeitura Municipal de São Paulo

Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP

Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras - ABENFO Nacional

Banco de Leite Humano – Blumenau (SC)

Matrice – Ação de apoio à amamentação

Ficha Catalográfica

Müller, Fabiana Swain; Rea, Marina Ferreira; Monteiro, Natália Rea

Iniciativa Mundial sobre Tendências do Aleitamento Materno (Wbt*i*): Informe Nacional/Fabiana Swain Müller, Marina Ferreira Rea, Natália Rea Monteiro. – Jundiaí: IBFAN Brasil; São Paulo: IBFAN Brasil, 2014.

89p.

ISBN 978-85-60941-06-3

1. Aleitamento Materno 2. Lactente 3. Nutrição Infantil

Sumário

Apresentação 5

Introdução 6

Objetivos 8

Metodologia 8

Parte I - Políticas e Programas 9

Indicador 1 -Política Nacional de Aleitamento Materno, programas e coordenação de ações 9

Indicador 2 -Iniciativa Hospital Amigo da Criança –IHAC 16

Indicador 3 -Implementação do Código Internacional 24

Indicador 4 - Proteção da Maternidade 28

Indicador 5 -Sistemas de Cuidados de Saúde e de Nutrição..... 36

Indicador 6 - Apoio à Mãe e Alcance Comunitário - Apoio de base comunitária para a gestante e mãe que amamenta 41

Indicador 7 - Apoio Informado, Educação e Comunicação 46

Indicador 8 -Alimentação Infantil e HIV 51

Indicador 9 - Alimentação Infantil durante as emergências 54

Indicador 10 - Mecanismos ou Sistema de Monitoramento e Avaliação 57

Parte II – Indicadores de Práticas Alimentares de Lactentes e Crianças Pequenas 68

Indicador 11 - Início Precoce da Amamentação 68

Indicador 12 - A amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses. 71

Indicador 13 - A duração mediana da amamentação 72

Indicador 14 -Uso de mamadeira 73

Indicador 15 -A alimentação complementar 75

Resumo da Parte I: Políticas e Programas 77

Resumo da Parte II: Práticas alimentares de lactentes e crianças pequenas 84

Bibliografia 87

Apresentação

A OMS e o UNICEF desenvolveram em conjunto a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (EG) em 2002 visando reafirmar as quatro metas da Declaração de Innocenti de 1995 e outros novos objetivos. A EG identificou claramente a necessidade de praticar a "alimentação ótima" para reduzir a desnutrição e a pobreza. A EG se baseia num enfoque de direitos humanos e faz um chamado para que se desenvolvam políticas integrais para a alimentação de lactentes e de crianças pequenas. É um plano amplo e abrangente com múltiplas ações interligadas para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, seguido da amamentação concomitante a uma alimentação complementar adequada e apropriada a partir de alimentos locais, dos 6 meses até 2 anos ou mais.

Como e por que devemos monitorar a execução da Estratégia Global?

Para monitorar os efeitos das ações e levantar as lacunas de atuação ou de efeitos, faz-se necessário um sistema de monitoramento com avaliações sequenciais para o realinhamento ao plano inicial. A IBFAN (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar), um dos associados da WABA, lançou em 2004-2005 um sistema ativo para seguir, avaliar e monitorar a execução da EG. Esse sistema teve como base a "GLOPAR", metodologia idealizada pela WABA em 1993 para avaliar os objetivos da Declaração de Innocenti e a "Ferramenta para avaliar as práticas, políticas e programas nacionais sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas" lançada em 2003 pela OMS. A junção dessas duas metodologias deu origem à Iniciativa Mundial Sobre Tendências em Aleitamento Materno – (World Breastfeeding Trends Iniciative) ou WBTi. Portanto, a WBTi consiste numa pesquisa simples, participativa e orientada para a ação.

Segundo os dados da UNICEF de 2013, somente 39% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente.

De acordo com as avaliações da WBTi de 40 países, a maioria não conta com uma política efetiva de alimentação do lactente e da criança pequena, com propostas adequadas que permitam a sua execução. Para conseguir aumentar as taxas de aleitamento materno é importante avaliar as políticas e programas e desenvolver as ações pertinentes. Como forma de viabilizar tal iniciativa no Brasil, foi traduzido o questionário disponibilizado pela IBFAN Ásia em junho de 2011 para a coleta dos dados de pesquisa.

Introdução

O Brasil é um país de grande extensão territorial com diferenças e desigualdades regionais e sociais que impactam nas condições de vida e saúde da população. Com território de 8,5 milhões de quilômetros quadrados, o que representa 47% da América do Sul, e população estimada em 203.153.849 em 2014, caracteriza-se por ser uma república federativa com um sistema político composto por diversos partidos e três níveis autônomos de governo: governo federal, 26 estados, um distrito federal e 5.565 municípios. O país é governado pelo poder executivo – chefiado pelo presidente, pelo legislativo bicameral e pelo judiciário independente. Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo chamado Sistema Único de Saúde (SUS) que é uma politica de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania. Ele coexiste com um sistema de saúde suplementar baseado na oferta de seguros e planos de saúde e um sistema de saúde particular baseado no pagamento direto no ato de consumo do serviço. O SUS é baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e tem como objetivo prover a atenção integral, universal e gratuita para toda a população do país, considerando a promoção, prevenção e tratamento ,incluindo gestão descentralizada de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo. Na atualidade seu maior desafio é garantir seu adequado financiamento e atenção à saúde de forma universal e equitativa[1].

O país possui aproximadamente 3.500 hospitais que oferecem leitos de Maternidade, sendo os partos hospitalares mais de 95%, em que pese a região amazônica onde estes percentuais são bem menores devido a população indígena e ribeirinha.

No Brasil, temos como a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Básica que atualmente conta com mais 37.300 equipes de saúde da família e mais de 2.900 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atenção básica é desenvolvida de forma descentralizada e com alta capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa sua reorganização, como estratégia de expansão,

[1] Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. 2011;377(9779):11-31.

qualificação e consolidação do atendimento por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

O Brasil e sua posição na América Latina

OBJETIVOS

Geral

- Avaliar a execução da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância com a utilização de um instrumento especifico denominado WBTi – World Breastfeeding Trends Initiative – Iniciativa Mundial sobre as Tendências do Aleitamento Materno.

Específicos

A partir do instrumento WBTi:

- Avaliar os indicadores de práticas de alimentação infantil
- Avaliar as estratégias de ação, políticas e programas relacionados à alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.

Metodologia

Em resposta à iniciativa da IBFAN Ásia de criação e utilização dos instrumentos WBTi em mais de 50 países, decidiu-se na América Latina aplicar esse instrumento no Brasil: no período de março a setembro de 2014 foram coletadas e analisadas informações sobre amamentação e alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, considerando os critérios da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde.

Para a organização do trabalho foi realizado um seminário preparatório e formada uma equipe de profissionais representantes de diversas instituições convidadas especialmente para colaborar coma realização deste projeto: Ministério da Saúde, grupos de mães, entidades de classe, universidades e organizações civis, ocasião em que foram discutidos os indicadores, estabelecidas as fontes de informação e divisão de tarefas para a coleta de dados.

WBTi aplicado no Brasil - 2014

Parte I – Políticas, programas e estratégias de ação.

Essa parte é composta por um conjunto de 10 indicadores que avaliam cada objetivo da Declaração de Innocenti, somados aos objetivos adicionais da Estratégia Global.Para cada indicador existe uma pergunta chave e um subconjunto de perguntas, indicando ao final o estado de cada área investigada por meio de uma pontuação cujo máximo é 10.

Quando as informações sobre o indicador pesquisado são agrupadas, a pontuação relacionada ao objetivo em particular recebe uma determinada cor, de acordo com a tabela abaixo:

Pontuação	Código por Cor
0 – 3,9	**Vermelho**
4 – 6,9	**Amarelo**
7 – 9,0	**Azul**
Acima de 9	**Verde**

INDICADOR 1 – Política Nacional de Promoção ao Aleitamento Materno, programas e coordenação de ações.

Questão chave: *Existe uma política nacional de promoção ao aleitamento materno e de alimentação para a criança pequena que protege, promove e dá suporte para que seja atingida uma situação ótima de alimentação das crianças na primeira infância e essa política envolve programas financiados pelo poder público? Como é feita a coordenação dessas ações?*

Critérios	Respostas	Pontos
1.1 - A política nacional de promoção ao aleitamento materno e de alimentação para a criança pequena está oficialmente adotada e aprovada pelo Estado.	SIM	2/ 2
1.2 – A Política recomenda o aleitamento materno exclusivo para os primeiros 6 meses de vida e continuar a amamentação até pelo menos o segundo ano de vida, complementado com alimentos adequados a partir do sexto mês	SIM	2 / 2
1.3 – Existe um plano nacional de ação desenvolvido a partir da Política Nacional	SIM	2 / 2
1.4 – Existem recursos suficientes para este plano de ação	SIM	1 / 1
1.5 – Existe uma Comitê Nacional sobre Aleitamento Materno	SIM	1 / 1
1.6 – O Comitê Nacional sobre Aleitamento Materno (e alimentação complementar) se reúne periodicamente.	SIM	1 / 1
1.7 – O Comitê Nacional sobre Aleitamento Materno (e alimentação complementar) está interligado efetivamente com outros setores como Saúde, Nutrição, Informação.	SIM	0,5 / 0,5

1.8 – O Comitê Nacional sobre Aleitamento Materno é coordenado por um profissional capacitado e escolhido de forma clara e transparente.	SIM	0,5 / 0,5
Total		**10 / 10**

Comentários:

Depois de haver constatado uma imensa diminuição das práticas de aleitamento materno nas décadas de 1960 e 1970, as autoridades de saúde brasileiras compreenderam e entenderam a necessidade de criar um programa com o objetivo claro de diminuir o desmame precoce.

No final dos anos 1970, o responsável principal por essa atividade no país estava centralizado no INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – hoje inexistente. O presidente desse Instituto, Bertoldo Kruze de Arruda, participou, então, ativamente da discussão e elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

Em 1980, com importante apoio do UNICEF, o governo brasileiro começou a elaborar o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que foi lançado em 1981.

No mesmo ano, o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) realizou uma pesquisa em duas capitais importantes – São Paulo e Recife – para ter dados de "baseline" – sobre a situação de aleitamento materno antes do início do PNIAM.

O PNIAM foi lançado com um importante componente de mobilização social, presença de artistas, futebolistas etc. – e um vídeo em que a questão do custo-benefício dessa ação foi destacada, para sensibilizar gestores em todos os estados. Nos 27 estados e nas universidades incentivou-se a criação de comitês estaduais de AM, coordenados por um Comitê Nacional.

Na década de 1980 muitas ações são desenvolvidas intersetorialmente, com participação de vários Ministérios. São trabalhados em pequenos grupos a relação do aleitamento com: trabalho da mulher, comunidade, educação, promoção comercial/código, comunicação e materiais educativos, banco de leite, entre outros.

Em 1988 conseguiu-se aprovar na nova Constituição: 4 meses de licença maternidade e 5 dias de licença paternidade; conseguiu-se iniciar a elaboração do Código nacional, lançar Bancos de Leite Humano, ampliar os grupos de mães, apoiar a Pastoral da Criança, criar normas de alojamento conjunto etc.

A rede IBFAN participou ativamente do PNIAM desde o seu início e coordenou a elaboração do Código nacional chamado Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL).

No ano de 1990, quando a OMS e UNICEF realizaram o evento que levou à Declaração de Innocenti, a coordenação do INAN foi convidada para dar o depoimento do crescimento do PNIAM no país, e participou das decisões de Innocenti.

Na década de 1990 o país traduziu, adaptou e implementou todas as ações propostas internacionalmente pró-amamentação: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), curso de aconselhamento, de manejo clínico da lactação, de sensibilização para diretores de hospitais; além disso, fez-se a revisão da NBCAL – tornando-a mais forte; realizaram-se eventos pró-aleitamento a cada dois anos, Semana Mundial de Aleitamento Materno em conjunto com WABA e IBFAN. Com isso, o PNIAM consolidou-se dentro do Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, atual Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Varias equipes técnicas dedicam-se a essas atividades e realizam avaliação e relatório anual da gestão com um plano de ação para o ano seguinte. Com isso, o aleitamento materno conta com recursos alocados diretamente para essa ação ou programa.

Neste século, o PNIAM continuou com um Comitê Nacional e diversos assessores em todas as áreas afins.

De 2008/2009 em diante decide-se lançar ações mais concentradas na atenção básica, considerando a expansão da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ações como a Rede Amamenta Brasil (2008) e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS-2009), vieram promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, sendo coordenadas e executadas distintamente pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Em 2010, depois de uma atualização dos “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos” as ações em prol do aleitamento materno e da alimentação adequada e saudável de crianças menores de dois anos ganharam força.

Outra ação passou a ser somada às demais, para contemplar as mulheres trabalhadoras que amamentam – incentivando-se empresários e chefias a criarem salas de apoio à amamentação

dentro do local de trabalho, aderirem à licença maternidade de seis meses, e implementarem creches, conforme a lei.

Além do PNIAM, no Brasil, também temos a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que foi publicada no ano de 1999 e atualizada em 2011, integra os esforços do Estado Brasileiro, que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. A PNAN tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. O setor saúde tem importante papel na Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), na proteção e no apoio ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, compromissos expressos na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde, ambas do Ministério da Saúde (MS).

Em 2012, houve a junção da Rede Amamenta Brasil e da ENPACS, criando a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", agora sim com coordenação compartilhada entre as Coordenações Gerais de Saúde da Criança e Alimentação e Nutrição.

Quanto aos recursos financeiros para as ações de aleitamento materno no país, trata-se de um montante difícil de calcular, em quantidade menor do que necessitamos, embora se somem às ações realizadas pelo nível federal recursos àquelas realizadas por 27 estados e 5570 municípios do país. Existe uma heterogeneidade grande tanto nos municípios como nos estados quanto à importância dada às ações pró-aleitamento materno; por isso, qualquer estimativa global de custos do programa é superficial e não corresponde à realidade. Apenas no nível federal, o planejamento de custos para todas as ações a serem realizadas em 2015 e manutenção da equipe técnica (4 profissionais) foi estimado em R$5.466.000,00 ou US$2.376.521,70.

Em que pese existir efetivamente uma programa que se respalda numa Política Nacional de Aleitamento Materno esta não foi oficializada até o momento não tendo sido discutida e aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, câmaras técnicas do sistema de saúde brasileiro.

Ao observar as tendências do aleitamento materno no país, vê-se que:

Em 1975 uma em cada duas mulheres amamentava apenas até o segundo ou terceiro mês no Brasil.

Em 1999, uma em cada duas mulheres amamentava até cerca de dez meses.

Em 2006, uma em cada duas mulheres amamentava até cerca de 14 meses.

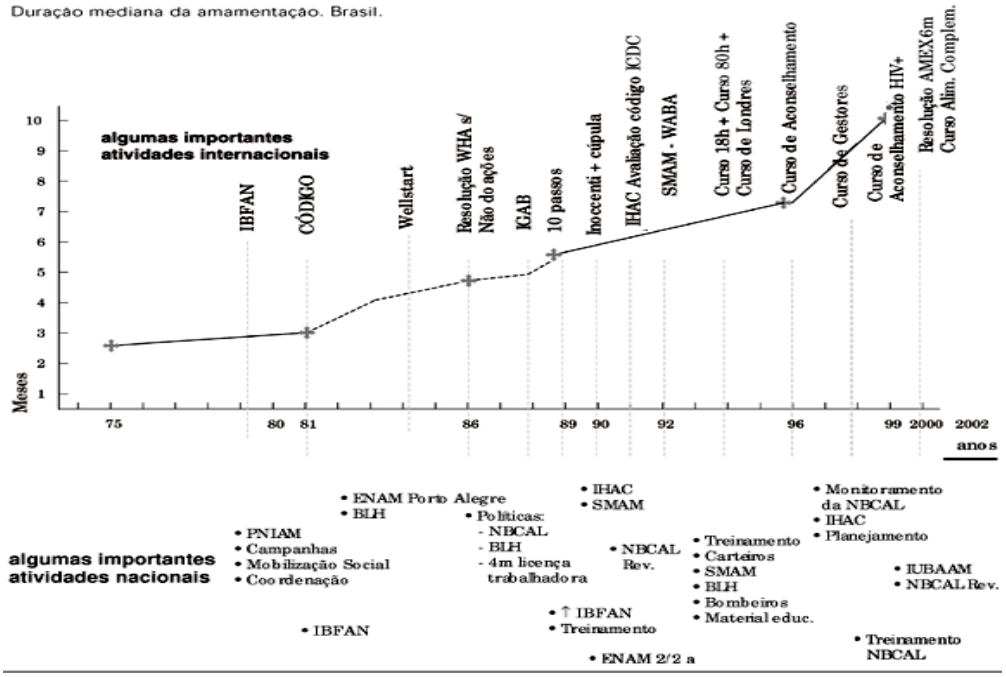
O Ministério da Saúde realizou em 1999 e 2008 pesquisas nacionais de prevalência de aleitamento materno realizadas nas capitais por meio de inquéritos nas campanhas de multivacinação. Em 2012 houve mudança no calendário vacinal, com alteração na faixa etária das crianças vacinadas, o que impossibilitou a continuidade da pesquisa através das campanhas de multivacinação. Com isso, houve a necessidade de buscar uma nova metodologia através de entrevistas telefônicas realizadas pela ouvidoria do MS a mulheres que ganharam seus bebês nas maternidades do SUS. Em 2014 iniciou-se a pesquisa piloto para validar a nova metodologia em 03 capitais (Rio de Janeiro, Recife e Brasília) e provavelmente em 2015 será ampliada para todas as capitais do Brasil, com a faixa etária de crianças menores de dois anos e inclusão da alimentação complementar saudável. Por outro lado, em 2016, espera-se aplicar a pesquisa de Demografia e Saúde(DHS), após 10 anos da última coleta.

