Public Health Policies and Breastfeeding: outcomes related to the Baby-Friendly Hospital Initiative in Brazil

Joel Alves Lamounier
Luciano Borges Santiago
Márcia Christina Caetano Romano
Regina Pereira da Silva
Renara Guedes Araújo
Roberto Gomes Chaves

Corresponding author: Prof. Dr. Joel Alves Lamounier, E-mail: lamounierjoel@gmail.com
Coordinator of the medical course and professor of Pediatrician at the Medical School
Address: Federal University of São João Del Rei, Campus Dom Bosco, Praça Dom Helvécio, 74
São João Del Rei City, State of Minas Gerais, Brazil - CEP: 36 301 160,
www.ufsj.edu.br/demed
Phone: +55 32 33 79 51 25
Mobile Phone: +55 31 999825811

NOTE : a translation of this article into Portuguese is presented as Annex 1.

Abstract

Objective: This study aims to describe the outcomes of public policies in favor of breastfeeding related to the Baby-Friendly Hospital Initiative from 1992 to 2020 in Brazil.

Methods: This is a descriptive study with information and data gathered from August 2020 to August 2021 through searching in Portuguese and English, in Brazilian Federal Government and other sources for the period of 1990 to 2021. Descriptors used included baby-friendly hospital, baby-friendly hospital initiative, baby-friendly and breastfeeding.

Results: When the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) was launched in Brazil, it found a favorable context for its expansion with its own characteristics in the country, embraced by several Brazilian programs, strategies, actions, laws, decree law and ordinances in favor of breastfeeding. Despite not only being under the program domain, but also under political and coordination domains, the BFHI advanced 1992 to 2006, with deceleration from 2007 to 2015 and a decline from 2019. Such progress and slowdowns have been driven by policies and programs in the field of maternal and neonatal health. Since 2004 there has been a stagnation in the number of designated hospitals and 25 lost their certification from 2017 to 2020. The reasons for this include hospitals having no interest in maintaining the baby-friendly status, hospitals which no longer have maternity wards, and hospitals lacking triennial external re-assessment for over six years. In 2004 there were 301 Baby-Friendly Hospitals (BFH), and currently in 2021 there are 302, constituting less than 10 per cent coverage of the number of hospitals with maternity wards in the country. Even with the stagnation in the number of BFH, the BFHI continues to cover 100 per cent of Brazilian states with at least one BFH per state. Nevertheless, considering that all births in Brazil take place in hospitals, this makes the BFHI a strategy of great impact on breastfeeding rates. In addition, with four decades of policies, programs, and law on women's and children's health, Brazil is still a reference model and considered one of the countries with the highest prevalence of breastfeeding in the world, with exclusive breastfeeding at 45.7 per cent in 2019.

Conclusions: In the last 17 years, Brazil has not advanced in the number of hospitals designated by BFHI. Although studies showed that BFHs have higher breastfeeding rates in relation to hospitals not designated by BFHI, we need further studies to better understand how to strengthen the initiative. In any case, perhaps due to four decades of numerous programs protect, support, or promote breastfeeding in some way, even hospitals not designated by the BFHI appear to be having a positive impact on breastfeeding. It is necessary to understand and learn from the progress and setbacks, as the BFHI is a high-impact tool for infant nutrition, as well as an effective, efficient, and sustainable component as part of public policies in favor of breastfeeding. The revision of the BFHI led by WHO in 2018, not yet adopted in Brazil, can help in revitalizing and strengthening the BFHI in the coming years.

Introduction

Public policies promoting the health of women and children have the protection, promotion, and support of breastfeeding as their pillars, with a view to improving the quality of life of children and women, their families, and the development of society. Breastfeeding can reduce deaths of children under five years old from preventable causes by up to 12 per cent worldwide.[1] In the 1970's, professionals became concerned about a worldwide decline in breastfeeding rates and high infant mortality due to issues related to sociocultural factors and promotion of artificial milk by the industries.[2] Thus, to reverse this and regulate the promotion of infant foods, the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes (the Code) was adopted during the Thirty-fourth World Health Assembly in 1981.[2] However, health services were still utilizing unhelpful routines such as separating mothers and babies immediately after birth, giving glucose water and artificial milk, and using bottle-feeding and teats in the health facilities, indeed often giving inadequate or poorly informed attention to breastfeeding.[3] Thus, in 1989, the WHO and UNICEF recommended Ten Steps to Successful Breastfeeding (the Ten Steps).[3] In 1990, the *Innocenti* Declaration recognized the benefits of breastfeeding for women and babies, urging that all infants should be exclusively breastfed and all hospitals with maternity wards should adopt the Ten Steps.[4] In 1991-1992 the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI), adopting the Ten Steps,[4] was launched by WHO and UNICEF.[5] An update for 2010 – 2011 found that 21,328 health facilities globally were designated as Baby Friendly (BF),[6] with 10 per cent of newborns worldwide born in a Baby-Friendly Hospital (BFH) in 2016; almost every country in the world has at least one BFH.[7]

The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding,[8] launched in 2002 by WHO and UNICEF, was intended to reinvigorate the BFHI at the global level, calling for the first review since its creation, including updating and expanding its scope. The process continued into 2003 – 2004, resulting in a revised, updated and expanded BFHI for integrated care. In addition, the Ten Steps became part of the global criteria for BFHI, along with three additional criteria: compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes, HIV and infant feeding, and mother-friendly care.[5]

Robust scientific evidence at national and international levels shows a positive association of birth in BFHs and increased breastfeeding rates.[1,9,10,11,12,13,14,15] The positive effect of BFHI on increasing breastfeeding rates has direct consequences for short and long-term benefits for woman and child.[16-18] Experience also suggests that healthy babies born in a BFH have less risk of unnecessary interventions soon after delivery, such as airway aspiration, use of oxygen therapy, and use of an incubator. Immediate and uninterrupted skin-to-skin contact with the mother soon after birth, breastfeeding in the first hour of life while still in the birth room, the presence of a companion during childbirth, physiological birthing and rooming-in are all more frequent in a BFH.[11,19,20,21,22]

In Brazil, improvements in the health care for women, infants and children have been progressively enacted since the 1940s, with direct or indirect benefits to breastfeeding from the creation of public policies, programs, strategic initiatives, laws, decrees, and actions. Brazil is often considered to be a role model in breastfeeding in the world and this position has been consolidated in recent years with its policy of protecting, promoting, and supporting breastfeeding, aligned to other strategies to care for women and infants, with the BFHI being one of them. Brazil was one of the first countries selected to implement BFHI.[4] Nowadays, in Brazil there is at least one BFH in each of the 26 states and the Federal District.[23,24]

A preliminary version from the revised, updated and expanded BFHI for integrated care was available in Portuguese from 2009,[5] with the redefinition of criteria by the Brazil Ministry of Health (MOH) in 2014. Although mother-friendly care was included as a criterion in the Brazilian BFHI just in 2014, good practices in delivery and childbirth had already been promoted in hospitals with maternity wards since the 1990s, for example, with the presence of a companion at the birth, even for high-risk newborns, thus including the neonatal intensive care units (NICU). It is noteworthy that Brazil included the criterion related to the NICU (Figure 1) as part of the hospital policy, as the parents of the newborn admitted to the neonatal unit are not seen as a visitors, but have free access and considered as the main actors for the best outcomes of the newborn health.[25]Addittonally, the effectiveness of the Ten Steps in NICU, the BFHI-Neo, has been tested in Brazil, focusing on change of practices in the neonatal units more aligned with the BFHI standards.[26]Improvement of care in the NICU, supported by human milk banks, with guarantee of care and follow-up at the primary health care (PHC), can result in higher breastfeeding rates than among full-term newborns.[27]Therefore, the Brazilian experience with BFHI in the NICU was presented in Geneva in 2016,[28] showing that the care assistance at a BFHI in Brazil with positive outcomes for women and babies may extend beyond the Ten Steps.[5]



Figure 1. Woman expressing milk in neonatal intensive care unit (NICU) of the Guilherme Álvaro Baby-friendly Hospital at the Lactation Center of Santos, São Paulo State
Source: K. Teruya

In recent decades, there have been progressive advances in guaranteeing the rights of children and women in Brazil including, comprehensive antenatal, labor and childbirth care for those who qualify, and continuing into the postnatal period through to the first

two years in a child's life. Even so, Brazil does continue to be one of the countries with highest rate of caesarian section,[29] which is driven by socio cultural norms.[30] On the other hand, widespread implementation and dissemination of public policies and programs with national and state laws based on the protection of women's and children's health contributed to shaping the BFHI in Brazil for several decades. A Brazilian BFHI was consequently developed with foundations solidified by national policies and programs in favor of breastfeeding with its unique standards, differentiating it from the worldwide BFHI. Good practices during labor and childbirth were adopted through the mother-friendly care BFHI global criterion for the caesarean rates to decrease in hospitals. For instance, from 2001 until May 2014, for a Brazilian hospital to be designated by the BFHI, apart the BFHI global criteria, it should meet several other criteria established by the Brazil MOH, meeting strict documentations related to monitoring caesarean rates as established by the state or municipality policy.

When caesarean section rates are high, the hospital should present indicators confirming their reduction each year, in addition to showing the adoption of measures to reduce them. However, in 2014, the Brazil MOH redefined the country's BFHI criteria when cesarean rates were no longer part of BFHI criteria.

Over the years, Brazil has adapted the BFHI to its national sub-context with regional diversities, as well as protecting and supporting it with public policies, programs, and laws, making BFHI Brazil unique. In 2012 Brazil endorsed the World Health Assembly[33] resolution 'Comprehensive Implementation plan in maternal infant and young child nutrition,'[34] with six targets for infant nutrition such as stunting, anaemia, low birth weight, overweight, breastfeeding (Target 5) and wasting. Target 5 of this 'Global Nutrition Target 2025'[34] aimed to increase the rate of exclusive breastfeeding through the first six months of child's age by at least 50 per cent, with an increase to at least 70 per cent by 2030.[35(p-12)]

The BFHI completed 25 years in Brazil in 2017, with nowadays facing several challenges. Over these years, the process of accreditation of hospitals by the BFHI has not been uniform, with variations depending on public policies related to care provided to women and infants, as well as the support of state and municipal authorities and hospital management, in particular the availability of financial resources for the entire process of qualifying the hospital. The second global review of BFHI,[36,37] conducted in 2018, has yet to be analyzed and adapted to the Brazilian context. On the other hand, nowadays in the context of the COVID-19 pandemic, BFHs have been struggled to meet the BFHI standards.

A systematic review of research from 19 countries showing the short, medium and long-term impact of BFHI on breastfeeding and identifying the Step Ten of the BFHI as the Ten Steps that most influence breastfeeding duration, suggested that there was a positive impact on post-natal breastfeeding follow up at the community level in Brazil.[20] A limited number of studies have investigated the evolution and trajectory of BFHI in Brazil,[21,22,38] with also a smaller number on advances and barriers in enabling hospitals to be accredited by the BFHI in Latin American countries and Caribbean.[39] However, little work has focused on the impact of public policies on the evolution of BFHI in Brazil. Thus, the main objective of this study is to describe the outcomes of public policies contributing to the BFHI standards from 1992 to 2020 in Brazil.

Methods

This is a descriptive study on the possible impact of maternal and child health policies, programs, strategies, actions, ordinances, laws, and decrees on BFHI in Brazil. Information and data were obtained from August 2020 to August 2021 by searching for publications in Portuguese and English on the websites of the Federal Government, the Ministry of Health (MOH) of Brazil, National Registry of Health Establishments *DataSus*, Brazilian Human Milk Banks Network, Institute Fernandes Figueira, World Health Organization, Pan American Health Organization, The United Nations Children's Fund and national and international journals with Boolean search in virtual libraries such as Scientific Eletronic Library Online (Scielo) Saúde Pública, Pubmed and Cochrane Library for the period from 1990 to 2021. Descriptors such baby-friendly hospital initiative, baby-friendly hospital, breastfeeding, ten steps to successful breastfeeding, and public policy were used.

Public policies, programs, strategies, actions, orders, laws, and decrees in favor of maternal and children's health impacting on BHFI in Brazil

The first public health program focused on infant feeding was created in the 1940s.[40] It was only in 1953 that the MOH was separated from the Ministry of Education, and the National Maternal and Child Health Program was created in 1975. Then, in addition to actions aimed at pregnant women, nursing mothers and children, actions were established in 1976 to encourage breastfeeding, giving rise to the "National Policy on Breastfeeding" in 1979, launched in 1981 as the National Program for the Incentive of Breastfeeding (*PNIAM*).[41] In the 1980s, the Comprehensive Care Program for Women's and Children's Health, later divided into the Comprehensive Care Program for Women's Health and the Comprehensive Care Program for Child Health.[40]

The *PNIAM* was subsequently restructured in 1986, and subdivided into program areas with the participation of 64 institutions with permanent and temporary consultants, with a total of 105 technicians, and nine national committees, such as the National Committee on Education Activities, Protection Committee of Women's Work, National Committee on Community Action, National Committee for Incentives in the Health Network, National Committee on Human Milk Banks, National Code Committee, National Committee on Mass Communication and the Committee on Psychosocial Aspects.[41] Similar committees were created at state and municipal levels.

Healthcare for children and women was progressively regulated with direct or indirect benefits to breastfeeding under the *PNIAM*. In addition to the creation of the Brazilian universal healthcare system through the Unified Health System (*SUS*) in 1988,[42] the results achieved by the *PNIAM*[40] in the period 1981 to 1998 can be cited: the creation of MS/GM Ordinance No.18 of 1983 making adoption of the Rooming-in Mother-Child[41] mandatory in all public and partner hospitals, and in 1987 the adoption in all university hospitals.[43] The guarantee of 120 days of paid maternity leave, a break for breastfeeding at work, paternity leave and the right of prisoners to remain with their children during the breastfeeding period were included in a new Federal Constitution enacted in 1988.[41]

As part of innovative approach in the 80's, national campaigns with the participation of Brazilian celebrities in the media were very common. The Brazilian Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (*NBCAL*) was approved in 1988 and revised in 1992.[41] The Child and Adolescent Statute (*ECA*)[44] was enacted in 1990. In 1991 the first National Meeting on Breastfeeding (*ENAM*) took place.[45] It has occurred regularly since then, currently every two years. Also, under the PNIAM,[40] in 1992 the World

Breastfeeding Week (*WBW Brazil*) was celebrated for the first time in the country,[46] which has been progressively expanded in the municipalities of Brazilian states and the Federal District with activities by the Brazilian groups covering public places such as beaches, parks, avenues, shopping malls, metro stations, in hospitals such as maternity wards and BFHs, in community health centers, in human milk banks and human milk collection stations, and in the education sector such as in crèches, schools and universities, in women's workplaces, in the media and on social media.

