



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADA
EM
SAÚDE COLETIVA



LINDACIR SAMPAIO DE OLIVEIRA

**CONFIABILIDADE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS NO PROCESSO DE
AVALIAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA:
O OLHAR DOS AVALIADORES**

Recife

2012

LINDACIR SAMPAIO DE OLIVEIRA

**CONFIABILIDADE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS NO PROCESSO DE
AVALIAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA:
O OLHAR DOS AVALIADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Recife

2012



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

LINDACIR SAMPAIO DE OLIVEIRA

No dia 30 de março de 2012, às 9h, no Auditório do NUSP, Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Sônia Bechara Coutinho (Doutor(a) do Departamento Materno Infantil da UFPE) Membro Externo e Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Lindacir Sampaio de Oliveira, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Confabilidade das Informações Coletadas no Processo de Avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: o olhar dos avaliadores**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

Prof. Dr. **Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo**

Profa. Dra. **Sônia Bechara Coutinho**

A meus filhos Andréa e Fabinho, razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A *Deus* por estar sempre presente em minha vida iluminando meus caminhos e minhas escolhas e por ter permitido a conclusão deste projeto.

A *UFPE*, em especial ao *Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva* pela oportunidade para realização deste mestrado.

Ao professor *Antonio Carlos* por ter aceitado a orientação desta pesquisa, pelo compromisso e pela condução na construção deste estudo. Tenho a honra de ser sua orientanda e aprendiz, não só pela competência técnica, mas por ter a habilidade perceber os momentos mais difíceis e ajudar a superá-los.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva por todo conhecimento que me passaram.

A *Fernanda Monteiro* Coordenadora Técnica para Assuntos Relacionados ao Aleitamento Materno do Ministério da Saúde do Brasil e *Amanda Souza Monteiro* Assessora para Assuntos Relacionados ao Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, por ter disponibilizado os contatos dos avaliadores viabilizando a realização da pesquisa.

Aos *Avaliadores da IHAC* pela valiosa colaboração.

Aos *meus pais* pelo apoio incondicional e exemplo de dedicação. Desculpe as ausências.

Ao meu esposo, *Fábio*, companheiro de todas as horas, pelo apoio constante, pelo amor, pelos lindos filhos que me deu e por tudo que já construímos juntos.

Aos meus filhos *Andréa e Fabinho* pelo incentivo, pelo amor, pelo carinho, pelos adultos que se tornaram. Vocês são lindos por dentro e por fora. Amamos vocês.

Ao professor *Adeildo Simões da Silva*, pelo apoio durante o período do mestrado e pela importante participação na minha formação profissional. Um exemplo de pessoa humana de dedicação ao paciente e sua família e de professor.

A *Equipe de Neonatologia* do HC/UFPE por entender as ausências e pelo apoio na realização das tarefas de gestão e preceptoria nas horas que mais precisei.

As colegas de plantão, *Dirce, Egna, Lúcia, Ridalva* pelo companheirismo, incentivo, apoio e pelas dicas.

A minha “amiga do peito” **Lúcia Trajano** pela disponibilidade e ajuda na busca dos contatos dos avaliadores. Sem este valioso apoio, não teria conseguido a amostra necessária para realização da pesquisa.

As Professoras, **Vilneide Braga, Sônia Bechara, Lourdes Peres**, responsáveis pela minha iniciação na defesa desta causa que além de salvar vidas, humaniza a assistência à mãe, ao recém-nascido e família: o aleitamento materno.

Aos diretores técnicos do Hospital das Clínicas da UFPE Dra. **Iaracy Melo** e do Hospital Memorial Guararapes Dr. **Ajon Tenório** pelo apoio, permitindo a flexibilidade dos horários para realização deste mestrado.

Aos meus colegas do mestrado **Cristiana, Daniella, Danielle, Eliane, Elisângela, Flávia, Felipe, Fernanda Coutinho, Fernanda Ferraz, Humberto, Jackelyne, João Luiz, José Eudes, Maciel, Manuela, Rodrigo, Vanessa, e Viviane**, pela agradável convivência e laços construídos ao longo desta jornada.

A **José Moureira** pelo valioso apoio administrativo.

A **Luíza**, pelo apoio ao cuidar do meu lar, sem a sua dedicação, não conseguiria concluir este projeto.

A todos que contribuíram direta e indiretamente com esta pesquisa.

Quem conhece melhor a realidade, torna mais sonhos possíveis.

Sônia Venâncio

RESUMO

Este estudo analisou a opinião dos avaliadores da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em relação ao seu processo avaliativo. A IHAC é uma estratégia global idealizada pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para Infância. O objetivo básico desta Iniciativa é o de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno nas maternidades e hospitais. Os estabelecimentos de saúde são avaliados baseados nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. **Objetivo:** identificar a opinião dos avaliadores do Brasil que atuam na IHAC em relação à confiabilidade do sistema de avaliação. **Métodos:** estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, baseado em dados primários obtidos mediante aplicação de questionários. Foram elegíveis os avaliadores com experiência de participação em pelo menos uma avaliação global e/ou uma reavaliação no período de 2005 a 2010. **Resultados:** dos avaliadores pesquisados 100% eram de nível superior, 94,3% eram do sexo feminino, 85,7% tinham idade entre 40 e 60 anos, 62,8% eram médicos e enfermeiros, 71,4% residiam nas regiões nordeste e sudeste, 28% eram capacitados em manejo do aleitamento materno, aconselhamento em amamentação e outros cursos de avaliação além do curso do avaliador da IHAC; 71,4% possuíam mais de cinco anos de atuação como avaliador, 74,2% avaliaram mais de cinco hospitais, 82,9% participaram tanto de avaliações globais, quanto de reavaliações e 91,4% tinham realizado a última avaliação no máximo em 24 meses. Quanto aos resultados obtidos pelo processo avaliativo da IHAC, 77% responderam que correspondiam parcialmente à realidade dos hospitais avaliados. Os motivos alegados foram a deficiência do instrumento de avaliação, a comunicação prévia da avaliação ao hospital e o despreparo do avaliador. Com relação à fragilidade do processo avaliativo, 21% atribuíram a sua existência ao fato das perguntas do instrumento de avaliação e reavaliação serem pouco claras e repetidas, não adaptadas à cultura e/ou linguagem da região, além da exigência exagerada de pontos chave, ao número de entrevistados pouco representativo e ao percentual alto de respostas exigidas. A abordagem de tópicos importantes para o conhecimento das práticas hospitalares em relação ao aleitamento materno foi o ponto forte do Instrumento de avaliação e reavaliação da IHAC referido pelos avaliadores. Entretanto, a inadequação do instrumento para as gestantes internadas que não fizeram pré-natal na instituição, o questionário extenso para mães e profissionais do corpo clínico, contendo perguntas longas, pouco claras e repetidas e apresentadas com linguagem formal, bem como a exigência do conhecimento técnico da retirada manual do leite materno para profissionais do corpo clínico que não a realiza no dia a dia, a exigência às puérperas da definição temporal do contato precoce da mãe com seu bebê na sala de parto e a abordagem superficial da prática do aleitamento materno às mães de bebês internados em unidades de cuidados especiais foram os pontos fracos apontados pelos pesquisados. **Conclusão:** de acordo com os avaliadores respondentes, os dados obtidos no processo avaliativo da IHAC são parcialmente confiáveis e não refletem plenamente à realidade dos hospitais avaliados. Para tanto seria necessário promover adequações no instrumento de coleta de dados de modo a torná-lo mais claro e conciso, organizar um quadro de avaliadores melhor preparados o que exigirá o recrutamento mais focado no perfil desejado e o fortalecimento do processo de qualificação dos mesmos.

Palavras-chave: avaliação em saúde, avaliação de programas, aleitamento materno, Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

ABSTRACT

This study analyzed evaluators' opinion about the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) related to its evaluation process. The BFHI is a global strategy designed by the World Health Organization and United Nations Fund for Children. The basic goal of the Initiative consists in protecting and supporting breastfeeding in maternity wards and hospitals. Health facilities are assessed based on the Ten Steps to Successful Breastfeeding. **Objective:** To identify evaluators' opinion about BFHI related to the evaluation system reliability. **Methods:** A descriptive cross-sectional and quantitative approach, based on primary data obtained through questionnaires. Evaluators who feature experience of participation were eligible in at least an overall assessment and / or a reassessment in the period of 2005 to 2010. **Results:** 100% of reviewers surveyed were higher, 94.3% were female, 85.7% were aged between 40 and 60 years, 62.8% were doctors and nurses, 71.4% lived in the northeastern and Southeast, 28% were trained in management of breastfeeding, breastfeeding counseling and other courses in addition to the ongoing assessment of the evaluator of the BFHI, 71.4% had more than five years experience as an evaluator, evaluated more than 74.2% five hospitals, 82.9% participated in both global assessments, and reevaluations and 91.4% had conducted the last assessment within 24 months. 77% of the evaluators answered that the results obtained by the BFHI evaluation were partially corresponded to the reality of the hospitals assessed. The reasons exposed were the failure of the device evaluation, prior notice of assessment to the hospital and evaluators unpreparedness. Regarding to the fragility of the evaluation process, 21% attributed it to the fact that questions of the instrument of assessment and reassessment are unclear, repeated and not adapted to culture context of the evaluated facility and / or regional language, besides the exaggerated key points demands, the unrepresentative number of respondents and the high percentage of unreasonably required responses. The approach of topics which were important to get to know the hospitals practices related to breastfeeding was the assessment and reassessment instrument of the BFHI strength referred by the evaluators. However, the instrument inadequacy for pregnant women who were admitted but not received prenatal care in the institution, the extensive questionnaire for mothers and professional medical staff, featuring long questions, unclear and repeated and presented with formal language, as well as the requirement of technical knowledge towards manual removal of breast milk for the medical professionals who do not perform it on a daily basis, the mothers requirement about the temporal definition of the early contact between the mother and her baby in the delivery room and the approach surface of breastfeeding mothers of babies in special care units were the weaknesses pointed out by respondents. **Conclusion:** According to the evaluators respondents, the data obtained in the evaluation process of BFHI are partially reliable and do not fully reflect the reality of the hospitals assessed. To improve the process, it would be necessary to promote adjustments in the instrument of data collection in order to make it more clear and concise, and organize a cadre of evaluators better prepared, which will require a more focused recruitment regarding the desired profile and the strengthening of the qualification process of those professionals.

Keywords: health assessment, program evaluation, breastfeeding, Baby Friendly Hospital Initiative.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição dos Hospitais Amigos da Criança por Estado.....	25
Figura 2	Fluxograma para credenciamento de Hospitais Amigos da Criança.....	30
Figura 3	Diagrama dos questionários enviados e recebidos.....	39
Figura 4	Distribuição da frequência por região onde os avaliadores respondentes trabalham e residem.....	46
Figura 5	Frequência das opiniões dos avaliadores respondentes em relação aos dados obtidos no processo avaliativo da IHAC no que se refere à capacidade de refletirem a realidade dos hospitais avaliados.....	50
Figura 6	Frequência dos avaliadores respondentes em relação a classificação do instrumento de avaliação e reavaliação da IHAC quanto a finalidade a que se propõe.....	57
Quadro 1	Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.....	22
Quadro 2	Pré-requisitos para credenciamento na Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	24
Quadro 3	Distribuição dos respondentes que indicaram falta de acurácia do processo do avaliativo segundo os motivos alegados.....	51
Quadro 4	Distribuição dos avaliadores respondentes que indicaram que o instrumento do processo de avaliação e reavaliação não alcança a finalidade a que se propõe segundo os motivos alagados.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequência por sexo, idade (em anos) e qualificação profissional dos avaliadores respondentes.....	44
Tabela 2	Distribuição de frequência dos cursos de capacitação realizados pelos avaliadores respondentes para o exercício da função de avaliador.....	46
Tabela 3	Distribuição dos avaliadores respondentes segundo a frequência do tempo em anos de atuação como avaliador e número de hospitais avaliados.....	48
Tabela 4	Distribuição dos avaliadores respondentes segundo a frequência dos tipos e locais das avaliações e tempo transcorrido desde a última avaliação realizada (em meses).....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS	Assembléia Mundial de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Código	Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
HAC	Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OPAS	Organização Pan-Americana para a Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificativa	19
1.2 Objetivos	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 A Iniciativa Hospital Amigo da Criança	21
2.2 O instrumento de avaliação e o processo avaliativo da IHAC	27
2.3 Avaliação em saúde	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
3.1 Enquadramento e período do estudo	38
3.2 População do estudo	38
3.3 Variáveis do estudo	39
3.4 Coleta dos dados	40
3.5 Processamento e análise dos dados	41
3.6 Dificuldades metodológicas do estudo	41
3.7 Aspectos éticos	42
4 RESULTADOS	43
4.1 Perfil dos avaliadores e sua experiência na função	44
4.2 Análise crítica dos avaliadores acerca da acurácia do processo avaliativo da IHAC	50
4.2.1 Análise crítica dos avaliadores acerca da deficiência do instrumento da IHAC 52	
4.2.2 Análise crítica dos avaliadores a respeito da comunicação prévia sobre a visita dos avaliadores às instituições a ser avaliadas	53
4.2.3 Análise crítica dos avaliadores pesquisados quanto ao despreparo do avaliador	54
4.3 Análise crítica dos avaliadores quanto a adequação do instrumento de avaliação e reavaliação da IHAC em relação à finalidade a que se propõe	57
4.3.1 Análise crítica dos avaliadores quanto a exigência de um alto percentual de respostas corretas do instrumento de avaliação da IHAC	58
4.3.2 Análise crítica dos avaliadores quanto a exigência exagerada de pontos chave do instrumento de avaliação da IHAC	61

<i>4.3.3 Análise crítica dos avaliadores quanto ao número de entrevistados exigido pelo instrumento de avaliação da IHAC</i>	62
<i>4.3.4 Análise crítica dos avaliadores quanto ao fato apontado de o instrumento de avaliação da IHAC ser composto por perguntas pouco claras</i>	63
<i>4.3.5 Análise crítica dos avaliadores quanto ao fato apontado de o instrumento de avaliação da IHAC possuir perguntas repetidas</i>	64
<i>4.3.6 Análise crítica dos avaliadores em relação ao instrumento de avaliação da IHAC possuir perguntas com linguagem culturalmente inadequadas para região</i>	65
<i>4.3.7 Outros motivos apontados pelos avaliadores para justificar o fato de o instrumento de avaliação da IHAC não alcançar o objetivo a que se propõe</i>	66
4.4 Pontos fortes e pontos fracos do instrumento de avaliação da IHAC relatados pelos avaliadores	66
5.CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	78
ANEXOS	86

APRESENTAÇÃO

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma estratégia mundial, idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o intuito de reduzir os índices de desmame precoce e suas consequências, por meio da implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Para que hospitais e maternidades sejam credenciados como Hospital Amigo da Criança (HAC) é necessária uma avaliação inicial (avaliação global), feita por pessoas credenciadas pelo Ministério da Saúde ou órgãos similares do país em questão. Após o credenciamento, são realizados monitoramentos e reavaliações periódicas. Estas avaliações feitas por avaliadores externos à instituição asseguram a implementação e a manutenção da prática dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, sendo fundamental para continuidade e qualidade da estratégia (UNICEF/OMS, 2010). Nesse contexto, conhecer a opinião do avaliador em relação ao sistema de avaliação da IHAC poderá contribuir para o aperfeiçoamento da estratégia.

A presente dissertação acha-se estruturada, portanto, em cinco capítulos: o primeiro, relativo à introdução, contém a motivação, a delimitação do problema e os objetivos do estudo. O segundo capítulo aborda a revisão da literatura, construída através de pesquisas nas bases de dados eletrônicas Pubed/Medline, Scielo, Lilacs, além da busca complementar em livros especializados. Neste segundo capítulo, encontram-se a contextualização da IHAC no mundo e no Brasil, uma breve descrição do processo avaliativo e os conceitos sobre a avaliação em saúde. O terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos, define o desenho da pesquisa, a população estudada, os critérios de inclusão na pesquisa, as variáveis analisadas, além de delinear o método de obtenção dos dados e o referencial analítico empregado. O quarto capítulo oferece os resultados e discute estes resultados, ao passo que no quinto estão as conclusões e recomendações da pesquisa. Seguem-se as referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

A expectativa em relação aos resultados advindos deste estudo é a de contribuir para melhoria do processo avaliativo da IHAC, por meio da análise da opinião do avaliador da IHAC em relação ao exercício de sua função, bem como, com os resultados dela, subsidiar a realização de pesquisas futuras.

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o desmame precoce tem sido objeto de preocupação para os formuladores de políticas públicas em todo mundo, devido ao seu efeito deletério para saúde da criança elevando os índices de morbimortalidade infantil (LAMBERTI et al., 2011; ESCUDER, VENANCIO, PEREIRA, 2003; HUFFMAN, ZEHNER, VICTORA, 2001; BETRÁN et al., 2001; VICTORA et al., 1987). Este fato motivou a elaboração e implementação de inúmeras estratégias, inclusive no Brasil, na perspectiva de reduzir os índices do desmame precoce, mediante a intensificação da prática da amamentação.

Jones et. al. (2003) em seu estudo de revisão sobre intervenções para sobrevivência infantil encontraram em seus resultados evidências de que a ação aleitamento materno tem grande impacto na prevenção da mortalidade infantil. Estes autores atribuíram ao aleitamento materno a capacidade de isoladamente prevenir 13% das mortes evitáveis em menores de cinco anos de idade a nível mundial.

Por outro lado, estudos científicos apontam que a desinformação dos profissionais de saúde, as rotinas e práticas de cuidados de saúde dos profissionais das maternidades dirigidas a mães e bebês, frequentemente, oferecem obstáculos ou impedem o início e o estabelecimento da amamentação sendo fatores determinantes para o desmame precoce (TOMA, VENÂNCIO, REA, 2009; OPAS/OMS, 2001).

Diante deste cenário, como esforço para reverter os altos índices de desmame precoce em várias regiões do mundo, bem como contribuir para redução da mortalidade infantil, a OMS e o UNICEF propuseram em 1990 a IHAC. A IHAC é uma estratégia global elaborada com base em evidências científicas e estruturada através da instituição de um conjunto de medidas chamadas “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, cujo propósito é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno através da revisão de políticas, práticas e rotinas em relação ao aleitamento materno nos hospitais e maternidades (WHO/UNICEF, 1989).

Os principais objetivos da IHAC são: adequar as rotinas dos serviços de saúde materno-infantis em prol do aleitamento materno através da implementação dos Dez Passos e por fim aos incentivos às práticas das empresas, visando coibir a distribuição gratuita ou de baixo custo de substitutos do leite materno nos hospitais e maternidades certificados, ou seja, a adesão ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (Código) e, no caso do Brasil, a Norma Brasileira de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Os hospitais e maternidades com o status de HAC

tornam-se referência e centro de treinamento em aleitamento materno para a sua comunidade e sua região (MS, 2011).