No quadro a seguir[2] observa-se essa tendência de aumento, e destacam-se as políticas ou ações implementadas, nacionais e internacionais, que certamente levaram a essa melhoria dos indicadores de amamentação no país:

[2] REA MF .Cad. Saúde Pública vol.19 suppl.1 Rio de Janeiro 2003 – modifyed 2012

Figura 1

Duração mediana da amamentação. Brasil.



20h course
BFHI expanded

BF /lf net
in PHC
New BFHI
BFWW
6 m leave
BFHI comput.tool

Indicador 2 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC (Dez passos para o sucesso da amamentação)

Perguntas-chave:

2A) Qual a percentagem de hospitais e maternidades que foram designados "Amigo da Criança" com base nos critérios globais ou nacionais?

2B) Qual é o mecanismo de impulso dos treinamentos e da sustentabilidade da IHAC?

2C) Qual é a qualidade do programa de implementação da IHAC?

Histórico e Justificativas:

A Declaração de Innocenti solicita que todos os serviços de maternidade pratiquemos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno "estabelecidos na "Declaração de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de maternidade, uma declaração conjunta da OMS e UNICEF" (1989). O relatório do UNICEF de 1999 sobre o progresso da IHAC lista o número total de hospitais/maternidades de cada país e o número total que são "Amigos da Criança".

De acordo com o Passo2 dos "Dez Passos", todos os funcionários da maternidade devem ser treinados no manejo da lactação. O UNICEF e a OMS revisaram em 2008 todo o material da IHAC, que havia sido lançada em 1992, e recomendam que todos os profissionais recebam treinamentos de pelo menos 20 horas, sendo desejáveis treinamentos com maior número de horas. Vários países iniciaram ações em prol da IHAC e o seguimento da implantação até agora, mostrado principalmente em números e em relatórios, sugere que o retorno às rotinas anteriores acontece se as competências dos trabalhadores de saúde não são suficientemente aprimoradas. A Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância indica que a revitalização da IHAC é necessária e que sua reavaliação periódica também, para manter as diretrizes do programa e para contribuir com o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo. O sistema de informação para a IHAC tem foco nos aspectos quantitativos, qualitativos e em ambos. Ele olha as percentagens de hospitais e maternidades credenciados pela IHAC e também para a qualidade do programa, por exemplo, para os novos treinamentos qualificados para impulsionar a IHAC e como eles são monitorados e avaliados.

Fontes de informação: Legislação Nacional, Ministério da Saúde, Comitê Nacional de Aleitamento Materno.

Guia 2 A- Quantitativo

2.1 - 321 de 3.384 hospitais (tanto públicos quanto privados) e maternidades foram credenciados "Amigo da Criança" (9%)

Critério	Marque apenas um
0	0
0.1 - 7%	1
8 - 49%	**2**
50 - 89%	3
90 - 100%	4
Resultado quantitativo da IHAC encontrado	2 em 4

Guia 2 B - Qualitativo

Hospitais com treinamentos práticos dentro de um programa de manutenção da IHAC: 247 de 321 Hospitais credenciados na IHAC (após um treinamento mínimo recomendado de 18 horas para todos os funcionários que trabalham na maternidade.) 77%.

Critério	Marque apenas um
0	0
0.1-25%	1
26-50%	1.5
51 –75%	2.5
75% e mais	**3.5**
Pontuação encontrada	3.5 em 3.5

Guia 2 C- Qualitativo 4

Qualidade do Programa de Implementação da IHAC Critério	Marque o que se aplica
2.3 O programa da IHAC conta com o treinamento dos profissionais de saúde	0.5
2.4 Um sistema de monitoramento padrão está implementado	0.5
2.5 O sistema de avaliação conta com entrevistas com as mães	0.5
2.6 Os sistemas de reavaliação estão incorporados	0.5

nos planos nacionais	
2.7 Existe um programa (com cronograma) para aumentar o número de instituições Amigas da Criança no país.	0.5
Pontuação encontrada	2.5 em 2.5
Pontuação total 2 A + 2 B + 2 C	**(2+3.5+2.5) = 8.0**

Comentários:

Ações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – Desafios e Avanços

1- Habilitação de novos Hospitais Amigos da Criança

Desafios: Demora do processo de adequação dos hospitais para se habilitarem à IHAC e morosidade nas ações e implementação da IHAC pelos estados. O processo depende, em grande parte, de mudanças no processo de trabalho das equipes referente ao cumprimento dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e a NBCAL. As maiores dificuldades concentram-se na implementação do Passo 4.A enorme taxa de cesáreas no país, dado conhecido mundialmente, é um desafio à implantação das boas práticas de assistência ao parto e, necessariamente, deve colaborar para que os gestores de hospitais que ainda não são HAC se interessem por aderir à Iniciativa.

Avanços: Publicação da portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014, do Ministério da Saúde com inserção dos critérios: Cuidado Amigo da Mulher que correspondem às Boas Práticas de Parto e Nascimento, no atendimento ao parto normal, da OMS/ 1996, em que incluíram-se as seguintes práticas: a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto,

partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e, g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. Esses critérios estão em consonância com as Redes de Atenção à Saúde do Brasil, em especial à Rede Cegonha que visa intensificar a qualificação da assistência aos partos e estimular o parto normal, melhorando, dessa forma, as praticas relacionadas aos 10 Passos do Aleitamento Materno, principalmente o passo 4, que é o crítico no país. Espera-se com a inclusão dos cuidados amigos da mulher, conforme a portaria acima, a ampliação da participação dos hospitais privados para se capacitarem como HAC.

2- Avaliação interna e monitoramento online

Desafios: Falta de conhecimento dos gestores hospitalares referente ao processo de manutenção do título da IHAC fez com que a direção ou gerência determinasse um técnico recém-chegado ao hospital para ficar responsável pela autoavaliação e registro dos dados na ferramenta informatizada online, acrescido da alta rotatividade dos funcionários, foram fatores que contribuíram para as dificuldades na capacitação das equipes para o uso da ferramenta de monitoramento online para a realização da avaliação interna e monitoramento pelos hospitais. Esse fato provocou retrabalho para gestores estaduais, hospitalares e Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde-Brasil.

Avanços: O Ministério da Saúde, desde 2011, adotou uma estratégia de parceria com os coordenadores estaduais e municipais da Saúde da Criança para juntos e de forma intensiva apoiarem os gestores hospitalares, no sentido de definirem um profissional responsável pelo monitoramento anual. O resultado mostrou-se muito positivo, considerando que em 2011 a adesão pelos hospitais foi de 49%, seguido em 2012 para 85% e no ano de 2013 a maciça adesão de 97%. Neste último, 77% dos hospitais cumpriam o Passo 2 (referencia para a questão 2b acima). Atualmente existe obrigatoriedade dos hospitais em realizar o monitoramento anual.

3- Reavaliações externas (trienais)

Desafios: As Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde da Criança apontaram dificuldades para coordenarem o processo a cada três anos por falta de avaliadores disponíveis

para a realização das avaliações, bem como a impossibilidade de liberação de funcionários e da logística referente ao custeio de transporte e hospedagem/alimentação dos avaliadores, nos diversos municípios.

Avanços: Foi realizado um levantamento de cinco anos (2008-2012), referente à atualização das reavaliações trienais dos Hospitais Amigos da Criança, que demonstrou o seguinte resultado: dos 26 estados e Distrito Federal, apenas **cinco** realizaram 100% das reavaliações trienais, contrapondo com **sete** que não conseguiram realizar **nenhuma reavaliação**. Outros seis apontaram um percentual entre 0 e 40 % e os demais ficaram com índice de 41 a 89%. Apenas 8% dos HAC conseguiram cumprir integralmente os critérios estabelecidos na portaria anterior e, **somente 42% cumpriram os Dez Passos** para o Sucesso do Aleitamento Materno e a NBCAL**.**

Estratégias para potencialização dos avanços referente às reavaliações externas

- Artigo 11, § 10 da portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014 "as Secretarias de Saúde dos estados ou do Distrito Federal ficarão responsáveis pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem/alimentação do avaliador no município durante a realização da reavaliação".
- Reformulação do sistema informatizado de monitoramento e avaliações em todos os estágios de habilitação, inclusive da renovação trienal dos selos dos Hospitais Amigos da Criança do Brasil, que facilitará á CGSCAM o acompanhamento online das avaliações.

4- Formação dos recursos humanos

É considerada um dos principais eixos de sustentabilidade da IHAC, que tem como objetivo - preparar e fortalecer os avaliadores, os gestores hospitalares e suas equipes, para o processo de adesão e manutenção do selo de qualificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança- IHAC, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, principalmente da Rede Cegonha. A formação de recursos humanos deverá ser implementada por meio de oficinas/cursos de Manejo e Aconselhamento em Amamentação. Nos últimos meses de 2013 e 2014 foram realizadas cinco oficinas de aprimoramento para os avaliadores, com carga horária de 40 horas e metodologia

ativa, abrangendo todos os estados, proporcionalmente ao número de Hospitais Amigo da Criança nos territórios e ao número de hospitais com potencial para se habilitarem como IHAC.

- **Equipes das maternidades**

Desafios: sensibilização e definição dos gestores para a formação das equipes responsáveis pelas ações de implantação e/ou implementação da IHAC e das políticas referentes ao Cuidado Amigo da Mulher (boas práticas de parto) e Código; falta preocupação e preparo para responder às exigências das reavaliações trienais, que permitem aos hospitais revalidarem o selo de qualificação IHAC; e falta adesão de 100% ao processo de monitoramento.

Recomendações: Ampliação do número de capacitações para a equipe de multiplicadores no curso de 20 horas IHAC e ampliação da sensibilização de gestores.

- **Avaliadores**

Desafios: Queixas continuadas dos gestores públicos referente à falta de avaliadores nos estados fizeram com que diminuísse gradativamente as solicitações de avaliações globais.

Avanços: Formar e/ou atualizar avaliadores nos conteúdos referentes aos novos critérios de habilitação da IHAC (Portaria nº 1153 de 22 de maio de 2014):

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);

III - garantir 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, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e

IV - cumprir o critério global ***Cuidado Amigo da Mulher****, que requer as seguintes práticas:*

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

Parágrafo único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde.

Cuidado Amigo da Mulher em
Hospital Amigo da Criança

Indicador 3 - Implementação do Código Internacional

Pergunta-chave: O Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e subseqüentes resoluções da AMS estão em vigor e efetivamente implementadas? Alguma nova ação foi tomada para dar cumprimento às disposições do Código?

Histórico e Justificativas:

A "Declaração de Innocenti" apela para que todos os governos tomem medidas para implementar todos os artigos do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e as subsequentes resoluções da Assembleia Mundial de Saúde. O objetivo do Código é contribuir para a nutrição segura e adequada dos lactentes e crianças pequenas, por meio da proteção e promoção do aleitamento materno, assegurando o uso apropriado de substitutos do leite materno quando estes forem necessários, com base em informações adequadas e por meio do marketing e da distribuição apropriados. A "Situação do Código por País" editado pelo ICDC sobre o progresso dos países na implementação do Código fornece informações suficientes sobre as medidas tomadas.

Presume-se que as Nações tenham promulgado legislações, como um desdobramento dele. Muitas Resoluções subsequentes da Assembleia Mundial de Saúde, para fortalecer o Código

Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, foram adotadas desde então e têm o mesmo estatus que o Código, portanto também devem ser consideradas. A Estratégia Global clama para que se intensifique as ações deste objetivo. Segundo a OMS, 162 dos 191 Estados-Membros tomaram medidas para efetivar o Código e Resoluções subsequentes, mas o relatório do ICDC traz o fato de que apenas 32 países até agora têm legislações nacionais que cobrem o código totalmente. O ICDC usa critérios para avaliar o tipo de ação. O Código foi reafirmado pela Assembleia Mundial de Saúde várias vezes, enquantoque a implementação das resoluções tem considerado várias outras questões relacionadas com a alimentação infantil.

Fontes de informação: Legislação Nacional, IBFAN Brasil, Ministério da Saúde e ANVISA

Critérios	**Marque aquele que se aplica. Caso mais de um se aplique registre o maior**
3.1) Nenhuma medida tomada	
3.2) A melhor abordagem está sendo estudada	
3.3) Política nacional de aleitamento materno incorpora o Código todo ou em parte, mas não juridicamente vinculativo e, portanto, inexequível	
3.4)Medidas nacionais (para levar em conta outras medidas que a lei), aguardando a aprovação final	
3.5) Norma/circular administrativa implementando o Código na íntegra ou em parte, nas unidades de saúde com sanções administrativas	
3.6) Alguns artigos do Código como medida voluntária	
3.7) Código como medida voluntária	
3.8) Alguns artigos do Código como lei	
3.9) Todos os artigos do Código como lei	SIM
3.10) Todos os artigos do Código como lei, controlados e aplicados	
Pontuação Total	**8**

Comentários:

O Brasil, seguindo a recomendação da AMS de 1981, aprovou em 1988 a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), publicada como Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Treinamentos regionais realizados em todo o país dirigidos a técnicos da Vigilância Sanitária não foram efetivos em gerar fiscalização permanente e sanções aos infratores. Um dos argumentos seria a existência de muitos artigos que dependiam de interpretação subjetiva e, portanto, de difícil aplicação prática. Em consequência realizou-se a primeira revisão da NBCAL em 1992, publicada como Resolução 31/92 do CNS e, novamente, em 2000-2001.

A versão final foi publicada em três documentos: Portaria Ministerial 2051 (PT/MS 2051) de novembro de 2001, a RDC 221 e a RDC 222, ambas publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em agosto de 2002. Em 04 de janeiro de 2006 foi publicada a Lei nº 11.265 que tem como objetivo contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância por intermédio da regulamentação da promoção comercial e o do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, além de bicos, chupetas e mamadeiras. Apesar de este tema ser regulado pela ANVISA por meio das Resoluções citadas anteriormente esperava-se que sua publicação fortalecesse ainda mais as ações de proteção ao aleitamento materno. Entretanto, aguardamos o decreto de *regulamentação* da Lei 11265/2006 pelo poder executivo a fim de possibilitar a sua efetiva aplicação. Isto justifica a pontuação acima (score 9).

No ano de 2006 a ANVISA realizou um monitoramento nacional, com o auxilio da IBFAN nos treinamentos de inspetores sanitários e nutricionistas que aplicaram a coleta de dados em todos os estados. Seus resultados foram bastante sérios, com muitas violações identificadas.

Anualmente, desde a aprovação da primeira versão da NBCAL (1988), a Rede IBFAN realiza treinamentos nacionais de capacitação em monitoramento a fim de criar consciência em cidadãos e profissionais que trabalham em prol da amamentação e da saúde infantil, para que incorporem a prática do monitoramento contínuo, fomentando o cumprimento integral às legislações citadas acima. Cada infração identificada é documentada e enviada notificação à empresa violadora e a ANVISA, além de ser publicado o resultado na mídia. O monitoramento visa ainda, identificar quais são os obstáculos em cumprir as legislações e incentivar as autoridades competentes a tomar decisões de longo prazo. A experiência tem demonstrado

que os esforços em treinar equipes e monitorar as estratégias de marketing, por parte da sociedade civil organizada, são decisivos para a mudança nas práticas comerciais dos fabricantes de alimentos infantis, bicos, chupetas e mamadeiras. Entretanto, os resultados de monitoramentos revelam que persistem as violações o que reafirma a necessidade de estarmos atentos para denunciar práticas abusivas e para divulgar e exigir que os dispositivos da NBCAL e da Lei 11.265/2006 sejam cumpridos integralmente.