The regulation of the installation and operation of Human Milk Banks occurred in 1993[47] with the creation of the Brazilian Human Milk Banks Network in 1998.[41] In 1993, 24 of the 26 state governors pledged to increase the exclusive breastfeeding rate (EBF) by 30 percent from a median duration of 134 to 174 days, as well as for the Brazilian Code to be adopted and the BFHI implemented in their states. In 1994, the BFHI was formalized in the country through GM/MS Ordinance No.155.[41]

The results of *PNIAM* actions from the 1980s to the late 1990s were marked by mobilization in all spheres of government and social and academic mobilization in the country.[41] During this period, international strategies and initiatives led by the WHO and UNICEF were echoed in Brazilian actions, significantly contributing to the development, implementation and consolidation of multi-sectoral, multidisciplinary and multi-partnership intervention programs in favor of breastfeeding.[48] Thus, BFHI found a favorable environment for its development and implementation, making it one of the most important strategies of the *PNIAM*. However, with the dissolution of the *PNIAM* in 1998, the BFHI was incorporated as part of the actions in the Technical Coordination Area of Child Health and Breastfeeding of the MOH.[41] Nevertheless, the median duration of breastfeeding in the country went from three months to ten months from 1981 to 1999.[48] The MOH of Brazil has been coordinating the WBW Brazil in the form of a national campaign in the country since 1999. In addition, since 2003 the country annually conducts a campaign to encourage the donating of human milk for milk banks and human milk collection stations at health centers in the primary health care (PHC). Law No. 13,227 of 2015 established the National Human Milk Donation Day[49] to be celebrated on May 19th as part of the National Human Milk Donation Week.

Programs aimed at health, especially for maternal and child care, began to have a more holistic and humanized view from the 2000s onwards, such as: the Program for the Humanization of Antenatal and Childbirth established through GM/MS Ordinance No. 569 of 2000;[50] the 2004 MOH National Policy for Continuing Education (*PNEPS*)[51] for SUS through MS/GM Ordinance No. 198, (amended in 2007 by MS/GM Ordinance No.1,996), focusing on intersectoral work, based on articulation of individual and institutional development; advances in the Humanized Standard of Care for Low-Weight Newborn Babies - Kangaroo Mother Care, established through GM/MS Ordinance No. 1683 of 2007;[52] the Companion's Law[53] through Federal Law No. 11.108 of 2005, which instituted the right of women to have a companion of choice during labor, childbirth and immediate postpartum; and GM/MS Ordinance No.1.058 of 2005, which instituted the free availability of the Child's Personal Health Record Booklet,[54] enabling the assessment of risks for early weaning by recording information on maternal and neonatal factors around birth. In 2006, the National Committee on Breastfeeding of the MOH of Brazil was created, redefined in 2012[55] but disbanded in 2019 by the Decree No. 9759, when all kinds of committees at federal level were banned in the country.[56] Also in 2006, Federal Law No.11,265 instituted the Brazilian Code of Marketing for Infant and Toddlers Food and Childcare Related Products.[57] In 2007 the "Healthy Brasileirinhas and Brasileirinhos Strategy" (*EBBS*) was launched,[58] inspiring a pro-early childhood public policy for

comprehensive child health care (consolidated in 2009 through GM/MS Ordinance No. 2,395).[59]

In 2008, GM/MS Ordinance No. 2,799 established the Brazil Breastfeeding Network [60] with proposals for integration and articulation with other components of the Brazilian Policy for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, such as the BFHI, the Brazilian Human Milk Banks Network, and other policy actions. An Optional Law No. 11.770[61] was instituted that same year expanding paid maternity leave from 120 days to 180 days in federal public administration and in private companies which are part of the Citizen Company Program, regulated by Decree No. 7,052/2009.[62] Action to promote healthy eating was initiated by the MOH in 2002 with "Ten Steps to Healthy Eating – Guideline for Children Food Under Two Years," revised and used from 2009 onwards with the implementation of the National Strategy for Complementary Healthy Food (*ENPACS*).[63,64]

In response to the "Legal Protection to Breastfeed" component of the National Policy for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, the MOH launched Breastfeeding Working Women (*MTA*)[65] in 2010 with three axes of action, providing a formal 16 hour training adopting workshop format for the expansion of paid maternity leave from 120 to 180 days, the implementation of crèches, and the creation of a Lactation Room for Nursing Moms at women's workplace (*SAA*) in institutions, public and private companies to support the continuation of breastfeeding by working women. That same year, the MOH, together with the National Health Surveillance Agency (*ANVISA*), promulgated Joint Technical Note No. 01/2010, approved by GM/MS Ordinance No. 193 of 2010 (revised in 2015). This provided Guidelines for the Implementation of Lactation Rooms for Working Women.[66] A booklet describing the new ordinance was published in 2010 and revised in 2015.[67]

Next, a new action within the SUS called the "Rede Cegonha Network"[31] was instituted in 2011 through GM/MS Ordinance No. 1459 to ensure quality of care in family planning and humanized standard of care during pregnancy, safe childbirth, and postpartum, focusing on the first 1000 days of life, from pregnancy up to 2 years of the child's life. In 2012, the "Brasil Carinhoso Program", supporting children under 48 months of age, was launched, providing cash transfers for families in poverty and a guarantee of places in crèches.[68] Then the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy (*EAAB*) was launched in 2013 through GM/MS Ordinance No. 1920 to promote breastfeeding and healthy complementary feeding within the scope of PHC; this was a fusion of two strategies, namely the Brazil Breastfeeding Network created in 2008, and the National Strategy for Healthy Complementary Food created in 2009.[69] The *EAAB* is based on the policies and programs that guide health actions, such as the National Primary Healthcare Policy (*PNAB*) from 2007, the National Health Promotion Policy, the National Food and Nutrition Policy and the National Policy for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, which reinforce the commitment of the MOH of Brazil to the enhancement of capacity building of health professionals in PHC. This strategy is focused on qualifying health professionals from PHC to strengthen actions to protect, promote and support breastfeeding and healthy complementary food for children under two years old.

The MOH of Brazil subsequently built the National Policy for Comprehensive Child Health Care[70] under the SUS through the Child Health and Breastfeeding Coordination and together with the State and Child Health Capitals Coordination from 2011 to 2015, which was published by GM/MS Ordinance No. 1,130 on August 5, 2015. This policy is structured in 7 strategic axes and aims to "promote and protect the health of children and breastfeeding through healthcare and comprehensive and integrated care

from pregnancy to nine years of age, with special attention to early childhood and the most vulnerable populations, aiming at reducing morbidity and mortality and an environment that facilitates life with decent conditions of existence and full development". In this way, criteria were defined for the development of educational activities and clarifications on women's rights, good practices for labour, childbirth, and breastfeeding.

The Legal Framework for Early Childhood[55] instituted in 2016 through Law No. 13,257, determined that the protection, promotion, and support of breastfeeding were rights of pregnant women and families with children, emphasizing responsible maternity and paternity, and healthy complementary feeding. The Legal Framework through Decree No. 8737 established for public servants and private institutions that adhered to the Citizen Company Program paternity leave for another 15 days on the day following the end of the five-day leave which was already granted by art. 208 of Law No. 8112/1990.[71]

Although the month of August had already been adopted as breastfeeding month in some municipalities and states, for example, in the state of Rio Grande do Sul with Law No. 14,726 in 2015, two years later Federal Law No. 13.435 established "Golden August" throughout the country.[72] In 2017, within the scope of "Rede Cegonha Network", to reduce caesarean rates, work on good practices in antenatal care, delivery, and childbirth, postpartum, and caring for newborn at risk, two new programs were created supporting the BFHI, ApiceOn, (which ran from 2017 to 2020) and QualiNEO which is still running.[32] ApiceOn aimed to contribute to the effectiveness of care for newborn at risk within the scope of "Rede Cegonha Network", being a joint work of the Ministry of Health, teaching hospitals and educational institutions linked to these services.[32] QualiNEO aims to qualify the care, management and training processes related to childbirth, and abortion in hospitals with teaching activities, incorporating a model with practices based on scientific evidence, humanization, safety, and guarantee of rights.[32] In 2019, another version of the Child's Personal Record Booklet was launched by the Brazil MOH, called Child's Personal Record Booklet: Girl Citizenship Passport and Boy Citizenship Passport with information on breastfeeding and child's nutrition including exclusive breastfeed and complementary feeding with healthy food beyond two years of age.[73]

National achievements from 1979 to 2020 relevant to the protection, promotion and support of breastfeeding are shown in Figures 2 and 3. As result of the implementation and adaptation of numerous programs and public policies since the 1940s, the current National Policy for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding[55] integrates several strategies, initiatives, and programs, with BFHI as one of its components. Figure 4 illustrates this.

BFHI as an instrument for the gold standard of children's nutrition and women's health protection

The impact of BFHI was measured at the Regional University Hospital of Northern Paraná before and after the hospital was designated by the BFHI, when EBF rates increased from 6,7 per cent to 95 per cent among newborns. Success was attributed to the sum of efforts of the entire hospital team with changes in routine, behavior and attitudes regarding the protection, promotion, and support of breastfeeding. BFHI implementation triggered important changes in the practice of breastfeeding, both in the admission period of the pregnant woman and during labor and childbirth. BFHI also contributed to abandoning the use of infant formula in the hospital.[74]Also at the University Hospital in the State of Parana, according to data from the medical record in a neonatal unit, in 1994 the percentage of newborn receiving only breastmilk was 1.9 percent, but in 1998 when

the hospital was designated by the BFHI, 41.7 per cent of newborns received only breastmilk. In 1994, 17.7 per cent of newborns received only infant formula, but in 1998 no newborn received only infant formula in the neonatal unit.[75]

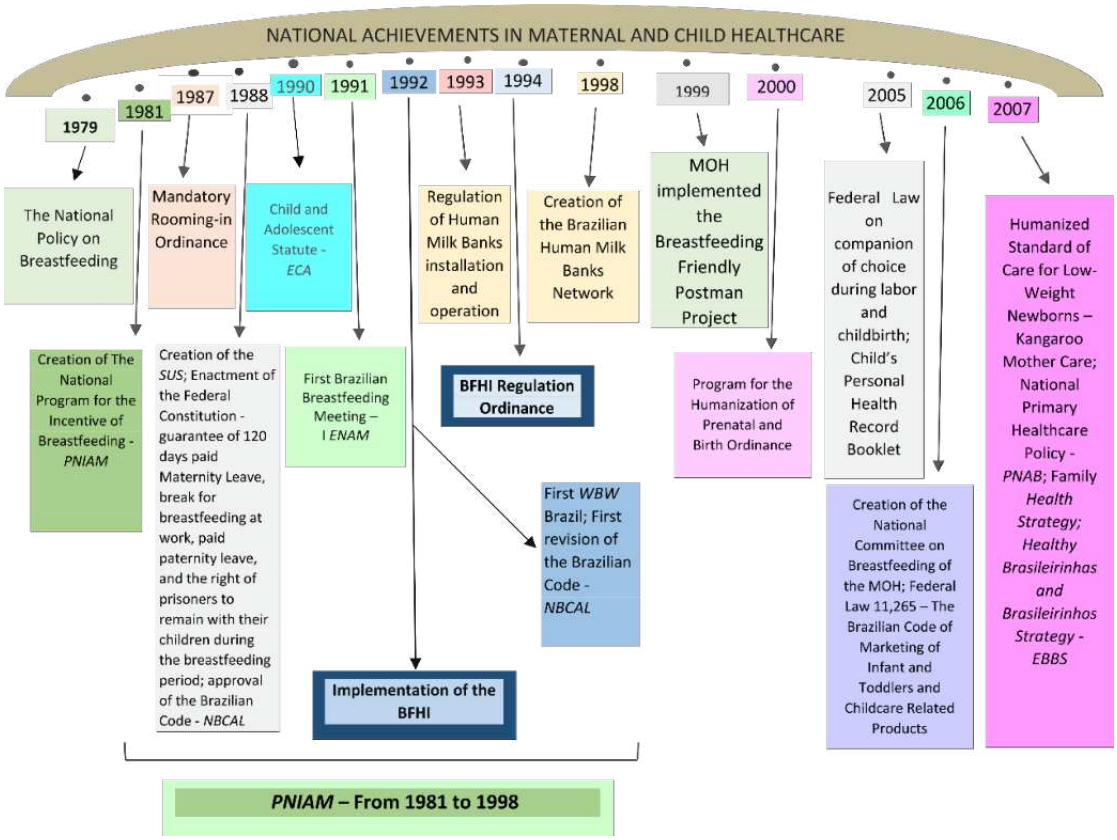

Figure 2. Timeline with relevant programs, initiatives, and Brazilian legislation from 1979 to 2007

According to a national survey on labor and childbirth,[76] the BFHs are references in quality and humanization of care during pregnancy, labor, childbirth, and early neonatal period stages. In line with UNICEF and the WHO BFHI case study of Brazil,[77] a newborn in a BFH has a nine per cent greater chance to be breastfed in the first hour after birth and has a median duration of 60 days of EBF, compared to 48 days for those born in other hospitals. Other research confirms that the BFH standards reduce delayed breastfeeding initiation.[78]