Sampaio et al. (2011); Venancio et al. (2002) apontam para maiores taxas de aleitamento materno nas crianças que nascem em um HAC, quando comparadas aos nascimentos em hospitais tradicionais.

Nesse contexto, a IHAC é considerada uma importante estratégia pelo impacto positivo nas taxas de aleitamento materno, o que reflete na melhoria da saúde e sobrevivência infantil, sendo evidente a sua relevância para a saúde pública, em especial nos países em desenvolvimento (UNICEF/OMS 2010; CALDEIRA, GONÇALVES, 2009; LAMOUNIER et al., 2008; LABBOK, 2007; BRAUN et al., 2003).

No Brasil, a estratégia começou a ser desenvolvida em março de 1992, com o apoio do UNICEF e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), somando-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), coordenado pelo Ministério da Saúde (MS).

Mundialmente, para que um hospital se torne HAC, necessita ser submetido à avaliação, tendo como base o cumprimento dos critérios globais de cada um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Esta avaliação é realizada por profissionais que não fazem parte da equipe do hospital (avaliadores externos) considerados *experts* nas habilidades de manejo do aleitamento materno e aptos a julgar a exatidão e a probidade de informações. Para evitar a queda nos padrões de qualidade, ocorrem periodicamente monitoramento e reavaliação dos hospitais credenciados (UNICEF/OMS, 2010).

Segundo Ala Harja e Helgason (2000) a avaliação é uma ferramenta que visa oferecer informações confiáveis e utilizáveis quanto aos resultados obtidos e deve ser vista como mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisões. Dessa forma, para evitar uma compreensão distorcida da realidade na qual a estratégia ou o programa intervém e para que a avaliação atinja o seu propósito, são imprescindíveis o preparo do avaliador, a qualidade e a utilização adequada do instrumento de avaliação. Nesse sentido, a avaliação é fundamental para acompanhar o desempenho e aprimoramento da IHAC (MS, 2011).

Nesta perspectiva, estudar a questão da confiabilidade dos dados obtidos no processo avaliativo da IHAC, através da opinião dos avaliadores, apresentará contribuições tanto em nível de acumulação de conhecimentos científicos, quanto no âmbito das políticas destinadas a este

segmento. Este olhar nos possibilitará uma visão mais acurada do processo avaliativo da estratégia.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar este estudo se deve a inquietações da pesquisadora enquanto avaliadora da IHAC em relação a algumas dificuldades que ocorreram no decorrer de avaliações de alguns hospitais certificados, bem como ao desejo de contribuir para preencher a lacuna existente em relação ao embasamento científico do processo avaliativo da IHAC na perspectiva do avaliador.

Diante do exposto, o presente estudo foi delineado com o propósito de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico, fornecer subsídios para possíveis ajustes e aperfeiçoamento do processo avaliativo da IHAC, como também para responder ao seguinte questionamento: na opinião dos avaliadores os dados obtidos pelo sistema de avaliação da IHAC refletem a realidade dos hospitais?

1.2 OBJETIVOS

Geral

Identificar a opinião dos avaliadores do Brasil que atuam na IHAC em relação à confiabilidade do sistema de avaliação.

Específicos

- a) Traçar o perfil sócio-demográfico dos avaliadores do Brasil.
- b) Identificar a partir da opinião dos avaliadores:
 - Os fatores que interferem na confiabilidade dos dados informados do sistema de avaliação da IHAC;
 - As informações que apresentam maior fragilidade no que diz respeito à confiabilidade;
 - Os pontos fortes e fracos revelados pelo processo que vem sendo utilizado na avaliação da IHAC.

CAPÍTULO 2
REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A preocupação com os altos índices de desmame precoce e suas consequências sob a morbimortalidade infantil em várias regiões do mundo motivou na década de 80 vários encontros congregando profissionais de saúde e acarretando na implementação de políticas de saúde em muitos países. Marcos importantes aconteceram com, a aprovação do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno pela OMS e, no final da década, o desenvolvimento por um grupo de especialistas em saúde e nutrição, dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (LABOOK, 2007).

Após várias reuniões para discutir como o aleitamento deveria ser implementado, conferências direcionadas aos profissionais de saúde e a prestação de consultoria técnica da OMS foi realizado um encontro em agosto de 1990 em Spedale degli Innocenti, Florença, Itália, chamado “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global” promovido pela OMS e UNICEF, onde participaram, um grupo de formuladores de políticas públicas de saúde representando governos, agências bilaterais e as Nações Unidas, além de defensores da amamentação provenientes de países de todo o mundo. Desse encontro resultou a “Declaração de Innocenti” um conjunto de metas, que reflete o conteúdo de um documento prévio elaborado para a reunião e o consenso dos pontos de vista manifestados pelos representantes governamentais em grupos ou nas sessões plenárias (LABBOK, 2007; WHO/UNICEF, 1990).

A Declaração de Innocent formaliza o compromisso dos países, na implementação do Código e de tornar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, uma realidade em seus hospitais, com o objetivo de resgatar o direito e as habilidades da mulher em iniciar e manter a amamentação com sucesso. Enfatiza também o aleitamento materno exclusivo de quatro a seis meses de idade e se possível acrescido com outros alimentos até os dois anos. Representantes do Brasil participaram deste encontro e assinaram o compromisso (LABBOK, 2007; VENANCIO, 2003; LAMOUNIER, 1998; WHO/UNICEF, 1990).

A estratégia IHAC foi idealizada neste encontro para implementação da segunda meta operacional da Declaração de Innocenti: “Assegurar que todo estabelecimento que ofereça serviço de maternidade pratique integralmente todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e os aspectos relevantes aos estabelecimentos de saúde da terceira meta operacional: “Realização para efetivar os princípios e os objetivos de todos os Artigos do Código

e das subsequentes resoluções relevantes, da Assembléia Mundial de Saúde (AMS) em sua integridade” (OPAS/OMS, 2001). O Código restringe a promoção de produtos vendidos para alimentação infantil e define regras para que as indústrias de alimentos infantis, o sistema de serviços de saúde e os governos assegurem que a amamentação não será ameaçada. No Brasil, em 1988, foi aprovada a NBCAL baseada no Código e adaptada à realidade brasileira. A NBCAL foi revisada em 1992 e em 2001, em busca de um texto mais compreensível e de interpretação mais objetiva, assim como a adequação às novas estratégias de marketing (TOMA, REA, 2002).

Nesse sentido, a IHAC possui como diretriz os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e tem dois principais objetivos: o de modificar as rotinas dos hospitais e maternidades através da mobilização dos profissionais de saúde em prol de práticas facilitadoras para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (implementação dos Dez Passos) e coibir a prática de distribuição gratuita ou a baixo custo de substitutos do leite materno para maternidades e hospitais credenciados visando prevenir o desmame precoce (OMS/UNICEF, 2010; MS, 2011).

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno apresentados no Quadro 1, consistem em um conjunto de medidas práticas que favorecem o aleitamento materno nos hospitais e maternidades (WHO/UNICEF, 1990).

Quadro 1 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

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

A IHAC foi lançada em 1991 e o Brasil foi um dos 12 países selecionados para iniciá-la (LAMOUNIER et al. , 2008). Atualmente, mais de 20.000 hospitais, em cerca de 156 países do mundo, já estão certificados como Hospital Amigo da Criança (MS, 2011).

O alvo central da IHAC é representado pelas maternidades, uma vez que foram identificados nesses serviços, rotinas e práticas de saúde desfavoráveis à amamentação sendo as mesmas apontadas em todo mundo como fatores determinantes para o desmame precoce (TOMA, VENANCIO, REA, 2009; VANNUCHI, et al. , 2002; OPAS/OMS, 2001), como a separação do bebê da mãe logo após o nascimento e durante o internamento, oferecimento de substitutos e complementos do leite materno antes, durante e após a amamentação, uso de bicos artificiais e informações errôneas dadas por profissionais de saúde às mães, entre outros. Para mudança de condutas e rotinas com vista à prevenção do desmame precoce nestes estabelecimentos de saúde, com o consequente credenciamento e a manutenção do hospital na IHAC, se fazem necessários a sensibilização dos gestores e o treinamento dos profissionais de saúde. Estas capacitações se dão através dos cursos de sensibilização para Gestores de 12 horas e um curso de 20 horas dirigido para as Equipes de Maternidades, cujo conteúdo é focado na Promoção e Incentivo à Amamentação em um HAC, com base nos Dez Passos preconizados pela OMS/UNICEF (MS, 2011).

Em todo mundo, para o credenciamento como HAC, as unidades de saúde necessitam de aprovação de no mínimo 80% dos critérios globais estabelecidos para cada um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Os Hospitais com status de HAC passam a atuar como local de capacitação de equipes multiprofissionais da área de saúde, tornando-se referência em aleitamento materno para a sua comunidade, município e demais divisões territoriais subnacionais, que no caso do Brasil corresponde aos estados (MS, 2011; LAMOUNIER et al., 2008).

No Brasil, a IHAC foi incorporada ao PNIAM como ação prioritária em 1992 pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio da OMS, UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sendo atualmente implementada pela Área Técnica de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno do MS (MS, 2011). O credenciamento no Brasil difere dos outros países pelo fato de que além da aprovação em 80% dos critérios globais para cada um dos Dez Passos, o hospital necessita cumprir 10 pré-requisitos.

Cinco deles foram agregados ao processo de credenciamento em 1994 através de ofício circular do PNIAM (ARAÚJO, OTTO, SCHMITZ, 2003).

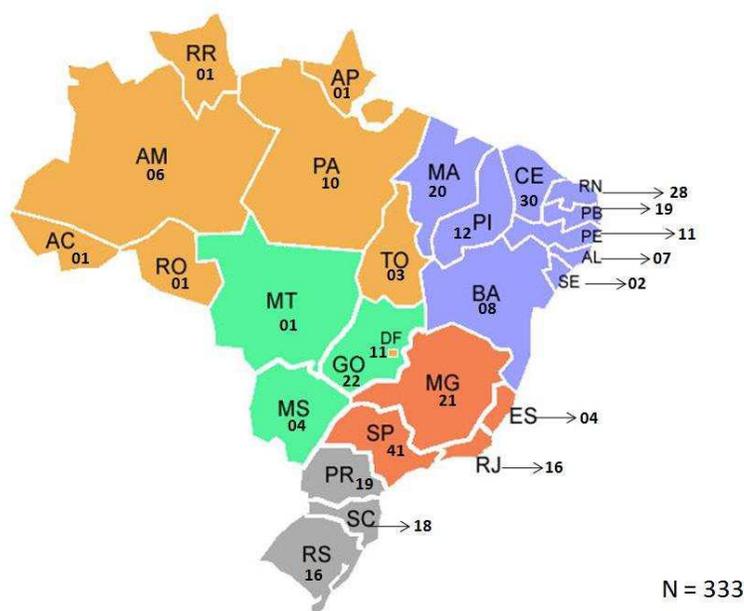
Os pré-requisitos foram modificados em 2001 conforme Portaria SAS/MS nº 29 de 27 de julho de 2001, tendo em vista que um deles exigia a taxa de cesáreas igual ou inferior às estabelecidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e este foi um fator determinante para redução do número de hospitais credenciados (REA, 2003). Foi acrescentado em 2004 mais cinco pré-requisitos de acordo com a Portaria SAS/MS nº 756 de 16 de dezembro de 2004 (Quadro 2). Em 2008, como especifica a Portaria SAS/MS nº 9 de 10 de janeiro de 2008, foi modificado o critério da taxa de cesáreas passando a ser exigida a redução referente ao último ano. Atribui-se a introdução destes pré-requisitos, entre outros motivos, a desaceleração da expansão da IHAC no Brasil (MS, 2011; LAMOUNIER et al., 2008; REA, 2003). Ademais, apenas no Brasil os HAC recebem incentivo financeiro, pagos pelo MS, sobre alguns procedimentos obstétricos neles realizados, conforme especifica a Portaria GM/MS nº. 1.117, de 7 de junho de 2004.

Quadro 2 – Pré-requisitos necessários para o credenciamento dos hospitais na IHAC no Brasil

1. Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
2. Comprovar cumprimento a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)
3. Não estar respondendo a sindicância junto ao Sistema Único de Saúde (SUS);
4. Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais;
5. Dispor de profissional capacitado para assistência à mulher e recém-nascido no ato do parto;
6. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o registro de nascimento civil, comprovado pelo sistema de informações hospitalares;
7. Possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais implantados e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo comitê estadual e envio semestral ao comitê nacional de prevenção do óbito infantil e fetal;
8. Apresentar taxa de cesarianas conforme estabelecido pelo gestor estadual ou municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do MS, os hospitais cujas taxas de cesarianas estão acima das estabelecidas pelo gestor estadual ou municipal deverão apresentar redução dessas taxas pelo menos no último ano e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas;
9. Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e 48 horas para parto cesariano;
10. Permitir a presença de acompanhante no alojamento conjunto.

Segundo dados fornecidos pelo MS (2011), entre 1992 e dezembro de 2010 foram credenciados no Brasil como HAC 359 unidades. Neste mesmo período 26 hospitais foram descredenciados, perfazendo atualmente um quantitativo de 333 HAC no país. Cerca de 41% dos HAC encontram-se na região Nordeste, 25% na região Sudeste, 16% na região Sul, 7% na região Norte e 11% na região Centro Oeste. Em relação aos estados, São Paulo é o estado com o maior número de HAC (41). Acre, Amapá, Mato Grosso, Rondônia e Roraima tem o menor número de HAC (1 em cada) como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos Hospitais Amigos da Criança no Brasil



Fonte : Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, MS, 2011.

Atualmente o número de maternidades brasileiras credenciadas como HAC ainda é muito pequeno, representando apenas 6,2% da totalidade dos estabelecimentos com leitos obstétricos do país (5.340). Isto significa que somente 23% dos nascimentos no Brasil ocorrem nestas maternidades. Em relação à gestão dos HAC do Brasil, a maioria dos hospitais é gerida pelo poder público (federal, estadual ou municipal), seguidos de entidades beneficentes (MS, 2011).

No que diz respeito à influência da IHAC no aumento das taxas de aleitamento materno, são poucos os estudos com base populacional para avaliar este impacto. Vannuchi et al. (2004) compararam a frequência do aleitamento materno exclusivo durante a internação de recém-nascidos, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI)

Neonatais e nos primeiros seis meses de vida, em três hospitais de Londrina, antes e após a implantação da IHAC e concluíram que a IHAC contribuiu para aumentar os índices de aleitamento materno durante a internação dos recém-nascidos e nos primeiros seis meses de vida. Venancio et al. (2002), ao analisar a frequência e determinantes do aleitamento materno em menores de um ano, em 84 municípios de São Paulo, encontraram em seus resultados que as crianças que nasceram em outro tipo de hospital que não HAC apresentam 1,5 vezes mais chances de não estar em amamentação exclusiva, nos primeiros quatro meses de vida quando comparadas às que nasceram em HAC, e concluíram que o fato de a criança nascer em um HAC parece ter um impacto significativo na prática do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno.

Araújo, Schimitz (2007) referem-se à IHAC como uma estratégia de grande valor para mudar os procedimentos e rotinas hospitalares que interferem na prática da amamentação, aumentando as taxas de aleitamento materno. Caldeira, Gonçalves (2009), em uma análise comparativa dos indicadores de aleitamento materno entre dois estudos transversais com amostras aleatórias de crianças com até dois anos de idade antes e depois da implantação da IHAC em todas as maternidades públicas de Montes Claros (MG), encontraram um aumento significativo nas taxas de aleitamento materno no município.

Outros estudos realizados em vários países para avaliar o impacto da IHAC mostram efeitos positivos na incidência e duração do aleitamento materno e nas taxas de aleitamento materno exclusivo, a exemplo do trabalho de Abrahams, Labbok (2009), os quais numa pesquisa cujos dados foram retirados de estudos demográficos em saúde, onde um dos indicadores era a prevalência do aleitamento materno antes e após a implementação da IHAC, em 14 países em desenvolvimento, ficando demonstrado que a implementação da IHAC nesses países estava associada com um aumento estatisticamente significante nas taxas de aleitamento materno exclusivo, tanto nos primeiros dois meses de vida como também durante os primeiros seis meses, sendo que as taxas foram muito maiores nos primeiros dois meses. Merten et al. (2005), em estudo sobre impacto da IHAC na Suíça com mães que deram à luz em HAC e hospitais em processo de credenciamento para IHAC, confirmaram resultados positivos para o aumento nas taxas de amamentação. Outros estudos como os de Sampaio et al. (2011) e Braun et al.(2003) também corroboram aqueles resultados. Tais evidências apontam como sendo a IHAC uma estratégia de grande relevância, em especial para os países em desenvolvimento, pelo impacto

positivo nas taxas de aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno que se refletem na melhoria da saúde e sobrevivência infantis.

2.2 O instrumento de avaliação e o processo avaliativo da IHAC

Os instrumentos utilizados no processo avaliativo da IHAC (autoavaliação, avaliação externa e reavaliação) foram elaborados por representantes do UNICEF, da Wellstart Internacional, uma organização filantrópica dedicada a apoiar a saúde e a nutrição das mães e dos bebês e da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA). Foram desenvolvidos a partir dos Critérios Globais, para cada um dos Dez Passos do Sucesso do Aleitamento Materno, e são utilizados nas avaliações da IHAC em todo o mundo (OMS/UNICEF, 2010). Segundo Rea (2003) esta iniciativa cria pela primeira vez um referencial de avaliação internacional único para os hospitais.

Em 2004, com o objetivo de atualizar e fortalecer a IHAC e como esforço para contribuir para a realização dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, foi iniciada uma revisão dos materiais da IHAC levando em conta a experiência dos diversos países na sua implementação, nos últimos 12 anos e dentro do cenário atual da pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), uma vez que se considera elevado o risco de transmissão do HIV pelo leite materno (entre 7 e 22% e se renova a cada exposição) contra-indicando a amamentação e da importância assumida do cuidado amigo da mãe (MS, 2004).

O processo de revisão dos materiais foi liderado pela UNICEF/OMS contando com a participação de especialistas da IHAC de vários países. Foram revistos os critérios utilizados para IHAC, reforçado o Código, o curso de 20 horas para equipes de maternidades, além de uma orientação mais detalhada para o monitoramento e reavaliação. Essa revisão foi concluída em março de 2008, após consulta a especialistas e testes feitos em países desenvolvidos e em desenvolvimento (SAADEH, 2009; UNICEF/OMS, 2010; MS, 2011). O instrumento de autoavaliação e monitoramento do Hospital estão disponíveis no *site* <http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/iniciat>. Já os instrumentos de avaliação e reavaliação externa não estão disponíveis *on line*, no entanto o sumário de cada formulário consta no ANEXO B.