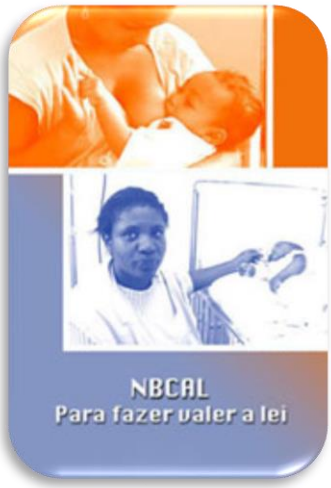
Este ano o Ministério da Saúde promoveu em parceria com a ANVISA e IBFAN duas oficinas macrorregionais sobre a NBCAL e Lei 11.265/06 com participação de todos os estados. Foram treinados multiplicadores das Secretárias Estaduais de Saúde - SES e Vigilância Sanitária Estadual para atuarem no monitoramento em parceria com a sociedade civil. Foi elaborado um caderno de orientação para realização de oficinas nos estados.

O último Monitoramento da NBCAL realizado foi em 2013 e publicado, podendo seu resultado ser acessado no site www.ibfan.org.br. Neste ano, 2014, novo monitoramento está em fase de análise e notificação.

PRODUTOS COBERTOS PELA NBCAL E LEI 11265/2006:

- **Fórmulas infantis para lactentes**
- **Fórmulas infantis de seguimento para lactentes**
- **Fórmulas para crianças de primeira infância**
- **Fórmula de nutrientes para recém nascidos de alto risco**
- **Alimentos de transição e alimentos à base de cereais**
- **Leites fluidos, leites em pó e similares de origem vegetal**
- **Bicos, chupetas e mamadeiras**

Cartilha sobre a NBCAL e Lei 11.265/06



DVD sobre a NBCAL e Lei 11.265/06

Indicador 4 - Proteção da Maternidade

Pergunta-chave: Há legislação e/ou outras medidas (políticas, regulamentos, práticas) que atendam ou excedam os padrões da Organização Internacional do Trabalho (OIT) para proteger e apoiar o aleitamento materno para as mães, incluindo as mães que trabalham no setor informal?

Histórico e Justificativa

As Declarações de Innocenti (1999, 2005) e a Estratégia Global (2002) atentam para disposição de uma legislação criativa para proteger os direitos de amamentação das mulheres trabalhadoras e um maior acompanhamento da sua aplicação de acordo com a Convenção da Protecção da Maternidade da OIT n º 183, 2000 e Recomendação 191. A Convenção da Protecção da Maternidade da OIT n º 183 especifica que as trabalhadoras devem receber:

- Proteção da saúde, proteção do emprego e da não discriminação das trabalhadoras grávidas e lactantes
- Pelo menos 14 semanas de licença - maternidade por nascimento,paga.
- Um ou mais intervalos diários remunerados para o aleitamento materno ou a redução diária das horas de trabalho para amamentar.

Além disso, a Recomendação 191 encoraja que devem ser criadas instalações para a amamentação no local de trabalho ou perto dele.

O conceito de protecção à maternidade envolve 7 aspectos: 1) o escopo (em termos de quem é coberto); 2) a saída (duração, a partir de quando, antes ou após o parto, se a licença é obrigatória); a quantidade da remuneração da licença e por quem é pago - empregador ou governo; 3) benefícios em dinheiro e médicos; 4) intervalos para amamentação; 5) instalações para amamentação; 6) proteção da saúde para a mulher grávida e lactante e para seu bebê; 7) proteção do emprego e não discriminação.

Apenas um limitado número de países ratificaram C183, mas pouquíssimos ratificaram a C103 e/ou têm legislação e práticas nacionais que são mais fortes do que as disposições de quaisquer das Convenções da OIT.

A Protecção da Maternidade para todas as mulheres implica que as mulheres que trabalham na economia informal devem também ser protegidos. A Declaração de Innocenti de 2005 pede atenção urgente às necessidades especiais das mulheres do sector não formal.

Uma proteção da maternidade adequada também reconhece o papel do pai nos cuidados e, portanto, a necessidade da licença - paternidade.

Fontes de informação: Legislação trabalhista, Ministério da Saúde, IBFAN Brasil

Critérios	Pontuação **Marque aquele que se aplica**
4.1) Para mulheres cobertas pela legislação nacional são permitidas as seguintes semanas de licença maternidade remunerada a. Qualquer licença menor que 14 semanas - 0,5 (ponto) b. 14 a 17 semanas - 1 (ponto) c. 18 a 25 semanas - 1.5 (ponto) d. 26 semanas ou mais - 2 (ponto)	0 - 2 **(1,5)**
4.2) Para mulheres cobertas pela legislação nacional, estão autorizados, pelo menos, um intervalo para amamentação ou redução de horas de trabalho diário. a. Intervalo não remunerado - 0,5 (ponto) **b. Intervalo remunerado - 1 (ponto)**	0 –**1**
4.3) Legislação obriga os empregadores de mulheres, do setor privado no país, a dar pelo menos 14 semanas pagas de licença maternidade.	0 -**1**
4.4)Há disposição na legislação nacional que prevê acomodação para amamentação no local de trabalho e /ou creches nos locais de trabalho no setor formal.	0 -**1**
4.5) Para mulheres no setor informal são: **a. concedidas algumas medidas de proteção - 0,5 (ponto)** **b. concedida a mesma proteção que as mulheres que trabalham no setor formal - 1 (ponto)**	**0**-1
4.6) **a. Informações sobre as leis de proteção da maternidade, regulamentos ou políticas são disponibilizados para os trabalhadores. - 0,5 (ponto)** **b. Há um sistema de vigilância do cumprimento e uma maneira para que os trabalhadores reclamem se seus direitos não forem fornecidos. - 0,5 (ponto)Os sindicatos e o Justiça do trabalho.**	0-**1**
4.7) A licença-paternidade é concedida no setor público por pelo menos 3 dias. É de 5 dias	**0,5**
4.8) A licença-paternidade é concedida no setor privado por pelo menos 3 dias. É de 5 dias	**0,5**

4.9) Há uma legislação que preveja a proteção da saúde das mulheres grávidas e lactantes que trabalham: elas são informadas sobre as condições de risco no local de trabalho e é fornecido trabalho alternativo no mesmo salário até que não estejam mais grávidas ou amamentando.	**0,5**
4.10) Existe legislação proibindo a discriminação no emprego e assegurando a proteção do emprego para as mulheres trabalhadoras durante o período de amamentação.	**0,5**
4.11) OIT MPC n º 183 foi ratificada, ou o país tem uma lei nacional igual ou mais forte do que C183. **O Brasil não ratificou a OIT MPC183, mas tem lei mais forte do que C 183**	**0,5**
4.12)O MPC n º 183 da OIT foi promulgado, ou o país promulgou disposições iguais ou mais fortes do C183.	**0,5**
Pontuação total	**8,5/10**

Comentários:

A mulher, atualmente em nosso país, vem exercendo, cada vez mais, o papel de chefe de família. A maior parte das trabalhadoras mulheres do pais está no setor INFORMAL, sem direitos e benefícios trabalhistas. Dentro do mercado formal, a maior parte das mulheres tem emprego domestico, onde a relação de trabalho é com uma só patroa, em geral, que deve seguir os preceitos da legislação; no entanto, no caso da doméstica-mãe, não há estudos que mostrem se estes preceitos são cumpridos ou se há uma negociação, onde, certamente a trabalhadora tem o papel mais fraco.

A instabilidade do mercado de trabalho exige disponibilidade da mulher/mãe em seu emprego, competindo com os homens no mercado. Os profissionais tem a responsabilidade de orientá-la quanto aos seus direitos de cidadania quando no emprego formal (creche, disponibilidade de horário para amamentar, licença- maternidade e paternidade), como exercer o seu papel de mãe / nutriz e como manter a amamentação, mesmo exercendo atividades fora do lar. Diante das dificuldades em manter a amamentação e trabalhar fora do lar, é o seu empenho que garante a amamentação.

A proteção à maternidade já se observava na velha civilização Assírio- Babilônica 3.000 anos antes de Cristo. No código Hamurabi, gravado na pedra hoje guardada no Museu do Louvre, em Paris, ao lado de medidas selvagens se cogitavam de ideias beneméritas, tais como a proteção das gestantes e ao amparo dos órfãos. Nos tempos de Moises crescem os cuidados

pelas crianças. Assim o Velho Testamento recomendava que se cercassem de grandes cuidados e de toda a proteção à gestante e o recém-nascido.

Já em 1819 encontra-se no Brasil, alguma preocupação nos textos legais no sentido de dar assistência especial a mulher trabalhadora no período reprodutivo. Assim, lê-se em texto da Assembleia Constituinte: "... a escrava durante a prenhez e passado o terceiro mês não será forçada a serviços violentos. No oitavo mês será ocupada somente na casa: e passado este, durante um ano, não trabalhará longe da cria...".

Em 1891 regulamenta-se o trabalho de menores e mulheres nas fábricas. Em 1901, o médico Moncorvo Filho apontou a inadequação das instituições vigentes, e também indagou: "...quais as leis que possuímos para proteger, na gravidez, a mulher na indústria? E as leis que entre nós garantem a vida e a saúde dos pequeninos recém-nascidos?..."

A cidade de São Paulo, com maior numero de industrias do pais, em 1917 proíbe nas fábricas e manufaturas o trabalho das gestantes nas quatro semanas antes do parto e nas quatro seguintes ao parto, mas, sob protesto das indústrias isto não foi posto em execução. Em 1918, em Recife, Fernandes Figueira apresentou sugestões de regulamentação das amas-de-leite e para a situação das operárias mulheres e crianças na indústria. Este, de fato como Secretaria da Saúde de Pernambuco realizou uma gestão exemplar"... implantando organização modelar de assistência à infância, com a fundação de Postos de Higiene Infantil, de creches distritais e conseguindo dos industriais a criação de creches nas fábricas".

Em 1923, aprova-se regulamento nacional sobre os serviços das operárias durante o período da gestação e seu trabalho nas fábricas. As fábricas além de permitirem o repouso trinta dias antes e trinta dias após o parto deverão instalar "salas de amamentação" ou creche para que as mães possam amamentar os seus filhos, próxima ao local de trabalho, nas quais as mães, duas a três vezes, em intervalos regulares, amamentem seus filhos A parte referente às obrigações dos donos das fábricas provocou protesto destas, e a documentação mostra que tal regulamento não se cumpriu.

Nova tentativa nacional realizada em 1932 regulamenta as condições de trabalho das mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais: proíbe o trabalho da mulher, em geral, nos serviços insalubres e perigosos; refere que o período de afastamento de mulheres grávidas que trabalhem em estabelecimentos industriais e comerciais públicos ou particulares deveria ser de quatro semanas antes e quatro após o parto. Mostra a necessidade de a mulher

informar ao empregador o período de afastamento, isentando o empregador de suas responsabilidades. Em casos excepcionais as quatro semanas antes e depois do parto poderão ser aumentadas até o limite de duas semanas cada um em casos excepcionais comprovadas por atestado médico. *A mulher que amamenta o próprio filho terá direito a dois descansos diários especiais de meia hora cada um durante os seis meses que se seguem ao parto*. E acrescenta: os estabelecimentos em que trabalharem pelo menos 30 mulheres com mais de dezesseis anos de idade, terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos *em período de amamentação.* Novo Decreto em 1935 modifica o de 1932 e estabelece o período de repouso de seis semanas antes e seis semanas depois do parto.

Como se nota acima, houve vários avanços na legislação trabalhista de proteção à Maternidade que antecedem a Convenção 103, da OIT, de 1952.

Nos anos 50 no Brasil, aprova-se a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Sobre CRECHES, o artigo 389, inciso IV, parágrafo I, indica que:*"...os estabelecimentos em que trabalhem pelo menos 30 (trinta) mulheres com mais de 16 (dezesseis) anos de idade terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação".*

Sobre AMAMENTAÇÃO, o artigo 396 refere: *"...para amamentar o próprio filho até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais de meia hora cada um".*

O parágrafo único deste artigo indica que quando o exigir a saúde do filho, o período de seis meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

Sobre um ESPAÇO DENTRO DO LOCALDE TRABALHO PARA AMAMENTAR, o artigo 400 estabelece: *que os locais destinados à guarda dos filhos durante o período de amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária*. Entretanto, em 1967 foi alterada a CLT e o decreto-lei 229 passou a autorizar *creches distritais* mantidas, diretamente ou mediante convênios com outras entidades. Nova alteração realizada depois, passa a permitir o reembolso-creche.

Somente em 1966 o Brasil ratificou a Convenção 103 da OIT em 1952. Por este texto internacional, as mulheres foram legalmente autorizadas a *interromper o trabalho para*

amamentar, sendo que esses intervalos deveriam ser computados como horas trabalhadas e remuneradas como tais.

A Constituição Brasileira de 1988 amplia as conquistas para a mulher que está protegida pelo regime CLT*: a licença maternidade passa a ser de 4 meses, podendo ser tirada toda ela após o nascimento do bebê; e aprova-se a licença paternidade de 5 dias*.

O Brasil vota a favor da Convenção 183 da OIT no ano 2001, mas esta não foi ainda ratificada pelo país, que oferece benefícios maiores do que está proposto nessa Convenção (apenas 14 semanas de licença maternidade).

LEI 11770/2008: 6 MESES DE LICENÇA MATERNIDADE: Na iniciativa privada, a partir de 2010, as empresas que desejarem poderão também estender às suas funcionárias o benefício de 6 meses de licença maternidade, em troca de ressarcimento integral em impostos federais (dos dois meses a mais, além dos quatro já estabelecidos pela Constituição) – neste caso, a empresa deve aderir junto à Receita Federal em um programa chamado Empresa Cidadã; o pagamento mensal é feito pelas empresas, que o deduzem de contribuições a pagar à Previdência. A trabalhadora licenciada não pode exercer atividade remunerada no período. O benefício vale para quem adotar um filho (varia de 30 a 120 dias, dependendo da idade da criança). A empresa poderá deduzir de impostos federais o total da remuneração integral da empregada. A regra vale também para empresas optantes pela declaração simples; a regra não vale para entidades filantrópicas.

A conquista visa proporcionar um começo de vida saudável, com a presença e os cuidados maternos, ambiente afetivo adequado e nutrição ideal, por meio do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

Em 2010 o PNIAM deu inicio a uma ação de apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) que consiste em implementar 3 eixos:

1) a Licença maternidade de 6 meses (busca de maior adesão entre as empresas);

2) as creches no local de trabalho (busca de adesão das empresas que devem cumprir a Lei e não o fazem); e

3) Sala de Apoio à Amamentação – um local apropriado e regulado pela Vigilância Sanitária para extração, armazenamento do leite materno dentro do local de trabalho e posterior transporte à moradia.

Foram criadas Normas Técnicas para isso e iniciou-se a sensibilização e capacitação de profissionais para atuarem junto as empresas e entidades publicas, tendo-se atingido, em quase 4 anos de atuação, quase todas as 27 capitais do pais, formando mais de 400 tutores para atuar nesse tema.

Cartaz da Campanha

Indicador 5 - Sistemas de Cuidados de Saúde e deNutrição

Uma alimentação infantil ótima inclui o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e continuado por dois anos ou mais, e com alimentação complementar adequada e apropriada a partir dos seis meses.

Pergunta-chave: Os trabalhadores que prestam cuidados nestes sistemas são submetidos a um treinamento prático e seu currículo de educação pré-trabalho dá ênfase à alimentação infantil ótima? Esses serviços apoiam a mãe e práticas amigáveis de amamentação ao nascimento? As políticas dos serviços de cuidados à saúde apoiam as mães e crianças? E as responsabilidades dos trabalhadores da saúde relativas ao Código estão em vigor?

Histórico e Justificativa:

A Estratégia Global indica claramente como atingir suas metas e a melhoria desses serviços é fundamental para isso. Foi documentado que o currículo dos prestadores de serviço é fraco nesta questão. E também é visto que muitos destes trabalhadores de saúde e nutrição não têm habilidades adequadas para o aconselhamento da alimentação de lactentes e crianças pequenas, o que é essencial para o sucesso do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.