BFHI's evolution in Brazil from 1992 to 2020

Brazil was one of the countries participating in the Policymaker's Meeting: "Breastfeeding in the 1990s: the Global Initiative" promoted by WHO and UNICEF in Florence, Italy, at Spedale degli Innocenti, in 1990.[4] The main objective was to define global operational goals to protect, promote and support breastfeeding, established in the *Innocenti* Declaration with measures to establish a national coordination for breastfeeding by 1995 in the countries, as well as to create a committee with multisectoral representation in favor of breastfeeding, complying with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and ensuring that all health institutions that had maternity wards

implement all the Ten Steps and enact legislation to protect the rights of working women by establishing means for the application of maternity protection such as maternity leave.[4] Brazil had already implemented these measures to a large extent by then.[41]

The BFHI was launched soon thereafter in 1991, adopting the Ten Steps.[3] As the symbol of the BFHI, the design of the artwork *Maternité* by Pablo Picasso from Artists Rights Society,[5] was used from 1991 to 2018. This was discontinued when permission

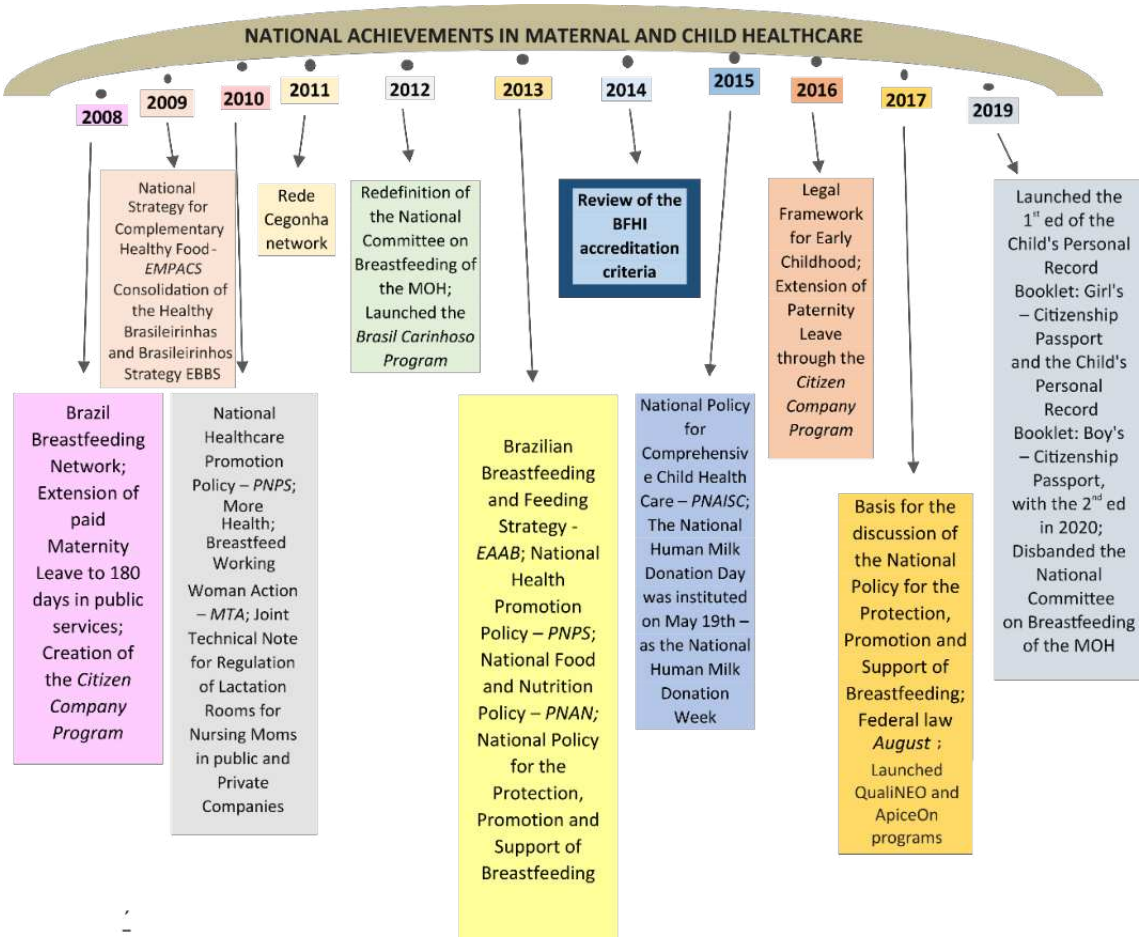

Figure 3. Timeline with relevant programs, initiatives, and Brazilian legislation from 2008 to 2019

was refused by the Picasso family. However, hospitals that received the plaque before 2018 but are still BFHs can remain with the plaque in their hospitals, shown in Figure 5.

As one of the countries selected to start the BFHI by signing the *Innocenti* Declaration, Brazil committed to adopting the Ten Steps as a reality in hospitals with maternity wards. Agreements were reached in 1993 by 24 governors for the BFHI to be implemented in Brazilian states.[41] There was consequently wide dissemination of training for professionals and managers, with the support of the MOH of Brazil, United Nations agencies, professional bodies, non-governmental organizations, and the civil society. The WHO and UNICEF BFHI 18-hour training course was held for maternity teams,[79] at national level, in-service training, and as part of the initial activities of the National Breastfeeding Meeting (*ENAM*). "Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers", an eight-hour course for decision-makers in hospitals to facilitate the necessary changes was also held.[80] "Breastfeeding

counselling: A training course"[81] 40 to 80 hours in duration, and the "HIV and Infant Feeding Counselling: A training course"[82] were held for certain personnel. Parallel to the work to implement BFHI in hospitals with maternity wards, actions through national campaigns adopted the annual themes of the WBW Brazil. This not only reinforced the culture of breastfeeding in the general population, but it also inspired intensified work in hospitals with BFHI training.



Figure 4. Under the domain of Political Management and Articulation, BFHI as a component of the current National Policy for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Brazil. Adapted from Brazil MOH.[55(p.38)]

The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding was launched in May 2002 reinforcing the global goals of the *Innocenti* Declaration.[8] Despite the increased number of institutions that have been designated BFHI, it was weakened in part by the HIV/AIDS pandemic. The Global Strategy identified the need for BFHI to have more flexibility in its implementation beyond breastfeeding, resulting in the first review in 2003-2004. This resulted in additional global criteria, such as compliance with the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes,[2,83] and others which were optional in Brazil, such as the mother-friendly care and the HIV and infant feeding criteria.[5]

In 1992, *IMIP*[i] was the first hospital to receive the title of BFH in Brazil,[21] demonstrating the viability of the Brazilian BFHI approach.[21] The second BFH was the Guilherme Álvaro Hospital, Lactation Center of Santos, linked to the Department of Pediatrics of the Faculty of Medical Sciences of Santos, in the State of São Paulo.[21] In fact, Guilherme Álvaro Hospital had adopted the rooming-in routine since the 70s. Both hospitals and the breastfeeding committees in the Brazilian states in partnership played important roles facilitating BFHI training by multidisciplinary teams, starting the national movement to implement BFHI in other hospitals across the country.[21]



Figure 5. The BFHI plaque at the Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira – IMIP, the first hospital to receive the title of Baby-friendly hospital in Brazil
Source: VB Serva

As shown in Figure 6, from 1992 to 2010, 322 hospitals were designated as BFH in Brazil. There was a decrease in the number of designated BFH after 2005 due to the difficulty for Brazilian hospitals to adopt all the BFHI standards, the complex and long process of external BFHI evaluation, as well as 23 hospitals which lost their BF status.[22] In 2006, seven hospitals were designated by the BFHI, with even smaller numbers in the period 2008 to 2010 with three hospitals designated as BFH per year and only one hospital in 2014. There were 323 BFHs in 2015.[84,85] However, according to MOH data from 2020/2021, there are currently 302 BFHs in Brazil.

Although the hospitals in the private sector can contribute positively to exclusive breastfeeding rates,[14] according to SISAC national BFHI monitoring,[23,24] 297 BFHs are from the public sector, and only five hospitals are from the private sector, as most are non-profit private hospitals, like the philanthropic hospitals with their own management (2), philanthropic hospitals managed by a health care organization (2) or a private for-profit hospital (1), as illustrated in Figure 7.

The BFHs are located mainly in the northeast region (111), followed by the southeast region (78), south region (55), central west region (34), and the north region (24). The Brazilian states with the most BFHs are São Paulo (38), Ceará (25), Rio Grande do Norte (24), Minas Gerais (22) and Paraná (21), as illustrated in Figure 8.[23,24,85] Among the 25 hospitals which lost BF accreditation from 2017 to 2020,[23] in 2017, two were in

[i]To honour its founder, Professor Fernando Figueira, IMIP changed its name to the Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira.

the State of Minas Gerais; in 2018 three in the State of Ceará and one was in the State of Pará; in 2019, fifteen in the State of Maranhão; and in 2020, four in the State of Paraíba.[23] The reasons for lost BF accreditation included that the hospital had no interest in maintaining BF status (1), hospitals which no longer had maternity wards (9), and hospitals without the required triennial external BFHI re-assessment for over six years (15).[23]

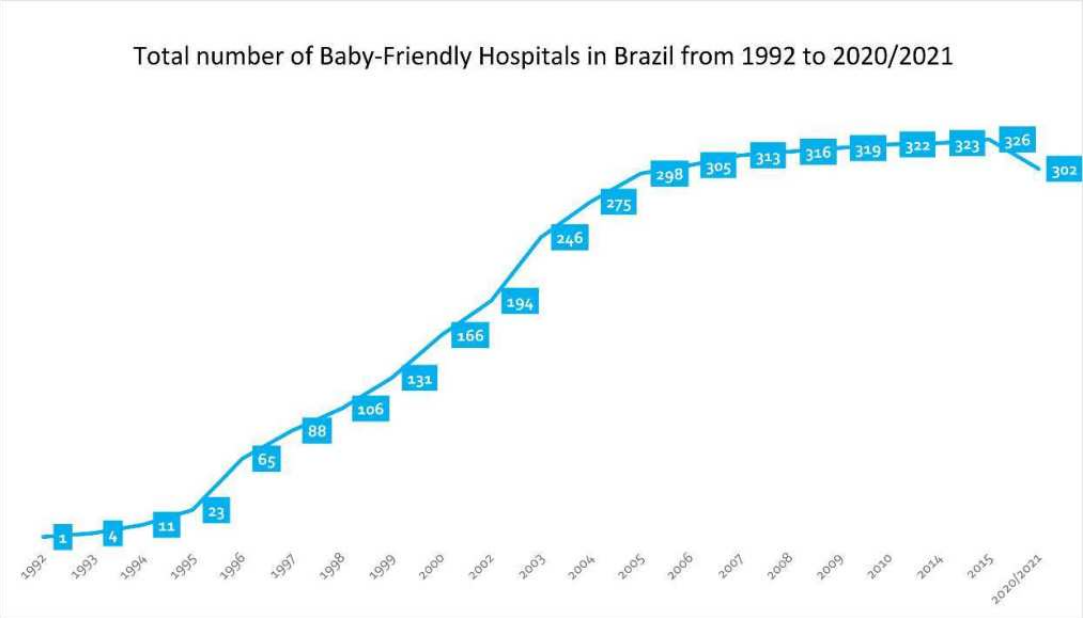

Figure 6. Total number of Baby-friendly hospitals qualified in the period 1992 to 2020/2021 in Brazil
Source: National Register of Health Establishments, Datasus and the Ministry of Health (BR), Health Care Secretariat, and Department of Strategic Programmatic Actions, Technical Area of Child Health and Breastfeeding[23,24,84,85]

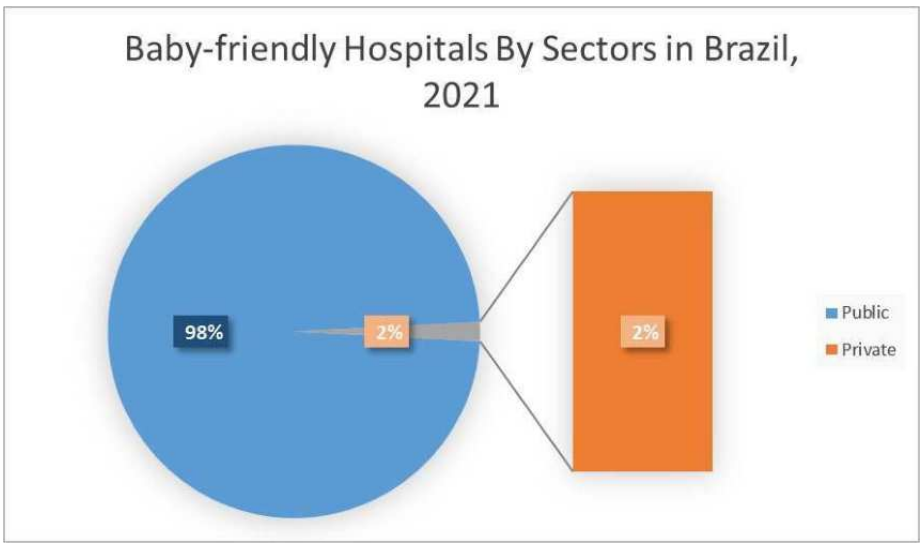

Figure 7. 297 Baby-friendly Hospitals in Brazil are from the public sector and 5 are in the private sector.[23,24]

Major factors that negatively influenced BFHI assessment and re-assessment in Brazil included a lack of global BFHI assessors, and a scarcity of financial resources from the federal government to support BFHI assessor travel.[77] Another barrier is due to further dependence of budget available from the MOH of Brazil related to cash transfer for best practice promoting physiological childbirth, when BFH is entitled to receive 17 per cent more of reimbursement per physiological childbirth, or 8.5 per cent more of reimbursement per caesarean section.[77]

Despite the number of BFHs that have lost their accreditation, BFHI continues to cover all states in Brazil. However, less than 10 per cent of hospitals with maternity wards in the country are BF. Nevertheless, they serve approximately 25 per cent of live births in the country as nearly all births take place in hospitals.[86]