Em relação aos tópicos HIV e alimentação de lactentes, o UNICEF e a OMS sugerem que os critérios relacionados ao HIV e alimentação de lactentes sejam usados caso a incidência de HIV nas mães ultrapasse 20% e que sejam oferecidos como opção para países com níveis mais baixos de HIV. Quanto ao apoio e ao cuidado amigo da mãe, apesar de serem práticas importantes, são critérios opcionais. No entanto, o UNICEF e a OMS recomendam e estimulam sua inclusão. No Brasil, ainda não faz parte dos critérios de avaliação da IHAC os tópicos HIV e alimentação de lactentes, como também os tópicos relacionados com os cuidados amigos da mãe.

Os instrumentos de avaliação hospitalar são baseados em entrevistas com amostra aleatória de gestantes, mães, funcionários e algumas observações e revisões de material escrito de registros da unidade. São estruturados em duas partes: parte I, composta de entrevistas e formulários individuais (entrevista com diretor ou responsável pela maternidade, formulário de dados do hospital, análise de materiais impressos, observações); parte II, composta de entrevistas com funcionários, mães e gestantes (entrevista com integrante do corpo clínico, com integrante da equipe não clínica, com a puérpera, com a mãe do bebê em unidade de cuidados especiais e com a gestante) (UNICEF/OMS, 2010). Este instrumento de avaliação e reavaliação externa é disponibilizado apenas para avaliadores.

O processo de avaliação e credenciamento de um hospital na IHAC se dá com o preenchimento, pelo representante do hospital, de um questionário de auto-avaliação pelo qual o hospital avalia suas práticas em relação aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Em alguns países, uma visita de pré-avaliação por um consultor ou avaliador externo é exigida antes da avaliação externa, com o objetivo de auxiliar nas melhorias necessárias, poupar tempo, dinheiro e desgaste tanto para equipe do hospital quanto para a autoridade da IHAC.

No Brasil, o instrumento de auto-avaliação disponibilizado pelo MS deve ser encaminhado juntamente com os documentos que comprovam os demais critérios brasileiros, à área competente da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para análise. Dois avaliadores da IHAC externos ao hospital indicados pela SES realizam a pré-avaliação. Constatado o cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” e atendidos os demais critérios, a SES solicita ao MS a Avaliação Global do Hospital, mediante encaminhamento da documentação comprobatória.

A coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS, em parceria com a SES, indica dois avaliadores externos, devendo pelo menos um deles ser de origem externa ao Estado onde está sendo avaliado, para realizarem uma avaliação global. A

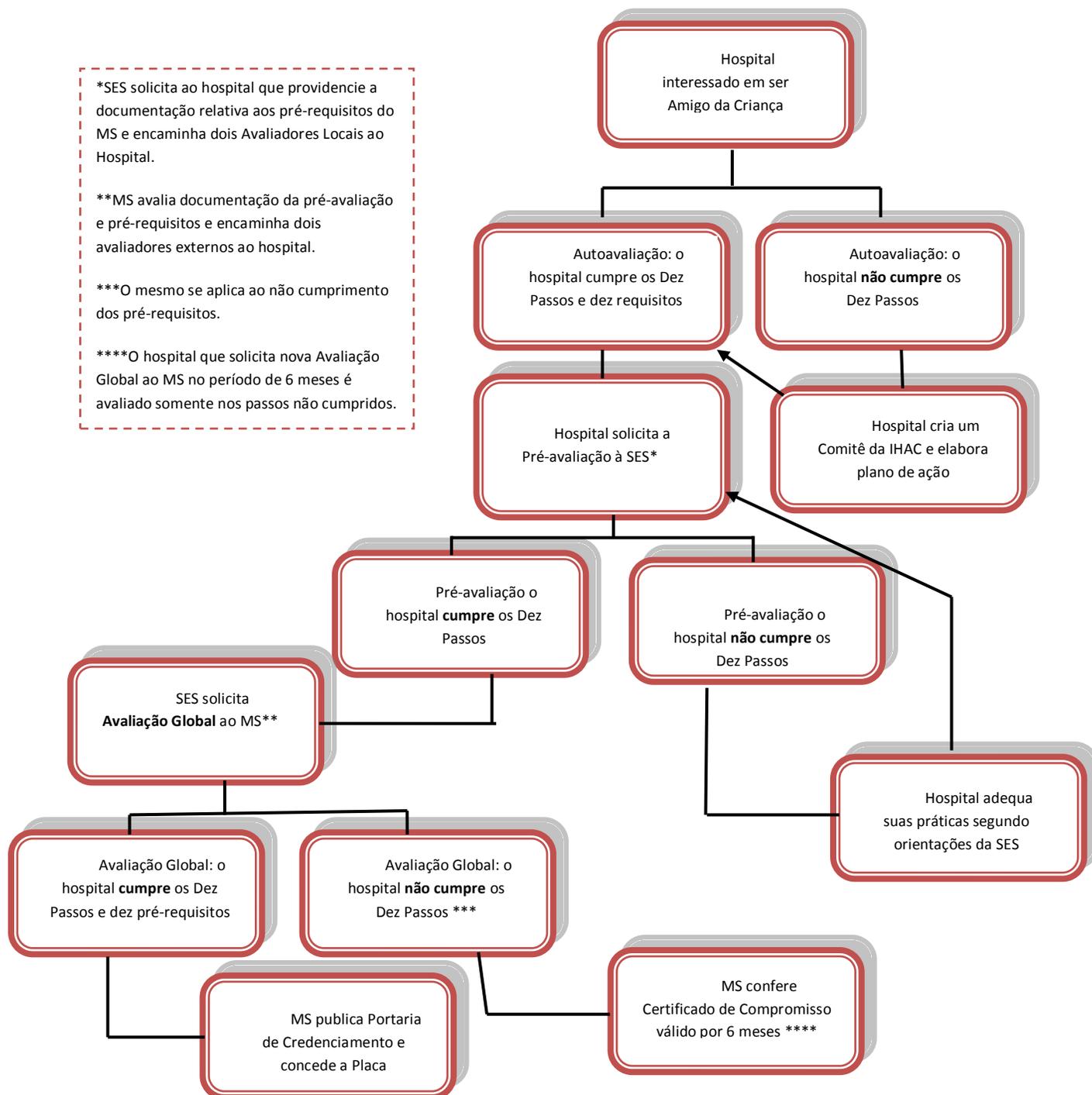
avaliação global e as reavaliações são agendadas previamente com o gestor do hospital e este agendamento pode variar de país para país, a depender das diretrizes estabelecidas pela autoridade nacional da IHAC (OMS/UNICEF, 2010; MS, 2011).

Os avaliadores encaminham documentação referente à Avaliação Global à SES que, por sua vez, a encaminha à coordenação da área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS, solicitando o credenciamento. Se o hospital atender aos Dez Passos e os demais requisitos é credenciado como HAC mediante publicação de portaria no Diário Oficial da União. A validade do credenciamento é de três anos. Após a publicação da portaria de credenciamento na IHAC o hospital recebe a placa fornecida pelo UNICEF (MS, 2011). O tempo necessário para concluir a avaliação é dois dias de trabalho. O processo de avaliação se concentra no relato das experiências das mães e nos conhecimentos e habilidades dos funcionários que as atendem (UNICEF/OMS, 2011). A Figura 2 mostra esquematicamente o processo avaliativo da IHAC no Brasil.

As reavaliações da IHAC constituem-se em uma nova avaliação dos hospitais já credenciados e, além de garantir a continuidade do processo e a qualidade da atenção prestada, deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações e/ou atividades para o cumprimento dos Dez Passos e dos requisitos. É realizada pela SES com intervalo máximo de três anos, até três meses antes do prazo de validade do credenciamento do hospital, ou sempre que houver constatação ou denúncia de irregularidade. No caso do não cumprimento dos Critérios Globais dos Dez Passos ou dos pré-requisitos, as situações de irregularidades são comunicados à Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, podendo o hospital vir a ser descredenciado.

A partir de novembro de 2010, o monitoramento constituiu-se em um sistema dinâmico de coleta de análise de dados realizados pelo próprio hospital. É realizado através de uma ferramenta criada pelo UNICEF e pela OMS adaptada a realidade brasileira, com o propósito de identificar passos que necessitem de melhorias e desenvolver planos de ação para realizar as mudanças necessárias. O monitoramento é concretizado anualmente e registrado no sistema online no mês de novembro. As SES devem coordenar o monitoramento anual de cada hospital, assim como a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS é responsável por acompanhar o processo tendo acesso aos resultados de todos os hospitais do país (OMS/UNICEF, 2010; MS, 2011).

Figura 2 – Fluxograma do credenciamento na IHAC



Fonte: Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, MS, 2011

Quanto ao perfil dos avaliadores da IHAC, exigido pela OMS/UNICEF, eles devem ter conhecimento sobre práticas hospitalares de alimentação de lactentes e o que é necessário para

que um hospital seja considerado Amigo da Criança, serem capazes de avaliar as habilidades de manejo e a precisão e integridade de informações do aleitamento materno, além da alimentação de lactentes oferecidas às mães. As estratégias para treinar avaliadores podem variar de país para país a depender da experiência e do histórico dos avaliadores. Em geral inclui a leitura do guia para avaliadores, aulas expositivas e aulas práticas. No Brasil o treinamento possui uma carga horária de 40 horas (UNICEF/OMS, 2007; MS, 2010). A equipe de avaliadores (dois ou três avaliadores) deve ser multidisciplinar, não deve ter ligação com as unidades sob avaliação (avaliadores externos). O avaliador com mais experiência é designado chefe da equipe de avaliação.

Neste contexto, qualquer hospital ou unidade de saúde que ofereçam leitos obstétricos, que aderiram a IHAC, necessita ser avaliado periodicamente com a finalidade de detectar falhas na implementação dos Dez Passos, no cumprimento do Código e, no caso do Brasil, da NBCAL, dos dez requisitos, e modificar esta situação através da tomada de novas decisões, em prazos estabelecidos pelas autoridades da IHAC no país. A capacitação do avaliador e o domínio do instrumento de avaliação são de extrema importância para que as informações fornecidas pela avaliação sejam coletadas e interpretadas de modo a refletir fidedignamente a realidade dos hospitais e possibilitar a melhoria da intervenção e aperfeiçoamento estratégico.

2.3 Avaliação em saúde

A avaliação existe desde os primórdios da história da humanidade como uma prática intuitiva desprovida de teoria e de métodos, conformando o que se chama de avaliação informal. Como campo de conhecimento bem delimitado e com estatuto de cientificidade, surgiu no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra quando os Estados Nacionais, obrigados a intervir mais eficientemente no sentido de remediar as desigualdades sociais, se viram diante da necessidade da melhoria da eficácia da aplicação dos recursos públicos. Para esse fim, foram desenvolvidos inúmeros métodos com o propósito de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (CONTANDRIOPOULOS et. al., 1997; WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004; UCHIMURA, BOSI, 2002).

No Brasil, a preocupação com a avaliação por parte da administração pública tornou-se mais evidente a partir da década de 80 devido ao contexto da crise da dívida externa e a interrupção de um longo ciclo de crescimento econômico. Estes fatores aprofundaram as desigualdades sociais que por sua vez provocaram um crescimento da demanda por ações e serviços sociais. A escassez de recursos públicos, aumento do déficit orçamentário e a imperativa necessidade de intervenção do Estado para atender a população mais necessitada, fizeram emergir de modo contundente a necessidade de implementação de políticas e programas sociais para se obter maior eficiência entendida como a melhor relação custo/benefício. (COSTA, CASTANHAR, 2003).

A avaliação constitui-se num campo de aplicação de conhecimentos e métodos provenientes de diversas áreas do saber, entre elas as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica, a epidemiologia e o direito (CRUZ, 2011). Conceitualmente não está bem definida na literatura, existindo uma considerável polissemia de conceitual e o constante surgimento de novos vocábulos, condição própria de uma área de conhecimentos e prática ainda em construção. Esta imensa diversidade terminológica diz respeito tanto às possíveis abordagens quanto aos atributos ou componentes da avaliação, representando um obstáculo segundo alguns autores ao uso mais frequente desta ferramenta de gestão no setor público, locus onde a avaliação tem tido maior aplicação. (SILVA, 2008; WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004; COSTA, CASTANHAR, 2003; FURTADO, 2001; NOVAIS, 2000; SILVA, FORMIGLI, 1994).

Para Silva e Formigli (1994), essa diversidade relaciona-se com a complexidade do objeto “avaliação em saúde”, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde. Worthen, Sanders, Fitzpatrick, (2004) referem que “não há uma definição com a qual todos concordem em relação ao sentido exato do termo avaliação”. Para estes autores, a definição de maior consenso foi proposta por Scriven (1967), que define avaliação como “julgar o valor ou mérito de alguma coisa”. Silva (2008), por sua vez, considera como sendo a definição mais simples e abrangente aquela formulada por Contandriopoulos et al. (1997), para quem a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Em 2006 este autor ampliou o conceito de avaliação definindo-a como “uma atividade que consiste fundamentalmente em ampliar um julgamento de valor de uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas

sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem, e construir, individual ou coletivamente um julgamento capaz de ser traduzido em ação”. Já Tanaka e Melo (2004), definiram a avaliação como um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão e que envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor. Nesse sentido, Cruz (2011) ressalta que não existe consenso em termos de definição de avaliação. Existe consenso, todavia, em relação ao julgamento na avaliação. Lembra que é necessária a clareza dos critérios e parâmetros utilizados para emissão do julgamento.

Contandriopoulos (2006) enfatiza que no plano conceitual a pesquisa não avaliativa, a pesquisa avaliativa e a avaliação normativa estão interligadas, mas não se sobrepõem. Segundo Whorthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), a pesquisa não avaliativa satisfaz curiosidades mediante avanços do campo do conhecimento, busca conclusões, é independente e autônoma. Seu objetivo é gerar conhecimento, sendo julgada pela sua validade interna e externa. Apresenta uma idéia genérica sobre os beneficiários dos resultados e o cronograma depende de critérios científicos e orçamentários. Pode não ser interdisciplinar e o pesquisador atua dentro dos limites teóricos e metodológico de sua área de conhecimento.

A pesquisa avaliativa, por sua vez, corresponderia segundo Silva (2008) ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em contexto particular, através do recurso a metodologias científicas.

Já a avaliação contribui para a solução de problemas práticos, leva a decisões, depende do interesse do cliente, objetiva analisar a utilidade social e o valor de uma intervenção. É julgada pela sua precisão, credibilidade, utilidade e viabilidade, havendo uma idéia muito clara dos destinatários e seu alvo. O cronograma depende dos rumos da intervenção e da demanda dos destinatários, utiliza sempre várias perspectivas, técnicas e abordagens e o avaliador se vale de grande variedade de métodos e procedimentos.

Por fim, a avaliação normativa ou administrativa utiliza procedimentos técnico-científicos para estabelecer julgamentos sobre uma intervenção, comparando a estrutura, o processo e os resultados com base em parâmetros, critérios e normas previamente estabelecidos pelo programa. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação pode ser classificada também de acordo com outros parâmetros ou modalidades como a avaliação somativa e a formativa. Avaliação somativa é aquela realizada quando o programa já foi implantado, isto é, uma intervenção em funcionamento para atingir objetivos propostos e levar a decisões relativas à continuidade do programa, a seu encerramento, a sua ampliação e a sua melhoria.

A avaliação formativa seria aquela realizada na implantação de um programa. É feita para dar informações avaliatórias à equipe daquele programa, fornecendo informações úteis para a sua melhoria. Tanto a avaliação formativa quanto a somativa são essenciais para tomadas de decisões durante o desenvolvimento de um programa, com vistas a melhorá-lo, fortalecê-lo e determinar o seu futuro (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRIK, 2004; HEDLER, TORRES, 2009).

Sobre os conceitos de avaliação pontual, é possível afirmar que monitoramento e a avaliação pontual situam-se dentro do campo da avaliação normativa (SILVA, 2008), sendo o monitoramento o acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços, produzindo informações ao longo do desenvolvimento do programa. Já a avaliação pontual é o julgamento sobre os serviços em determinado ponto do tempo.

As avaliações também podem ser classificadas ainda como internas e externas. A avaliação interna é realizada pela equipe do próprio programa que se acha sob avaliação e a externa por profissionais que não integram esta equipe representando, portanto, um olhar externo ao programa (SILVA, 2008).

O processo avaliativo da IHAC enquadra-se em uma avaliação normativa, uma vez que o seu objetivo é identificar barreiras e obstáculos à manutenção da sua implementação na unidade de saúde e de originar dados confiáveis e importantes para introduzir mudanças. É também uma avaliação somativa, já que a estratégia está implantada e a avaliação tem a finalidade de oferecer sustentabilidade, aprimoramento da estratégia e manutenção de sua implantação. Acha-se submetida ao monitoramento anual através de uma avaliação interna e a avaliações pontuais, realizadas a intervalos de três anos, e que correspondem às reavaliações feitas por avaliadores externos.

Segundo Contandriopoulos et al., (2008) apud Figueiró, Frias e Navarro (2010), a avaliação tem vários objetivos como: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer

(objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida (objetivo somativo); utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem star coletivo (objetivo transformador); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental).

Quanto ao objeto de avaliação em saúde, Silva e Formigli (1994), entenderam que a prática de saúde se desenvolve em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual (profissional/usuário) até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde. Segundo Silva (2008), o campo da saúde é composto por instituições públicas e privadas que podem desenvolver ações de promoção, prevenção e cura voltadas para a população e que podem ser abordadas a partir dos seguintes níveis:

- Tecnologias (combinações de recursos materiais e cognitivos, organizados de modo a produzir bens e/ou serviços);
- Ações (procedimentos de promoção, prevenção, cura ou reabilitação, realizadas por um determinado agente);
- Serviços (conjuntos ordenados de ações dirigidas a um grupo etário ou problema de saúde, desenvolvidas por diversos agentes);
- Estabelecimentos (unidades de saúde com diferentes níveis de complexidade);
- Sistemas (conjunto de instituições e de recursos e dos seus mecanismos de articulação, financiamento e regulação, cuja finalidade é a prestação organizada de atenção integral à saúde de uma população em um determinado território);
- Políticas (resposta social do Estado diante dos problemas de saúde e de seus determinantes, produzindo, distribuindo e regulando bens, serviços e ambientes que afetam a saúde da população);
- Programas (conjunto organizado de práticas, com definição de objetivos, atividades e recursos para resolução de problemas de saúde definidos).