Idealmente, os novos graduados de programas de cuidados de saúde devem ser capazes de promover as práticas ótimas de alimentação de lactentes e crianças pequenas desde o início de suas carreiras. Todos os cuidadores que interagem com as mães e seus filhos pequenos devem ter as posturas básicas, os conhecimentos e habilidades necessários para integrar o aconselhamento em amamentação e o manejo da lactação e alimentação de lactentes e crianças pequenas com seus cuidados. Esses tópicos podem ser agregrados de várias formas, durante a formação e o trabalho. Portanto, o programa inteiro deve ser revisto para avaliar isso.

Fontes de informação: Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina, nutrição e enfermgem, Docentes de universidades públicas e privadas, Ministério da Saúde, ABENFO

Critérios	Adequado	Inadequado	Não se aplica
5.1)Uma revisão do ensino dos profissionais de saúde e dos , programas de educação pré-serviço no país indica que o currículo	2	**1**	0

sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas, ou o plano de sessões são adequados ou inadequados.			
5.2) As normas e diretrizes dos procedimentos de parto amigo da mãe e de apoio foram desenvolvidas e disseminadas para todos os setores e pessoal que prestam cuidados da maternidade.	2	**1**	0
5.3)Existem programas de formação em serviço que proporcionam o conhecimento e as competências relacionadas com a alimentação de lactentes e crianças pequenas para os provedores de cuidados de saúde ou nutrição.	**2**	1	0
5.4) Os profissionais de saúde são treinados sobre suas responsabilidades na implementação do Código, como um insumo fundamental.	1	0,5	**0**
5.5) O conteúdo sobre alimentação infantil e as habilidades relacionadas são integrados, conforme apropriado, aos programas de treinamento com foco em temas relevantes (doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, AIDPI, a puericultura, planejamento familiar, nutrição, Código, HIV / AIDS, etc)	1	**0,5**	0
5.6)Estes treinamentos em serviço estão sendo disseminados por todo o país.	**1**	0,5	0
5.7) As políticas de saúde infantil promovem que as mães e bebês fiquem juntos, quando um deles está doente.	**1**	0,5	0
Pontuação total	**6,5/10**		

Comentários:

Quanto à formação de profissionais de saúde as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição apontam para a formação de competências para atuação em nível individual e coletivo para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde em todos os ciclos de vida incluindo a saúde do homem, da mulher e da criança. Contudo, nenhuma das três DCN traz o Aleitamento Materno e a Alimentação Completar, de forma explícita, como itens de constituição dos currículos de formação profissional.

"Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar *aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo*. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os

profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;"

"Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;"

Neste artigo também é abordada a habilidade de atuação em atendimentos básicos.

Também é colocada a habilidade de buscar conhecimento científico.

Planejar e implementar *programas de educação e promoção à saúde*, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

Conhecimento dos processos fisiológicos e nutricionais dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas e desportivas, relacionando o meio econômico, social e ambiental;

No artigo 6º que fala dos conteúdos essenciais para curso de graduação em **nutrição:**

Conhecimento dos processos fisiológicos e nutricionais dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas e desportivas, relacionando o meio econômico, social e ambiental.

De fato, o que se sabe por testemunha de ex-alunos dos cursos da área de Saúde celebrados no país é que o tema aleitamento materno e alimentação complementar é pouco abordado. Em estudo realizado pela OPAS no inicio dos anos 90, em escolas de três capitais mais influentes na formação profissional – Rio de Janeiro, São Paulo e Recife – constatou-se a baixa quantidade de horas dedicadas ao ensino deste tema e, complementarmente, a ausência de textos de consulta atualizados frente às recomendações da OMS. Por outro lado, declarações de ex-alunos quanto à presença de representantes de indústrias de formulas infantis nessas escolas continuam ocorrendo, em que pese a existência de um Código nacional (NBCAL), que traz em um de seus artigos a proibição da atuação dessas industrias no ensino. A NBCAL não faz parte do currículo de formação das escolas de saúde do país, exceto em casos de exceção, onde, alguns dos professores são sensíveis e conhecem a Norma, chegando até a haver casos

de professores membros da IBFAN Brasil que fazem aulas práticas de monitoramento da NBCAL com os alunos.

Quanto ao conjunto de práticas que constituem o que se denomina de Cuidados Amigo da Mãe compreende-se que atende as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, recomendadas na estratégia da Rede Cegonha (iniciada em 2010). As boas práticas incluem a garantia de acompanhante à gestante, respeito à privacidade da mulher e à liberdade de movimentar-se e alimentar-se durante o trabalho de parto e de escolha da posição do parto. Além disso, possibilitam a redução do uso rotineiro de intervenções desnecessárias, como a realização de cesariana sem indicação precisa. O propósito é incentivar a humanização do parto e do nascimento entre mães e bebês. Trata-se, portanto, de mais um dispositivo visando a reorganização das necessidades de saúde, nesse caso, das mulheres seus bebês e famílias, bem como a reafirmação pelo Governo brasileiro de políticas públicas destinadas às mulheres e recém-nascidos, no âmbito da atenção ao parto e nascimentos saudáveis e início da amamentação bem sucedida. No entanto, no contexto brasileiro, observa-se ainda a persistência de maus indicadores, tanto maternos, quanto perinatais.

Em consequência deste quadro, pode-se destacar a precariedade da atenção obstétrica que resulta nas altas taxas de cesarianas, que atualmente ultrapassam a 50%, como média, considerando os sistema de saúde público e suplementar; nesse último, chegando a taxas alarmantes, ultrapassando em alguns serviços, 90%; o índice excessivo de intervenções desnecessárias e, muitas, vezes prejudiciais às mulheres e seus bebês, que têm como resultado uma má assistência e insatisfação das usuárias, tanto nos serviços públicos, quanto privados, além de um fenômeno que vem sendo propagado na mídia e pelo movimento de humanização da assistência ao parto, a violência obstétrica, que se configura em um tipo de violência contra a mulher.

Assim, no que tange a uma assistência de qualidade baseada em evidências científicas atuais, nos princípios da humanização e nos pressupostos que consideram os direitos humanos, isto tudo ainda está por acontecer, sobretudo considerando que o Brasil apresenta dimensões geográficas continentais e com reconhecidas desigualdades regionais. Vale notar que durante muitos anos o PNIAM tentou dentro da ação IHAC, incluir a questão da diminuição de taxas de cesáreas como um critério de acreditação para o Hospital ser cadastrado como HAC, sem sucesso. Como já mencionado no Indicador referente à IHAC, em 2014 esta proposta foi

colocado novamente, qual seja, a inclusão agora dos Critérios Amigos da Mulher (entre os quais a não realização de cesáreas desnecessárias).

Quanto aos programas de formação em serviço e conteúdos sobre alimentação infantil e as habilidades de aconselhamento sobre a alimentação do lactente nos primeiros 2 anos de vida além de compor os curriculos das escolas de graduação e pós graduação das escolas que formam profissionais da saúde, deveriam fazer parte das capacitações nas admissões dos serviços, que atuam na área materno infantil. Nas capacitações existentes no programa nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança e AM, há abordagem crítico reflexiva como no AIDIPI NEONATAL, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Método Canguru, Curso de Manejo da lactação e CURSO sobre Banco de Leite Humano. Mas este temas relacionadasnão são integrados, de forma apropriada, aos programas de capacitação com foco em temas relevantesmas não parte do organograma do PNIAM, como osabordados na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Familia, planejamento familiar, HIV / AIDS.

Indicador 6 - Apoio à Mulher/Mãe e Alcance Comunitário - Apoio de base comunitária para a gestante e mãe que amamenta

Pergunta-chave: Há suporte à mãe e sistemas de alcance comunitário para proteger, promover e apoiar a alimentação ótima de lactentes e crianças pequenas?

Histórico e justificativas:

O apoio de base comunitária para as mulheres é essencial para o sucesso da prática de aleitamento materno ótimo. O Passo 10da IHACea Estratégia Global, que incluem o apoio à mãe e o apoio dos pares,reconhecem essa necessidade. O *Apoio àMãe*, comodefinido pela*Iniciativa Globalde Apoio às Mães* é“**qualquer apoio fornecido para as mães com o intuito de melhorar as práticas de amamentação para ambos, mãe e bebê**.As mulheresprecisam do apoio das políticas de saúde pública baseadas em evidências, dos prestadores de saúde, dos empregadores, amigos, família, comunidade e, particularmente,de outras mulherese mães.”

O apoio da mãe é frequentemente visto como “de mulher para mulher” (ou, mais comumente “de mãe para mãe”), mas geralmente abrange informações precisas e oportunas paraajudar a mulher aconstruir sua confiança; boas recomendações baseadas empesquisas avançadas;

cuidados compreensivos antes, durante e após o parto; empatia e escuta ativa, assistência e orientação prática. Ele também inclui suporte e aconselhamento pelos profissionais de saúde. Vários serviços de alcance comunitário também podem ajudar as mulheres na alimentação ótima de lactentes e crianças pequenas.

As atividades nesse contexto incluem apoio de mulher para mulher, individual ou em grupo, visitas domiciliares ou outras medidas de apoio localmente relevantes e atividades que garantam que a mulher tenha acesso à informação, assistência e serviços de aconselhamento adequados, solidários e respeitosos.

O apoio à mãe, reforçado pelo alcance comunitário (ou apoio baseado na comunidade), tem se mostrado útil em todas as situações para garantir a amamentaçãoexclusiva nos primeirosseismeses e continuar amamentando, com alimentos complementares apropriados e locais, até 2 anos ou mais. É preciso haver uma revisão e avaliação dos sistemas de apoio comunitário existentes, especialmente para oferecer aconselhamento em alimentação de lactentes e crianças pequenas. Mulheres que tem seus filhos em um hospital precisam da continuidade do apoio em casa e na comunidade, com suporte para todos os membros da família, incluindo o pai e a avó do bebê.

Fontes de informação: Grupos de apoio às mães (Matrice, Amigas do Peito, La Leche League), IBFAN Brasil, Ministério da Saúde (CGAN)

Critérios	Pontuação **Marque aquele que se aplica**		
	SIM	Até certo ponto	Não
6.1 Todas as gestantes têm acesso aos sistemas comunitários de apoio e serviços que fornecem orientações sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas.	**2**		
6.2 Todas as mulheres têm acesso ao apoio para alimentação ótima de lactentes e crianças pequenas, após o nascimento.		**1**	

6.3 Os serviços de apoio para lactentes e crianças pequenas têm cobertura nacional.	**2**	
6.4 Os serviços comunitários de apoio à gestantes e mães lactantes são integrados às estratégias de saúde e desenvolvimento dos lactentes e crianças pequenas? (inter-setorial e intra-setorial).		**1**
6.5 Os voluntários da comunidade e os trabalhadores em saúde possuem informações corretas e são treinados em habilidades de aconselhamento para alimentação de lactentes e crianças pequenas.		**1**
Pontuação total	**7/10**	

Comentários:

Os dados apresentados neste indicador corroboram o que foi apontado no Indicador 5, ou seja, mulheres participantes de grupos de mães que atuam com mulheres de classe média e universitárias apontam uma incongruência entre o discurso e a prática do manejo do aleitamento materno. Elas afirmam que não há uniformidade nas informações e orientações fornecidas no sistema de saúde, tanto no sistema privado como no público. Além disso, há uma baixa cobertura de cursos de aconselhamento em aleitamento materno para os profissionais de saude; e,quanto aosque atuam na rede privada, sua formação periódica em serviço acaba por ser feita em congressos patrocinados pela indústria de fórmulas infantis, bicos, chupetas e mamadeiras.

No contexto da atenção básica, temos uma grande potencialidade de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentaçao compelementar saudável, por meio da Estratégia Saúde da Familia, que conta com uma equipe formada minimamente por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, médico e agente comunitário de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, ocirurgião dentista, técnico e/ou auxiliar em saúde bucal; da Estratégia de Agentes Comunitários; do Núcleo de Apoio à Saúde da Familia; e das equipes de atenção básica para populações específicas (como as equipes do consultório de rua, equipes de saúde da família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Mato-Grossense, equipes de saúde prisional). Todas essas equipes tem como princípios e diretrizes a realização de ações individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Apesar disso, ainda é deficitários

a compreensão e atuação destes quanto a temática. Assim, a qualificação dos mesmos é fundamental para a expansão e fortalecimentos das ações voltadas a saúde materno infantil.

A retaguarda governamental para a formação de grupo de mulheres para o apoio comunitário conforme o Passo 10 da IHAC tem sido discutido nos planos de ação da EAAB disseminados por todo o país.

São órgãos disponíveis e confiáveis para a mulher que busca apoio, mas em número insuficiente.

Existe um extenso programa da Igreja Católica denominado Pastoral da Criança, que realiza visitas domiciliares a gestantes e mães de bebês pequenos. Existem grupos comunitários também ligados a instituições, como por exemplo o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) em Recife – Pernambuco.

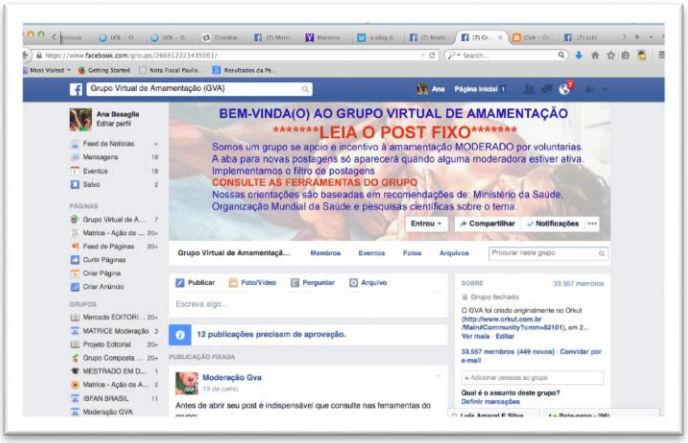
Grupos de mães de classe média e universitárias:

Desde a década de 80 existe no Rio de Janeiro o Grupo **AMIGAS DO PEITO,** onde, uma das iniciadoras foi a atriz Bibi Voguel. Estiveram presentes nos esforços em aumentar a licença maternidade e defender o alojamento conjunto; na luta pela licença paternidade; nas ações junto com o antigo INAN/MS como integrantes do Comitê de Comunidade; em parceria com a IBFAN nas primeiras comemorações de conquistas de leis de defesa do consumidor mais vulnerável; com a WABA nas campanhas da Semana Mundial de Amamentação e em muitas outras conquistas que favorecem a amamentação. Este grupo existe desde então e tem um alcance importante entre as mães de diversos bairros do Rio e Niteroi, estimando-se uma cobertura presencial ou por carta de cerca de 40mães/mês, com realização de duas a quatro reuniões mensais. No site, em 2013, houve 35 mil visitas. Oferecem um disque amamentação. Houve esporádicas tentativas de formação de Grupos Amigas do Peito em outros estados, como Brasília. (www.amigasdopeito.org.br)

Houve a presença de 1-2 membros da **La Leche League** no Estado de Alagoas, mas este grupo não se expandiu; hoje conta com um novo membro, residente no Rio de Janeiro.

Mais recentemente, neste século, foi formado o grupo de mães **MATRICE**, em São Paulo (capital), que tem uma inserção importante nas redes sociais, reunindo aproximadamente 1500 mães no seu Facebook, e cerca de 1300 associadas na lista de discussão. Este grupo faz reuniões presenciais semanais, com cerca de 15 a 30 mães. Sabe-se também de grupos semelhantes à Matrice em cidades menores. (http://matrice.wordpress.com/)

Outra iniciativa de e para mães com acesso à internet, completando 10 anos em 2014, é o G.V.A. — Grupo Virtual de Amamentação, um grupo que começou no extinto Orkut e que está atualmente no Facebook. A atuação é totalmente voluntária, feita apenas por mães, que pesquisam e organizam as informações na página do Facebook e escrevem posts elucidativos no blog. Diariamente, dezenas de perguntas são feitas e todas recebem respostas baseadas em recomendações do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e pesquisas científicas sobre o tema. Atualmente, o grupo conta com mais de 35.000 membros, e é provavelmente a maior comunidade ativa de apoio à amamentação da internet brasileira. (www.facebook.com/ gvaamamentacao e www.grupovirtualdeamamentacao.blogspot.com.br).



Indicador 7 – Apoio Informado, Educação e Comunicação

Pergunta-chave: Quais estratégias abrangentes de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para melhorar a alimentação infantil (aleitamento materno e alimentação complementar) que estão sendo implementadas?