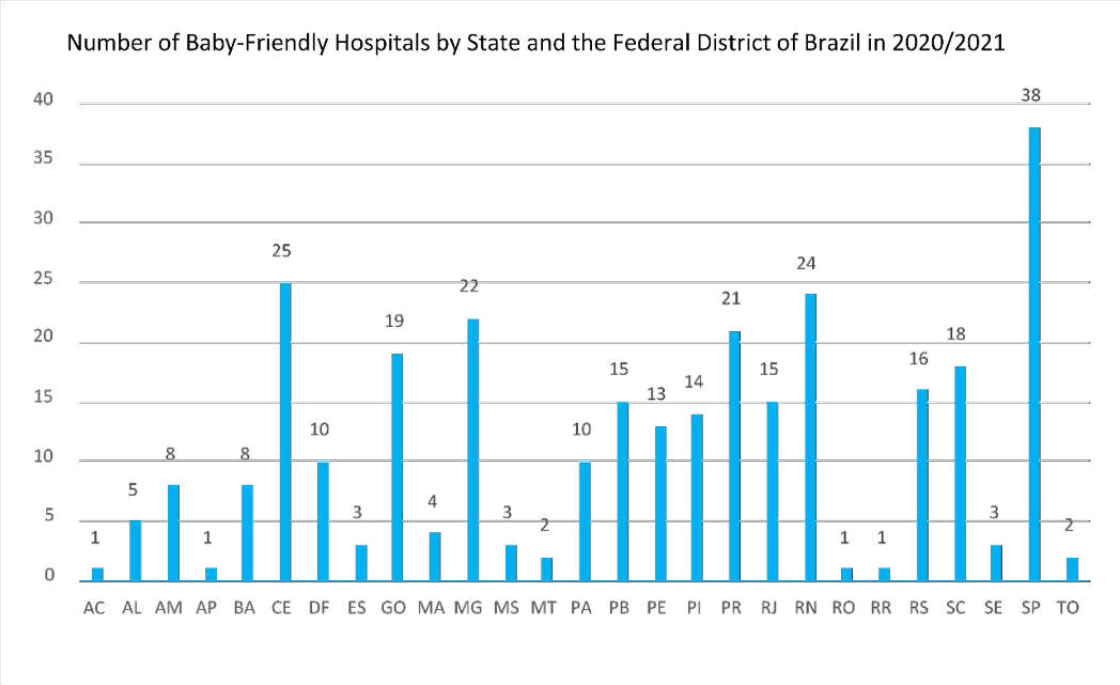

Figure 8. Number of Baby-Friendly Hospitals by State and the Federal District of Brazil in 2020/2021.[23,24,85]

Breastfeeding rates in Brazil increased in the period from 2006 to 2019; more specifically, the prevalence of EBF in 1986, up to four months was 2.9 per cent, which increased to 23.9 per cent in 1996, then further to 37.1 per cent, up to six months in 2006, and 45.7 per cent in 2019.[87] Of course there are several determinants for the increase in breastfeeding rates, including the various public policies, programs, strategies, actions, ordinances, laws and decrees related to maternal and child health with a direct and indirect impact on the protection, promotion and support of breastfeeding, which together provided a more favorable context for breastfeeding practices, even for births taking place in non-BFHs.

Even so the process of BFH accreditation was not uniform over these years in Brazil, with variations depending on public policies related to care for women and children, as well as support from the three levels of managements, such as from the state, district, and local hospital management, as well as the availability of financial resources at those levels.

The BFHI underwent a second review under the leadership of the WHO and the support of partners such as UNICEF in 2018, rewording and reformulating the original

Ten Steps for the first time since its creation.[36] The Seventy-first World Health Assembly of 2018 urged Members States "to reinvigorate the Baby-friendly Hospital Initiative, including by promoting full integration of the revised Ten steps, in efforts and programs aimed at improving quality of care for maternal, newborn and child health."[88 (p.2)] This revised version has not been adopted in Brazil.

Baby-Friendly Hospitals' challenges to meet the BFHI standards in Brazil

The late initiation of breastfeeding, and artificial supplementation may be related to several factors. According to a cross-sectional study carried out in 15 SUS hospitals with maternity wards with more than 1000 births per year in the city of Rio de Janeiro, seven of which are BFH, the delay in the rapid HIV test result, caesarean section, the absence of help to start breastfeeding in the birth room, separation of the newborn from the mother for more than an hour, as well as the use of pacifiers and complications with the woman or newborn were the factors associated with supplementing of breast milk for newborn in the rooming-in.[89]

Another study in five BFHs belonging to the SUS for High-Risk Pregnancy System in the municipality of Rio de Janeiro also showed that the HIV test result available only after labor influenced the initiation of breastfeeding.[90] Lack of support for women with doubts about clinical breastfeeding management by the hospital staff, with failure to adopt communication skills, such as breastfeeding counselling, either in the delivery room or in rooming-in can contribute to shortcomings of breastfeeding practice in the maternity wards.[91] In addition, the shorter hospitalization period, especially for primiparous women, may be among the factors which influences negatively both, the initiation of breastfeeding and as well as maintenance of EBF.[92]

Pressures at home, especially from grandmothers for weaning and introducing other foods to the child is a reality.[93] Therefore, it is essential to work on the clinical processes for integration of the BFHI into the Health Care Networks, having PHC as the coordinator of assistance from antenatal care, linking the pregnant woman to the referral hospital with maternity ward. Actions in continuing education with women who are mothers and health professionals should be supported by managers in a policy favorable to breastfeeding in PHC which consists not only when the woman seeks help, but through continuous pro breastfeeding intervention during pregnancy and after childbirth, which can positively influence the duration of breastfeeding among full-term[94,95] and preterm infants.[27] A good opportunity is the dissemination with the integration of this knowledge in PHC in connection to hospitals with maternity wards.[27]

Additionally, the challenges encountered in the context of the COVID-19 pandemic. With shortage of studies in the context of BFHI, have led to an increased emphasis on the benefits of breastfeeding.[96-99] COVID BFHs have been struggling, given changes in routines in PHC and hospitals, and decreased access to services such as the prenatal care.[100] They have faced a double burden to adopt the appropriate COVID-19 national protocols, and keep committed to BFHI, ensuring the gold standard of nutrition for the newborn. One example is the Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira – IMIP, a BFH in Recife city, which since the initiation of the COVID-19 pandemic became a referral hospital dealing 100 per cent with COVID-19, while attending only pregnant and perinatal women, and newborn with confirmed or suspected case of COVID-19 from all municipalities of the State of Pernambuco.[101]

Conclusions

Brazil is as vast as a continent; thus, advancing in the accreditation of BFHs has been a challenge. With less than ten percent of hospitals with obstetric beds designated by the BFHI, there is still much to be done to increase the number of children born in a BFH in Brazil, thus, ensuring a more respectful birth with a greater chance of being breastfed within the first hour of life and to be exclusively breastfed upon hospital discharge; these in turn will often lead to longer periods of both exclusive and partial breastfeeding.

Undoubtedly, there has been a stagnation in the number of hospitals accredited by the BFHI in Brazil; for example, in 2004 there were 301 BFHs, whereas in 2021 there are 302. Additionally, there is not any attention of the BFHI to the private sector. On the other hand, it is uncertain whether Brazil will adopt the BFHI 2018 version, considering the need to take into account several other programs such as Legal Protection for Breastfeeding, the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy, the Kangaroo Mother Care, the Brazilian Human Milk Banks Network, as well as the "Rede Cegonha Network". From political, programmatic and coordination points of view those programs may be partially filling the gaps of the BFHI. However, under the domain of Political Management and Articulation, BFHI is still a component of the current National Policy for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in the country. Further studies are needed to investigate whether the numerous programs in favour of women's and children's health in Brazil influence breastfeeding rates, even with most hospitals in the country not designated by the BFHI. For instance, many hospitals in the private sector informally meet some of the BFHI standards.

Despite achievements on maternity and paternity leaves in the public sector, support for breastfeeding at women's workplaces in both public and private sectors and in public areas, as well as many practices aligned with the BFHI in neonatal units, several challenges remain, including to scale up the BFHI, which is under the domain of both the federal, state, and municipal management, as well as hospital administrators and their local collaborators. Although Brazil has also several ordinances, federal laws, and decrees of law protecting women, neonatal and child's health, the BFHI once more needs to be prioritized, as occurred in the 1990s when there was active participation of members of local and national committees. The National Committee for Breastfeeding of the MOH had an immense influence, but it was disbanded in 2019.

Brazil is still considered to be one of the countries with the highest prevalence of breastfeeding in the world, with a prevalence of EBF for six months of 45.7 per cent in 2019. However, to achieve the global 2030 maternal, infant, and young child nutrition target of 70% practicing six months of exclusive breastfeeding, Brazil may need to develop a new framework. It will be necessary to restructure the BFHI through the MOH of Brazil together with partners and collaborators, taking into account the COVID-19 pandemic, for it to continue to be one of the most effective and sustainable women's and children's health initiatives in the country. Indeed, the BFHs are references in quality and humanization of care during pregnancy, labor, childbirth, and early neonatal period stages. Finally, it is essential to work on the clinical processes for integration of the BFHI into the Health Care Networks, having PHC as the coordinator of assistance since antenatal care, linking the pregnant woman to the reference hospital with maternity ward.

Financing

This study did not receive financing.

Conflict of interest
The authors declare they have no conflicts of interest.
Acknowledgements
We thank Keiko Teruya (MD), Vilneide Braga Serva (MD) and Ms. Darley Lacombe (Graphic Designer).
Photo Acknowledgements – Photo credits
Article page - ©Guilherme Álvaro Baby-Friendly Hospital
Figure 1 - ©Guilherme Álvaro Baby-Friendly Hospital
Figure 5 – ©Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira – IMIP

NOTE: a Portuguese translation of this article is presented as Annex 1.

References

1. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Pædiatr. 2015;104:114-34. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.13127

2. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. 1981. https://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf

3.World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO. 1989. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf

4. UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. 1 August,1990. Florence, Italy. New York: UNICEF. http://worldbreastfeedingweek.org/2018/wp-content/uploads/2018/07/1990-Innocenti-Declaration.pdf

5. World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: WHO. 2009. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43593

6. Labbok MH. Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion. Breastfeeding Medicine. 2012;7(4):210-222. https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0066

7. UNICEF, World Health Organization. Countries experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative, Compendium of cases studies from around the world. New York: UNICEF HQ, 2017. https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/BFHI_Case_Studies_FINAL_.pdf

8. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO. 2003. https://www.who.int/publications/i/item/9241562218

9. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet 2016;387(10017):491-504. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869576/

10. Venancio SI, Saldiva SR, Escuder MM, Giugliani ER. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. J Epidemiol Community Health. 2012;66(10):914-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080818/

11. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. Am J Public Health. 2003;93(8):1277–1279. https//www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447954/

12. Atchan M, Davis DL, Foureur MJ. The impact of the Baby Friendly Health Initiative in the Australian health care system: A critical narrative review of the evidence. Breastfeeding Rev.2013;21(2):15-22. https://www.researchgate.net/publication/255984071

13. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospital Influence Breastfeeding Duration on a National Level. Pedatrics. 2005;116(5):e702 - e706. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16263985/

14. Clermont A, El Gemayel J, Hammoud R, Wang J, Beciu H, Sinno M, et al. Effects of a 'Baby-Friendly Hospital Initiative' on exclusive breastfeeding rates at a private hospital in Lebanon: an interrupted time series analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021;21:385. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03816-3

15. Silva OLO, Rea MF, Venânio SI, Buccini GS. The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2018;18(3):481-489. https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300003

16. Kris Y W Lok KYW, Chow CLY, Fan HSL, Chan VHS, Tarrant M. Exposure to baby-friendly hospital practices and mothers' achievement of their planned duration of breastfeeding. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):261. https://doi.org/10.1186/s12884-020-02904-0

17. Horta B L, Bahl R, Martinés JC,Victora, CG, World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. 2007. Geneva: WHO. 52p. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43623

18. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar J, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. The Lancet. 2016;30(387):475-490. https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901024-7

19. Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. Adv. Biomed Res. 2014;3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929058/#__ffn_sectitle

20. Escamilla RP, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Maternal & Child Nutrition. 2016;12: 402 – 417. https://doi.org/10.1111/mcn 12294

21. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. Rev Paul Pediatr. 2019;37(4):486-493. http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/

22. Lamounier JÁ, Bouzada MC, Janneu MA, Maranhao AG, Araujo MF, Vieira GO, Vieira TO. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. Rev Paul Pediatr.2008;26(2):161-9. https://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a12v26n2.pdf

23. Ministério da Saúde (BR). CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. DataSus, 2021. http://cnes.datasus.gov.br/

24. Ministério da Saúde (BR). Datasus SISAC. Sistema de monitoramento on line da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Ministério da Saúde, 2020 http://sisac.datasus.gov.br/saudedacrianca/ihac/

25. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Políticas de aleitamento materno da maternidade do HU/UFSC, 2020. https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/saude/maternidade/central-de-incentivo-ao-aleitamento-materno/PoliticasaleitamentomaternoHUUFSC1.pdf

26. Dusso MI. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais em um hospital universitário: implementação, adesão e sustentabilidade das práticas. PhD thesis. Nursing School of Ribeirão Preto; 2018. https://doi.org/10.11606/T.22.2019.tde-20052019-200404

27. Lamounier JA. Breastfeeding in preterm infants: public health policy in primary care. Rev. Paul. Pediatr. 2016;34(2):137-138. http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.011

28. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative congress (BFHI congress), October 24-26, 2016, Executive Board Room, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland; 2016. https://www.who.int/news-room/events/detail/2016/10/24/default-calendar/baby-friendly-hospital-initiative-congress-(bfhi-congress)

29. Knobel R, Lopes TJ, Menezes MO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto ML. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification - Taxas de cesariana no Brasil de 2014 a 2016: Análise transversal utilizando a classificação de Robson. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2020;42(09). https://doi.org/10.1055/s-0040-1712134

30. Rocha NF, Ferreira J. The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review. Saúde Debate Rio de Janeiro. 2020;44(125):556-568. https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521

31. Ministério da Saúde (BR). Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha. 2011 http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/MANUAL_PRATICO_MS_IMPLEMENTACAI_REDE_CEGONHA.pdf

32. UFMG, SUS. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, 2018 https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/

33. World Health Organization. Sixty-Fifth World Health Assembly, May 21-26, 2012, WHA65/2012/REC/1, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf

34. World Health Organization. Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf;jsessionid=F9B8FF90AA71C231A98680CC3AA4596A?sequence=1

35. World Health Organization, UNICEF. Discussion paper - The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030. 2017 [cited 2021 Oct 22]. 12 p. https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?ua=1%EF%BC%8C2018%E5%B9%B43%E6%9C%8822

36. UNICEF, World Health Organization. Implementation Guidance. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative, 2018. Geneva: WHO. 52 p. https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943

37. UNICEF, World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The baby-friendly Hospital initiative for small, sick and preterm newborns. 2020, Geneva: WHO. 42 p. https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648

38. Araujo MF, Schmitz BA. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(2):91-9. https://www.researchgate.net/publication/242596111

39. Organizacion Panamericana de la Salud. La Iniciativa hospital amigo del nino em America Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Washington, DC: OPS, 2016. 64 p. https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829

40. Ministério da Saúde (BR). Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança – 70 Anos de História. 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf

41. De Alencar SM. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: Issler H (ed.) O Aleitamento Materno no Contexto Atual – Politicas, Pratica e Bases Cientificas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 70-101.

42. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. 2013/2020. http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude

43. Ministério da Saúde (BR). Normas Básicas Para Alojamento Conjunto. Brasília: MS. 1993 http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf

44. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2019. Brasília: CONANDA, Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. 2019. https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf

45. De Carvalho MR. ENAM, Encontro Nacional de Aleitamento Materno: resumo histórico. In: De Carvalho MR (ed.) Aleitamento.com. 2020. http://www.aleitamento.com/promocao/conteudo.asp?cod=2320

46. Serva VM. Semana Mundial da Amamentacao: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2011;11(3):213-216. https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a01v11n3.pdf

47. FioCruz. Rede Global de Bancos de Leite Humano. Normas Gerais para Bancos de Leite Humano.1995. http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf

48. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública. 2003;19(Sup.1):S37–S45. https://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a05v19s1.pdf

49. Fundação Oswaldo Cruz, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. 19 de maio é o "Dia Nacional de Doação de Leite Humano." https://rblh.fiocruz.br/dia-mundial-de-doacao-de-leite-humano

50. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto – Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: MS. 2002 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf

51. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – O que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília: MS. 2018 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude fortalecimento.pdf

52. Ministério da Saúde (BR). Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso. Método Canguru. Manual Técnico. 2.ed. Brasília: MS; 2013 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf

53. Ministério da Saúde (BR). Lei do Acompanhante. 2017 https://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante

54. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Criança. 5ed. 2007 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_5ed.pdf

55. Ministério da Saúde (BR). Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 2017 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf

56. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal; 2019 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm

57. Ministério da Saúde (BR). A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde. Brasília: MS; 2016 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_marketing_produtos_interferem_amamentacao.pdf

58. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Saúde e Infância: a EBBS e a construção da PNAISC – conceitos e experiências. Revista Divulgação em Saúde Para Debate. 2016. file:///C:/Users/regin/Downloads/DIVULGA%C3%87%C3%83O_53-WEB-FINAL1.pdf

59. Ministério da Saúde (BR). Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. Portaria Nº2.395, de 7 de outubro de 2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html

60. Rede Amamenta Brasil – Os Primeiros Passos (2007 – 20010). Brasília: MS; 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf

61. Governo Federal, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Servidoras federais têm direito à licença-maternidade de seis meses. https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2008/12/not_ser_fed_tem_dir_lic_mat_sei_mes

62. Receita Federal. Programa Empresa Cidadã. 2016 https://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/programa-empresa-cidada/orientacoes

63. Ministério da Saúde (BR). Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS. Brasilia: MS; 2008 http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/outros/passo_a_passo_enpacs.pdf

64. Ministério da Saúde (BR). EMPACS - Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável – Boletim EMPACS. Brasília: MS; 2011 http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/outros/boletim_enpacs.pdf

65. Instituto Fernandes Figueira. Mulher Trabalhadora que Amamenta. 2019 https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/mulher-trabalhadora-que-amamenta/#:~:text=A%20a%C3%A7%C3%A3o%20Mulher%20Trabalhadora%20que,e%20Apoio%20ao%20Aleitamento%20Materno

66. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia Para a Implantação de Salas de Apoio a Amamentação Para a Mulher Trabalhadora. Brasília: MS; 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implantacao_salas_apoio_amamentacao.pdf

67. Cartilha Para a Mulher Trabalhadora Que Amamenta. 2ed. Brasília: MS; 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta_2020.pdf

68. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Brasil Carinhoso. 2017 https://www.fnde.gov.br/programas/brasil-carinhoso

69. Ministério da Saúde (BR). Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf

70. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

71. Ministério da Economia (BR). Servidores Públicos passam a ter direito a vinte dias de licença-maternidade. 2016 https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento/relacoes-de-trabalho/servidores-publicos-passam-a-ter-direito-a-vinte-dias-de-licenca-paternidade

72. Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Lei nº 13.435, de 12 de abril de 2017. Institui o mês de agosto como o Mês do

Aleitamento Materno ; 2017 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13435.htm

73. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Criança é ferramenta importante para acompanhamento integral da saúde infantil. 2020 https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/caderneta-da-crianca-e-ferramenta-importante-para-acompanhamento-integral-da-saude-infantil

74.Vannuchi MT, Sentone AD, Monteiro CA, Réa MF. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um Hospital Universitário. Cienc Biol Cuid Saude. 2002;3(1). https://www.researchgate.net/publication/47658762_Implantation_of_the_Baby_Friendly_Hospital_initiative_at_a_University_Hospital_Implantacao_da_iniciativa_Hospital_Amigo_da_Crianca_em_um_hospital_universitario

75. Marli T Oliveira Vannuchia MT, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SF. Matsuoe T. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit. Rev. Saúde Pública. 2004;38(3). file:///E:/WRITING%20ARTICLES/ARTIGOS%20IHAC/The%20Baby-Friendly%20Hospital%20Initiative%20and%20breastfeeding%20in%20a%20neonatal%20unit.pdf

76. Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014 http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf

77. UNICEF, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative Compendium of case studies from around the world. New York: UNICEF, 2017. 60p. https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/BFHI_Case_Studies_FINAL_.pdf

78. Esteves TM, Daumas R, Oliveira MI, Andrade CA. Fatores associados ao inicio tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saude no Municipio do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2015;31(11):2390-2400. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00123114

79. Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, UNICEF. Manejo e Promoção do Aleitamento Materno – Curso de 18 horas para equipes de maternidade. 1993. New York: UNICEF.

80. World Health Organization, Wellstart International. Promoting breast-feedingin health facilities: a short course for administrator and policy-makers. 1996 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63191/WHO_NUT_96.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

81. World Health Organization, UNICEF. Breastfeeding Counselling: A Training Course – Trainer's Guide. 1993. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf

82. World Health Organization. HIV and infant feeding counselling : a training course. 2000 https://apps.who.int/iris/handle/10665/66194?search-

result=true&query=Breastfeeding+and+HIV+counselling+training+course&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc

83. IBFAN Penang, International Code Documentation Centre – ICDC. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and relevant WHA resolutions. 2016 https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12718/pdf/1.4._the_code_and_wha_resolutions_icdc_2016.pdf

84. Ministério da Saúde (BR). Portal Brasil. Relação dos Hospitais Amigos da Criança, Brasil 2015. [updated 2016 Jan]. http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf

85. Ministério da Saúde (BR). Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Dados do número de hospitais que possuem leitos obstétricos no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. 2020 http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiobsbr.def

86. Ministério da Saúde (BR). TabNet. DataSus. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2019 http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def

87. ENANI. Relatório Preliminar do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil. 2020 https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf

88. World Health Organization. The Seventy-first World Health Assembly, WHA71.9. Agenda item 12.6 26 May 2018 Infant and young child feeding; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R9-en.pdf?ua=1

89. Lopes FO, Oliveira MI, Brito AS, Fonseca VM. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013;18(2):431-9. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200014

90. Oliveira MI, Silva KS, Gomes SCJ, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. Rev. Saúde Pública. 2010;44(1):60-9. https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100007

91. Bueno LG, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J. Pediatr. (Rio J.). 2004;80(5)S126. https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700003

92. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding Outcome Comparison by Parity. Breastfeeding Medicine. 2015;10(3):156-162. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25549051/

93. Ângelo BHB, Pontes CM, Leal LP, Gomes MS, Silva TA, Vasconcelos MGL. Práticas de apoio das avós à amamentação: Revisão Integrativa. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2015;15(2):161-170. https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200002

94. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, Labbok MH, Fletcher J, Bernstein PS. Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intensity. American Journal of Public Health. 2014;104(S1):S119-127. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011096/pdf/AJPH.2013.301360.pdf

95. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. Ciênc.Saúde Coletiva 2018;23(4). https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016

96. Chaves RG, Lamounier JA, Santiago LB. Aleitamento materno e terapêutica para a doença coronavírus 2019 (COVID-19) Resumo. Residência Pediátrica. 2020 https://doi.org/10.25060/residpediatr

97. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Aleitamento materno e a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) Informações científicas 23 de junho de 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52479/OPASWBRACOVID-1920091_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

98. World Health Organization. Definition and categorization of the timing of mother-to-child transmission of SARS-CoV-2. Scientific Brief. 2021. 8 p. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/WHO-2019-nCoV-mother-to-child-transmission-2021.1-eng.pdf

99. UNICEF. Amamentar com segurança durante a pandemia de COVID-19 - Como nutrir o bebê seguindo as orientações de especialistas. 2020 https://www.unicef.org/brazil/amamentar-com-seguranca-durante-pandemia-de-COVID-19

100. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. 2020 http://www.iff.fiocruz.br/pdf/COVID19_saude_crianca_adolescente.pdf

101. Folha de Pernambuco. Imip vira referência para atender possíveis casos de coronavírus no Estado. 2020 https://www.folhape.com.br/noticias/imip-vira-referencia-para-atender-possiveis-casos-de-coronavirus-no-es/130420/

Annex 1. Portuguese translation of the article

Políticas Públicas e Aleitamento Materno: Repercussões na Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil

Joel Alves Lamounier
Luciano Borges Santiago
Márcia Christina Caetano Romano
Regina Pereira da Silva
Renara Guedes Araújo
Roberto Gomes Chaves

Autor para correspondência: Prof. Dr. Joel Alves Lamounier, E-mail: lamounierjoel@gmail.com
Coordenador e professor de pediatria do curso de medicinada Universidade Federal de São João Del Rei
Endereço: Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Dom Bosco, Praça Dom Helvécio, 74, Minas Gerais, Brasil - CEP: 36 301 160,
www.ufsj.edu.br/demed
Tel: +55 32 33 79 51 25
Cel: +55 31 999825811

Resumo

Objetivo : Este estudo tem como objetivo descrever as repercussões das políticas públicas em prol do aleitamento materno na Iniciativa Hospital Amigo da Criança de 1992 a 2020 no Brasil.

Método: Trata-se de um estudo descritivo com informações e dados coletados de agosto de 2020 a agosto de 2021 por meio de busca em português e inglês, em sites do Governo Federal Brasileiro e outras fontes para o período de 1990 a 2021. Os descritores utilizados incluíram hospital amigo da criança, iniciativa hospital amigo da criança, amigo da criança e aleitamento materno.

Resultados: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) quando foi lançada no Brasil, encontrou um contexto favorável para sua expansão com características próprias no país, amparada por diversos programas, estratégias, ações, leis, decretos-lei e portarias brasileiras a favor da amamentação. Todavia, não apenas sob domínio dos programas, mas também sob domínios políticos e de coordenação, a IHAC sofreu aceleração no período de 1992 até 2006, com desaceleração no período de 2007 a 2015 e o declínio a partir de 2019 no país. O progresso e desaceleração da IHAC foram impulsionados por políticas e programas no âmbito da saúde materna e neonatal. Desde 2004, houve uma estagnação no número de hospitais habilitados e 25 perderam a certificação de 2017 a 2020. As razões para a desabilitação incluem hospitais sem interesse em manter o título de amigo da criança, hospitais que não têm mais maternidades e hospitais sem reavaliação externa trienal por mais de seis anos. Em 2004 existiam 301 Hospitais Amigos da Criança (HAC), e atualmente em 2021 são 302, constituindo uma cobertura com menos de 10 por cento do número de hospitais com maternidades no país. Mesmo com a estagnação do número de HAC, a IHAC continua a cobrir 100 por cento dos estados brasileiros com pelo menos um HAC por estado. No entanto, considerando que todos os partos no Brasil ocorrem em hospitais, isso torna a IHAC uma estratégia de grande impacto nas taxas de aleitamento materno. Além disso, com quatro décadas de políticas, programas e leis relacionadas a saúde da mulher e da criança, o Brasil ainda é um modelo de referência e considerado como um dos países com maior prevalência de aleitamento materno no mundo, com a taxa de aleitamento materno exclusivo de 45,7 por cento em 2019.

Conclusões: Nos últimos 17 anos, o Brasil não avançou no número de hospitais habilitados pela IHAC. Embora estudos mostrem que os HAC apresentam taxas de aleitamento materno mais elevadas em relação aos hospitais não habilitados pela IHAC, são necessários mais estudos para entender melhor como fortalecer a iniciativa. Possivelmente devido a quatro décadas de inúmeros programas de apoio, promoção ou proteção ao aleitamento materno de alguma forma, parece estar tendo impacto positivo na amamentação mesmo nos hospitais não habilitados pela IHAC. É preciso entender e aprender com os avanços e retrocessos, visto que a IHAC é uma ferramenta de alto impacto para a nutrição infantil, além de ser um componente eficaz, eficiente e sustentável nas políticas públicas em favor do aleitamento materno. A revisão da IHAC liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018, ainda não adotada no Brasil, poderá auxiliar na revitalização e fortalecimento da IHAC nos próximos anos.