Em relação às abordagens da avaliação, com base no enfoque sistêmico e com a preocupação em avaliar o cuidado médico, Donabedian (1966) sistematizou diversas propostas de abordagens na tríade: estrutura-processo-resultados. A estrutura diz respeito a recursos ou insumos utilizados (físicos, financeiros, humanos , organizacionais e materiais), o processo a tudo aquilo que medeia a relação profissional-usuário (dimensão técnica, de relações inter-pessoais e

organizacional como acesso, cobertura e integralidade) e os resultados estão relacionados tanto com o produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto com a modificação no estado de saúde no indivíduo e na população incluindo comportamentos e satisfação do usuário.

Este modelo, a despeito de ser muito empregado para avaliar a qualidade de programas e serviço de saúde, vem padecendo diversas críticas por suas limitações, reconhecidas como pertinentes pelo próprio autor do modelo. Segundo Vouri (1991) cada um dos elementos da tríade apresenta limitações. A maior fragilidade da abordagem estrutural está relacionada com os seus pressupostos de validade. No que se refere à abordagem de processo, o não estabelecimento de relações causais entre os procedimentos utilizados e a melhoria das condições de saúde das pessoas, além da abordagem ser estática (assim como a estrutural), o que dificulta inovações e a introdução de melhores práticas, foram consideradas limitações. Quanto às limitações da abordagem dos resultados, foram consideradas a difícil mensuração, o impacto final que pode levar um longo tempo para ser observado, o que pode levar a inviabilidade da abordagem, além da necessidade de controle das variáveis de confundimento, uma vez que na área de saúde vários fatores contribuem para melhora ou piora da situação de saúde da população.

A recomendação do autor da tríade estrutura-processo-resultado como uma melhor estratégia para avaliação da qualidade seria a seleção de um conjunto de indicadores representativos tanto da estrutura quanto do processo e do resultado (FRIAS, et al., 2010).

O objeto de avaliação da IHAC de acordo com o exposto são os serviços de saúde públicos ou privados com foco nas maternidades, cujas ações são de prevenção do desmame precoce, voltadas para humanização da assistência e melhoria da qualidade de vida das mães e seus recém-nascidos, bem como a abordagens de processos e resultados.

CAPÍTULO 3
PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

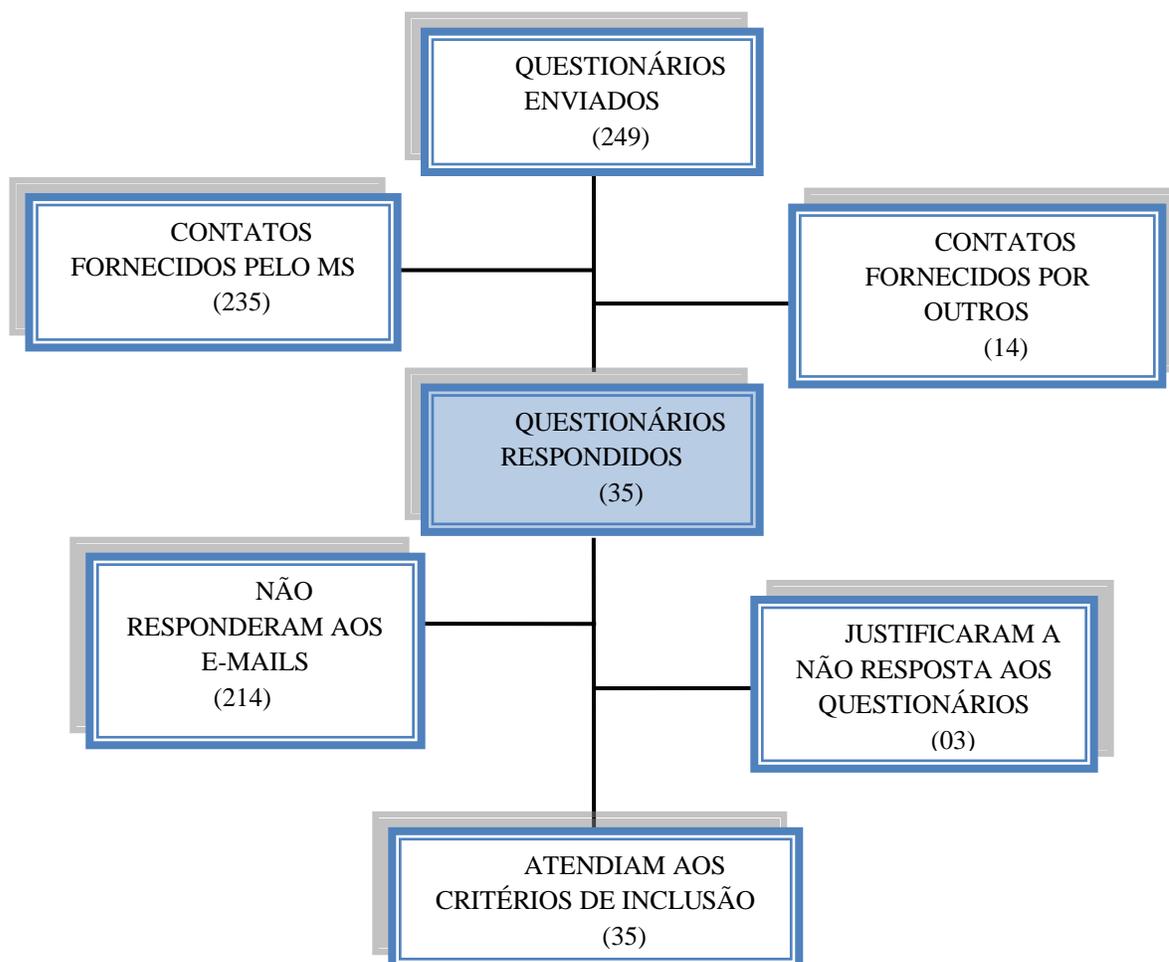
3.1 Enquadramento e período do estudo

Segundo a classificação de GIL (2010) o presente estudo é de natureza descritiva, baseado em dados primários, obtidos mediante aplicação de questionários, sendo de corte transversal e com abordagem quantitativa. As respostas ao questionário referem-se à experiência dos avaliadores no período de 2006 a 2011. A escolha deste período para realização da pesquisa se deve ao fato de que entre 2004 e 2005 houve uma revisão e algumas modificações dos instrumentos de avaliação da IHAC. Dentro da tríade proposta por Donabedian (1966), a presente pesquisa enquadra-se como uma avaliação focada no processo, dentro da qual são feitas considerações que envolvem aspectos relacionados com a estrutura e com os resultados da IHAC (FRIAS, P. G. et al.,2010).

3.2 População do Estudo

Constitui a população de estudo o conjunto dos avaliadores da IHAC do Brasil, perfazendo um total de 249 avaliadores. Dos 249 avaliadores, 235 (94%) contatos foram disponibilizados pelo MS e 14 (6%) contatos foram fornecidos pelos coordenadores da área de aleitamento materno de alguns Estados, pela Coordenação do Departamento de Aleitamento Materno da Sociedade de Pediatria de Pernambuco e pelos próprios avaliadores que disponibilizaram contato de outros colegas avaliadores do Estado em que residiam, já que a relação fornecida pelo MS era composta por avaliadores ativos e inativos, o que deve ter contribuído para a não resposta ao questionário. Foram elegíveis todos os avaliadores com experiência de participação em pelo menos uma avaliação global e/ou uma reavaliação no período a que se refere à pesquisa. Portanto, foram enviados 249 questionários aos avaliadores, 215 (86%) avaliadores não responderam ao questionário, sendo que, 3 (1,2%) justificaram a não resposta. Foram respondidos 35 (14%) questionários. Todos os avaliadores respondentes foram elegíveis para a pesquisa (Figura 3).

Figura 3 – Diagrama dos questionários enviados e recebidos.



3.3 Variáveis do Estudo

Como variáveis dependentes foram definidas:

- Confiabilidade atribuída pelos avaliadores aos dados coletados
- Obstáculos à confiabilidade apontados pelos avaliadores
- Causas dos obstáculos segundo ótica dos avaliadores
- Sugestões apresentadas pelos avaliadores

Como variáveis independentes foram definidas os seguintes atributos relacionados com o avaliador:

- Nível de instrução

- Qualificação profissional
- Região onde reside e trabalha
- Faixa etária
- Cursos realizados em aleitamento materno
- Tempo de atuação como avaliador
- Quantidade de hospitais avaliados

3.4 Coleta dos Dados

Foram enviados os questionários para os endereços eletrônicos dos avaliadores e, em alguns casos, quando não haviam retorno dos questionários respondidos, eram realizados contatos telefônicos da pesquisadora com os avaliadores reforçando a importância da pesquisa e solicitando a colaboração dos mesmos.

O questionário foi elaborado pela pesquisadora sendo composto por dois blocos. O primeiro diz respeito ao perfil sócio-demográfico do avaliador e constam informações como nível de instrução, qualificação profissional, sexo, Estado do Brasil onde reside e trabalha, cursos realizados de capacitação em aleitamento materno e outros de avaliação que não seja o de avaliadores da IHAC, tempo de atuação como avaliador, quantidade de hospitais avaliados, tipos de avaliações (se globais e/ou reavaliações) e o tempo transcorrido desde a última avaliação. O segundo bloco foi composto por perguntas abertas e levantam informações sobre o processo de avaliação propriamente dito, além de sugestões para melhorá-lo (APÊNDICE A). Este segundo bloco foi elaborado a partir de uma pesquisa exploratória com dez avaliadores do Estado onde reside a pesquisadora, utilizando-se um questionário contendo quatro perguntas abertas sobre o processo de avaliação (APÊNDICE B).

Após a coleta, os dados relacionados ao primeiro bloco do questionário (perfil sócio demográfico), foram digitados no software Epi Info Windows 2.000 versão 3.5.1 em dupla entrada. As questões abertas do segundo bloco foram devidamente codificadas e digitadas em planilha do software Excel 2001 versão 10 (Microsoft). Esta planilha foi então transferida para o pacote estatístico selecionado para análise.

3.5 Processamento e Análise dos Dados

Os dados dos questionários do primeiro bloco e a planilha do software Excel foram processados com a ajuda do software Epi Info Windows 2.000 versão 3.5.1. para a posterior análise.

Para as variáveis contínuas, utilizou-se a distribuição de frequências e as medidas de tendência central e de dispersão. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as respectivas frequências. Os resultados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

3.6 Dificuldades Metodológicas do Estudo

A utilização do questionário eletrônico via e-mail, representou uma limitação metodológica devido a questões de privacidade, na medida em que o respondente pôde considerar o recebimento da mensagem de e-mail não desejada e como uma invasão de privacidade ou “lixo eletrônico”. O baixo índice de resposta foi também uma limitação metodológica a questão do anonimato, necessária para não constranger os avaliadores frente à coordenação da IHAC, também pôde se constituir numa limitação haja vista que, embora os nomes e outros dados pessoais não sejam identificados, o Estado de onde provêm os dados é revelado uma vez que se constitui numa das variáveis independentes. Além disso, algumas questões não foram respondidas pelo avaliador e outras foram interpretadas pelo avaliador de forma errônea. Algumas destas limitações foram relatadas por Vasconcelos, Guedes (2007).

Para minimizar as limitações do estudo, a pesquisadora fez ligações telefônicas para alguns avaliadores, as quais nem sempre foram concretizadas, uma vez que alguns contatos telefônicos fornecidos já não correspondiam ao contato atual do avaliador. Foi também enviada junto ao questionário uma mensagem informando a origem do fornecimento do contato do avaliador, bem como a identificação da pesquisadora e do programa de pós-graduação e o propósito da pesquisa, dados que constavam também no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Quanto às questões não entendidas e as não respondidas pelos avaliadores, a pesquisadora esclarecia e solicitava a complementação do questionário através de novos e-mails ou telefonemas tendo sido atendida em todos os casos.

3.7 Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme parecer CEP/CCS/UFPE N°334/11 (ANEXO A). Foi garantido o sigilo quanto à identificação de todos os avaliadores com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico o qual foi assinado por todos os respondentes (APÊNDICE C).

CAPÍTULO 4
RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil dos avaliadores e sua experiência na função

A análise das variáveis sociodemográficas dos avaliadores respondentes revelou que os 35 (100%) possuíam nível superior; 33 (94,3%) eram do sexo feminino e 30 (85,7%) tinham idade entre 40 e 60 anos. A idade mínima foi de 33 anos e máxima de 70 anos, com média de 51 anos, mediana de 51,5 anos e moda de 56 anos. Em relação à qualificação profissional dos avaliadores estudados, 34 (97%) eram da área das ciências da saúde e 1 (3%) da área de ciências humanas. Daqueles pertencentes à área das ciências da saúde, 22 (62,8%) eram médicos e enfermeiros (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição de frequência do sexo, idade (em anos) e qualificação profissional dos avaliadores respondentes.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	33 (94,3)
Masculino	2 (5,7)
Total	35 (100)
Idade	
Até 40	3 (8,6)
40-- 50	13 (37)
50-- 60	17 (48,6)
Mais de 60	1 (2,9)
Não informado	1 (2,9)
Total	35 (100)
Qualificação profissional	
Assistente social	2 (5,7)
Bióloga	1 (2,9)
Enfermeira	11 (31,4)
Farmacêutica	1 (2,9)
Médico	11 (31,4)
Nutricionista	3 (8,6)
Psicóloga	3 (8,6)
Socióloga	1 (2,9)
Terapeuta ocupacional	1 (2,9)
Não informado	1 (2,9)
Total	35 (100)

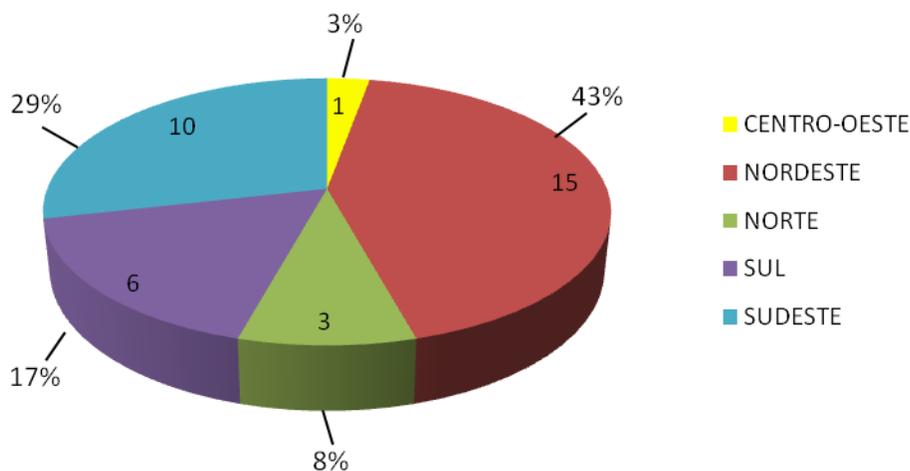
Neste estudo houve predomínio do sexo feminino entre os avaliadores pesquisados, o que provavelmente reflete o fato de que historicamente o campo de trabalho da área de saúde é um lugar de concentração de trabalho feminino, sobretudo, na enfermagem (LOPES, LEAL, 2005). Brym et al. (2009), quando analisam os cursos superiores com maiores percentuais de matrícula do sexo feminino e os cursos com maiores percentuais de matrícula do sexo masculino, verificam que a preferência feminina se dá no campo de trabalho da área de ciências da saúde e humanas. Ademais, historicamente, a prática do cuidado em saúde, circunscrito à família e a continuidade das atividades relacionadas a este cuidado, é atribuída como um processo dito “naturalizado” do público feminino (LOPES, LEAL, 2005; SCAVONE, 2005).

De acordo com o UNICEF/OMS (2010), o emprego de mulheres como avaliadoras é desejável, particularmente para entrevistas com as mães, como também é benéfico que uma equipe de avaliação seja multidisciplinar, incluindo profissionais que trabalhem com as mães na comunidade.

Considerando a faixa etária dos avaliadores pesquisados, a grande maioria encontra-se na faixa etária entre 40 e 60 anos com uma média de 51 anos. Percebe-se que estes profissionais fazem parte de uma população adulta madura, o que sugere que apresentem um maior grau de maturidade profissional, já tendo desenvolvido atributos como competência e amadurecimento pessoal entre outras habilidades necessárias para que o avaliador execute bem a sua função. Por outro lado, nos remete a refletir que além da capacitação inicial para avaliador da IHAC e sendo avaliadores com muitos anos de atuação, carecem de atualizar-se e aprimorar a competência técnica.

No que tange à região onde os avaliadores respondentes trabalham e residem, predominou a região nordeste seguida da região sudeste, região sul, região norte e região centro-oeste, como ilustra a Figura 4. O predomínio de um maior número de avaliadores respondentes da região nordeste se deve ao fato da pesquisadora residir nesta região e possuir uma relação mais próxima com a maioria destes avaliadores, o que facilitou a adesão do entrevistado a proposta.

Figura 4 - Distribuição da frequência por região onde os avaliadores respondentes trabalham e residem



Em relação aos cursos de capacitação para o exercício da função de avaliador da IHAC realizados pelos respondentes, 28 (80%) fizeram os cursos de Manejo Clínico do Aleitamento Materno em um Hospital Amigo da Criança (20 horas), o de Aconselhamento em Amamentação (40 horas) e outros cursos ou disciplinas de avaliação, além do curso de avaliadores ministrado pela IHAC (40 horas). Na amostra estudada apenas um avaliador não tinha feito o curso de Manejo Clínico em um Hospital Amigo da Criança (20h) e/ou de Aconselhamento em Amamentação (40h). Contudo, possuía outros cursos ou disciplinas de avaliação, além do curso de avaliador (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos cursos de capacitação realizados pelos avaliadores respondentes para o exercício da função de avaliador da IHAC

Variável	n (%)
Cursos realizados	
Manejo Clínico e Aconselhamento em Amamentação	3 (8,6)
Manejo Clínico, Aconselhamento em Amamentação e Outros	28 (80)
Manejo Clínico e Outros	3 (8,6)
Outros	1 (2,9)
Total	35 (100)

Em relação aos cursos de capacitação referidos pelos avaliadores respondentes, a OMS/UNICEF propõem atualmente os cursos de capacitação em aleitamento materno para o

peçoal que lida diretamente com a assistência à saúde de mães e bebês, “Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para Equipes de Maternidade” (UNICEF/OMS, 2009) e um curso de “Aconselhamento em Amamentação”, com duração de 40 horas com 8 horas de prática clínica (OMS/UNICEF, 1993). Observa-se no estudo que a grande maioria dos avaliadores respondentes recebeu os cursos mencionados e possui conhecimento em aleitamento materno essencial para exercício da função de avaliador da IHAC.