Histórico e justificativas:

As Estratégias de Educação, Informação e Comunicação (IEC) são aspectos críticos de um programa abrangente para melhorar as práticas de alimentação infantil. As abordagens da IEC podem incluir o uso da via eletrônica (TV, rádio, vídeos), de impressos (cartazes, cartões de aconselhamento, álbuns seriados, manuais, jornais, revistas), da via interpessoal (aconselhamento, grupo de educação, grupos de apoio) e das atividades da comunidade para comunicar informações importantes, além de outras formas motivacionais para as mães, famílias e para a comunidade. A mudança de comportamento é uma importante estratégia,

muitas vezes usada em sessões de aconselhamento, visitas domiciliares, discussões ativas em grupo e dramas focados na resolução de problemas. As estratégias de IEC são abrangentes quando se usa uma ampla variedade de mídias e canais para transmitir mensagens concisas, consistentes e adequadas, orientadas para a ação, para públicos a nível nacional, regional, local e familiar.

Fontes de informação: Ministério da Saúde, IBFAN Brasil, Instituto de Saúde – SES/SP, Grupos de Mães, Web sites

Critérios	Pontuação **Verifique qual se aplica**		
	SIM	Até certo ponto	Não
7.1 Há uma estratégia nacional de IEC abrangente para melhorar a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância.	**2**		
7.2 Programas de IEC (por exemplo, Semana Mundial da Amamentação) que incluem alimentação de lactentes e crianças pequenas estão sendo ativamente implementadas a nível local.	**2**		
7.3 Aconselhamento individual e serviços de educação em grupo relacionados à alimentação de lactentes e crianças pequenas estão disponíveis dentro do sistema de saúde e nutrição ou por meio da sensibilização da comunidade.		**1**	
7.4 O conteúdo das mensagens IEC é tecnicamente correto, com base nas diretrizes nacionais ou internacionais.	**2**		
7.5 A campanha nacional de IEC usando atividades, a mídia impressa e eletrônica levou mensagens sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas para a audiência-alvo nos últimos 12 meses.	**2**		
Pontuação total	**9 /10**		

Comentários:

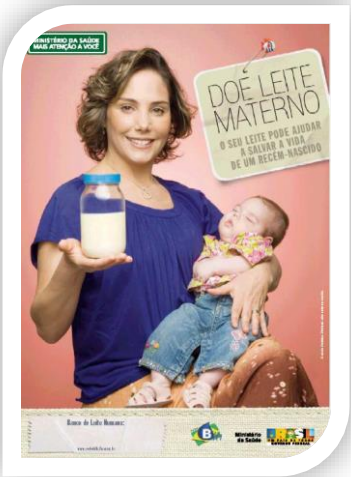
No Brasil existem duas campanhas nacionais na mídia, a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) e Campanha Nacional de Doação de Leite Materno. Anualmente ocorre grande mobilização dos municípios, serviços de saúde, bancos de leite, sociedades de classe, profissionais, grupos de mães como forma de divulgar e promover a amamentação.

A SMAM foi divulgada no Brasil primeiramente por meio de pessoas ligadas à IBFAN, as quais começaram a desenvolver ações locais. Inicialmente o Grupo Origem, de Recife, coordenou as atividades da SMAM, como ponto focal da WABA no Brasil, do final de 1992 até 1997, o que levou à expansão da rede e inclusão de grupos de apoio à amamentação, chegando às Secretarias Estaduais de Saúde. Neste período, os cartazes, cartilhas e demais materiais foram financiados em grande parte pelo UNICEF. No período de 1998 a 2000 a SMAM foi por profissionais do Instituto de Saúde/São Paulo. A partir do ano 2000, a coordenação tem sido da Área de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. A SMAM teve um esplêndido crescimento em nosso país sendo que alguns municípios aprovaram projetos de lei criando a Semana Municipal de Aleitamento Materno, que passa a fazer parte do calendário de datas comemorativas desses municípios. O engajamento da Sociedade Brasileira de Pediatria tem propiciado a divulgação da amamentação nos meios de comunicação de massa, campanha que todos os anos conta com a participação de artistas cujos bebês estão sendo amamentados. O SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), também entrou na campanha a partir de 1995, contribuindo de maneira efetiva com a produção de material educativo para as mães e com a realização de seminários e vídeo conferências. Se, por um lado, muitas vezes parece ser difícil manter as parcerias, por outro o compromisso conjunto de organismos não governamentais e governamentais com a Semana Mundial de Aleitamento Materno tem tido resultados bastante profícuos no Brasil.

A Campanha Nacional de Doação de Leite Materno foi instituída pelo Ministério da Saúde e comemorada a cada ano em 19 de maio. Esta campanha representa para os Bancos de Leite do Brasil um momento especial, onde são realizadas ações de sensibilização da sociedade para ressaltar a importância da doação de leite humano, caracterizando-se por mais uma iniciativa para a proteção e promoção do aleitamento materno. A primeira comemoração do Dia Nacional de Doação de Leite Humano foi realizada no ano de 2004.

Ambas as campanhas são trabalhadas de forma a produzirem cartazes, cartilhas e folders sobre doação de leite materno, amamentação e alimentação complementar a fim de garantir material para os serviços de saúde. Outra ação de disseminação de informação para os serviços de saúde é a distribuição de materiais educativos produzidos pelo Ministério da Saúde como vídeos, cadernos de atenção básica, manuais e cartilhas sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Além disso, tais informações também são disponibilizadas em web sites.

Embora as campanhas demídia existam desde os anos 1980 e venham sendo aperfeiçoadas tornando a compreensão da amamentação como a melhor prática, a orientação de “como fazer” uma alimentação infantil ótima ainda é frágil. Conforme discutido no Indicador 5, é necessário investimentos na formação de profissinais de saúde para que o aconselhamento em alimentação infantil sejam ampliados e aprimorados.



Indicador 8 - Alimentação Infantil e HIV

Pergunta-chave: há políticas e programas para garantir que as mães HIV positivo sejam informadas sobre os riscos e benefícios de diferentes opções de alimentação infantil e apoiadas para executar as suas decisões sobre alimentação infantil?

Histórico e justificativas:

A Estratégia Global destaca a importância da política correta e de um programa de trabalho nesta área para atingir este objetivo. As ferramentas das Nações Unidas para ações prioritárias em alimentação infantil e HIV têm uma lista de atividades:

1. Desenvolver ou rever (conforme o caso) uma política de alimentação infantil nacional abrangente, que inclua o *HIV e Alimentação Infantil.*

2. Implementar e fazer cumprir o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e subsequentes resoluções da AMS.

3. Intensificar os esforços para proteger, promover e apoiar as práticas alimentares infantis apropriadas em geral, reconhecendo que o HIV é uma, dentre um número de circunstâncias excepcionalmente difíceis.

4. Fornecer o apoio adequado para mulheres HIV-positivas, de modo a lhes permitir escolher a melhor opção de alimentação para si e para seus bebês, e ajudá-las a por em prática com sucesso as suas decisões sobre a alimentação infantil.

5. Apoiar pesquisas sobre HIV e alimentação infantil, incluindo pesquisas operacionais, aprendizagem, monitoramento e avaliação em todos os níveis, e divulgar os resultados.

O risco de transmissão do HIV através da amamentação coloca os políticos, gestores, conselheiros em alimentação infantil e as mães frente a um dilema difícil. Eles devem fazer o balanço entre o risco de morte devido a alimentação artificial e o risco de transmissão do HIV através da amamentação. Estes riscos dependem da idade do lactente e de condições domésticas não precisamente conhecidas. Ao mesmo tempo, outros fatores devem ser considerados, como o risco de estigmatização (isto é, se *não amamenta* pode ser um sinal de que a mãe tem o HIV), os custos financeiros da substituição da alimentação e o risco de engravidar novamente.

As políticas e programas, que atendam a esses desafios, devem fornecer o acesso ao aconselhamento voluntário e confidencial, aos testes e, para mães HIV-positivas, o aconselhamento e o apoio para o método de alimentação escolhido, tais como o aleitamento materno exclusivo seguro ou a alimentação artificial exclusiva. Salvaguardas devem existir para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno no restante da população.

Fontes de informação usadas: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Controle da Transmissão do HIV

Critérios	Pontuação **Marque o que se aplica**		
	Sim	Até certo ponto	Não
8.1) O país tem uma política abrangente de alimentação infantil, que inclui o HIV e alimentação infantil.	1		
8.2) A alimentação infantil e a política de HIV inclue e efetiva o Código Internacional / Legislação Nacional.		0,5	
8.3) O pessoal de saúde e agentes comunitários recebem treinamento sobre o HIV e as políticas de alimentação infantil, os riscos associados com as diferentes opções das mães HIV-positivas relativas a alimentação infantil e como dar aconselhamento e apoio.	1		
8.4)Aconselhamento voluntário e confidencial e testagem do HIV estão disponíveis e são oferecidos rotineiramente para casais que pretendem engravidar e para mulheres grávidas e seus parceiros.	1		
8.5) Aconselhamento sobre alimentação infantil em conformidade com as atuais recomendações internacionais e localmente adequadas é fornecido às mães HIV-positivas.			0
8.6) Mães são apoiadas nas suas decisões de alimentação infantil com aconselhamento e acompanhamento para tornar a aplicação destas decisões o mais seguro possível.		0,5	
8.7)Esforços especiais são feitos para combater a desinformação sobre o*HIV e Alimentação Infantil* e para promover, proteger e apoiar os 6 meses de aleitamento materno exclusivo e continuar a amamentação na população geral.		0,5	
8.8) Existe um monitoramento contínuo para determinar os efeitos das intervenções de prevenção da transmissão do HIV pela amamentação e pelas práticas alimentares, e seus efeitos sobre a saúde das mães e bebês, incluindo aquelas que são HIV negativas ou tem a situação do HIV desconhecida	1		
8.9) A Iniciativa Hospital Amigo da Criança incorpora o fornecimento de orientações para os administradores hospitalares e funcionários em locais com alta prevalência do HIV sobre a forma de avaliar as necessidades e fornecer suporte para mães HIV-positivas.		0,5	
Pontuação total	**6/10**		

Comentários:

No Brasil, existe orientação para as mulheres que fazem seus seguimentos em saúde seja na atenção primária ou secundária. Entretanto, esta ação é de responsabilidade local, portanto, o governo federal não acompanha esta ação. As ações referentes a HIV/Aids seguem as Normas do Ministério deste setor (**Programa Nacional de Controle da Transmissão do HIV, Ministério da Saúde)** e não são discutidas com o setor que trabalha o PNIAM.

O SUS (assim como os serviços privados de planos de saúde) oferece a possibilidade de teste de HIV no pré-natal, como rotina a todas as mulheres; como a cobertura de pré-natal passa de 90% no país, é grande o alcance do diagnóstico de HIV na gestação. Sendo positiva, a gestante é orientada desde o pré-natal que o HIV é passado pelo leite materno e que portanto, ela não deverá amamentar. Para isso, receberá gratuitamente fórmula infantil a ser dada a seu bebê desde a maternidade e, a seguir, nos serviços de referência para HIV/Aids na comunidade.

Estudos mostram que não existe discussão com a mulher HIV positiva sobre outra possibilidade de alimentar seu bebê; ao contrário, são relatados casos de enfaixamento das mamas compulsório, assim como medicação para ablactação. Os profissionais de saúde que trabalham com HIV/Aids não tem habitualmente atualização de informações sobre as orientações referentes à amamentação exclusiva ou mista, na medida em que a distribuição de fórmula infantil é generalizada e garantida no país a qualquer mãe soropositiva. Não há conhecimento nem qualquer preocupação com a existência de uma NBCAL.

Existe recurso específico para aquisição de fórmula infantil – garantido pela Portaria nº 3.276: Regulamentação do Incentivo as Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais.

Indicador 9 - Alimentação Infantil durante as Emergências

Pergunta-chave: Existem políticas e programas adequados para garantir que as mães, bebês e crianças recebam ajuda e proteção adequados para apoiar a alimentação infantil ótima durante as emergências?

Histórico e justificativas:

Nas situações de emergência, lactentes e crianças pequenas estão entre os grupos mais vulneráveis. A interrupção do aleitamento materno e a alimentação complementar inadequada aumentam os riscos de doenças, desnutrição e de morte. Em situações de emergência e de socorro,a responsabilidade de proteger, promover e apoiar as práticas ótimas de alimentação infantil e de minimizar as práticas nocivas, devem ser compartilhadas pelo país que acolhe os afetados pela emergência e pelas agências de resposta humanitária.

Um guia com orientações operacionais concisas sobre a forma de garantir uma alimentação adequada em situações de emergência e que cumpre os padrões emergências internacionais foi desenvolvido pela inter-agência *Grupo Central de Alimentação Infantil em Emergências (IFE Core Group)*. Detalhes práticos sobre como implementar o guia e as orientações foram incluídos nos materiais de treinamento em campanha, também desenvolvidos por meio da colaboração entre as agências. Todos esses recursos estão disponíveis em: www.ennonline.net.

Fontes de informação: IBFAN Brasil

Critérios	Pontuação **Marque aquela que se aplica**		
	SIM	Até certo ponto	Não
9.1) O país tem uma política de alimentação de lactentes e crianças pequenas ampla, que inclui alimentação infantil nas emergências.	2	1	**0**
9.2) Pessoas foram nomeadas e responsabilizadas pela coordenação nacional perante as Nações Unidas, doadores, militares e ONGs, sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas em situações de emergência.	2	1	**0**
9.3) Foi desenvolvido um plano preparatório de atendimento às emergências, com atividades para garantir a amamentação exclusiva e a alimentação complementar adequada e minimizar os riscos da alimentação artificial.	2	1	**0**
9.4) Recursos foram definidos para a implementação do plano durante as emergências.	2	1	**0**
9.5) Materiais de ensino apropriados sobre o manejo da *Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência*, foram integrados ao treinamento prévio e ao treinamento em serviço dos gerentes e do pessoal de cuidados de saúde nas emergências.	2	1	**0**
Pontuação Total:	**0/10**		

Comentários:

Na Semana da Amamentação do ano de 2009 o tema foi “Amamentação, a segurança alimentar nas emergências” e a IBFAN Brasil realizou um seminário preparatório com a discussão do tema, produziu um video (Mãe D'água), uma cartilha, além de traduzir para o português o Guia (internacional) sobre esse tema.

As ações realizadas por uma equipe do Estado de Santa Catarina na inundação ocorrida na época foram muito importantes quanto à questão do uso da mamadeira com leites doados e falta de água potável. Entretanto, não temos notícias da continuidade desse trabalho e sua repercussão nacional.

No Estado do Rio de Janeiro, na zona serrana (Teresópolis, Petrópolis) também houve tentativas durante enchentes e desmoronamentos de alguma proteção às mães lactantes e cuidados na distribuição de fórmulas infantis e água não potável.

Emdiversas oportunidades em que ocorrem enchentes e inudações e deslizamentos de terra com famílias perdendo suas moradias, membros da rede IBFAN buscam se aproximar da Defesa Civil e disponibilizar nosso material e procurar influir no controle da distribuição indevida de fórmulas infantis e água não potável. Mas, isto está longe de ser contemplado nas políticas do país e as noticias a respeito são escassas.

Em resumo, não existe no PNIAM qualquer discussão que leve em conta o preparo necessário da população para enfrentar situações de emergência no que diz respeito ao que fazer com a alimentação de crianças pequenas e o apoio à amamentação nessas circunstâncias.

Cartilha sobre amamentação e emergências

Indicador 10 - Mecanismos ou Sistema de Monitoramento e Avaliação

Pergunta-chave: Dados de monitoramento e de avaliação são coletados rotineiramente e utilizados para melhorar as práticas de alimentação infantil?

Histórico e justificativas:

Os componentes de Monitoramento e Avaliação devem ser construídos dentro das principais atividades dos programa de alimentação de lactentes e crianças pequenas e a coleta de dados sobre práticas de alimentação infantil deve estar integrada na vigilância nutricional nacional, nos sistemas de monitoramento de saúde e nas pesquisas. Um sistema de dados coletados sistematicamente, que possam ser considerados por gestores dos programas, deve ser manejado e monitorado como parte do processo de gestão e de planejamento. Quando apropriado,tanto os dados da linha de base como os de acompanhamento, devem ser coletados para medir os resultados. O uso dos indicadores internacionalmente aceitos e das estratégias semelhantes de coleta de dados deve ser considerado como um esforço para aumentar a disponibilidade de dados comparáveis. É importante que algumas estratégias sejam concebidas, para garantir que os principais tomadores de decisão recebam os resultados importantes da avaliação e que sejam incentivados a usá-los.