Introdução

As políticas públicas para a promoção da saúde da mulher e da criança têm como um dos pilares a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, com vistas à melhoria da qualidade de vida da criança e da mulher, de suas famílias e do desenvolvimento da sociedade. A amamentação pode reduzir em até 12 por cento as mortes de crianças menores de cinco anos por causas evitáveis em todo o mundo.[1] Na década de 70, profissionais da comunidade internacional passaram a se preocupar com o declínio mundial nas taxas de aleitamento materno e alta mortalidade infantil devido a questões relacionadas a fatores socioculturais e a promoção do leite artificial pelas indústrias.[2] Assim, para reverter esta situação, como forma de regulamentar a comercialização dos alimentos infantis, foi aprovada a adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno na Trigésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde em 1981.[2] No entanto, os serviços de saúde ainda estavam utilizando rotinas desnecessárias, como separar as mães de seus bebês imediatamente após o nascimento, oferecendo água glicosada, leite artificial, usando mamadeira e bicos nas unidades de saúde, na verdade, dando sempre pouca atenção ou informação inadequada quanto a amamentação.[3] Assim, em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendaram os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (os Dez Passos).[3] Em 1990, a Declaração de *Innocenti* reconheceu os benefícios da amamentação para as mulheres e bebês, aclamando que todos os bebês deveriam ser amamentados exclusivamente e que todos os hospitais com maternidade deveriam adotar os Dez Passos.[4] Em 1991-1992 a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), adotando os Dez Passos, foi lançada pela OMS e UNICEF.[5] A partir de uma atualização em 2010-2011, foram identificadas 21.328 instituições de saúde no mundo habilitadas pela IHAC,[6] com 10 por cento dos recém-nascidos em todo o mundo nascidos em um Hospital Amigo da Criança (HAC) em 2016; com quase todos os países do mundo tendo pelo menos um HAC.[7]

A Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, [8] lançada em 2002 pela OMS e UNICEF, determinou o fortalecimento da IHAC a nível global, solicitando por uma revisão pela primeira vez desde a sua criação, incluindo a atualização e expansão de seu escopo. O processo de revisão continuou em 2003-2004, resultando em uma IHAC revisada, atualizada e ampliada para atenção integrada. Como resultado desta primeira revisão, os Dez Passos tornaram-se parte dos critérios globais para IHAC, junto com três critérios adicionais, como a conformidade com o código, o "HIV e alimentação de lactentes" e o cuidado amigo da mãe.[5]

Evidências científicas robustas nos âmbitos nacional e internacional mostraram uma associação positiva de nascimentos em HAC e aumento das taxas de aleitamento materno.[1,9,10,11,12,13,14,15] O efeito positivo da IHAC no aumento das taxas de aleitamento materno tem consequências diretas para os benefícios de curto e longo prazo para mulheres e crianças.[16-18]Na prática, bebês saudáveis nascidos em um HAC têm menos risco de intervenções desnecessárias logo após o parto, como aspiração das vias aéreas, uso de oxigenoterapia e uso de incubadora. O contato pele a pele imediato e ininterrupto com a mãe logo após o nascimento, a amamentação na primeira hora de vida ainda na sala de parto, a presença de acompanhante durante o parto, o parto normal e o alojamento conjunto são mais frequentes em um HAC.[11,19,20,21,22]

No Brasil, os avanços na atenção à saúde da mulher, lactente e criança pequenas foram progressivamente promulgadas desde a década de 1940, com benefícios diretos ou indiretos para a amamentação a partir da criação de políticas públicas, programas, iniciativas estratégicas, leis, decretos e ações. O Brasil é com frequência considerado um

modelo para o aleitamento materno no mundo e essa posição vem se consolidando nos últimos anos devido a adoção de políticas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, alinhada às demais estratégias de cuidado à mulher e a criança, sendo a IHAC uma delas. O Brasil foi um dos primeiros países selecionados para implementar a IHAC.[4] Hoje, no Brasil existe pelo menos um HAC em cada um dos 26 estados e no Distrito Federal.[23,24]

Uma versão preliminar da IHAC revisada, atualizada e ampliada para atenção integrada foi disponibilizada em português a partir de 2009,[5] com a redefinição dos critérios pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil em 2014. Apesar do cuidado amigo da mãe ter sido incluído como um critério na IHAC brasileira apenas em 2014, as boas práticas de parto e nascimento já vinham sendo promovidas em maternidades desde a década de 90, por exemplo, com a presença de acompanhante no parto e nascimento, mesmo para recém-nascidos de alto risco, incluindo assim, as unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN). Ressalta-se que o Brasil incluiu o critério relacionado à UTIN (Figura 1) como parte da política do hospital, onde os pais do recém-nascido internado na unidade neonatal não são vistos como visita, tendo livre acesso e considerados como os principais atores para os melhores resultados da saúde do recém-nascido.[25] Além disso, os Dez Passos em UTIN, a IHAC-Neo, teve sua eficácia testada no Brasil com foco na mudança de práticas neonatais mais alinhadas aos padrões da IHAC.[26] Com a melhoria do atendimento em UTIN, o apoio de Bancos de Leite Humano, e a garantia de atendimento e acompanhamento na atenção primária à saúde (APS), as taxas de aleitamento materno podem ser maiores do que entre os recém-nascidos a termo.[27] Dessa forma, a experiência brasileira da IHAC em UTIN foi apresentada em Genebra em 2016,[28] mostrando que a assistência em um HAC no Brasil com resultados positivos para mulheres e bebês, pode se estender além dos Dez Passos.[5]



Figura 1. Mulher extraindo leite humano na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Amigo da Criança Guilherme Álvaro no Centro de Lactação de Santos, Estado de São Paulo Fonte: K. Teruya

Nas últimas décadas, houve avanços progressivos na garantia dos direitos da criança e da mulher no Brasil, incluindo assistência integral ao pré-natal, parto e nascimento, continuando no período pós-natal até os primeiros dois anos de vida da criança. Mesmo assim, o Brasil continua sendo um dos países no mundo com maior índice

de cesarianas,[29]sendo impulsionado por normas socioculturais.[30] Por outro lado, a ampla implementação e disseminação de políticas públicas e programas com leis nacionais e estaduais baseadas na proteção da saúde da mulher e da criança contribuíram para moldar a IHAC no Brasil por várias décadas. Consequentemente, uma IHAC brasileira foi desenvolvida com bases solidificadas por políticas e programas nacionais em favor do aleitamento materno com padrões próprios, diferenciando-a da IHAC mundial. Boas práticas durante o parto e nascimento foram adotadas por meio dos critérios globais da IHAC, ou seja, o cuidado amigo da mãe, para que as taxas de cesarianas diminuíssem nos hospitais. Por exemplo, de 2001 a maio de 2014, para um hospital brasileiro ser habilitado pela IHAC, além dos critérios globais da IHAC, ele deveria atender a vários outros critérios estabelecidos pelo MS do Brasil, apresentando documentações relacionadas ao monitoramento das taxas de cesarianas estabelecidas por política pública do estado ou do município. No caso de altas taxas de cesáreas, o hospital deveria apresentar indicadores que comprovassem a redução destas de um ano para o outro, além de mostrar a adoção de medidas para diminuí-las. Mas, em 2014, o MS do Brasil redefiniu os critérios da IHAC do país quando as taxas de cesarianas deixaram de fazer parte destes critérios. Por outro lado, a Rede Cegonha,[31] os programas QualiNEO e ApiceOn incentivaram e apoiaram a adesão à IHAC para atuar em práticas de pré-natal, parto e puerpério para promoção e apoio ao parto normal, para o enfrentamento dos elevados índices de cesárea no país.[32]

Ao longo dos anos, o Brasil adaptou a IHAC ao seu contexto nacional com diversidades regionais, além de protegê-la e apoiá-la com políticas públicas, programas e legislações, tornando a IHAC Brasil única. Em 2012, o Brasil endossou a resolução da 65ª Assembleia Mundial da Saúde,[33] o *Plano de implementação abrangente em nutrição materno-infantil* (tradução nossa)[34] com seis metas para a nutrição infantil, como nanismo, anemia, baixo peso ao nascer, sobrepeso, amamentação e desnutrição. Tendo como destaque a meta 5 das 'Metas Globais a Atingir na área da Nutrição até 2025' (tradução nossa),[34]que visava aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de idade da criança em pelo menos 50 por cento, com um aumento de pelo menos 70 por cento até 2030.[35 (p-12)]

Em 2017 a IHAC completou 25 anos no Brasil, tendo no momento com vários desafios. Ao longo desses anos, o processo de habilitação de hospitais pela IHAC não tem sido uniforme, com variações dependendo de políticas públicas relacionadas à atenção à mulher e ao lactente, bem como do apoio de autoridades estaduais e municipais e da gestão hospitalar, além da disponibilidade de recursos financeiros nas três esferas de gestão para todo o processo de habilitação do hospital. Em relação a segunda revisão global da IHAC, [36,37] realizada em 2018, ainda será analisada e adaptada para o contexto brasileiro. Por outro lado, hoje em dia, no contexto da pandemia do COVID-19, os HAC têm se esforçado para atender aos padrões da IHAC.

Uma revisão sistemática de pesquisas de 19 países mostrou o impacto a curto, médio e longo prazo da IHAC na amamentação, identificando o passo dez dos Dez Passos da IHAC como o passo que mais influencia a duração da amamentação, sugerindo o impacto positivo do acompanhamento da amamentação após o nascimento a nível da comunidade no Brasil.[20] Um número limitado de estudos investigou a evolução e trajetória da IHAC no Brasil, [21,22,38] bem como também um pequeno número de estudos e relatórios foram publicados sobre avanços e barreiras para a habilitação de hospitais pela IHAC em países da América Latina e Caribe.[39] No entanto, poucos trabalhos têm enfocado no impacto das políticas públicas na evolução da IHAC no Brasil. Portanto, o principal objetivo deste estudo é descrever os resultados da contribuição das políticas públicas nos padrões da IHAC de 1992 a 2020 no Brasil.

Metodologia

Estudo descritivo sobre o possível impacto das políticas, programas, estratégias, ações, portarias, leis e decretos em prol da saúde materno-infantil na IHAC no Brasil. As informações e dados foram obtidos no período de agosto de 2020 a agosto de 2021 em busca de publicações em português e inglês, nos sites do Governo Federal, Ministério da Saúde (MS) do Brasil, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde *DataSus*, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano , Instituto Fernandes Figueira, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância e periódicos nacionais e internacionais com busca Booleana em bibliotecas virtuais como Scientific Eletronic Library Online (Scielo) Saúde Pública, Pubmed e Cochrane Library para o período de 1990 a 2021. Foram utilizados descritores como iniciativa do hospital amigo da criança, hospital amigo da criança, amamentação, dez passos para o sucesso do aleitamento materno e políticas públicas.

Políticas públicas, programas, estratégias, ações, portarias, leis e decretos em prol da saúde materno-infantil de impacto na IHAC no Brasil

O primeiro programa de saúde pública voltado para a alimentação infantil foi criado na década de 1940.[40] Somente em 1953 o Ministério da Saúde (MS) foi desmembrado do Ministério da Educação, sendo criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil em 1975. Em 1976 além de ações direcionadas a gestantes, nutrizes e criança foram estabelecidas ações para o incentivo ao aleitamento materno, surgindo em 1979 a "Política Nacional de Aleitamento Materno", então lançada em 1981 como Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno *(PNIAM).*[41] Na década de 80 foi elaborado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança, o PAISMC, que no ano seguinte foi desmembrado em dois programas, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher *(PAISM)* e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança *(PAISC).*[40]

Já em 1986 o *PNIAM* foi restruturado sendo subdividido em áreas programáticas com a participação de 64 instituições, com consultores permanentes e temporários, contando com o total de 105 técnicos, sendo criados nove comitês nacionais, como o Comitê Nacional de Atividades em Educação, Comitê de Proteção ao Trabalho da Mulher, Comitê Nacional de Atuação na Comunidade, Comitê Nacional de Incentivo na Rede de Saúde, Comitê Nacional de Bancos de Leite Humano, Comitê Nacional do Código, Comitê Nacional de Comunicação de Massa e o Comitê de Aspectos Psicossociais.[41] Comitês semelhantes foram criados nos níveis estadual e municipal.

Sob o *PNIAM* a assistência à saúde da criança e da mulher foi progressivamente regulamentada com benefícios, diretos ou indiretos, à amamentação. Neste cenário, além da criação do sistema universal de saúde através do Sistema Unificado de Saúde *(SUS)* em 1988,[42] podem ser citados como resultados alcançados pelo *PNIAM*[40] no período de 1981 a 1998: a criação da Portaria GM 18 de 1983 tornando a adoção obrigatória do Alojamento Conjunto Mãe-Filho[41] em todos os hospitais públicos e conveniados e em 1987 a adoção em todos os hospitais universitários.[43] A garantia da Licença maternidade de 120 dias, a pausa para amamentação no trabalho, licença paternidade e o direito das presidiarias de permanecerem com os filhos no período da amamentação foram alcançados com a promulgação da Constituição Federal em 1988.[41]

Como parte de uma abordagem inovadora na década de 80, as campanhas nacionais com a participação de celebridades brasileiras na mídia foram muito comuns.[41] A Norma Brasileira Para Comercialização de Alimentos Para Lactentes (*NBCAL*) foi aprovada em 1988, tendo a sua primeira revisão em 1992.[41] O Estatuto da Criança e do Adolescente *(ECA)*[44] foi promulgado em 1992. Em 1991 o Encontro Nacional de Aleitamento Materno, o *ENAM*, teve a sua primeira edição[45] e atualmente acontece a cada dois anos. Ainda, no âmbito do *PNIAM*, [40] em 1992 a Semana Mundial do Aleitamento Materno (*SMAM Brasil)* foi comemorada pela primeira vez no país, [46] que vem se expandindo progressivamente nos municípios dos estados brasileiros e Distrito Federal com a atuação dos grupos brasileiros cobrindo oito setores distintos: para a população em geral, ou seja, em locais públicos como praias, parques, avenidas, shoppings, estações de metrô, em hospitais como maternidades e HAC, em centros de saúde na comunidade, em bancos de leite humano e postos de coleta de leite humano, no setor de educação como em creches, escolas e universidades, nos locais de trabalho das mulheres, na mídia e nas redes sociais.