Para o UNICEF/OMS (2010), é indispensável para o processo de avaliação que os avaliadores tenham grande conhecimento sobre práticas hospitalares de alimentação de lactentes e sobre como oferecer apoio a mães portadoras do vírus HIV e seus bebês caso a unidade sob avaliação atenda mulheres com HIV/AIDS, uma vez que é contra indicado a amamentação nestes casos. Este conhecimento capacita o avaliador a ter a competência de ouvir respostas e julgar se elas são adequadas para garantir que o entendimento do interlocutor esteja de acordo com os Dez Passos.

A maioria dos avaliadores (40%) possui entre 10 a 15 anos como avaliador. Somando-se aqueles com mais de 5 anos obtém-se um percentual de 71,4%. A média de tempo de atuação como avaliador foi de 10,3 anos, mediana de 11 anos e a moda de 10 anos. O tempo mínimo como avaliador foi de 1 ano e máximo de 24 anos. Quanto ao número de hospitais avaliados, 74% já haviam avaliado mais de 5 hospitais. A média foi de 12,5 hospitais avaliados, a mediana de 10 e a moda também de 10 hospitais avaliados (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos avaliadores respondentes segundo a frequência do tempo em anos de atuação como avaliador e número de hospitais avaliados

Variáveis	n (%)
Tempo como avaliador (anos)	
Até 5	10 (28,6)
5 -- 10	6 (17,1)
10 -- 15	14 (40)
15-- 20	3 (8,6)
Mais de 20	2 (5,7)
Total	35 (100)
Número de hospitais avaliados	
Até 5	9 (26)
5-- 10	11 (31)
10-- 15	6 (17)
15-- 20	0 (0)
Mais de 20	9 (26)
Total	35 (100)

Dos 35 avaliadores respondentes, a grande maioria participou tanto de avaliações globais como de reavaliações. Dentre eles, apenas 3 nunca participaram de avaliações globais, só de reavaliações, e outros 3 nunca participaram de reavaliações, apenas de avaliações globais. Os que participaram de avaliação global fizeram uma média de 6,7 avaliações. Estas avaliações se deram tanto no Estado onde residiam e trabalhavam como em outros Estados. Quanto às reavaliações, a média de hospitais reavaliados foi de 8,3 e a maioria dos avaliadores 24 (68,6%) realizaram estas avaliações nos Estados onde moravam ou residiam. Em relação ao tempo transcorrido desde a última avaliação, 32 (91,4%) responderam que as avaliações foram realizadas no período máximo de 24 meses (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos avaliadores respondentes segundo a frequência, dos tipos e locais das avaliações e tempo transcorrido desde a última avaliação realizada (em meses).

Variáveis	n (%)
Tipos de avaliação	
Global (avaliação inicial)	3(8,6)
Reavaliação	3 (8,6)
Global e reavaliação	29 (82,9)
Total	35 (100)
Local da avaliação global	
No Estado onde reside	11 (31,4)
Em outros Estados	7 ((20)
Em ambos	13 (37,1)
Não informado	1 (2,9)
Não se aplica	3 (8,6)
Total	35 (100)
Local da reavaliação	
No Estado onde mora	24 (68,6)
Em ambos	7 (20)
Não informado	1 (2,9)
Não se aplica	3 (8,6)
Total	35 (100)
Tempo da última avaliação (meses)	
Até 12	22 (62,9)
12 -- 24	10 (28,6)
24 ou mais	3 (8,6)
Total	35 (100)

Na presente pesquisa observa-se que a grande maioria dos avaliadores respondentes possui um tempo satisfatório de atuação como avaliador, experiência atestada pelo grande número de hospitais avaliados e pelo tipo de avaliações (globais e reavaliações) realizadas, além de um pequeno tempo transcorrido desde a última avaliação, o que empresta maior legitimidade às suas opiniões.

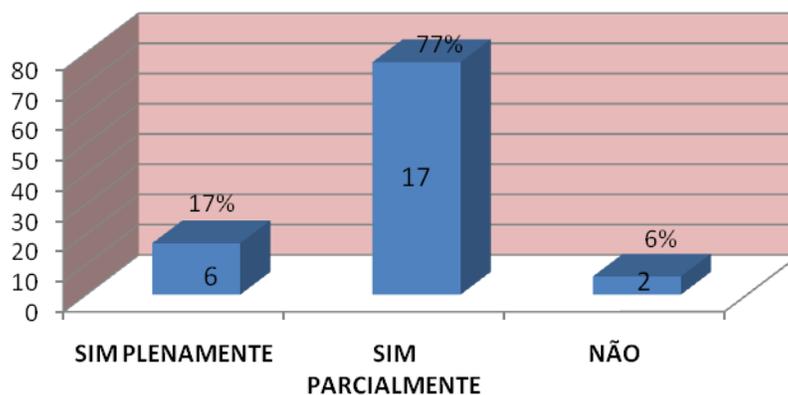
De acordo com os resultados obtidos no estudo traça-se o perfil sócio-demográfico dos avaliadores da pesquisa como sendo de pessoas que possuem nível superior, sendo predominantemente do sexo feminino, situando-se na faixa etária entre 40 e 60 anos. São em sua maioria quase absoluta da área de saúde com predomínio de médicos e enfermeiros e possuem capacitação prevista pelo MS em manejo clínico do aleitamento materno. Atuam em média como avaliador há 10 anos tendo avaliado em média 10 hospitais. Participaram tanto de avaliações

globais quanto de reavaliações e apresentam um período de tempo transcorrido desde a última avaliação de no máximo 24 meses.

4.2 Análise crítica dos avaliadores acerca da acurácia do processo avaliativo da IHAC

Foi verificado que a maioria (77%) dos avaliadores respondeu que os resultados do processo avaliativo correspondiam parcialmente à realidade dos hospitais avaliados. Apenas 02 (6%) responderam que os resultados absolutamente não correspondiam à realidade dos hospitais avaliados (Figura 5).

Figura 5 - Frequência das opiniões dos avaliadores respondentes em relação aos dados obtidos no processo avaliativo da IHAC no que se referem a capacidade de refletirem a realidade dos hospitais avaliados.



Em relação aos motivos pelos quais os dados obtidos no processo de avaliação da IHAC não correspondiam ou correspondiam apenas parcialmente à realidade dos hospitais avaliados (Quadro 3), três motivos foram apontados com maior frequência: a deficiência do instrumento de avaliação (17 avaliadores), a comunicação prévia ao hospital acerca da data da visita de avaliação (17 avaliadores) e o despreparo do avaliador (18 avaliadores).

Quadro 3- Distribuição dos respondentes que indicaram falta de acurácia do processo avaliativo da IHAC segundo os motivos alegados.

Identificação numérica dos questionários	MOTIVOS				TOTAL
	Deficiência do instrumento (A)	Comunicação prévia ao hospital (B)	Despreparo do avaliador (C)	Outras justificativas (D)	
1					B
2					A+C+D
3					A+C+D
4					A+B+C+D
5					B
6					B
7					B
9					A+B+C
10					A+C
11					A
12					B
14					A+B+C
17					A+C
18					B+C
19					A
20					A+B+C
22					A+C
23					A
24					A+C
25					C
26					B+C
27					B
28					A+B+C
29					B
31					B+C
32					A+B
33					A+B+C+D
34					A+C
35					C
TOTAL=30	17	17	18	4	

Foram dadas por 04 (13,7%) dos integrantes da amostra de avaliadores outras justificativas para o descompasso entre a informação coletada durante o processo de avaliação das unidades de saúde e a realidade da atenção à saúde nelas vigente. Uma justificativa dada foi a pouca disponibilidade do avaliador, o que aparece associada à falta de incentivo devido ao comprometimento de seu tempo em outras atividades profissionais. A situação político-organizacional-administrativa do Estado desfavorável à estratégia também foi referida, o que reflete junto aos hospitais da rede SUS na superlotação dos serviços, na insuficiência de recursos humanos e no encaminhamento de casos de maior complexidade para unidades que não estão dimensionadas para atendê-los, condição que aparece diretamente ligada a não colaboração na resposta do questionário de avaliação por parte de funcionários insatisfeitos.

Os avaliadores respondentes atribuem também a desmotivação do avaliador em disponibilizar tempo para as avaliações ao precário apoio logístico oferecido para realização das avaliações tornando a condição de avaliador uma função voluntária, tendo o avaliador na maioria das vezes que arcar com custos, sobretudo quando as avaliações são realizadas no município onde o avaliador reside e trabalha. Estes custos são referentes ao deslocamento, alimentação, xérox, pagamento de plantões para colegas a fim de ausentar-se de suas funções e realizar as avaliações. Os avaliadores pesquisados sugerem uma liberação oficial das instituições onde trabalham para as avaliações e um apoio logístico mais eficaz da SES.

Quanto a pouca disponibilidade do avaliador alegado pelos pesquisados, um dos itens importantes na seleção dos avaliadores é a disponibilidade de tempo para atuar como avaliador. Seria necessário que houvesse horários flexíveis, uma vez que as avaliações muitas vezes não podem ser previstas com grande antecedência, além da necessidade de alguns dias de trabalho. Seria também benéfico para motivação do avaliador que fosse recompensado formalmente e estimulado através de promoções como, por exemplo, chefe da equipe de avaliadores, como também o fornecimento de certificados (UNICEF/OMS 2010).

4.2.1 Análise crítica dos avaliadores acerca da deficiência do instrumento de avaliação da IHAC

Quanto à deficiência do instrumento de avaliação, os avaliadores apresentam como críticas o fato de julgarem o instrumento confuso e sujeito a diferentes interpretações por parte dos avaliadores e dos entrevistados, além de ser pouco objetivo e não focar os aspectos necessários à avaliação, mostrando-se superficial e incompleto, carecendo da inclusão de dados relevantes. Ademais, o instrumento se mostra, segundo eles, de difícil compreensão, porque o linguajar necessitaria ser traduzido pelo avaliador em função de estar expresso no jargão técnico resultante da tradução literal do inglês para o português falado no sudeste do país e valendo-se, portanto, de expressões que não se adequam a determinados contextos regionais.

Pensam que o avaliador deve ter um empenho redobrado para adaptar as perguntas do questionário de forma a torná-las claras, precisas, quantificáveis e completas, além de ser incluídas

no instrumento perguntas com respostas abertas, de modo a obter uma avaliação mais analítica das ações das unidades avaliadas.

Há ainda quem entenda que a avaliação deveria se dar de forma contínua e o instrumento deveria estar ajustado a esta condição. Entende-se que deveria haver outros modelos de questionários a serem respondidos pelos usuários e pela comunidade em geral, longe da presença do avaliador e enviados diretamente ao Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

Face ao perfil dos avaliadores, revelando experiência profissional e familiaridade com o processo de avaliação, cabe no mínimo uma revisão aprofundada do processo como um todo, incluindo os instrumentos de avaliação e reavaliação e registro das informações, contando com a participação dos próprios avaliadores.

4.2.2 Análise crítica dos avaliadores a respeito da comunicação prévia sobre a visita dos avaliadores às instituições a ser avaliadas.

No que diz respeito à comunicação prévia sobre a unidade de saúde, dos 35 avaliadores que responderam, 17 (48,6%) deles acham que não deveria haver a comunicação prévia ao hospital da avaliação, 11 (31,4%) defenderam que deveria haver a comunicação prévia, porém com tempo mais curto de antecedência e 7 (20%) opinaram que deveria ser mantido o atual prazo para comunicação prévia. Descrevemos os prós e os contras relatados pelos avaliadores que apontaram como sendo este o motivo para os dados obtidos no processo de avaliação não corresponderem à realidade do hospital. Alguns avaliadores acreditam que permite a “maquiagem” de informações com preparação de um cenário que não reflete a realidade da instituição. Outros admitem ser uma falha do processo, mas que não prejudica a avaliação como um todo.

Há os que acham que deve haver a comunicação prévia para que a unidade avaliada possa se preparar para receber bem o avaliador e fornecer a informação que ele precisa saber. Alguns enxergam como efeito positivo deste procedimento a mobilização da unidade para sanar suas deficiências e apresentar um quadro adequado à IHAC.

Os avaliadores apontaram como possíveis soluções deixar de fazer o agendamento prévio ou de só ser avisado no ano em que vai ocorrer a avaliação, mas não o mês e o dia. Alguns acham, ainda, que a visita deve ser agendada com 1 a 3 dias de antecedência.

O UNICEF/OMS (2010) estabelece que o Grupo de Coordenação da IHAC e o Chefe da Equipe de Avaliação da IHAC devem acertar data e horário para avaliação, se possível dando 2 a 3 meses à unidade de saúde para reunir e enviar os documentos solicitados e fazer os devidos ajustes para a avaliação.

Partindo-se do princípio de que os hospitais devem se manter com sua estrutura e funcionamento adequados durante todo o tempo, não deveria haver dificuldades para a chegada dos avaliadores a qualquer hora. Considerando-se, no entanto, que parte dos documentos solicitados necessita ser preparada com antecedência, como no caso das estatísticas específicas, o prazo de 30 dias pareceria razoável.

4.2.3 Análise crítica dos avaliadores pesquisados quanto ao despreparo do avaliador

Quanto ao despreparo do avaliador, 18 (62%) deles referem a sua existência e apontam o perfil do avaliador como um expressivo despreparo. Relatam que a experiência e vivência profissional são o passaporte para um “olhar clínico”, capaz de observar e concluir se houve o cumprimento dos Dez Passos. Entendem que é fundamental que o avaliador seja da área de saúde e que tenham algum conhecimento sobre obstetrícia e neonatologia, como também deve ser afeito à área hospitalar, para que possa colaborar com sugestões na avaliação. Ainda assim, certas situações desafiam esta condição e interferem negativamente na atuação do avaliador, como acontece quando ele tem relação de proximidade afetiva ou laboral com os dirigentes e/ou com os profissionais do serviço avaliado. Os avaliadores respondentes ressaltam a importância de se enviar sempre avaliadores de outros estados para evitar este envolvimento pessoal.

Em relação à equipe de avaliação, a OMS/UNICEF (2010), recomendam que para manter a imparcialidade da avaliação, os avaliadores não devem ter ligação com as unidades sob avaliação (avaliadores externos). Além disso, a equipe deve ser multidisciplinar, ter experiência em avaliação e manejo do aleitamento materno, além de entender o propósito e abordagem da IHAC. Conforme o anexo da Portaria do MS nº 80, de 24 de fevereiro de 2011, que estabelece normas para o processo de habilitação do HAC integrante do SUS, o inciso XV dispõe que “Para a avaliação e a reavaliação globais, a equipe de avaliadores designados contará com dois profissionais de saúde não envolvidos com o treinamento nem com o processo de credenciamento, sendo que um deles não deverá ser do município onde esteja”. Na prática, esta

recomendação aplica-se com mais vigor quando se trata das avaliações globais (iniciais), uma vez que devido a problemas relacionados com a logística de deslocamento dos avaliadores, pessoas do próprio Estado e município atuam com frequência nos processos de reavaliação.

Outras questões são apontadas como estando relacionadas com o despreparo do avaliador: inabilidade de reformular perguntas ocasionando o não entendimento por parte do entrevistado, que faz com que não responda a pergunta embora soubesse da resposta; ocorrência esparsa de avaliações por parte do avaliador, o que leva ao pouco domínio do instrumento e interfere na habilidade para distinguir, por exemplo, o que é rotina do que é dissimulação; dificuldade para dar conta da burocracia necessária ao preenchimento de papéis; falta de uniformidade entre os avaliadores quanto à condução do processo de avaliação; uso de benevolência ou de interpretações descabidas em relação aos dados coletados; falta de experiência na área hospitalar; falta de condições que são inerentes à formação médica.

Sendo assim, a precariedade de certos perfis reside, segundo alguns respondentes, na redução da carga horária do curso de preparação dos avaliadores e da forma como se dá o recrutamento de avaliadores, que termine por captar pessoas sem os pré-requisitos para o exercício da função. Alguns avaliadores acreditam que a experiência, a postura pessoal, o conhecimento sobre aleitamento materno e o tempo disponibilizado pelo avaliador para a atividade pode influenciar no resultado da avaliação.

Desta maneira, o despreparo seria atenuado se houvesse mais treinamento para os avaliadores, com adequação do conteúdo e tendo como foco central a capacidade de entendimento dos profissionais e usuários entrevistados sobre aquilo que é indagado pelo avaliador. Outros entendem que também contribuiria para amenizar o despreparo do avaliador a apropriação com antecedência do kit de avaliação (fato recomendado pelo OMS/UNICEF, mas, não está sendo realizado) e a comunicação prévia com o parceiro de avaliação, objetivando uma maior integração entre os mesmos. Acham também que deveria haver mais tempo hábil para que a dupla pudesse fazer uma discussão prévia sobre a forma como vai ser realizada a avaliação, o que facilitaria em muito a distribuição das tarefas e a consequente organização do trabalho. Outro aspecto ressaltado foi de que sempre a dupla de avaliadores deveria ser composta no mínimo, por um avaliador com experiência prévia de avaliação da IHAC.

Os respondentes apontam também para a necessidade de um suporte ao trabalho do avaliador mediante a implantação de formulários *on line* com transmissão de informação direta para o MS,

bem como o desenvolvimento de um instrumento *on line* de simulação de situações que solicite o conhecimento prévio do avaliador e o ajude a superá-las. Além disso, acham necessária a introdução de uma sistemática de avaliações “feitas de forma independente”, com uma terceira pessoa coordenando a conclusão do processo de avaliação. As reciclagens periódicas e a revalidação do título de avaliador são também recomendações dos avaliadores pesquisados. Do mesmo modo, os respondentes referem que as deficiências do instrumento de avaliação também comprometeriam o trabalho do avaliador independentemente da adequação de seu perfil.

Diante do exposto, os respondentes sugeriram algumas características psicológicas e competências técnicas que devem compor o perfil do avaliador. Como características psicológicas elencaram: tranquilidade e paciência; discernimento, bom senso e discrição; ser sensível, maduro, gentil e flexível; ter diplomacia e boa capacidade para ouvir, além de um olhar acolhedor e ao mesmo tempo crítico, aliados ao equilíbrio emocional. As competências técnicas mencionadas pelos avaliadores respondentes foram a de serem *expert* em aleitamento materno; possuir habilidades em comunicação; ser imparcial e ético; ter respeito para com a unidade de saúde a ser avaliada; saber contornar as adversidades; ter experiência prática com a IHAC; ter responsabilidade e segurança no desenvolvimento de sua tarefa; ter comprometimento, sigilo, organização, domínio sobre o instrumento e conhecimento sobre avaliação; possuir a capacidade de fazer análises e julgamentos sem ser induzido e focar sua observação no serviço e não a equipe de profissionais de saúde.