No Brasil a avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes compõem a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Recomenda-se que nos serviços de saúde seja realizada avaliação de consumo alimentar e antropometria (peso e estatura) de indivíduos em todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e que essas observações possam ser avaliadas de forma integrada com informações provenientes de outras fontes de informação, como pesquisas, inquéritos e outros sistemas de informações em saúde (SIS) disponíveis no SUS.

Para o monitoramento das práticas de aleitamento materno (AM) nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde utilizou, até 2007, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Contudo, os indicadores gerados apresentavam problemas como a limitação do tempo de AM exclusivo (AME) (4 meses e não 6 meses, como preconizado), a ausência de perguntas de confirmação para assegurar que o AM é de fato AME e a ausência de informações individuais, gerando multiplicidade de acompanhamentos para os períodos. A partir de 2008, com a

incorporação de marcadores de consumo alimentar, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) passa a ser a fonte de informações sobre estado nutricional e consumo alimentar na Atenção Básica, tendo em vista que sanou esses problemas, pois se trata de um sistema com acompanhamentos individualizados, cobrindo todas as faixas de idade e contemplando questões de confirmação para o AME.

Atualmente, está em implantação um sistema de informação individualizado para a atenção básica à saúde no Brasil, o e-SUS AB, que incorporará os marcadores de consumo alimentar do Sisvan em sua segunda versão de prontuário eletrônico e, quanto estiver implantado plenamente em todos os municípios, substituirá a inserção de dados por meio do Sisvan.

Além dos dados individuais e coletivos fornecidos pelos sistemas de informação da Atenção Básica, é importante a adoção de diferentes estratégias de vigilância epidemiológica, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, produção científica, com destaque para a VAN nos serviços de saúde. O conjunto dessas estratégias produzem indicadores de saúde e nutrição que são capazes de orientar a formulação de políticas públicas e também as ações locais de atenção nutricional. Assim, o Ministério da Saúde tem duas grandes pesquisas populacionais nacionais para analisar dados de AM e alimentação complementar das crianças brasileiras: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 1986, 1996 e 2006, de metodologia análoga as DHS) e a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (1999 e 2008).

Outras perguntas foram formuladas para ficar ainda mais esclarecido o Indicador 10, como:

1- Como é feita a coleta dos dados dos sistemas de monitoramento?

O Ministério da Saúde orienta que a VAN seja realizado nos territórios de forma ampliada, visando, além da alimentação de sistemas e produção de indicadores, à organização do cuidado de forma específica e de acordo com as necessidades locais.

Nesse contexto, a coleta de dados é parte do ciclo da VAN e deve ser desvinculada do caráter unicamente investigativo, tornando-se parte do processo de trabalho, com objetivo de intervir nas práticas inadequadas analisadas pela equipe de Atenção Básica. Nesse momento, devem ser privilegiadas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e aplicação de estratégias que respondam às doenças e agravos identificados.

Tendo em vista a qualificação do cuidado, é salutar que o acompanhamento nutricional seja complementado com a avaliação do consumo alimentar. Devem ser analisados os aspectos relacionados ao acesso e à disponibilidade dos alimentos, assim como fatores biológicos, psicológicos, econômicos e socioculturais relacionados à alimentação. Os formulários para avaliação de marcadores de consumo alimentar, disponibilizados pelo Ministério da Saúde via Sisvan Web desde 2008, foram recentemente reformulados com base nos indicadores propostos atualmente e serão incorporados ao sistema em breve. Tal ação visa facilitar ainda mais o processo de trabalho das equipes, tendo em vista que, junto aos formulários, os profissionais também terão acesso a um compilado de sugestões para que sejam viabilizadas as primeiras orientações aos cuidadores das crianças já no momento da coleta, por um integrante da equipe. [Existem também sistemas e procedimentos específicos para a população indígena].

Os formulários propostos são:

i. Crianças de 0 a 5 meses e 29 dias: as questões permitem avaliar a prática de aleitamento materno;

SISVAN VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	**MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR**	DIGITADO POR	DATA / /	e-SUS SAÚDE SISTEMA E-SUS Atenção Básica
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº	

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	DATA
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

Nº CARTÃO SUS	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|			
Identificação do usuário				
Data de nascimento / / Sexo: |_| Feminino |_| Masculino Local de Atendimento |_|				
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	S	N	NS
	Ontem a criança consumiu:			
	Mingau	S	N	NS
	Água/chá	S	N	NS
	Leite de vaca	S	N	NS
	Fórmula Infantil	S	N	NS
	Suco de fruta	S	N	NS
	Fruta	S	N	NS
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	S	N	NS
	Outros alimentos/bebidas	S	N	NS

ii. Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias: o conjunto de questões visa a caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno e a identificação de marcadores de risco ou proteção para a carência de micronutrientes e a ocorrência de excesso de peso.

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	S	N	NS
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	S	N	NS
	Se sim, quantas vezes? Legenda: (1) - 1 vez (2) - 2 vezes (3) - 3 vezes ou mais (4) - Não sabe	|_|		
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	S	N	NS
	Se sim, quantas vezes? Legenda: (1) - 1 vez (2) - 2 vezes (3) - 3 vezes ou mais (4) - Não sabe	|_|		
	Se sim, essa comida foi oferecida: Legenda: (1) - Em pedaços (2) - Amassada (3) - Passada na peneira (4) - Liquidificada (5) - Só o caldo (6) - Não sabe	|_|		
	Ontem a criança consumiu:			
	Outro leite que não o leite do peito	S	N	NS
	Mingau com leite	S	N	NS
	Iogurte	S	N	NS
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	S	N	NS
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	S	N	NS
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	S	N	NS
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	S	N	NS
	Fígado	S	N	NS
	Feijão	S	N	NS
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	S	N	NS
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	S	N	NS
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	S	N	NS
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	S	N	NS
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	S	N	NS

Além dos formulários de marcadores do consumo alimentar, os dados podem ser coletados por meio de outros quatro formulários para registro das informações da população sob vigilância: (1) cadastro individual e primeiro acompanhamento nutricional, (2) mapa de acompanhamento, (3) marcadores do consumo alimentar para indivíduos maiores de 2 anos e (4) acompanhamento de crianças com baixo peso e muito baixo peso residentes em municípios da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI).

Como parte do ciclo da VAN, a equipe de Atenção Básica tem o SISVAN Web como importante ferramenta de colaboração. Ele está preparado para captar os dados e gerar os relatórios para todas as fases do curso da vida. Os relatórios consolidados são públicos e podem ser acessados por qualquer pessoa no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica no endereço http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/.

Ao acessar o Módulo Gerador de Relatórios do SISVAN Web, é possível gerar três tipos relatórios:

- Acompanhamento nutricional – ANDI.
- Estado nutricional dos indivíduos por período, fase do curso da vida e índice antropométrico.
- Relatório de consumo alimentar.

Além dos dados de marcadores de consumo que o SISVAN disponibiliza como resultado o MS dispõem de outros sistemas de processo que visam garantir os serviços prestados nas ações voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AM. Acompanha os *hospitais amigos da criança no monitoramento anual, na ação de apoio à mulher trabalhadora* que amamenta na implantação das salas de apoio à amamentação e o uso dessas salas e na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil através de um sistema de gerenciamento que acompanha as oficinas realizadas e as atividades de promoção da amamentação e alimentação complementar saudável que estão sendo realizadas nas Unidades de Saúde de todo o Brasil. Os sistemas apresentam o acompanhamento das ações, como as dificuldades de cada ação para manter o título no caso da IHAC, a implantação das salas de apoio à amamentação e o seu uso e as Unidades de Saúde que recebem a visita regular de um tutor, como no caso da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

1. Que indicadores são utilizados?

A seleção dos indicadores recomendados a partir do módulo de marcadores do consumo alimentar considera a importância da adoção de uma alimentação adequada e saudável em todas as fases do curso da vida.

Tomando por base as recomendações da Organização Mundial da Saúde para alimentação e nutrição, as características de AM e alimentação complementar e o padrão alimentar da população brasileira a partir informações disponíveis em sistemas de informações em saúde, pesquisas e inquéritos populacionais, optou-se por elaborar um roteiro de questões simplificado e que subsidie profissionais de saúde acerca de orientações de práticas alimentares adequadas e saudáveis.

Nesse sentido, são adotados os seguintes indicadores de consumo alimentar para crianças menores de dois anos no Sisvan:

1- Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses

DESCRIÇÃO: proporção de crianças de zero a cinco meses e 29 dias que receberam apenas leite materno no dia anterior à avaliação.

2- Aleitamento materno continuado

DESCRIÇÃO: proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade que receberam leite materno no dia anterior à avaliação.

3- **Introdução de alimentos**

DESCRIÇÃO: proporção de crianças de 6 a 8 meses e 29 dias que receberam alimentos na frequência recomendada para idade no dia anterior à avaliação.

4- **Diversidade alimentar mínima**

DESCRIÇÃO: proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam 6 grupos alimentares no dia anterior à avaliação.

5- **Frequência mínima e consistência adequada**

DESCRIÇÃO: proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam comida de sal com frequência e consistência adequadas para a idade no dia anterior à avaliação.

6- **Consumo de alimentos ricos em ferro**

DESCRIÇÃO**:** proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos ricos em ferro no dia anterior à avaliação.

7- **Consumo de alimentos ricos em vitamina A**

DESCRIÇÃO: proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos ricos em vitamina A no dia anterior à avaliação.

8- **Consumo de produtos ultra processados**

DESCRIÇÃO**:** crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram produtos ultra processados no dia anterior à avaliação.

9- **Consumo de hambúrguer e/ou embutidos**

DESCRIÇÃO**:** crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram hambúrguer e/ou embutidos no dia anterior à avaliação.

10- **Consumo de bebidas adoçadas**

DESCRIÇÃO**:** crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram bebidas adoçadas no dia anterior à avaliação.

11- **Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados**

DESCRIÇÃO: crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados no dia anterior à avaliação.

12- **Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas**

DESCRIÇÃO: crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram biscoito recheado, doces ou guloseimas no dia anterior à avaliação.

2.Como o Ministério da Saúde avalia os resultados do monitoramento?

O Ministério da Saúde avalia rotineiramente o monitoramento do estado nutricional e do padrão alimentar da população brasileira em todas as fases do curso da vida. São produzidos periodicamente boletins e informes apresentando o dado agregado e com algumas desagregações.

O Sisvan Web, no entanto, possibilita que o gestor estadual ou municipal produza seus próprios relatórios, de acordo com as especificidades de seu território e que ainda inclua no escopo das ações do sistema seus próprios filtros. Assim, o gestor se torna capaz de monitorar programas e estratégias locais, verificando, inclusive, o alcance de metas pactuadas entre as partes.

3. O monitoramento e a avaliação fazem parte das principais atividades do programa de alimentação de lactentes e crianças pequenas?

Para o planejamento das ações, avaliação da sua efetividade, bem como seus impactos, é realizado periodicamente o monitoramento de todas as ações/programas/estratégias do Ministério da Saúde.

Com base em tal monitoramento é possível identificar as principais falhas e lacunas e aperfeiçoar as ações/programas/estratégias voltadas à saúde integral da criança.

O exemplo da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem por objetivo a qualificação das ações e das habilidades dos profissionais de saúde no que tange apromoção, proteção e apoio ao AM e à alimentação complementar saudável para crianças menores de dois (2) anos de idade, como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS); utiliza os dados do SISVAN em diversos momentos para o diagnóstico do andamento das ações. Os dados do SISVAN também são utilizados na articulação de ações com os programas de controle e prevenção de carências de micronutrientes, tendo em vista a possibilidade de monitoramento dos indicadores de consumo de alimentos fontes de ferro e vitamina A, por exemplo.

4. Os resultados do monitoramento e avaliação são encaminhados para os principais tomadores de decisão? Como?

Por meio do monitoramento, os dados gerados pelos sistemas fornecem subsídios para a tomada de decisões técnicas e políticas, auxiliam no planejamento e na execução das ações, no próprio monitoramento e no gerenciamento de programas relacionados com a melhoria do estado de saúde da população com intervenções nos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população.

Os dados/relatórios gerados pelos sistemas são encaminhados para as diversas áreas do Ministério da Saúde, assim como para estados e municípios. Entretanto, o Ministério da Saúde busca orientar os gestores locais que busquem autonomia nesse processo, estabelecendo seus filtros, alimentando o sistema e retirando os relatórios que são pertinentes às suas necessidades, tendo em vista a dimensão territorial e as diferenças entre as necessidades de suas populações. Sendo assim, há grande esforço da gestão federal em administrar e melhorar as ferramentas digitais disponibilizadas para que a gestão local seja protagonista do gerenciamento de suas informações e que possa, de fato, gerenciar a tomada de decisões na implementação de políticas públicas.

5. Como o monitoramento ou o sistema de informações sobre dados são considerados pelos gestores do programa no processo de gestão integrada?

Em relação à gestão federal de programas e estratégias relacionadas à alimentação infantil, os dados gerados pelos diferentes sistemas de informação, inquéritos, chamadas nutricionais, dentre outros, são considerados como ferramentas

fundamentais no direcionamento das ações em curso e implementação de novos programas.

Através da análise dessas informações têm sido possível, ao longo do tempo, verificar a efetividade das ações, a necessidade de sua continuidade e a identificação de populações vulneráveis para as quais o Ministério da Saúde tem a necessidade de direcionar esforços específicos.

No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, gerenciado de forma tripartite, há a necessidade, no entanto, de que estados e municípios sejam capazes e estejam empoderados para gerenciar suas informações, privilegiar seus indicadores prioritários e utilizar essas informações na organização do cuidado no território. Sendo assim, a gestão federal visa colaborar com esse cenário, seja na disponibilização de sistemas ou na elaboração de materiais técnicos que buscam orientar os gestores no alcance da autonomia preconizada no SUS.

6. Os dados gerados são utilizados para medir os resultados das principais atividades do programa de alimentação de lactentes e crianças pequenas?

Na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil, por exemplo, para avaliar os resultados de possíveis mudanças nas práticas alimentares são utilizados os indicadores de AM e alimentação complementar dos relatórios extraídos do SISVAN WEB para crianças de 0 a 24 meses. Tal sistema também é um dos instrumentos para avaliar o cumprimento dos critérios de certificação da Estratégia, critério 2: Monitorar os índices de AM e alimentação complementar.

Outro exemplo é a ANDI, onde o SISVAN WEB é utilizado para avaliar o acompanhamento da evolução das crianças desnutridas dos municípios que fazem parte da agenda, estando atrelados ao cumprimento de metas específicas.

Além dessas estratégias, os relatórios do SISVAN WEB também podem auxiliar no acompanhamento das ações de Educação Alimentar e Nutricional através dos marcadores de consumo alimentar, em que é possível analisar indicadores de alimentos fontes de micronutrientes presentes na alimentação complementar.

Fontes de informação: Ministério da Saúde: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde –CGAN, Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – CGSCAM e Comitê Nacional de Aleitamento Materno**.**

Critérios	Pontuação		
	SIM	Até certo ponto	Não
10.1)Os componentes Monitoramento e Avaliação estão construídos dentro das principais atividades do programa de alimentação de lactentes e crianças pequenas.	**2**	1	0
10.2)O monitoramento ou o Sistema de Informações sobre dados são considerados pelos gestores do programa no processo de gestão integrada.	2	**1**	0
10.3) Os dados adequados da linha de base e de acompanhamento são coletados para medir os resultados das principais atividades do programa de alimentação de lactentes e crianças pequenas.	2	**1**	0
10.4)Os resultados avaliados, relacionados às atividades do programa de alimentação de lactentes e crianças pequenas são encaminhados para os principais tomadores de decisão.	2	**1**	0
10.5) O Monitoramento das práticas sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas é construído dentro de uma vigilância nutricional ampla e/ou de um sistema de monitoramento da saúde, ou por meio de pesquisas nacionais periódicas de saúde.	**2**	1	0
Pontuação total:	**7/10**		

Comentários:

Com a implantação do E-Sus vai ser melhor articulado ampliando as possibilidades de alcance e utilização dos dados.

Informações ainda não são totalmente confiáveis e alguns municípos não implantaram o SISVAN web ou ele não é bem alimentado. Deve havermaior sensibilização e orientação dos "*gestores locais que busquem autonomia nesse processo*..."