A regulamentação para a instalação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano *(BLH)* ocorreu em 1993[47] com a criação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano em 1998.[41] Em 1993, houve a pactuação de 24 governadores para aumentar em 30 por cento a taxa de AME, e para aumentar de 134 para 174 dias a duração mediana do aleitamento materno, bem como para que a *NBCAL* fosse adotada e a IHAC implementada nos estados.[41] Em 1994 a IHAC foi regulamentada no país por meio da Portaria SAS nº 155.[41]

Da década de 80 até o final da década de 90, os resultados das ações do *PNIAM* foram marcados pela mobilização em todas as esferas de governo e a mobilização social e acadêmica no pais.[41] Nesse período as estratégias e iniciativas internacionais lideradas pela OMS e o UNICEF foram ecoadas nas ações brasileiras, contribuindo expressivamente no desenvolvimento, implementação e consolidação de programas de impacto multisetoriais, multidisciplinares e com múltiplas parcerias em prol da amamentação.[48] Dessa forma a IHAC encontrou um contexto favorável para o seu desenvolvimento e implementação, tornando então como uma das estratégias mais importantes do *PNIAM*. Contudo com a dissolução do *PNIAM* em 1998, a IHAC foi incorporada como parte das ações na Coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS.[41] Todavia, a duração mediana do aleitamento materno no país passou de três para dez meses de 1981 a 1999.[48]O MS do Brasil vem coordenando a *SMAM Brasil* na forma de campanha nacional no país desde 1999. Além da SMAM Brasil, no âmbito da mobilização social, o país realiza anualmente a campanha de incentivo à doação de leite humano, que antes era celebrada em 1º de outubro de 2003 e em 2 de outubro de 2004. Porém, de acordo com a Lei nº 13.227 de 2015, como parte da Semana Nacional de Doação do Leite Humano, o dia 19 de maio foi estabelecido como o Dia Nacional e Mundial de Doação do Leite Humano.[49]

Os programas voltados à saúde, principalmente à atenção materno-infantil, passaram a ter uma visão mais holística e humanizada a partir da década de 2000, tais como: o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento instituído através da Portaria GM/MS nº 569 de 2000;[50] a Política Nacional de Educação Permanente *(PNEPS)*[51] para o SUS instituída pelo MS por meio da Portaria MS/GM nº 198 de 2004, e alterada pela Portaria MS/GM nº 1.996 de 2007, tendo como foco o trabalho intersetorial, com base na articulação do desenvolvimento individual e institucional; os avanços com a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru instituída através da Portaria GM/MS nº 1.683 de 2007;[52]a Lei do Acompanhante[53] através da Lei Federal nº 11.108 de 2005, que instituiu o direito às mulheres da presença de acompanhante da sua escolha durante trabalho de parto, parto e puerpério imediato; a

disponibilização gratuita da Caderneta da Criança[54]através da Portaria nº 1.058/GM/MS de 2005, possibilitando a avaliação dos riscos para desmame precoce por meio do registro da informação dos fatores maternos e neonatais, ao redor do nascimento.
Em 2006 foi criado o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do MS do Brasil, tendo sua redefinição em 2012,[55]mas extinto em 2019 pelo Decreto nº 9.759, quando todos os comitês do âmbito federal foram banidos no país.[56] Também em 2006 foi regulamentada a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos através da Lei Federal n°11.265.[57] Em 2007 foi lançada a 'Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis' *(EBBS),*[58] inspirando uma política pública pró-primeira infância de atenção integral à saúde da criança, tendo a sua consolidação em 2009 por meio da Portaria GM / MS nº 2.395.[59]

Em 2008 a Portaria MS/GM nº 2.799 instituiu a Rede Amamenta Brasil[60] tendo como propostas a integração e a articulação aos demais componentes da Política Brasileira de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, como a IHAC, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e outras ações da Política. No mesmo ano foi instituída a Lei Nº 11.77061[61] que ampliou a licença-maternidade remunerada de 120 para 180 dias na administração pública federal e nas empresas privadas integrantes do Programa Empresa Cidadã, regulamentado pelo Decreto nº 7.052 / 2009.[62] A ação de promoção da alimentação saudável iniciada pelo MS em 2002 com os "Dez Passos para uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos" foi revisado e adotada a partir de 2009 com a implantação da Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável *(ENPACS).*[63,64]

Tendo a "Proteção Legal a Amamentação" como componente da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno com Política Nacional de Proteção, em 2010 o MS lançou a ação Mulher Trabalhadora que Amamenta *(MTA)*,[65] que possui três eixos de atuação, com um treinamento formal de 16 horas em formato de oficina, para disseminar no país a ampliação da licença-maternidade remunerada de 120 para 180 dias, implantação de creches no local de trabalho da mulher, e criação de Sala de Apoio a Amamentação *(SAA)* em instituições, empresas públicas e privadas para assegurar a conciliação e a continuidade da prática de amamentar pelas mulheres que trabalham fora de casa. Nesse mesmo ano, o MS em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária *(ANVISA)* regulamentou a implantação das SAA nas empresas por meio da Nota Técnica Conjunta nº 01/2010, aprovada pela Portaria GM / MS nº 193 de 2010. Posteriormente em 2015 foi lançado a Guia Para a Implantação de Salas de Apoio a Amamentação Para a Mulher Trabalhadora,[66] e a Cartilha Para a Mulher Trabalhadora que amamenta publicada em 2010, sendo então revisada em 2015.[67]

Em seguida, em 2011 uma nova ação no âmbito do SUS denominada "Rede Cegonha"[31] foi instituída através da Portaria nº 1.459 para garantir o direto ao planejamento reprodutivos e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudável da criança com a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no pré-natal, parto e pós-parto, ou seja, nos primeiros 1000 dias de vida, desde a gestação até os 2 anos de vida da criança. Em 2012 foi lançado o "Programa Brasil Carinhoso", apoiando crianças de zero a 48 meses, com transferência de renda para famílias em situação de pobreza e garantia de vagas em creches.[68] Foram lançadas duas estratégias para integrar as ações do componente hospitalar à Atenção Primária à Saúde *(APS)*, como resultado da junção da Rede Amamenta Brasil, criada em 2008, com a Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável *(ENPACS)*, criada em 2009. Dessa forma, em 2013 através da Portaria Nº 1920/GM/MS, foi implantada a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação

Complementar Saudável no *SUS*, ou seja, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil *(EAAB).*[69] A *EAAB* tem como base as políticas e programas que norteiam as ações de saúde como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde *(PNPS)*, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição *(PNAN)* e a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que reforçam o compromisso do MS do Brasil com a capacitação dos profissionais de saúde na APS. Essa estratégia tem como foco qualificar os processos de trabalho dos profissionais da APS para o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável para crianças menores de dois anos.

Posteriormente, o MS do Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)[70] no âmbito do SUS por meio da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e em conjunto com a Coordenação Estadual de Saúde da Criança e das Capitais de 2011 a 2015, publicada pela GM / MS Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. A *PNAISC* é estruturada em sete eixos estratégicos e tem por objetivo "promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação até aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações em vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento". Desta forma, foram definidos critérios para o desenvolvimento de ações educativas e esclarecimentos sobre os direitos da mulher, boas práticas no parto e nascimento e aleitamento materno.

Em 2016, foi instituído o Marco Legal da Primeira Infância[55] através da Lei de nº 13.257 que determinou a promoção, proteção e apoio a amamentação como direitos das mulheres gestantes e famílias com crianças, com ênfase na maternidade e paternidade responsáveis e na alimentação complementar saudável. Como parte do Marco Legal através do Decreto de nº 8737 foi instituído para servidores públicos e instituições privadas que aderem ao Programa Empresa Cidadã a prorrogação da licença paternidade por mais 15 dias a partir do dia subsequente ao término da licença de cinco dias que já era concedida pelo art. 208 da Lei nº 8.112/1990, dessa forma totalizando vinte dias de licença paternidade paga.[71]

Embora o mês de agosto já tenha sido adotado no passado como o mês da amamentação em municípios e estados do país, por exemplo, em 2015 no estado do Rio Grande do Sul com a Lei de nº 14.726, posteriormente em 2017 através da Lei Federal nº 13.435 foi instituído o Agosto Dourado em todo o país para intensificar as ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento em prol da importância do aleitamento materno.[72] Em 2017, no âmbito da "Rede Cegonha", para reduzir as taxas de cesarianas, no sentido de trabalhar as boas práticas no pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção ao recém-nascido de risco, foram criados dois novos programas, ou seja, o programa ApiceOn que finalizou em 2020 e o QualiNEO ainda existente.[32] O programa QualiNEO tem como objetivo qualificar os processos de atenção, gestão e capacitação relacionados ao nascimento e aborto em hospitais, com atividades de ensino incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia dos direitos.[32] Da mesma forma, o ApiceOn, que foi extinto em 2020, visou contribuir para a eficácia da assistência ao recém-nascido em situação de risco no âmbito da "Rede Cegonha", sendo um trabalho conjunto do MS, com hospitais e instituições de ensino vinculadas a estes serviços.[32]

Em 2019 foi lançada a primeira versão e em 2020 a segunda versão, da Caderneta de Saúde da Criança, como Caderneta da Criança, Menina - Passaporte da Cidadania e a Caderneta da Criança, Menino - Passaporte da Cidadania com todas as informações sobre aleitamento materno exclusivo e nutrição da criança, incluindo sobre a amamentação e

alimentação complementar com alimentos saudáveis além dos dois anos de idade da criança.[73]

As conquistas nacionais na saúde materna, neonatal e infantil durante o período de 1979 a 2020, relevantes para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são mostradas nos diagramas nas Figuras 2 e 3.

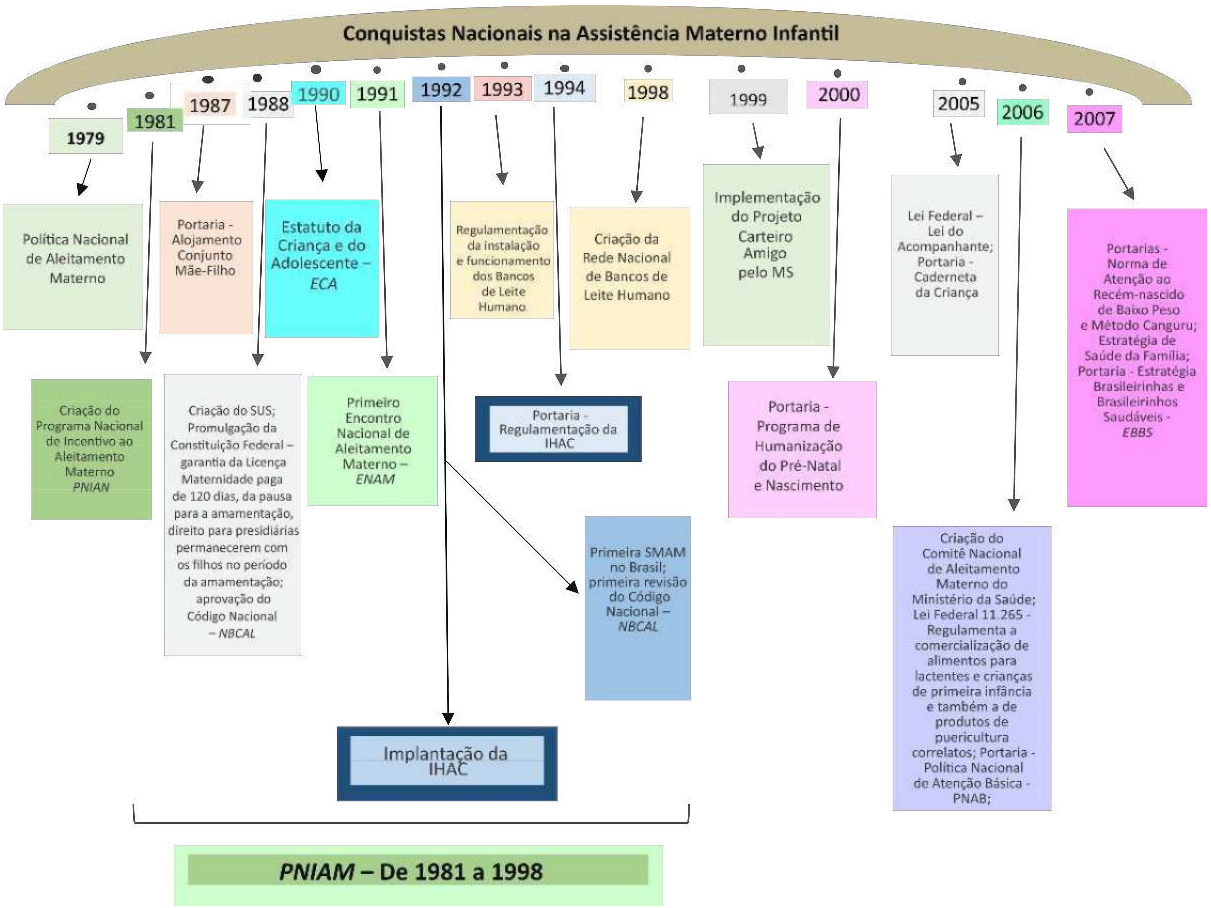

Figura 2. Conquistas nacionais na saúde materna, neonatal e infantil. Linha do tempo com programas, iniciativas e legislação brasileira de 1979 a 2007

Como resultado da implantação e adaptação de inúmeros programas e políticas públicas desde a década de 1940, a atual Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno[55] integra diversas estratégias, iniciativas e programas, tendo a IHAC como um de seus componentes. A Figura 4 ilustra o domínio da Gestão e Articulação Política.[55]

A IHAC como instrumento para o padrão ouro da nutrição infantil e proteção à saúde da mulher