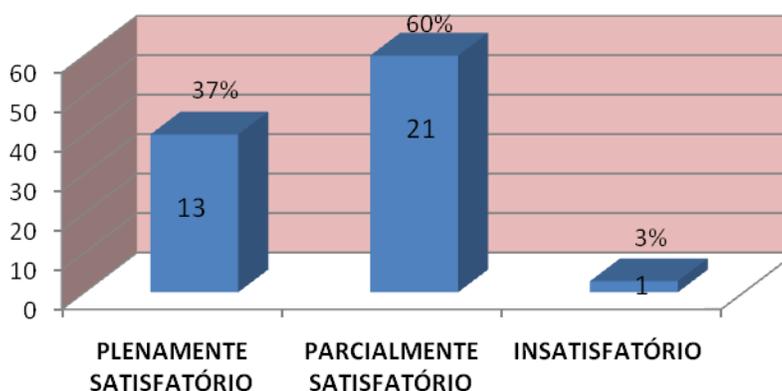
Segundo o UNICEF e a OMS (2010), as estratégias para treinar avaliadores podem variar de país para país, a depender da experiência acumulada pelos avaliadores e do tempo e/ou apoio disponível para as sessões de treinamento que antecedem à avaliação. O avaliador mais experiente é escolhido para ser o chefe da equipe de avaliação, podendo haver avaliadores na equipe menos experiente, ou seja, sem experiência anterior na condução de avaliações da IHAC, porém, com conhecimentos técnicos necessários para o exercício da função. Ainda recomendam os respondentes que pelo menos um mês antes da avaliação, o chefe da equipe de avaliadores se reúna com os outros integrantes da equipe de avaliação para distribuir tarefas e determinar responsabilidades, bem como para marcar seções de treinamento em avaliação, se necessário. Forneceria ainda o kit de avaliação e outros documentos importantes para que a equipe se familiarizasse completamente com estes documentos, seus processos e instrumentos.

A necessidade de recrutar avaliadores que tenham experiência com a assistência materno infantil parece inquestionável. Quanto ao processo de qualificação dos avaliadores, a carência maior recai sobre a formação continuada, que deveria ensejar a realização de cursos e encontros para atualização e aprofundamento da qualificação.

4.3 Análise crítica dos avaliadores quanto à adequação do instrumento de avaliação e reavaliação da IHAC em relação à finalidade a que se propõe

A maioria dos avaliadores respondentes (63%) classificou o instrumento de avaliação da IHAC quanto à finalidade a que se propõe, como sendo parcialmente satisfatório ou completamente insatisfatório (Figura 6).

Figura 6 - Frequência dos avaliadores respondentes em relação a classificação do instrumento de avaliação e reavaliação da IHAC quanto a finalidade a que se propõe



A análise isolada dos motivos alegados para o instrumento de avaliação e reavaliação não alcançar o objetivo a que se propõe mostrou que 5 (22,7%) dos 22 avaliadores mencionam que este fato se deve ao percentual de respostas corretas exigidas das pessoas entrevistadas (profissionais e usuários) ser muito alto; 9 (41%) afirmam como motivo a exigência exagerada que se dá em relação aos pontos chave (ponto ou aspecto principal, fundamental da questão); 8 (36,4%) acham que o número de pessoas entrevistadas é pouco representativo; 15 (68,0 %) apontam como sendo as perguntas pouco claras; 10 (45,4%) entendem que é devido a repetição de algumas perguntas; 9 (41,0%) alegam que o motivo se deve as perguntas do

instrumento de avaliação e reavaliação não serem adaptadas a cultura e/ou linguagem da região e 4 (18,0%) acham que o motivo se deve a outras justificativas (Quadro 4).

Já em relação às combinações de motivos a mais frequente referida pelos avaliadores é a exigência de um percentual de respostas muito alto, associada à exigência exagerada dos pontos chave, ao número pouco representativo de pessoas entrevistadas, às perguntas pouco claras e repetidas e não adaptadas à cultura ou linguagem da região e que, por isso, desviavam o instrumento de avaliação de sua finalidade. Destes avaliadores apenas 01 associou outras justificativas para estas causas às perguntas longas e não condizentes com a realidade das mães entrevistadas.

4.3.1 Análise crítica dos avaliadores quanto a exigência de um percentual elevado de respostas corretas do instrumento de avaliação

Os avaliadores que atribuíram a fragilidade do processo avaliativo à exigência exagerada de um percentual de respostas corretas acham que, considerando as diferentes realidades regionais, há necessidade da “tradução” de algumas perguntas do instrumento e a elaboração destas perguntas de outra forma pelo avaliador, podendo às vezes estas perguntas “traduzidas” serem inadequadas e levarem a viés de informação. Outros avaliadores acham que algumas perguntas feitas às gestantes e puérperas são de caráter teórico, medindo apenas conhecimento e não procedimentos práticos em relação à amamentação. Há ainda quem entenda que este motivo é pertinente se levar em conta o déficit de recursos humanos e a demanda exacerbada das unidades de saúde em várias ocasiões.

Estes avaliadores sugerem reduzir de 80 % para 70% os percentuais de acerto para algumas perguntas principalmente no que se refere ao Passo 4 (Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento) e Passo 5 (Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos).

Quadro 4- Distribuição dos avaliadores respondentes que indicaram que o instrumento do processo de avaliação e reavaliação não alcança a finalidade a que se propõe segundo os motivos alegados.

Identificação numérica dos questionários	MOTIVOS							TOTAL
	% de respostas corretas exageradamente altos (A)	Exigência exagerada dos pontos chaves (B)	Número de pessoas entrevistadas pequeno (C)	Perguntas pouco claras (D)	Perguntas Repetidas (E)	Perguntas não adaptadas à cultura e/ou linguagem da região (F)	Outras Justificativas (G)	
1								D
2								D+E+F
3								B+C+D+E
4								A+B+C+D+E+F+G
6								A+B
7								D
8								F
9								C+D
10								B
11								G
14								A+B+C+E+F
16								C+D+E+F
19								G
20								C+D+F
22								B+D+E+F
24								D
27								B+D+E+G
28								D
31								E
32								A+B+C+D+E+F
33								A+B+C+D+E+F
35								D
TOTAL	5	9	8	15	10	9	4	

Os Passos cujos critérios globais exigem 80% de acerto de acordo com UNICEF/OMS são os seguintes:

- O Passo 2, em que 80% dos entrevistados da equipe clínica que trabalham há mais de seis meses devem responder que receberam capacitação em aleitamento materno.
- O Passo 4, em que 80% das mães que tiveram partos vaginais e cesáreos sem anestesia geral devem responder que receberam imediatamente ou até 5 minutos após o parto os seus bebês para contato pele a pele, e que esse contato tenha continuado por pelo menos 1 hora. Além disso, que foram estimuladas a reconhecer os sinais de que seus bebês estão desejando mamar durante este período de contato e que foi oferecida ajuda caso tenha havido necessidade; 80% das mães de bebês em unidades de cuidados especiais devem responder que tiveram a chance de segurar seus bebês pele a pele ou, caso isso não tenha acontecido, que a equipe forneceu razões justificáveis para o fato.
- O Passo 5, em que 80% dos integrantes da equipe clínica entrevistados devem responder que ensinam às mães o posicionamento e a pega no peito corretos para amamentação, como a retirada do leite por expressão manual; devem saber demonstrar as técnicas corretas da pega e posição do bebê para amamentação e a técnica da retirada manual do leite, ou de informar que encaminham as mães para que tenham acesso a essas informações; 80% das mães submetidas ao parto vaginal e cesarianas devem responder que estão amamentando e que receberam assistência da equipe de profissionais de saúde para amamentação. Devem saber também demonstrar o posicionamento, pega do bebê no peito, bem como a expressão manual para retirada do leite materno. Ainda em relação a este Passo, 80% das mães de bebês em cuidados especiais que estejam amamentando ou que desejam amamentar devem responder que foi oferecida ajuda até 6 horas após o parto da equipe clínica para começar a amamentação e manter a lactação, e que foi repassada a orientação a elas de como extrair o leite materno manualmente, da frequência da amamentação ou retirada manual do leite para manter a lactação, além de serem capazes de demonstrar adequadamente esta técnica.
- O Passo 6, em que 80% das mães devem responder que seus bebês foram alimentados exclusivamente com leite materno.
- Passo 7, em que 80% das mães devem responder que permaneceram com seus bebês 24 horas em alojamento conjunto.

- O Passo 8, em que 80% das mães devem responder que receberam orientação da equipe quanto ao reconhecimento dos sinais de fome do bebê e sobre a frequência das mamadas (livre demanda).
- O Passo 9, em que 80% das mães entrevistadas devem responder que seus bebês não fizeram uso de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) .
- O Passo 10, em que 80% das mães devem responder que receberam informações relacionadas à ajuda caso necessite, após a alta, e descrever pelo menos um tipo de ajuda disponível.

4.3.2 Análise crítica dos avaliadores quanto à exigência exagerada de pontos chave do instrumento de avaliação da IHAC.

Dos avaliadores que alegam ser este o motivo para o instrumento não alcançar o objetivo a que se propõe, 9 (41%) acham que muitas vezes o entrevistado sabe a resposta da pergunta, porém não responde exatamente o que o instrumento exige. Outros acham que o instrumento é composto de algumas perguntas redundantes, pontos chave repetitivos e exigência exagerada de desempenho das puérperas quanto ao apoio em relação à pega, posição no peito e ordenha manual do leite materno. Os avaliadores pesquisados sugeriram um ponto chave em vez de dois, principalmente nas perguntas direcionadas às puérperas e gestantes, reforço no treinamento do avaliador para aceitar respostas diferentes dos pontos chave, perguntas com uma linguagem mais fácil e mais flexível que possibilitem respostas livres para que o avaliador tecnicamente preparado aponte a realidade.

Todos os formulários a serem aplicados aos entrevistados (corpo clínico, gestantes, puérperas e mães de bebês em cuidados especiais) possuem pontos chave. Algumas perguntas apresentam-se com 2, 4 ou 8 pontos chave, com exigência de que o entrevistado cite 1 nas perguntas que tem 2 pontos chave, 2 caso tenha 04 ou 08 pontos chave. Nas perguntas relacionadas à posição para amamentar, pega no peito e extração manual do leite materno, há uma exigência de acerto de todos os pontos chave a exemplo do formulário destinado a entrevista do corpo clínico.

Entendemos que os pontos chave são fundamentais para orientar o julgamento do avaliador em relação à compreensão e conhecimento do assunto pelo entrevistado e que a exigência de 1 ou 2 em algumas perguntas é adequada.

4.3.3 Análise crítica dos avaliadores quanto ao número de entrevistados exigido pelo instrumento de avaliação da IHAC

Dos 22 avaliadores, 8 (36,3%) acharam o número de entrevistados insuficiente e que este seria um dos motivos para que o instrumento não alcance o seu propósito. Destes, 3 acharam que a amostragem é insuficiente a depender do tamanho da instituição. Os avaliadores sugeriram dobrar o número atual de entrevistados, desde que as perguntas sejam elaboradas de forma mais simples, diretas e com enunciados mais curtos. Outros acham que a amostra deve ser ampliada para 40% do público atendido e outros sugerem ainda que a amostra seja proporcional ao número de profissionais da unidade, bem como dos clientes atendidos, além da sugestão de ser maior em relação às puérperas de parto cesáreo, nas maternidades referência para o alto risco.

As diretrizes originais para seleção da amostra da IHAC recomendavam entrevistas com 10 componentes do corpo clínico da maternidade, 10 mães de parto normais, 5 mães de parto cesáreo, 5 mães com bebê nas unidades de terapia intensiva e de cuidados intermediários e 10 gestantes. Com a revisão dos instrumentos de avaliação em 2004-2005, foram incluídos funcionários da equipe não clínica, porém permaneceu a recomendação do mesmo número de entrevistados, apesar de ser reconhecido que metodologicamente o tamanho das amostras estabelecidas era pequeno para medir resultados significativos.

Esta deliberação teve como argumento que amostras maiores exigiriam muito mais recursos e tempo, todavia, experiências em outros países (como em unidades de saúde maiores) corroboraram para a vantagem de entrevistar amostras maiores quando os recursos e o tempo permitirem. Desta forma, os formulários de resumo do instrumento de avaliação da IHAC permitem a flexibilidade de serem coletados e registrados dados de até 30 entrevistados do corpo clínico, 30 mães, 10 funcionários da equipe não clínica, 10 mães com bebês em unidade de cuidados intermediários e terapia intensiva e 20 gestantes, por entender que amostras maiores aumentam a probabilidade de que os resultados indiquem com precisão se um hospital está realmente implementando os Dez Passos (UNICEF/OMS, 2010). No entanto, entendemos que esta prática da utilização de amostras maiores não está sendo utilizada em grande parte das avaliações realizadas por questões de tempo e disponibilidade dos avaliadores.

4.3.4 Análise crítica dos avaliadores quanto ao fato apontado de o instrumento de avaliação da IHAC ser composto por perguntas pouco claras

Dos 22 avaliadores, 15 (68%) apontaram que o instrumento possui questões pouco claras com mais de uma interpretação levando a falha nas respostas, e como exemplo citaram o questionário para entrevista com as mães e o questionário para entrevista com integrante do corpo clínico descritos a seguir:

Parte II.B Entrevista com a mãe- Questionário de reavaliação:

- Pergunta 2 - *(Em caso de parto vaginal ou cesariana sem anestesia geral): Quanto tempo após o parto você segurou o bebê?*
- Pergunta 3a - Houve contato direto entre você e o bebê, na ocasião?
- Pergunta 3b - **Durante quanto tempo o seu bebê ficou em contato direto com você pela primeira vez? O que aconteceu em seguida? E depois disso?**
- Pergunta 3c - **Qual o motivo do término deste contato direto?**
- Pergunta 7a - [Se estiver amamentando:] Alguém da equipe se ofereceu para ajudar com a amamentação desde aquela primeira vez? (ou desde que você voltou para seu quarto?)
- Pergunta 7b *[Se a ajuda houver sido oferecida:] Quando esta ajuda foi oferecida?*

Parte IIA - Entrevista com Integrante do Corpo Clínico - Questionário – Modelo 5B

- Pergunta 7 - **Se um colega lhe perguntasse por que é importante não oferecer amostras grátis de fabricante de fórmulas infantis às mães o que você responderia?**
- Pergunta 1 - **Você poderia mencionar as informações essenciais que devem ser transmitidas a novas mães (primíparas) para que amamentem com sucesso?**
- Pergunta 6 - **O que deve ser discutido com uma gestante que pensa em alimentar seu bebê com substitutos do leite materno?**

Parte II.D Entrevista com Mãe de Bebê em Unidade de Cuidados Especiais

- Pergunta 3 - *[Se amamentando ou pretender fazê-lo:] Alguém da equipe se ofereceu para ajudá-la a iniciar a lactação e mantê-la? [Em caso afirmativo:] Quando*

tempo depois do nascimento (ou depois de sua chegada neste hospital) esta ajuda foi oferecida?

- Pergunta 4 - *[Se amamentando ou pretende fazê-lo]* **Alguém da equipe mostrou como você deve extrair leite materno com as mãos?**

Os avaliadores sugerem reformular as perguntas para melhor entendimento e adequar a linguagem e cultura da região.

4.3.5 Análise crítica dos avaliadores quanto ao fato apontado de o instrumento de avaliação da IHAC possuir perguntas repetidas

Quanto ao fato de o instrumento possuir perguntas repetidas, 10 (45,4%) dos 22 avaliadores respondentes referem ser este um dos motivos para que o instrumento não alcance a finalidade a que se propõe e referem que as seguintes perguntas são semelhantes:

Parte II.C - Entrevista com Mãe - Instrumento de avaliação global

- Pergunta 5a – **Durante o período em que o bebê esteve com você pela primeira vez, alguém da equipe encorajou-a a procurar por sinais de quando o bebê estaria pronto para mamar?**
- Pergunta 5b – **Alguém se ofereceu para ajudá-la com a amamentação quando seu bebê estava pronto?**

Pergunta 6a - Alguém da equipe ofereceu para ajudar com a amamentação desde aquela primeira vez? (ou desde que você voltou para o seu quarto?)

Os instrumentos de coleta de dados, para Alexandre e Coluci (2011), devem garantir indicadores confiáveis e, para tal, necessitam de alguns atributos como a validade, a confiabilidade, a praticabilidade, a sensibilidade e responsividade. Para estes autores, os dois atributos mais relevantes são a validade e a confiabilidade. A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, ou seja, avalia a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado. Já a confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes. Quanto às perguntas pouco claras referidas pelos avaliadores, estão relacionadas à confiabilidade e validade do instrumento. Já as perguntas repetidas à praticidade, uma vez que se refere aos aspectos

práticos da utilização dos instrumentos, ou seja, a facilidade, o tempo de administração, a interpretação dos resultados, além dos custos envolvidos.

Os respondentes sugerem reformular as perguntas para melhor entendimento e compactar algumas delas.

4.3.6 Análise crítica dos avaliadores em relação ao instrumento de avaliação da IHAC possuir perguntas com linguagem culturalmente inadequadas para região

Quanto às perguntas do instrumento de avaliação da IHAC apresentarem uma linguagem culturalmente inadequadas para a região, 9 (42,8%) dos 21 avaliadores responderam ser este um dos motivos para que o instrumento não atinja a finalidade a que se propõe. Alguns alegam que a linguagem é muito formal e que, se as perguntas forem lidas como estão escritas, não serão entendidas, especialmente pelas puérperas. Estes respondentes citaram como exemplo as perguntas para entrevista com as puérperas e para profissionais do corpo clínico descritas a seguir:

IIC – Entrevista com a Mãe

- Pergunta 5a – **Durante o período em que o bebê esteve com você pela primeira vez, alguém da equipe encorajou-a a procurar por sinais de quando o bebê estaria pronto para mamar?**

Pergunta 5b – **Alguém se ofereceu para ajudá-la com a amamentação quando seu bebê estava pronto?**

- Pergunta 16 – **Seu bebê já foi alimentado, até onde você tem conhecimento com mamadeira ou bico artificial? Ele já tomou leite ou água na mamadeira ou bico artificial? Leite materno extraído já foi oferecido desta forma para o bebê?**

IIA - Entrevista com Integrante do Corpo Clínico – Modelo 5B

- Pergunta 3 – **Que conselho você daria a uma mãe para prevenir o ingurgitamento mamário?**
- Pergunta 7 - **Se um colega lhe perguntasse por que é importante não oferecer amostras grátis de fabricantes de fórmulas infantis às mães o que você responderia?**

Os respondentes sugerem adaptar as perguntas à linguagem regional. As orientações do manual para o avaliador sobre avaliação e reavaliação externa já preveem que os questionários de

entrevistas devem ser adaptados de modo que a terminologia seja apropriada para o local sem, contudo, excluir itens. No entanto, estas observações se referem à tradução do inglês para outras línguas (UNICEF/OMS, 2010).