Foram realizadas pesquisas nas capitais que repercutiram bastante na necessidade de implementar o SISVAN; a ferramenta SISVAN Web, por ser transversal precisa ser praticada por todos da ESF (Estratégia Saúde da Família) e ainda é de responsabilidade principalmente do profissional nutricionista, muitas vezes não atingindo a cobertura pactuada para as crianças de 0 a 5 anos (maior atenção para os menores de 2 anos) e para as gestantes que são prioridades da Vigilância a Saúde. E até mesmo os beneficiários do Programa Bolsa Família ainda não foram 100% cadastrados no SISVAN Web e o acompanhamento periódico das famílias quanto à condicionalidades da Saúde quase se resume a busca ativa realizada duas vezes/ano.

PARTE II – Práticas Alimentares de Lactentes e Crianças Pequenas

A Parte II pede dados numéricos específicos sobre cada prática alimentar de lactentes e crianças pequenas. Os envolvidos nesta avaliação são aconselhados a usar dados de uma pesquisa domiciliar aleatória de âmbito nacional. Os dados assim recolhidos são inseridos no sistema WBTi Web. Os resultados relativos ao indicador particularmente pesquisado são classificados por cores, isto é, Vermelho, Amarelo, Azul ou Verde. As linhas de corte da pontuação, para cada um desses níveis de desempenho, foram selecionados sistematicamente, com base na análise das pesquisas anteriores sobre esses indicadores, nos países em desenvolvimento. Eles foram incorporados a partir da ferramenta de avaliação da OMS.

Indicador 11 - Início Precoce da Amamentação

Pergunta-chave: Percentagem de bebês amamentados na primeira hora de vida

Histórico e justificativas:

Muitas mães, no mundo, têm seus bebês em casa, especialmente nos países em desenvolvimento e mais ainda nas áreas rurais. A amamentação é iniciada tarde em muitas dessas configurações, devido à cultura e outras crenças. De acordo com as novas orientações na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) - Passo 4, dos *Dez Passos para o Sucesso do*

Aleitamento Materno, o bebê deve ser colocado "pele a pele" com a mãe na primeira meia hora após o parto e oferecido o peito na primeira hora em todos os partos normais. Se a mãe teve um parto cesariano, o peito deve ser oferecido ao bebê quando a mãe for capaz de responder e isso acontece dentro de poucas horas, da anestesia geral também. As mães que passaram por cesarianas precisam de ajuda extra com a amamentação caso contrário elas iniciam a amamentação muito mais tarde.Idealmente, o bebê deve começar a mamar antes de qualquer procedimento de rotina (como tomar banho, pesar, cuidar do cordão umbilical, administração de medicamentos oculares) ser realizado. A amamentação precoce ajuda a controlar melhor a temperatura do recém-nascido, reforça a ligação entre a mãe e o bebê, e também aumenta as chances de estabelecer o aleitamento materno exclusivo mais cedo e as chances de sucesso.As evidências de um estudo, com grande base populacional, estabeleceramque o início precoce é uma grande intervenção para prevenir a mortalidade neonatal.

Orientações:

Indicador 11	**Ferramenta da OMS**	**Orientação da WBTi**		
	Chave Classificativa	***Pontuação***	***BRASIL***	***Classificação porCor***
Amamentação na Primeira Hora de Vida	**0,1 a 29%**	**3**		**VERMELHO**
	30 a 49%	**6**		**AMARELO**
	50 a 89%	**9**	**42,9 a 67,7%**	**AZUL**
	90 a 100%	**10**		**VERDE**

Fontes e datas: Os indicadores de aleitamento materno mais recentes disponíveis para o Brasil são da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) – dados populacionais, DHS de 2006, e da II Pesquisa de Prevalência de AM nas capitais e Distrito Federal, de 2008. Está em discussão no país a realização de uma pesquisa nas capitais no ano de 2015; e uma nova pesquisa nacional com a metodologia da DHS em 2016.

A PNDS de 2006 trabalhou com dados de uma amostra de 15575 mulheres em idade reprodutiva e seus filhos menores de 5 anos, 5037 crianças, urbanas e rurais, 4817 vivas no momento da entrevista. Estas crianças nasceram entre 2001 e 2005 – assim, estes dados estão provavelmente longe de refletir a situação atual do Aleitamento, 2014, no país. A II Pesquisa de Prevalência de AM nas capitais e Distrito Federal, de 2008: Foram incluídas no estudo, por meio de amostragem probabilística, 34.366crianças menores de 1 ano que compareceram a segunda fase da campanha de multivacinação de 2008, em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal (DF). As informações sobre as praticas alimentares foram coletadas por meio de recordatório de 24 horas, e dados sobre as crianças e suas mães foram incluídos visando a analise dos padrões de alimentação infantil segundo características da população. Pelos dados encontrados, observou-se que em relação ao aleitamento materno na primeira hora de vida, todas as capitais e DF apresentaram situação considerada "boa". No tocante ao AME em menores de 6 meses, apesar dos avanços no Pais, 23 capitais ainda se encontram em situação "ruim", segundo a OMS, e apenas 4 estão em "boa situação". A situação no conjunto das capitais e DF, portanto, ainda e considerada "ruim". E, por fim, quanto a duração do aleitamento materno em nosso Pais, a situação ainda e considerada "muito ruim", com apenas uma capital classificada como "ruim".

11. Porcentagem de bebês amamentados dentro de uma hora após o nascimento. Na Pesquisa das capitais (2008) do total das crianças analisadas, **67,7%**mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/ BA a 83,5% em São Luís/MA. Na PNDS de 2006 a porcentagem de bebês amamentados dentro de uma hora após o nascimento foi de **42,9%.**

Indicador 12 - A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses

Pergunta-chave: Qual é a percentagem de bebês de 0 a 6 meses de idade exclusivamente amamentados nas últimas 24 horas ?

Histórico e justificativas:

O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses é crucial para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento do bebê. Ele diminui o risco de doenças, principalmente de doenças diarreicas. Ele também prolonga a amenorréia da lactação em mães que amamentam freqüentemente. A OMS encomendou uma revisão sistemática da literatura científica publicada sobre a duração ótima do aleitamento materno exclusivo e em março de 2001, os resultados foram submetidos a uma revisão técnica e de controle durante uma consulta de especialistas. Essa consulta especializada recomendou a mudança da recomendação anterior de amamentar exclusivamente por 4 meses para "amamentação exclusiva por 6 meses". A Assembleia Mundial de Saúde (AMS) em Maio de 2001 adotou formalmente esta recomendação através da resolução 54,2 de 2001. A Assembleia Mundial da Saúde, em 2002, aprovou a resolução 55,25 que adotou a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas. Depois o Conselho Executivo do UNICEF adotou essa resolução e a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas, em setembro de 2002, trazendo um único consenso sobre esta recomendação de saúde. Além disso, em áreas com alta prevalência do HIV há evidências de que a amamentação exclusiva é mais protetora do que "alimentação mista" para os riscos de transmissão do HIV através do leite materno. Nova análise publicada na Revista Lancet aponta claramente o papel do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses na sobrevivência e no desenvolvimento infantil.

Orientações:

Indicador 12	**Ferramenta da OMS**	**Orientação da WBTi**		
Amamentação Exclusiva (nos primeiros 6 meses)	***Chave Classificativa***	***Pontuação***	***BRASIL***	***Classificação porCor***
	0,1 a 11%	**3**		**Vermelho**
	12 a 49%	**6**	**38,6 a 41%**	**Amarelo**
	50 a 89%	**9**		**Azul**
	90 a 100%	**10**		**Verde**

Fontes e datas: Na Pesquisa das capitais (2008) do total das crianças analisadas, a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de **41,0%** no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. Na PNDS de 2006 a prevalência de bebês de 0-6 meses em AME foi de **38,6%.**

Indicador 13 - A duração mediana da amamentação

Pergunta-chave: Os bebês são amamentados por um período médio de quantos meses?

Histórico e justificativas:

A "Declaração de Innocenti" e a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas recomendam que os bebês continuem a ser amamentados por dois anos de idade ou mais, juntamente com alimentos complementares adequados e apropriados introduzidos a partir de seis meses de idade. O leite materno continua a ser uma importante fonte de nutrição, de fluidos e de proteção imunológica para o bebê. A proximidade contínua entre mãe e filho fornecida pela amamentação ajuda no desenvolvimento ótimo do bebê.

Orientações:

Indicador 13	**Ferramenta da OMS**	**Orientação da WBTi**		
Mediana de Duração da Amamentação	***Chave Classificativa***	***Pontuação***	***BRASIL***	***Classificação porCor***
	0,1 a 17 meses	**3**	**11,2 a 14 meses**	**Vermelho**
	18a20 meses	**6**		**Amarelo**
	21 a 22 meses	**9**		**Azul**
	23 ou mais meses	**10**		**Verde**

Fontes e datas: Na pesquisa das capitais (2008) do total das crianças analisadas, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias **(11,2 meses)** no conjunto das capitais brasileiras e DF. Na PNDS de 2006 a duração mediana do

aleitamento materno foi de**14 meses** sendo 12,9 em área urbana e 15,8 em área rural, maiores que a média nacional nas regiões Norte e Nordeste.

Indicador 14 - Uso de mamadeira

Pergunta chave: Qual a percentagem de bebês amamentados, com menos de 6 meses de idade, que recebe outros alimentos ou bebidas na mamadeira?

Histórico e justificativas:

Os bebês devem ser amamentados exclusivamente nos primeiros 6 meses de idade e eles nãoprecisam receber quaisquer outros líquidos, fórmulas de leite fresco ou em lata, pois isso iria causar mais danos aos bebês e substituir o precioso leite materno. Da mesma forma, depois de seis meses os bebês devem, idealmente, receber o leite da mãe somado aos alimentos sólidos complementares. Se um bebê não pode ser alimentado com leite materno diretamente no seio de sua mãe, ele deve ser alimentado com um copo. Se não conseguir engolir, o leite materno pode ser fornecido por meio de colher ou de um tubo suplementador para alimentação de lactentes (Técnica de relactação). Após 6 meses de idade, quaisquer líquidos dados devem ser dados no copo, em vez de na mamadeira. As mamadeiras com bicos artificiais e as chupetas podem causar "confusão de bicos" e a criança recusar a mama após a sua utilização.

Mamadeiras são mais difíceis de limpar do que os copos e a ingestão de patógenos pode levar ao adoecimento e até à morte. A chupeta também pode tornar-se contaminada facilmente e causar doenças.

Orientações:

Indicador 14	**Ferramenta da OMS**	**Orientação da WBTi**		
	Chave Classificativa	***Pontuação***	***BRASIL***	***Classificação porCor***
Alimentação por mamadeira (menos que	**30 a 100%**	**3**	**39,7-47,1%**	**Vermelho**
	5 a 29%	**6**		**Amarelo**

6 meses)	**3 a 4%**	**9**		**Azul**
	0,1 a 2%	**10**		**Verde**

Fontes e datas: Na pesquisa das capitais (2008) para o total das crianças amamentadas **menores de 6meses analisadas, foi de 39,7%o uso de mamadeira**. Entre as crianças de 0-12 meses, o uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%).Na PNDS de 2006 a porcentagem de bebês amamentados menores de6 meses que recebem outros alimentos ou bebidas em mamadeiras foi de **47,1%.**

Indicador 15 - A alimentação complementar

Pergunta-chave: Percentagem de crianças amamentadas que recebem alimentos complementares de 6-9 meses de idade?

Histórico e justificativas:

Como os bebês crescem continuamente, eles necessitam de uma nutrição adicional junto da continuação da amamentação, depoisdos6 meses de idade. A alimentação complementar deve começar com os alimentos nativos, localmente disponíveis, acessíveis e sustentáveis. Alimentos macios ou amassados devem ser oferecidos em pequenas quantidades, 3-5 vezes ao dia. A alimentação complementar deve aumentar gradualmente em quantidade e frequência, a medida que o bebê cresce. O aleitamento materno sob livre demanda deve continuar por 2 anos ou mais. A alimentação complementar também é importante do ponto de vista dos cuidados, o cuidador deve continuamente interagir com o bebê e usar de higiene para mantê-la segura.

O indicador proposto aqui mede apenas se os alimentos complementares são fornecidos em tempo hábil, após 6 meses de idade, juntamente com a amamentação. Alimentos complementares também devem ser adequados, seguros e apropriados, mas os indicadores para estes critérios não estão incluídos porque os dados sobre estes aspectos da alimentação complementar ainda não estão disponíveis em muitos países. É útil saber a idade mediana da introduçãode alimentos complementares, qual percentagem de bebês não são amamentados de 6 a 9 meses e também quantos bebês não amamentados estão recebendo alimentos de

substituição na idade correta. Estes números podem ajudar a determinar se é importante promover mais o aleitamento materno e /ou introduzir os alimentoscomplementares mais tarde ou mais cedo. Esta informação deve ser anotada, se disponível, embora não seja pontuada. Também é possível gerar mais informações adicionais e ajudar nas orientações do programa local.

Orientações:

Indicador 15	**Ferramenta da OMS**	**Orientação da WBTi**		
	Chave Classificativa	***Pontuação***	***BRASIL***	***Classificação porCor***
Alimentação Complementar	**0,1 a 59%**	**3**		**Vermelho**
(6-9 meses)	**60 a 79%**	**6**	**73,2%**	**Amarelo**
	80 a 94%	**9**		**Azul**
	95 a 100%	**10**		**Verde**

Fontes e datas: Na pesquisa das capitais (2008) do total das crianças analisadas, a porcentagem de bebês amamentados que recebiam alimentos complementares entre 6-9 meses de idade foi de **73,2%.**Na PNDS de 2006 não fica clara a descrição deste indicador, mas os dados mostram que: antes de dois meses de idade, 14% das crianças já recebiam alimentação complementar, prevalência que é superior a 30% entre o quarto e quinto mês de vida e 63,7% entre 6 e 7 meses de vida.

Total da pontuação estimada da Parte II: Indicadores (11 a 15) = 27/50

- **Indicador 11 - 9 pontos**
- **Indicador 12 - 6 pontos**
- **Indicador 13 - 3 pontos**
- **Indicador 14 - 3 pontos**
- **Indicador 15 - 6 pontos**

Resumo da Parte I: Politicas, Programas e estratégias de ação.

Objetivos	Pontuação
1-Politica nacional, programas e coordenação	9
2-Iniciativa Hospital Amigo da Criança	8
3-Implementação do Código Internacional	9
4-Proteção à Maternidade	8,5
5- Sistemas de Cuidado da Saúde e da Nutrição	6,5
6-Apoio Conmunitário à Mãe	7
7- Apoio Informado, Educação e Comunicação	9
8-Alimentação Infantil e HIV	6
9-Alimentação Infantil nas emergências	0
10-Monitoramento e Avaliação	7
Pontuação Total da Parte I	70/100

Escore Final da WBTi - Parte I

O total de pontos encontrados nos 10 indicadores/objetivos da Estratégia Global da Alimentação de Latentes e Crianças Pequenas é calculado sobre um limite de 100 pontos.O total de scores do Brasil – 2014 é de 70 pontos.

Pontuação	Código por Cor
0 – 30	**Vermelho**
31–60	**Amarelo**
61– 90	**Azul**
91 -100	**Verde**

Resumo das Conclusões e Recomendações - Parte I

1. O Brasil tem claro que as diferentes ações de incentivo ao aleitamento materno devem ser coordenadas e realizadas em sintonia, seja entre si (como rodas de uma engrenagem), seja no envolvimento de todos os estados da federação. Esta forma de planejar e realizar as ações tem sido bem sucedida, em que pese a heterogeneidade das administrações estaduais – observando-se, por isto, maior ou menor adesão às propostas do Ministério da Saúde e consequente implementação nos Estados e cidades.

Recomendação: levando em conta a existencia de camaras tecnicas que decidem em conjunto os niveis federal, estadual e municipal recomenda-se a aprovação de uma "política" de aleitamento materno, pactuada entre esses três setores, para facilitar a implementação de todas as ações, com coordenações estaduais de aleitamento materno em harmonia com a coordenação nacional.A existencia de uma Coordenação nacional com um comite assessor oficializado formado por instituições –chaves, inclusive da sociedade civil, que atuam em amamentação é muito importante para a continuidade do Programa, em conformidade com a Declaraçao de Innocenti. Além disso, tal corpo é responsavel pela revisao do plano anual de atividades e seu orçamento. Aelaboração anual do orçamento deve ser efetuada levando em conta os aumentos de preços e inflação, seja para a remuneração de recursos humanos, seja

para as demais alocações de gastos, pois tem se mostrado aquem das necessidades do Programa. Além disso, o planejamento das ações deve ouvir sugestões e críticas dos Estados. O diálogo e a integração quanto ao planejamento e os recursos de áreas afins (como Nutrição, Saúde da Mulher, HIV/Aids etc.) precisam ser buscados, pois viabilizaria diversas ações de aleitamento materno que são comuns a essas áreas.