Entendemos que a linguagem não deve ser restrita ao âmbito dos conhecedores da área de saúde, mas deve ser inteligível aos diversos tipos de entrevistados para não comprometer a avaliação. Todavia, é necessário o conhecimento profundo do instrumento de avaliação pelo avaliador, com uma leitura detalhada do questionário antes de sua aplicação para permitir uma melhor adaptação das perguntas à cultura da região.

Guba & Lincoln, 1987 apud Furtado, 2001 referem que o avaliador, durante um processo avaliativo, deve ser adaptável, flexível, ter uma posição compreensiva, além de ter a capacidade para explorar respostas atípicas ou idiossincráticas, o que garantirá a superação de algumas limitações impostas por métodos baseados em questionários estruturados, possibilitando a coleta de dados adicionais.

4.3.7 Outros motivos apontados pelos avaliadores para justificar o fato de o instrumento de avaliação da IHAC não alcançar o objetivo a que se propõe

Dos 22 avaliadores que responderam que o instrumento não atinge o objetivo a que se propõe, 04 (18%) relataram que as perguntas são muito longas e detalhadas, mesmo para o avaliador, e as questões direcionadas aos profissionais são fáceis e superficiais. Como sugestão para solucionar estes problemas, além do ajuste das perguntas, deveriam ser acrescentadas ao perfil do avaliador perspicácia e habilidade para um entendimento mais fácil e rápido do instrumento.

4.4 Pontos fortes e pontos fracos do instrumento de avaliação da IHAC relatados pelos avaliadores

No que diz respeito aos pontos fortes e fracos, é importante ressaltar que alguns pontos considerados fortes por uns, foram considerados fracos por outros. Entretanto, foi consenso entre a maioria dos avaliadores pesquisados que a abordagem de tópicos importantes para o conhecimento das práticas hospitalares em relação ao aleitamento materno foi o ponto positivo do

instrumento de avaliação e reavaliação da IHAC. Quanto aos pontos fracos, foram apontados pela maioria dos respondentes a inadequação do instrumento para as gestantes internadas que não fizeram pré-natal na instituição, formulário extenso para mães e profissionais do corpo clínico contendo perguntas longas, pouco claras, repetidas e apresentadas com linguagem formal, bem como as exigências do conhecimento técnico da retirada manual do leite materno para profissionais do corpo clínico que não a realiza no dia a dia. A exigência direcionada às puérperas da definição temporal do contato precoce da mãe com seu bebê na sala de parto e a abordagem superficial da prática do aleitamento materno às mães de bebês internados em unidades de cuidados especiais também foram apontados como pontos fracos.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo identificou que os avaliadores pesquisados possuem nível de instrução superior e que em sua maioria são do sexo feminino, possuem idade média de 51 anos e residem e trabalham nas regiões nordeste e sudeste do país. Predominam entre eles os médicos e enfermeiros, tendo todos eles cumprido o esquema de capacitação em aleitamento materno recomendado pela Iniciativa, o que inclui a habilitação para conduzir o processo de avaliação. Atuam em média como avaliadores há 10 anos, já avaliaram em média 12,5 hospitais, participando tanto de avaliações globais quanto de reavaliações, e apresentam um período de tempo transcorrido desde a última avaliação de no máximo 24 meses. Este perfil, portanto, demonstra ser este um grupo com conhecimentos e experiências acumuladas sobre o objeto do estudo em questão e, a princípio, em condições de opinar com propriedade sobre ele.

Prevalece o entendimento de que os dados obtidos no processo avaliativo da IHAC são parcialmente confiáveis e não refletem plenamente a realidade dos hospitais avaliados. Dos fatores apontados como sendo os que mais frequentemente interferem na confiabilidade, o despreparo do avaliador foi citado por 62% dos respondentes os quais destacaram a contradição entre o perfil exigido pela IHAC para se exercer a função de avaliador e aquele apresentado por muitos dos selecionados. Detectam ainda a inabilidade de reformular perguntas, o pouco domínio do instrumento de avaliação e o envolvimento laboral do avaliador com a direção e com o corpo clínico das unidades avaliadas.

Quanto às fragilidades encontradas no instrumento de avaliação, informam que o mesmo apresenta perguntas pouco claras, repetidas e não adaptadas à cultura e à linguagem da região, sobretudo no que toca ao instrumento para entrevistas das puérperas do alojamento conjunto e de profissionais do corpo clínico. É criticado ainda o reduzido tamanho da amostra de entrevistados, sobretudo para puérperas de parto cesariano em maternidades de alto risco, onde a taxa desta modalidade de parto é mais elevada. A exigência exagerada dos pontos chave aparece como um dos aspectos que fragilizam o instrumento.

A respeito dos pontos fortes e fracos dos instrumentos predomina o dissenso, embora tenha sido possível identificar como sendo o aspecto mais positivo citado o fato de permitirem a abordagem de tópicos importantes para o conhecimento das práticas hospitalares em relação ao aleitamento materno. Por outro lado, foram percebidos como pontos mais fracos dos instrumentos a extensão dos formulários e a linguagem confusa e formal utilizadas nas perguntas.

Por fim, a questão relativa à comunicação prévia do hospital da avaliação, dividiu aproximadamente ao meio as opiniões dos avaliadores, uma vez que 48% deles opinou no sentido de que a mesma não deveria ocorrer ao menos com a antecedência com que é anunciada hoje devendo reduzir-se a dias.

Parece clara a necessidade de realizar uma revisão do instrumento de avaliação adaptando-o à realidade brasileira, contando para tanto com ampla participação dos avaliadores e com representação dos profissionais e dos usuários das unidades avaliadas.

Do mesmo modo não parece haver dúvida de que uma seleção mais rigorosa dos avaliadores, no que diz respeito ao perfil técnico e psicológico, se impõe. Considera-se que esta recomendação só será factível na medida em que se disponha de um expressivo número de interessados e precisa ser antecedida de iniciativas que promovam a educação continuada dos avaliadores, a exemplo dos encontros periódicos para discutir dificuldades do processo avaliativo e para realizar reciclagens. Além disso, mostram-se necessárias estratégias para motivar o avaliador, de maneira que ele possa disponibilizar mais tempo para exercer sua função.

Suporte e apoio logístico mais adequado para realização das avaliações, sobretudo no que se refere à solicitação oficial, a ser feita pela IHAC, para liberação do avaliador por parte da sua instituição de origem, deverão produzir efeitos positivos neste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAMS, S. W.; LABBOK, M. **Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding.** International Breastfeeding journal, North Carolina, 2009. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. **Em direção às melhores práticas de avaliação.** Rev. Serviço Público, Brasília, ano 51,n.4, p.5-60, 2000.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z.O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.

ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. **Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil.** Rev. Panam. Salud Publica, Washington, v.22. n.2, p.91-99, 2007.

ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. **Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil.** Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, n. 4, p.411-419 , 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria n.09, de 10 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde , 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria n.756, de 16 de dezembro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde , 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria n.1.117, de 07 de junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde , 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria n.29, de 27 de julho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde , 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria n.80, de 24 de fevereiro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde , 2011.

BRAUN, M. L. et al. **Evaluation of the impacto of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding.** Am J Public Health, v.93, n. 8, p.1277- 1279, 2003.

BRYM, R. J. et al. **Sexualidade e Gênero.** In: BRYM, R. J. et al. SOCIOLOGIA: sua bússola para um novo mundo. 1 ed. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2009. Cap.8. p. 247-284.

CALDEIRA, A.; GONÇALVES, E. **Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Arch Pediatr Urug., Uruguai, v.80. n.2, p. 144-149, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciências & Saúde Coletiva, v.11 n.3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z.A. Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.29-48, 1997.

COSTA, F. L. C.; CASTANHAR, J. C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos.** RAP, Rio de Janeiro, v. 37, n.5, p.969-992, 2003.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate.** In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. P.181-199. Disponível em <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em 04 de mar. 2012.

ESCUDE, M. M. L.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. **Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.87, n.3, p.319-325, 2003.

FIGUERÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. **Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições.** In: SAMICO et al.(Org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2010. Cap. 1. p. 1-13.

FRIAS, et al. **Atributos da Qualidade em Saúde.** In: SAMICO et al.(Org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2010. Cap. 4.p. 43-55.

FURTADO, J. P. **Um método construtivista para avaliação em saúde.** Ciência da Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 165-181, 2001.

GIL, C.G. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5 ed. São Paulo:Ed. Atlas S.A., 2010. Cap. 4. P.25-46.

HEDLER, H. C.; TORRES, C. V. **Meta-avaliação de Auditorias de Natureza Operacional do Tribunal de Contas da União.** RAC, Curitiba, v.13, n.3, art.7, p. 468-486, 2009.

HUFFMAN, S. L.; ZEHNER, E. R.; VICTORA, C. **Can improvements in breastfeeding practices reduce neonatal mortality in developing countries?** Midwifery, [S.l.], v.17, p. 80-92, 2001.

JONES, G. et al. **How many child deaths can we prevent this year?** The Lancet, v.362, p.65-71, 2003.

LABBOK, M. H. **Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.83, n.2, p. 99-101, 2007.

LAMBERTI, L.M.; et al. **Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality.** BMC Public Health, Baltimore, suppl.3:S15, 2011.

LAMOUNIER, J. A. et al. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro.** Rev. Paulista de Pediatria, São Paulo, v.26, n.2, p. 161-169, 2008.

LAMOUNIER, J. A. **Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Rev. Ass. Med. Brasil, São Paulo, v.44, n.4, p. 319-324, 1998.

LAMOUNIER, J. A. **Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.72, n.6, p. 363-368, 1996.

LOPES, L. G. **Nas redes do conceito de gênero.** In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. (Org.). Gênero e Saúde. Rio Grande do Sul: Ed. Artes Médicas, 1996.

MERTEN, S. ; DRATVA, J.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. **Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level?** Pediatrics, v. 116, n. 5, USA, v.116,n.5, p.702-708, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Pesquisa de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, 2009. Disponível em; <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pesquisa.pdf>. Acesso em 16 de nov. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades-Referência para mulheres que não podem amamentar.** Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Brasília 2011. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/publicacoes/iniciat>. Acesso em 10 de ago. 2011.

NOVAES, H.M. D.**Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev.Saúde Pública, v.34, n.5, p.547-549, 2000.

OMS;/UNICEF. **Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento.** Brasília, 1993.

OPAS/OMS. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.** Brasília, 2001.

REA, M. F. **Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 1, p. 37-45, 2003.

SAADEH, R.; CASANOVAS, C. **Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative.** Food Nutr. Bull, Switzerland, v.30, suppl. 2, p. 225-229, 2009.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C. FRIAS, P. G.. **Abordagens metodológicas na avaliação em saúde.** In: SAMICO et al.(org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2010. Cap. 2. p.15-28.

SAMPAIO, P. F. et al. **Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n7, p1349-1361, 2011.

SCAVONE, L. **O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir.** In: VILLELA, W. ; MONTEIRO, S. (Org.) Programa Saúde da Família em questão. ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br>. Acesso em 29 jan. 2012.

SILVA, L. M. V. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1.ed. Salvador:EDUFBA, 2008. Cap. 1, p.15-39.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação em Saúde: limites e perspectivas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. 1 ed. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2004. p. 13-17.

TOMA, T. S.; VENÂNCIO, S. I.; REA, M. F. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma reflexão sobre processos educativos para implantação de práticas apropriadas de atenção a mães e recém-nascidos de São Paulo.** Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, n.48, p.55-60, 2009.

TOMA, T. S.; REA, M. F. **Avanços na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes.** Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, n.27, p.18-19, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p. 1561-1569, 2002.

UNICEF/OMS. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado.** Módulo 5: Avaliação e Reavaliação Externa. Brasília: Ed. do MS, 2010.

UNICEF/OMS. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado.** Módulo 1. Histórico e Implementação, Brasília, 2008.

UNICEF/OMS. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado.** Módulo 4 Autoavaliação e Monitoramento do Hospital, Brasília, 2008.

UNICEF/OMS. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado.** Módulo 3 . Promovendo e Incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipes de maternidade, Brasília, 2009.

VANNUCHI, M. T. O. et al. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.38, n.3, p.422-428, 2004.

VANNUCHI, M. T. O. et al. **Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um Hospital Universitário.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v.23, n.1, p.11-17, 2002.

VASCONCELLOS, L.; GUEDES, L. F. A. **E-Surveys: Vantagens e limitações dos questionários eletrônico via internet no contexto da pesquisa científica.** In: X SemeAd – Seminário em administração FEA/USP .São Paulo 2007. Disponível em <http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/>. Acesso em 18 de janeiro 2011.

VENANCIO, S. I. **Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 1-2, 2003.

VENANCIO, S. I. et al. **Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.36, n.3, p. 313-318, 2002.

VICTORA, C. G. et al. **Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil.** Lancet, v.2, n.8554, p. 319-322, 1987.

VUORI, H. **A qualidade da saúde. Divulgação em saúde para debate.** v.3,p. 17-24, 1991;

WHO/UNICEF. **Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services.**, Geneva, 1989.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação.** In. WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo: EDUSP, 2004. Cap.1, p.33-58.

APÊNDICE A - PESQUISA EXPLORATÓRIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO

EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



BLOCO 2 - OPINIÕES SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

Prezado(a) Avaliador, respondendo estas quatro perguntas abertas, você estará contribuindo para construção do bloco 2 do instrumento da pesquisa intitulada: confiabilidade das informações coletadas no processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: o olhar dos avaliadores, que será realizada como programa de mestrado da Pós-graduação Integrada em Saúde Coletiva (PPGISC). A pesquisadora principal é Lindacir Sampaio de Oliveira que pode ser encontrada no endereço: Rua Professor Augusto Lins e Silva, número 481, apto 501, Setubal, Recife, PE, CEP. 51.030.030, telefone: (81) 3462.8937 ou (81) 9972.3409. Endereço eletrônico: lindacirsampaio@hotmail.com. Sua identidade será totalmente preservada. Agradecemos pela sua participação.

1. Os dados gerados pelas avaliações refletem plenamente a realidade dos hospitais avaliados?
2. Quais os principais obstáculos para que os dados coletados e registrados pelo avaliador não reflitam plenamente a realidade dos hospitais avaliados?
3. Por que ocorrem estes obstáculos?
4. Quais seriam as soluções para a solução destes problemas?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO
 EM SAÚDE COLETIVA - PPGISC
 MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



LIDADE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: O OLHAR DOS AVALIADORES

Prezado(a) Avaliador, respondendo este questionário você estará contribuindo para o melhor conhecimento do processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Leia as instruções de cada bloco. Sua identidade será totalmente preservada. Agradecemos pela sua participação.

ATENÇÃO: As questões a seguir podem ter mais de uma alternativa. Se precisar de mais espaço para as respostas pedimos que as escreva em um papel a parte identificando-as pelo número da pergunta e anexe a este questionário.

Qualificação profissional:

Sexo: Masculino
 Feminino

Idade (anos completados):

Estado do Brasil onde reside e trabalha:

Cursos realizados:

Aleitamento materno (mínimo de 20 horas)

Aconselhamento em amamentação (mínimo 40 horas)

Outros cursos ou disciplinas de avaliação, além do curso de avaliadores da IHAC

Tempo de atuação como avaliador da IHAC (anos completados):

Quantidade de hospitais avaliados:

Tipos de avaliações	No estado onde mora	Em outros Estados	Total
Avaliação global			
Reavaliações			
Total			

Quanto tempo faz que realizou a última avaliação:

BLOCO II – OPINIÕES SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO	
1. Na sua opinião, os dados obtidos pelas avaliações refletem a realidade dos hospitais avaliados?	
a <input type="checkbox"/> Sim, plenamente	
b <input type="checkbox"/> Sim, parcialmente	
c <input type="checkbox"/> Não	
2. Se respondeu Não ou Sim, parcialmente , pedimos que aponte o(s) motivo(s) :	
a <input type="checkbox"/> Deficiência do Instrumento de Avaliação?	
Neste caso, qual (is) deficiência(s) poderia apontar?	
Neste caso, poderia sugerir como esta(s) deficiência(s) poderia(m) ser sanada(s)?	
b <input type="checkbox"/> Comunicação prévia sobre a visita dos avaliadores às instituições que vão ser avaliadas, dando oportunidade para que o serviço seja preparado para a avaliação?	
Neste caso, poderia sugerir como deveria ser sanada esta questão?	
c <input type="checkbox"/> Despreparo do avaliador?	
Neste caso, qual(is) situação(ões) desafia(m) o preparo do avaliador?	
Poderia dizer como o avaliador deveria ser preparado para superá-la(s)?	
d <input type="checkbox"/> Outras justificativas? Quais?	
3. Como você classifica o instrumento de avaliação/reavaliação da IHAC com relação à finalidade a que se propõe?	
b <input type="checkbox"/> Plenamente satisfatório	
c <input type="checkbox"/> Parcialmente satisfatório	
c <input type="checkbox"/> Insatisfatório	

4. Se respondeu parcialmente satisfatório ou insatisfatório , justifique a resposta a <input type="checkbox"/> Os percentuais solicitados de respostas corretas são exageradamente altos. Poderia sugerir como deveria ser?
b <input type="checkbox"/> Há uma exigência exagerada nas respostas das perguntas (pontos chaves) dos questionários. Poderia sugerir como deveria ser?
c <input type="checkbox"/> O número de pessoas a entrevistar em cada hospital é muito pequeno. Poderia sugerir como deveria ser?
d <input type="checkbox"/> O instrumento contém perguntas pouco claras. Poderia apontar exemplos que você identifica no Instrumento de Avaliação?
e <input type="checkbox"/> O instrumento contém perguntas repetidas. Poderia apontar exemplos que você identifica no Instrumento de Avaliação?
f <input type="checkbox"/> As perguntas não estão adaptadas à cultura e/ou à linguagem da região onde é aplicada. Poderia apontar exemplos identificados no Instrumento de Avaliação?
g <input type="checkbox"/> Outras justificativas ? Quais?
5. Quais são, para você, os principais pontos fracos e pontos fortes dos instrumentos de avaliação que você já utilizou?

Parte do Instrumento	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Gestantes		
Puérperas		
Mães Acompanhantes (RN UTI/UCI)		
Profissionais de saúde		
6. O que você acha das condições dadas ao avaliador para realizar seu trabalho?		
a. Em termos de tempo para coletar os dados:		
b. Em termos de prazo para escrever o relatório:		
c. Em termos do apoio logístico da SES/MS (transporte, alimentação, e hospedagem):		
d. Em termos da receptividade dos hospitais avaliados (gentileza no tratamento, disponibilização das informações, qualidade das informações):		
7. Na sua opinião, quais as características psicológicas e as competências técnicas que deve ter um avaliador da IHAC para realizar de maneira adequada o seu trabalho?		
8. O que o trabalho de avaliador à IHAC lhe proporcionou ou tem lhe proporcionado?		
9. O que o seu trabalho de avaliador proporcionou ou tem proporcionado à IHAC?		

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa **“Confiabilidade das informações coletadas no processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: o olhar dos avaliadores”** que será realizada como programa de mestrado da Pós-graduação Integrada em Saúde Coletiva (PPGISC). A pesquisadora principal é Lindacir Sampaio de Oliveira que pode ser encontrada no endereço: Rua Professor Augusto Lins e Silva, número 481, apto 501, Setubal, Recife, PE, CEP. 51.030.030, telefone: (81) 3462.8937 ou (81) 9972.3409. Endereço eletrônico: lindacirsampaio@hotmail.com. O estudo destina-se a conhecer a opinião dos avaliadores em relação ao processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e sua participação é importante, uma vez que poderá oferecer subsídios para realização de ajustes e aprimoramento desta estratégia.

Você será solicitado (a) a responder um questionário sobre o processo da avaliação da IHAC. As perguntas serão sobre alguns dados pessoais, opiniões e sugestões sobre o instrumento e o processo de avaliação. Os questionários preenchidos ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, arquivados em sua residência e serão incinerados após o término da pesquisa.

Ao concordar em participar da pesquisa, você corre o risco de expor informações e opiniões referentes à prática da avaliação. Para minimizar os riscos, as informações conseguidas por meio de sua participação não permitirão a exposição da sua identidade e só será divulgada entre os profissionais estudiosos do assunto. Não haverá qualquer interferência na sua conduta de avaliador e será assegurado que os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Os benefícios obtidos relacionam-se a participação do avaliador para um banco de dados sobre a prática da avaliação em Hospitais Amigo da Criança e se assim deseje o conhecimento dos resultados obtidos com o estudo. Estes dados poderão ser utilizados futuramente para estimular o desenvolvimento de estudos específicos para as realidades desta região.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora principal para esclarecimento de eventuais dúvidas.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo ao indivíduo.

Não há despesas pessoais como também remuneração para o participante em qualquer momento do estudo.

Li e entendi todas as explicações que me foram fornecidas, não ficando dúvidas sobre os procedimentos a que serei submetidos (as).

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro e Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Av. da Engenharia s/n - 1º andar – Cidade Universitária, Recife/PE

CEP: 50740-600 - fone: 21268588

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DO CENTRO DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. Nº. 605/2011 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 12 de setembro de 2011

Registro do SISNEP FR - 439973
CAAE - 0313.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 334/11
Título: Confiabilidade das informações coletadas no processo de avaliação da iniciativa hospital amigo da criança: O olhar dos avaliadores.
Pesquisador Responsável: Lindacir Sampaio de Oliveira.

Senhor (a) Pesquisador (a):

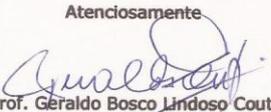
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 06 de setembro de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

Ao (À) Pesquisador (a)
Lindacir Sampaio de Oliveira.
Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva - CCS/UFPE

ANEXO B – FORMULÁRIOS DE RESUMO PARA AVALIAÇÃO EXTERNA DA IHAC

Formulários de Resumo

Passo 1: Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde

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

Análise da política		Resultado	Ref.
1.1	O hospital possui uma política de amamentação e alimentação de lactentes, em anexo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC1
1.2	A política contempla adequadamente os seguintes passos: <input type="checkbox"/> Passo 1 <input type="checkbox"/> Passo 2 <input type="checkbox"/> Passo 3 <input type="checkbox"/> Passo 4 <input type="checkbox"/> Passo 5 <input type="checkbox"/> Passo 6 <input type="checkbox"/> Passo 7 <input type="checkbox"/> Passo 8 <input type="checkbox"/> Passo 9 <input type="checkbox"/> Passo 10 A política contempla adequadamente todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC2
1.3	A política contempla o <i>Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno</i> e resoluções subsequentes da AMS ao proibir: <input type="checkbox"/> 1. a exposição de pôsteres ou outros impressos oferecidos por fabricantes ou distribuidores de substitutos do leite materno, mamadeiras, chupetas ou quaisquer outros materiais que promovam o uso desses produtos. <input type="checkbox"/> 2. contato direto ou indireto entre funcionários desses fabricantes ou distribuidores com gestantes ou mães nas dependências da unidade. <input type="checkbox"/> 3. a distribuição de amostras ou brindes de materiais promocionais de substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas para gestantes ou mães, ou membros de suas famílias. <input type="checkbox"/> 4. a aceitação por parte do hospital de presentes (inclusive alimentos), impressos, materiais ou equipamentos, dinheiro ou apoio para treinamentos ou eventos desses fabricantes ou distribuidores. <input type="checkbox"/> 5. demonstrações do preparo de fórmulas infantis para qualquer pessoa que não precise delas. <input type="checkbox"/> 6. a aceitação de suprimentos ou substitutos do leite materno gratuitos ou de baixo custo. A política contempla ao menos 4 dos 6 itens acima, sendo que os itens 1 e 3 são exigidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	IC3
1.4	NÃO AVALIADO		IC4
Observações:			
1.5	Um resumo da política está exposta nas seguintes áreas:		
	Área de trabalho de parto e parto	Sim Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Clínica e consultórios de pré-natal	Sim Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Não existe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

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

Entrevista com diretor/responsável pelos serviços de maternidade: O diretor/responsável pelos serviços de maternidade afirma que:		Resultado	Ref.																														
2.1	NÃO AVALIADO																																
2.2	NÃO AVALIADO																																
Análise dos materiais impressos																																	
2.3	Existem documentos escritos com o conteúdo ou a estrutura de cursos de <u>treinamento em promoção e apoio à amamentação</u> .	Sim Não	IC7																														
2.3a	Todos os Dez passos e o Código são contemplados no treinamento.	Sim Não	IC9																														
2.4	A análise de documentos dos cursos de treinamento, da estrutura desses cursos e de folhas de frequência indica que pelo menos 80% da equipe clínica responsável pela oferta de cuidados de saúde a gestantes, mães e lactentes recebem treinamento de, no mínimo, 20 horas.	Sim Não	IC10																														
2.5	A mesma análise indica que o treinamento inclui pelo menos 3 horas de prática clínica supervisionada para a mesma equipe.	Sim Não	IC11																														
2.6	NÃO AVALIADO																																
2.7	NÃO AVALIADO																																
2.8	NÃO AVALIADO																																
2.9	NÃO AVALIADO																																
2.10	NÃO AVALIADO																																
Entrevistas com integrantes do corpo clínico selecionados aleatoriamente:																																	
2.11	Os integrantes da equipe assinalados abaixo confirmam que receberam pelo menos 20 horas de treinamento em amamentação e práticas amigas da criança ou, caso estejam no emprego a menos de 6 meses, receberam orientações sobre a política: [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIA2-4 R																														
	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								

continuação

2.12	Os integrantes da equipe assinalados abaixo responderam adequadamente a 4 entre 5 perguntas sobre apoio e promoção da amamentação:	Total: ___ de ___ : ___ %	IIA5 R
	<i>[S = sim, N = não, 0 = não respondeu]</i>		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		
	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
2.13	Os integrantes da equipe assinalados abaixo citaram dois assuntos que devem ser discutidos com uma gestante, caso ela indique que pretende oferecer algo além de leite materno para seu bebê: <i>[S = sim, N = não, 0 = não respondeu]</i>	Total: ___ de ___ : ___ %	IIA6
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		
	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
Entrevistas com integrantes do corpo não clínico selecionados aleatoriamente:			
2.14	NÃO AVALIADO		
2.15	NÃO AVALIADO		
2.16	NÃO AVALIADO		
2.17	NÃO AVALIADO		

Passo Dois:**Conquistas:****Melhorias exigidas:****Melhorias recomendadas:**

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

[Remeter a II D para consulta dos dados]

Entrevista com o responsável pelos serviços de maternidade ou pré-natal		Resultados	Ref.																				
3.1	NÃO AVALIADO																						
Análise dos materiais impressos																							
3.2	NÃO AVALIADO																						
3.3	NÃO AVALIADO																						
Entrevistas com gestantes selecionadas aleatoriamente:																							
3.4	As gestantes assinaladas abaixo afirmam que integrantes da equipe conversaram com elas ou indicaram um grupo de discussões sobre amamentação como parte do tratamento pré-natal: [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IID4																				
	<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20														
3.5	As gestantes assinaladas abaixo lembraram das informações apresentadas ou discutidas com elas relacionadas a pelo menos dois dos três tópicos: [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IID5																				
	<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20														
Conquistas:																							

continua

continuação

Melhorias exigidas:
Melhorias sugeridas:

Passo 4: Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento.

Este Passo é agora interpretado como: Colocar os bebês em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.

[Remeter a IIB, IIC para consulta dos dados.]

Observações	Resultados	Ref.																															
NÃO AVALIADO																																	
Entrevistas com Mães																																	
4.1	NÃO AVALIADO																																
4.2	NÃO AVALIADO																																
4.3	Entre as mães submetidas a partos vaginais ou cesarianas sem anestesia geral selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que seus bebês foram entregues a elas imediatamente ou cinco minutos após o parto ou, caso contrário, houve razões médicas justificáveis para o atraso no contato: <i>[S=sim, N=não, 0= foi submetida à cesariana com anestesia geral ou não respondeu]</i>	Total: ____ de ____: ____%	IIB2R																														
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								
4.4	NÃO AVALIADO																																
4.5	Entre as mães selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que ficaram em contato direto com seus bebês pela primeira vez durante no mínimo 60 minutos ou, caso contrário, o contato foi encerrado a seu pedido: <i>[S=sim, N= não, 0= não respondeu]</i>	Total: ____ de ____: ____%	IIB3R																														
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								

continua

continuação

4.6	Entre as mães selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que foram incentivadas a procurar por sinais de que seus bebês estavam prontos para serem amamentados e lhes foi oferecida ajuda, caso precisassem: <i>[S = sim, N= não, 0= não respondeu]</i>	Total: ___ de ___: ___%	IIB4R																														
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								
Entrevistas com mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal																																	
4.7	Entre as mães com bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal selecionadas aleatoriamente, as assinaladas abaixo afirmam que tiveram oportunidade de segurar seus bebês em contato direto <u>ou</u> , caso contrário, os integrantes da equipe ofereceram razões justificáveis para que isso não ocorresse: <i>[S = sim ou os integrantes da equipe deram razões justificáveis por isto não ter acontecido, N= não, 0= não respondeu]</i>	Total: ___ de ___: ___%	IIC8																														
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
Conquistas:																																	
Melhorias exigidas:																																	
Melhorias recomendadas:																																	

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

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

Entrevista com diretor/responsável pelos serviços de maternidade O diretor/responsável pelos serviços de maternidade afirma que:		Resultados	Ref.																														
5.1	NÃO AVALIADO																																
Observações																																	
5.2	NÃO AVALIADO																																
Entrevista com integrantes do corpo clínico selecionados aleatoriamente:																																	
5.3	Os integrantes do corpo clínico assinalados abaixo afirmam que instruem as mães quanto ao posicionamento e a “pega” da mama (P8a) e descrevem as técnicas corretamente (P8b) ou, caso não instruem, indicam quem elas podem consultar para tanto (P8c). [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIA8 R																														
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								
5.4	Os integrantes do corpo clínico assinalados abaixo afirmam que ensinam a expressão manual às mães e fazem descrições e demonstrações adequadas daquilo que ensinam para elas ou, caso contrário, indicam a quem as mães devem recorrer: [S = sim, N = não, 0 = não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIA9 R																														
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								
5.5	NÃO AVALIADO																																
Entrevistas com mães selecionadas aleatoriamente na ala de pós-parto:																																	
5.6	As mães assinaladas abaixo, <u>caso lactantes</u> , afirmaram que a equipe ofereceu mais ajuda com a amamentação na segunda vez que o bebê foi alimentado ou nas 6 horas seguintes ao parto. [S = sim, N = não, 0 = não está AM ou não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIB6R																														
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								

5.7	As mães assinaladas abaixo, <u>caso lactantes</u> , demonstraram ou descreveram corretamente o posicionamento e a "pega" da mama [S = sim, N = não, 0 = não está AM ou não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIB7R
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
5.8	As mães assinaladas abaixo, <u>caso lactantes</u> , afirmaram que alguém da equipe se ofereceu para ensiná-las como extrair o leite com as mãos <u>ou</u> forneceu informações escritas e indicaram locais onde elas poderiam conseguir ajuda, se necessário: [S = sim, N = não, 0 = não está AM ou não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIB8
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
5.9	NÃO AVALIADO		
5.10	NÃO AVALIADO		
Entrevistas com mães de bebês internados em unidades especiais de tratamento neonatal selecionadas aleatoriamente:			
5.11	As mães assinaladas abaixo, <u>caso amamentando ou planejando fazê-lo</u> , afirmam que alguém da equipe se ofereceu para ajudá-las a iniciar a lactação e mantê-la: [S = sim, N = não, 0 = não está AM ou não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIC3
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
5.12	As mães assinaladas abaixo, <u>caso amamentando ou planejando fazê-lo</u> , afirmam que alguém da equipe mostrou a elas como extrair o leite materno com as mãos ou não desejaram ajuda: [S = sim, N = não, 0 = não está AM ou não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIC4
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		
5.13	As mães assinaladas abaixo, <u>caso amamentando ou planejando fazê-lo</u> , descreveram ou demonstraram como a extrair o leite materno com as mãos: [S = sim, N = não, 0 = não está AM ou não respondeu]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIC5
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		

continua

continuação

5.14	As mães assinaladas abaixo, caso amamentando ou planejando fazê-lo, afirmam que alguém da equipe informou que precisam amamentar ou extrair o leite com as mãos 6 ou mais vezes a cada 24 horas para manter a lactação: <i>[S =sim, N= não, 0=pulou porque não está AM ou não respondeu]</i>	Total: ___ de	IIC6
		___ : ___ %	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Conquistas:

Melhorias exigidas:

Melhorias recomendadas:

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

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

Análise da tabela de dados do hospital		Resultados	Ref.																														
6.1	Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo no mês anterior foram exclusivamente amamentados ou alimentados com leite extraído do nascimento à alta ou, caso tenham recebido alimentos que não o leite materno, isso se deu em virtude de motivos médicos documentados ou escolha informada das mães:	Sim Não	IB																														
Análise dos materiais impressos																																	
6.2	NÃO AVALIADO																																
6.3	NÃO AVALIADO																																
Observações																																	
6.4	NÃO AVALIADO																																
6.5	Observações nas alas/quartos pós-parto e em quaisquer áreas de observação de bebês mostraram que: ___ dos ___ bebês observados foram alimentados exclusivamente com leite materno, ou houve motivos médicos aceitáveis ou escolhas informadas para justificar que isso não ocorresse.	_____ %	ID7																														
Entrevistas com as mães																																	
6.6	NÃO AVALIADO																																
6.7	As mães <u>lactantes</u> assinaladas abaixo relataram que seus bebês foram alimentados <u>exclusivamente</u> com leite materno ou, caso contrário, isso ocorreu por uma razão justificada <i>[S = recebeu apenas leite materno ou, caso contrário, houve uma justificativa. N = recebeu alimentos e líquidos que não o leite materno sem justificativa. 0 = não lactante ou não respondeu]</i>	Total: ___ de ___: ___ %	IIC14R																														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td><td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">3</td><td style="width: 10%;">4</td><td style="width: 10%;">5</td><td style="width: 10%;">6</td><td style="width: 10%;">7</td><td style="width: 10%;">8</td><td style="width: 10%;">9</td><td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								

continua

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

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

Observações		Resultados	Ref.
7.1	Observações nas alas e quartos pós-parto e em quaisquer áreas de observação de bebês mostraram que: _____ dos ___ bebês e mães observados <u>estavam</u> alojados conjuntamente ou, caso contrário, isso ocorreu por motivos justificáveis.	____ %	ID8
Entrevistas com mães selecionadas aleatoriamente na ala de pós-parto.			
7.2	As mães assinaladas abaixo relatam que seus bebês ficaram com elas desde o nascimento ou, caso contrário, isso ocorreu por uma razão justificada. [Sim = sim, N = não, 0 = não esponderam]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIB17R
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30		
Conquistas:			
Melhorias necessárias:			
Melhorias recomendadas:			

Passo 8: Incentivar o aleitamento sob livre demanda.

[Remeter a IIB para consulta dos dados.]

Entrevistas com as mães: Da seleção aleatória de mães no pós-parto:		Resultados	Ref.																														
8.1	As mães assinaladas abaixo citaram pelo menos duas informações que receberam sobre como reconhecer que seus bebês estão com fome: [Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIB12																														
	<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								
8.2	As mães assinaladas abaixo relatam que foram aconselhadas a alimentar seus bebês o quanto eles quisessem ou sempre que tiverem fome. [Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]	Total: ___ de ___ : ___ %	IIB13																														
	<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								
Conquistas:																																	
Melhorias necessárias:																																	
Melhorias recomendadas:																																	

continuação

Melhorias necessárias:

Melhorias recomendadas:

Passo 10: Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

[Remeter a IIB para consulta dos dados.]

Entrevista com diretor/responsável pelos serviços de maternidade O responsável pelos serviços de maternidade relata que:		Resultados	Ref.																														
10.1	NÃO AVALIADO																																
10.2	NÃO AVALIADO																																
10.3	NÃO AVALIADO																																
Análise dos materiais impressos																																	
10.4	NÃO AVALIADO																																
Entrevistas com as mães:																																	
10.5	As mães selecionadas aleatoriamente na ala de pós-parto assinaladas abaixo relataram que foram informadas sobre onde e como buscar apoio relacionado à alimentação de seus bebês após a alta, e citaram pelo menos uma fonte de apoio. [Sim = sim, N = não, 0 = não responderam]	Total: ___ de ___: ___ %	IIB18R																														
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																								
Conquistas:																																	

continua

continuação

Conquistas:**Melhorias necessárias:****Melhorias recomendadas:**