2. No início da IHAC houve um crescimento exponencial da adesão de hospitais, declinando bastante com o passar dos anos ao se incorporar pré-requisitos outros, especialmente a *"diminuição da taxa de cesáreas*". Assim, chegamos em 2014 a um número de Hospitais Amigos da Criança no país muito pequeno (cerca de 9%) e menos da metade deles nas últimas reavaliações mostraram cumprir os 10 Passos e a NBCAL (Código). Uma em cada 3 crianças (cerca de 30%) nascem em HAC credenciados. Agora foram incorporados critérios relacionados às práticas de parto e estão sendo capacitados avaliadores e equipes hospitalares para aderirem a esses critérios e se atualizarem nos antigos critérios, esperando-se tambem sensibilizar gestores de maternidades, além de manter o monitoramento on-line. 50% dos avaliadores em todos os estados já foram capacitados na nova portaria.

Recomendação: Sensibilizar gestores para a expansão de HAC, implementar os critérios da nova portaria por meio da capacitação da equipes, manter a adesão ao monitoramento on line, garantir a realização das reavaliações como forma de aumentar o número de HAC que cumprem integralmente os 10 passos e a NBCAL.

3. No Brasil o Código é composto por três documentos: Portaria Ministerial nº 2.051 (PT/MS 2051), de novembro de 2001, a RDC nº 221 e a RDC nº 222, ambas publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em agosto de 2002. Em 2006 foi publicada a Lei nº 11.265 que aguarda ser regulamentada pelo poder executivo a fim de possibilitar a sua efetiva aplicação. A Rede IBFAN Brasil realiza capacitações em monitoramento a fim de criar consciência em cidadãos e profissionais que trabalham em prol da amamentação e da saúde infantil, para que incorporem a prática do monitoramento contínuo, fomentando o cumprimento integral às legislações citadas acima. Cada infração identificada é documentada e enviada notificação à empresa violadora e à ANVISA, além de ser publicado o resultado na mídia.

Recomendação: Publicação do decreto de regulamentação da lei 11.265/06, manutenção das capacitações e monitoramento, atuação efetiva das VISAS locais e estaduais além da ANVISA

para o cumprimento das legislações.

4. A maior parte das mães trabalhadoras nao tem direitos trabalhistas. As trabalhadoras formais possuem benefícios de licença maternidade de 4 meses – a maioria; havendo uma parte de trabalhadoras, em expansão, com direito a 6 meses. Quanto à amamentação, existe a garantia de pausas para amamentar e creche normalmente substituída por um recurso-creche. O Brasil não ratificou o C 183 da OIT. Nos últimos 4 anos, o PNIAM tem incrementado a ação de proteção e apoio à mulher trabalhadora que amamenta, com uma estratégia de sensibilizar empresários e chefias para aumentar a licença maternidade para 6 meses, instalar creche e instalar dentro da empresa Salas de Apoio a Amamentação – para extração e estocagem do leite materno durante a jornada.

Recomendação: prosseguir com a estratégia de proteção e apoio à mulher trabalhadora que amamenta; buscar a ratificação do C 183 da OIT para tê-lo como base inalienável para impedir retrocessos à legislação nacional; lutar junto ao Parlamento para a ampliação da Lei "Empresa Cidadã" para torná-la universal, obrigatória e não optativa.

5. Para atingir as metas da Estratégia Global os currículos de formação profissional no nível de graduação merecem ser revistos e atualizados de acordo com as evidências científicas e recomendações da OMS. Além disso, é necessário aprimorar o ensino prático do manejo clínico da amamentação e alimentação complementar saudável assim como incorporar as questões do Código.

Recomendações: Propiciar intercâmbio com as universidades e faculdades para dar destaque nos currículos ao manejo do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, manter atualizados os programas de capacitação de profissionais de acordo com as evidências científicas.

6. No contexto da atenção básica o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável é desenvolvido pela Estratégia Saúde da Familia que possui uma ampla cobertura e nos últimos cinco anos com a implementação da *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB) busca-se a qualificação das equipes de saúde. Existem alguns grupos que atuam com mães de maior acesso à internet oferecendo apoio mãe a mãe presencial ou virtual.

Recomendação: Dar continuidade a implementação da EAAB para qualificar os profissionais e

agentes de saúde que atuam na atenção básica. Identificar nas comunidades mães com experiência em amamentação e perfil de liderança para expansão da formação de grupos de apoio.

7. No Brasil existem duas campanhas nacionais na mídia, a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) e a Campanha de Doação de Leite Materno que produzem spots para a TV, cartazes, cartilhas e folders sobre doação de leite materno, amamentação e alimentação complementar a fim de garantir material de divulgação e promoção para os serviços de saúde. Essas campanhas são feitas em colaboração com a WABA, IBFAN e Rede de Banco de Leite Humano e parceria com a SBP, estando disseminadas por todo o país.

Recomendações: Incorporar nas campanhas a utilização de novas mídias otimizando o uso das redes sociais como forma de ampliar o alcance e abrangência da informação.

8. Não existe no Brasil um diálogo entre o setor do Ministério da Saúde que trabalha a Saúde da Criança e o de Nutrição, com o setor que trabalha HIV/Aids. Assim, são decididas políticas de amamentação e alimentação infantil para as mulheres gestantes que possam ser portadoras do vírus HIV pelo Programa Nacional de Controle da Transmissão do HIV cuja linha de trabalho quanto à transmissão vertical é "transmissão zero"; dentro disto, nenhuma possibilidade de amamentação é permitida, nem discutida. Na prática, isto significa distribuição universal e gratuita de fórmula infantil desde a maternidade. Testes rápidos para o HIV nestas, levando à separação mãe-bebê muitas vezes desnecessária, impedem muitas vezes o início da amamentação entre mães suspeitas.

Recomendação: melhorar a gerência de realização do teste rápido do HIV nas maternidades; haver um diálogo com a IHAC; o setor que trabalha HIV/Aids tomar conhecimento de pesquisas nacionais que mostram que muitas maes HIV positivo praticam aleitamento misto; melhorar a informação dos profissionais para que sigam as recomendações internacionais e se atualizem quanto as melhores práticas de alimentação mesmo para os bebês de mães HIV positiva.

9. No Brasil, nos momentos em que ocorrem enchentes, inundações e deslizamentos de terra com famílias perdendo suas moradias, membros da rede IBFAN buscam se aproximar da Defesa Civil e disponibilizar nosso material e procurar influir no controle da distribuição indevida de fórmulas infantis e água não potável. Entretanto, este componente não está

contemplado nas políticas do país.

Recomendações: incorporar este tema como mais uma ação estratégica das políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, criando módulos de capacitação dos profissionais de saúde sobre como lidar com a alimentação infantil em situações de emergência. Quando da ocorrência de emergências controlar o uso, a aquisição, o manejo e a distribuição de fórmulas infantis, leites, mamadeiras e bicos com indicação baseada em recomendações técnicas e em cumprimento com os dispositivos da NBCAL e Lei 11.265/2006. As mães que estiverem amamentando devem ser protegidas, e ter um espaço silencioso e tranquilo para manter sua prática. As doações de fórmulas infantis, se ocorrerem, precisam ser controladas pela dificuldade de preparo com água não potável nessas circunstâncias, e pelo uso indiscriminado por mães lactantes, cuja produção de leite materno precisa ser preservada. Estas informações devem ser divulgadas às autoridades, Forças Armadas e à mídia para que planejem a alimentação artificial junto com combustível, equipamentos de cozinha, água potável, instalações sanitárias seguras, treinamento de pessoal e local apropriado e reservado para preparo de alimentos, cuidado com doações imprevistas de fórmulas infantis, leites, mamadeiras e bicos, além do cuidado com sua estocagem.

10. No Brasil a avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes compõem a Vigilância Alimentar e Nutricional que tem seus resultados apresentados por meio do SISVAN. Além desse sistema o MS dispõe de outros sistemas de avaliação de processo que visam garantir/verificar os resultados dos serviços prestados nas ações voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AM. São acompanhados pelo sistema on-line os *hospitais amigos da criança no monitoramento anual, a ação de apoio à mulher trabalhadora que amamenta* na implantação das salas de apoio à amamentação e o uso dessas salas e a *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil*. Esse sistema de gerenciamento acompanha as oficinas de capacitação e as atividades de promoção da amamentação e alimentação complementar saudável que estão sendo realizadas nos Estados. Todos esses sistemas (denominado agora e-SUS) compõem mecanismos de acompanhamento das ações como forma de identificar as dificuldades de cada ação para manter o título no caso da IHAC, o credenciamento como sala de apoio à amamentação, assim como as Unidades de Saúde que recebem a visita regular de um tutor, dentro da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Recomendações: Realizar avaliação de consumo alimentar e antropometria (peso e estatura)

de indivíduos em todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes), avaliar o resultado do consumo alimentar de forma integrada com informações provenientes de outras fontes de informação, como pesquisas, inquéritos e outros sistemas de informações em saúde (SIS) disponíveis no SUS. Concretizar a implantação do e-Sus que possibilitará melhor articulação ampliando as possibilidades de alcance e utilização dos dados, maior sensibilização e orientação dos "*gestores locais para que busquem autonomia no processo de uso das ferramentas de monitoramento e avaliação*"

Resumo da Parte II: Práticas alimentares de lactentes e crianças pequenas

Práticas	Resultados (%)	Pontuação
1-Inicio da amamentação na primeira hora de vida	**42,9 a 67,7%**	**9**
2-Amamentação exclusiva até 6 meses	**38,6 a 41%**	**6**
3-Mediana da duração da amamentação	**11,2-14 meses**	**3**
4-Alimentação por mamadeira	**39,7-47,1%**	**3**
5- Alimentação complementar	**73,2**	**6**
Pontuação Total da Parte II		**27/50**

Escore Final da WBTi - Parte 2

O total de pontos encontrados nos 5 indicadores (de 11 a 15) sobre as práticas da Alimentação de Latentes e Crianças Pequenas é calculado sobre um limite de 50 pontos**.O total de scores do Brasil – 2014 é de 27 pontos.**

Pontuação	Código por Cor
0 –15	**Vermelho**
16 - 30	**Amarelo**
31 - 45	**Azul**
46 - 50	**Verde**

Resumo das Conclusões e Recomendações - Parte II

Os indicadores desta parte do WBTi evidenciam que o Brasil não tem dados recentes que apontem a situação do aleitamento materno e alimentação complementar – as duas pesquisas mais recentes são de 2006 – para uma amostra populacional do país, e de 2008 – para as capitais dos 27 estados. Os dados apresentados no Indicador 10 de Ações de monitoramento referem-se ao SISVAN – Sistema de Vigilância Nutricional, que cobre a população que tem acesso ao serviço de atenção básica, de maneira geral, população de baixo e médio-baixo ingresso. Deve-se então, com os Indicadores de 2006 e 2008 apresentados, levar em conta que eles não refletem todas as ações implementadas pelo PNIAM e Política de Nutrição do país nos últimos 6-8 anos. Podemos de toda a forma comentar que, até as datas medidas, os Indicadores estavam muito aquém do que se preconiza, mostrando-se que os melhores deles são: o Início da Amamentação na Primeira Hora de vida (42,9 a 67,7%) e a Alimentação Complementar (73,2%) . O Aleitamento Materno Exclusivo de 0-6 meses mostrava-se muito baixo (38,6 a 41%) assim como a Duração Mediana da Amamentação (11,2-14 meses) e o uso da Mamadeira (39,7-47,1%). Entretanto, ao observarmos o gráfico apresentado junto ao Indicador 1, de Políticas, vê-se que a tendência de dados no país até aquela data é de subida.

Recomendação: Continuar o trabalho de coleta de dados com a competência e a regularidade como vem sendo conduzido. Levando em conta os resultados apontados nos Indicadores de ação, repensar especialmente a formação de recursos humanos, particularmente revendo e atualizando os curriculos das Escolas médicas, de enfermagem, de nutrição e disciplinas afins. Esta melhora permitirá a entrada de profissionais no sistema de atendimento à saúde com conhecimentos baseados em evidencias cientificas e habilidades adequadas para iniciar e manter a amamentação e a alimentação complementar saudável em todas as circunstâncias.

Total da Parte I e Parte II (Indicadores 1-15): Práticas, Políticas e Programas sobre Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas

O Escore Total Geral sobre Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas é calculado sobre um limite de 150 pontos. **O total de scores do Brasil – 2014 é de 97 pontos.**

Pontuação	Código por Cor
0 –45	**Vermelho**
46 - 90	**Amarelo**
91 - 135	**Azul**
136 - 150	**Verde**

Bibliografia:

1. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Assembly May 2002.

2. WHO, Indicators for Assessing Breastfeeding Practices: Report of an Informal Meeting, 11-12 June 1991, Geneva, Switzerland. Geneva, Switzerland: WHO, 1991 (WHO/CDD/SER/91.14).

3. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, adopted by participants at the WHO/UNICEF policymaker's meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 30 July – 1 August, 1990.

4. Macro International, Demographic and Health Survey, Calverton, Maryland, USA (countries and dates vary).

5. UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, NY, NY: UNICEF, (countries and dates vary).

6. WHO, WHO Global Data Bank on Breast-feeding, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996 (WHO/NUT/96.1).

7. MEASURE Communications, Breastfeeding Patterns in the Developing World, Washington D.C.: Population Reference Bureau and MEASURE Communications, 1999.

8. WHO, "The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding, Note for the Press No 7, 2 April 2001

9. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia HM. "Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study". Lancet 1999 Aug 7;354: 471-76.

10. Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L et al. "Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa" AIDS 2001, Vol 15 No 3.379-387.

11. Habicht J-P, Da Vanzo J, Butz WP."Mother's milk and sewage: Their interactive effects on infant mortality", Pediatrics 81: 456-461, 1988.

12. Haggerty PA, Rutstein S, Breastfeeding and Complementary Infant Feeding, and the Postpartum Effects of Breastfeeding, Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 30, Calverton, Maryland: Macro International, 1999.

13. WHO/UNICEF/University of California (Davis). Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998 (WHO/NUT/98.1).

14. WHO, Complementary Feeding: Family foods for breastfed children, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000 (WHO/NHD/001).

15. WHO and UNICEF, Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services, A joint WHO/UNICEF statement, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1989.

16. UNICEF, Baby-Friendly Hospital Initiative Case Studies and Progress Report, New York: UNICEF Programme Division, 1999.

17. WHO, International Code of Marketing of Breast milk Substitutes, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1981.

18. State of the Code by Country: A survey of measures taken by governments to implement the provisions of the International Code of Marketing of Breast milk Substitutes, IBFAN, International Code Documentation Centre, Penang, Malaysia (various dates)

19. ILOLEX, IC 103 Maternity Protection Convention (Revised, 1952, Geneva, Switzerland: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (http://ilolex.ilo.ch/).

20. ILOLEX, IC 183 Maternity Protection Convention (2000, Geneva, Switzerland: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (http://ilolex.ilo.ch/).

21. ILO, "Maternity Protection at Work", World of Work, April 1998, Vol. 24, pp. 15-19.

22. UNAIDS. HIV and infant feeding. A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and WHO, 1997. Available at website: http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpole.html.

23. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA/World Bank/UNHCR/WFP/IAEA/FAO. HIV and infant feeding: a framework for priority action. Geneva, World Health Organization, 2003 (in press).

24. WHO/UNAIDS/UNICEF. HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. Geneva, World Health Organization, 1998 (under revision). Available at web site: http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.html.

25. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Infant and young child feeding in emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. November 2001. Available at web site: www.ennonline.net or from fiona@ennonline.net.

26. Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies. Infant feeding in emergencies: policy, strategy and practice. May 1999. Available at web site: www.ennonline.net or from fiona@ennonline.net

27. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff: manual for orientation, reading and reference. Draft, November 2001. Available at web site: www.ennonline.net or from fiona@ennonline.net.

28. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. Infant feeding in emergencies. Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations: manual for practice, instruction and reference. Draft, 2003. Available at web site: www.ennonline.net or from fiona@ennonline.net.

29. WHO, UNHCR, IFRC, WFP. The management of nutrition in major emergencies. Guiding principles for feeding infants and young children in emergencies. Geneva, World Health Organization, 2000.

30. UNDP, UNDP Human Development Report, United National Publications, NY, NY, 2000 (email: publications@un.org)

31. UNICEF, State of the World's Children, UNICEF, NY, NY 2013.

32. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003.

33. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, for the Maternal and Child Under nutrition Study Group. Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371(9608): 243-260.

34. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública vol.19 suppl.1 Rio de Janeiro 2003.