O impacto da IHAC foi medido no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná antes e depois da habilitação do hospital pela IHAC, quando as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) aumentaram de 6,7 por cento para 95 por cento entre os recém-nascidos. O sucesso foi atribuído à uma soma de esforços de toda a equipe do hospital com mudanças na rotina, comportamentos e atitudes em relação à promoção,

proteção e apoio ao aleitamento materno. A implantação da IHAC desencadeou mudanças importantes na prática da amamentação, tanto no período de internação da gestante quanto

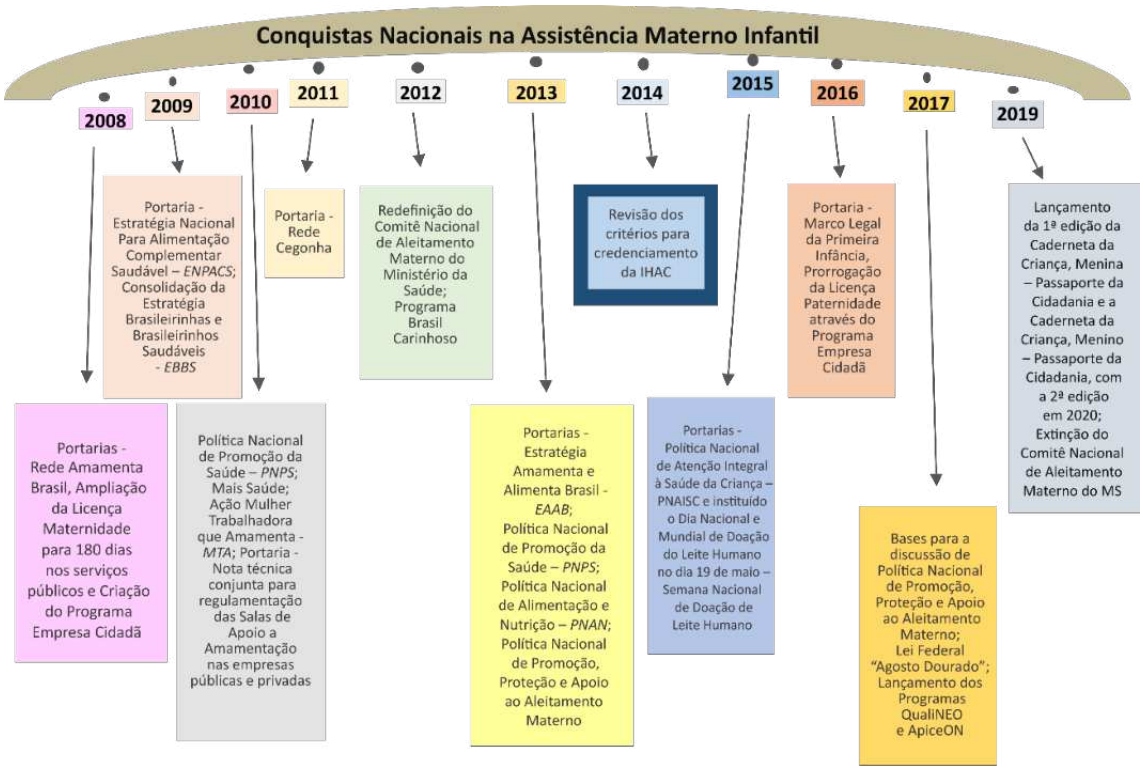

Figura 3. Conquistas nacionais na saúde materna, neonatal e infantil. Linha do tempo com programas, iniciativas e legislação brasileira de 2008 a 2019

durante o trabalho de parto e nascimento. A implantação da IHAC também contribuiu para o abandono na utilização de fórmulas infantis no hospital.[74] Ainda no Hospital Universitário do Estado do Paraná, segundo dados do prontuário de uma unidade neonatal, em 1994 o percentual de recém-nascidos que recebiam apenas leite materno era de 1,9 por cento, mas em 1998 quando o hospital foi HABILITADO pela IHAC, 41,7 por cento dos recém-nascidos receberam apenas leite materno. Em 1994, 17,7 por cento dos recém-nascidos receberam apenas fórmula infantil, mas em 1998 nenhum recém-nascido recebeu apenas fórmula infantil na unidade neonatal.[75] Segundo pesquisa nacional sobre o parto e nascimento,[76] os HAC são referências em qualidade e humanização do atendimento durante todas as etapas da gestação, parto, nascimento e do período neonatal precoce. De acordo com a publicação do UNICEF e da OMS,[77] um estudo de caso da IHAC no Brasil mostrou que recém-nascidos em um HAC têm nove por cento mais chance de serem amamentados na primeira hora após o nascimento, tendo a duração mediana de 60 dias de AME, em comparação com 48 dias de AME de recém-nascidos em hospitais não habilitados pela IHAC. Outra pesquisa confirma que os padrões da IHAC protegem contra o atraso no início da amamentação após o nascimento.[78]



Figura 4. Sob o domínio da Gestão e Articulação Política, a IHAC como componente da atual Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno do Brasil.[55 (p38)]

A evolução da IHAC no Brasil de 1992 a 2020

O Brasil foi um dos países participantes do encontro, Policymaker`s Meeting: "Breastfeeding in the 1990s: a Global Initiative" promovido pela OMS e o UNICEF em Florença, na Itália, no Spedale degli Innocenti, em 1990.[4] O principal objetivo foi definir metas operacionais globais, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, estabelecidas no documento da Declaração de *Innocenti* com medidas para estabelecer até 1995 nos países, uma coordenação nacional para o aleitamento materno bem como a criação de comitê com representação multisetorial em prol da amamentação, o cumprimento do Código Internacional Para Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e assegurando para que todas instituições de saúde que tivessem maternidades implementassem todos os "Dez Passos" e a promulgação de uma legislação que protegesse os direitos da mulheres trabalhadora estabelecendo meios para a sua aplicação.[4] Até então o Brasil já havia implementado grande parte dessas medidas.[41]

A IHAC foi lançada logo em seguida, em 1991, adotando os Dez Passos.[3] Como símbolo da IHAC, o desenho da obra *"Maternité"* de Pablo Picasso da Artists Rights Society,[5] foi adotado de 1991 a 2018. Atualmente, a obra de arte de Paplo Picasso não tem mais a permissão da família Picasso para continuar a ser adotada pela IHAC. Porém, os hospitais que receberam a placa antes de 2018, mas que ainda são HAC, podem permanecer com a placa em seus hospitais, como mostra a Figura 5.



Figura 5. Placa da IHAC do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, primeiro hospital a receber o título de Hospital Amigo da Criança do Brasil.
Fonte: VB Serva

Como um dos países selecionados para dar início à IHAC ao assinar a Declaração de *Innocenti*, o Brasil se comprometeu a adotar os Dez Passos como uma realidade em hospitais com maternidade no país. Em 1993 foram realizadas pactuações por 24 governadores para que a IHAC fosse implementada nos estados brasileiros. [41] Consequentemente, houve uma ampla disseminação para treinamento de profissionais e gestores como parte das ações para a implementação da IHAC em hospitais com maternidade, tendo o apoio do MS do Brasil, agências das Nações Unidas, conselhos profissionais, organizações governamentais e não governamentais, e a sociedade civil. O curso da IHAC de 18 horas da OMS e UNICEF foi realizado para equipes de maternidade, [79] a nível nacional, como treinamento em serviço e bem como parte das atividades iniciais do *ENAM*. Um outro curso realizado foi o Curso Intensivo Para Planejadores e Gestores de Saúde, com oito horas de duração para tomadores de decisão em hospitais para facilitar as mudanças necessárias.[80] Como complemento aos cursos específicos da IHAC, foram incluídos o curso Aconselhamento em amamentação - Um Curso de Treinamento,[81] um curso com duração de 40 a 80 horas, e o Curso de Aconselhamento em Alimentação Infantil no Contexto da Epidemia de HIV e AIDS.[82] Paralelamente aos trabalhos de implementação da IHAC nos hospitais com maternidade, ações por meio de campanhas nacionais adotavam temáticas direcionados pela *SMAM Brasil*, que por um lado reforçavam a cultura em prol da amamentação na população em geral, e por outro lado intensificavam os trabalhos nos hospitais com treinamentos da IHAC.

Em maio de 2002 foi lançada a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, conhecida como "Estratégia Global", reforçando as metas globais estabelecidas através da Declaração de *Innocenti*.[8] Apesar do contínuo crescimento do número de HAC, mas devido ao enfraquecimento da IHAC globalmente, influenciado em parte pela pandemia do HIV e AIDS e outras morbidades maternas e pediátricas, a Estratégia Global identificou a necessidade da IHAC ser mais flexível em sua implementação com uma abrangência além da amamentação, resultando numa primeira revisão em 2003-2004. Como resultado da primeira revisão, os Dez Passos passaram a fazer parte dos critérios globais da IHAC juntamente com outros critérios globais adicionais, ou seja, a conformidade com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno,[2,83]e os critérios globais que no Brasil

foram opcionais, tais como o cuidado amigo da mãe e o critério HIV e alimentação do lactente.[5]

Em 1992, o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira -IMIP[ii] foi o primeiro hospital no Brasil a receber o título de HAC no Brasil.[21] Um fato marcante, pois foi o primeiro a cumprir os padrões da IHAC, demonstrando a viabilidade de um hospital brasileiro ser um HAC.[21] A segunda instituição habilitada como HAC foi o Hospital Guilherme Álvaro, Centro de Lactação de Santos, ligado ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, no Estado de São Paulo.[21]De fato, o Hospital Guilherme Álvaro adotou a rotina do alojamento conjunto desde a década de 70. Tanto os dois hospitais e a parceria com os comitês de aleitamento materno nos estados brasileiros desempenharam papéis importantes na facilitação dos treinamentos por equipes multidisciplinares, dando início ao movimento nacional para implementar a IHAC em outros hospitais do país.[21]

Como mostra na Figura 6, de 1992 a 2010, 322 hospitais foram habilitados pela IHAC no Brasil. Após 2005, observou-se tanto uma desaceleração no número hospitais habilitados pela IHAC, devido à dificuldade dos hospitais brasileiros em adotar todos os critérios estabelecidos pela IHAC, a complexidade e ao longo processo da avaliação

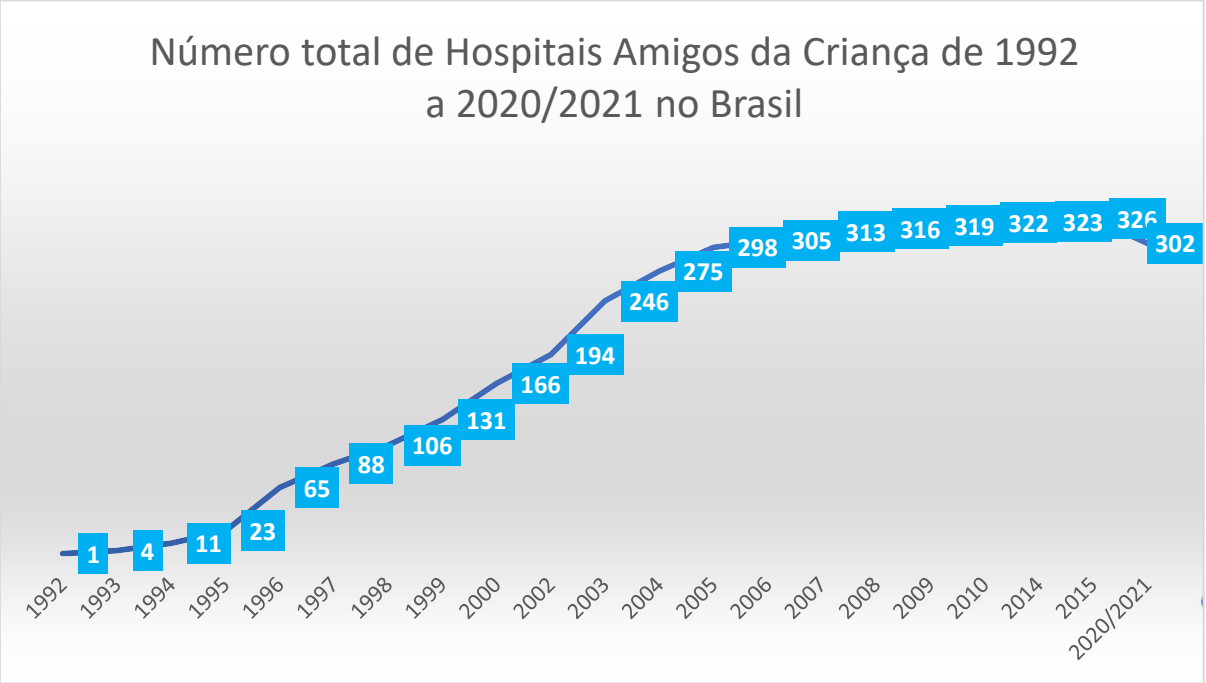

Figura 6. Total de Hospitais Amigos da Criança habilitados no período de 1992 a 2020/2021 no Brasil

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Data Sus e do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno[23,24,84,85]

externa da IHAC, bem como a desabilitação de 23 hospitais como HAC.[22] Em 2006, sete hospitais foram habilitados pela IHAC, com números ainda menores no período de 2008 a 2010 com três hospitais habilitados como HAC por ano e apenas um hospital em 2014.

[ii] Em homenagem ao fundador, Professor Fernando Figueira, o IMIP passou a chamar Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP.

Em 2015 foram registrados 323 HAC no país.[84,85] De acordo com dados do MS de 2020/2021, existem atualmente 302 HAC no Brasil.

Embora o HAC no setor privado possa contribuir positivamente nas taxas de aleitamento materno exclusivo,[14] de acordo com o SISAC, a plataforma online de monitoramento nacional da IHAC no país, 297 HAC são do setor público, e apenas cinco são do setor privado, sendo que a maioria dos HAC do setor privados são hospitais sem fins lucrativos, como os hospitais filantrópicos com administração própria (2), hospitais filantrópicos administrados por uma organização de saúde (2) ou hospital privado com fins lucrativos (1), conforme ilustrado na Figura 7.

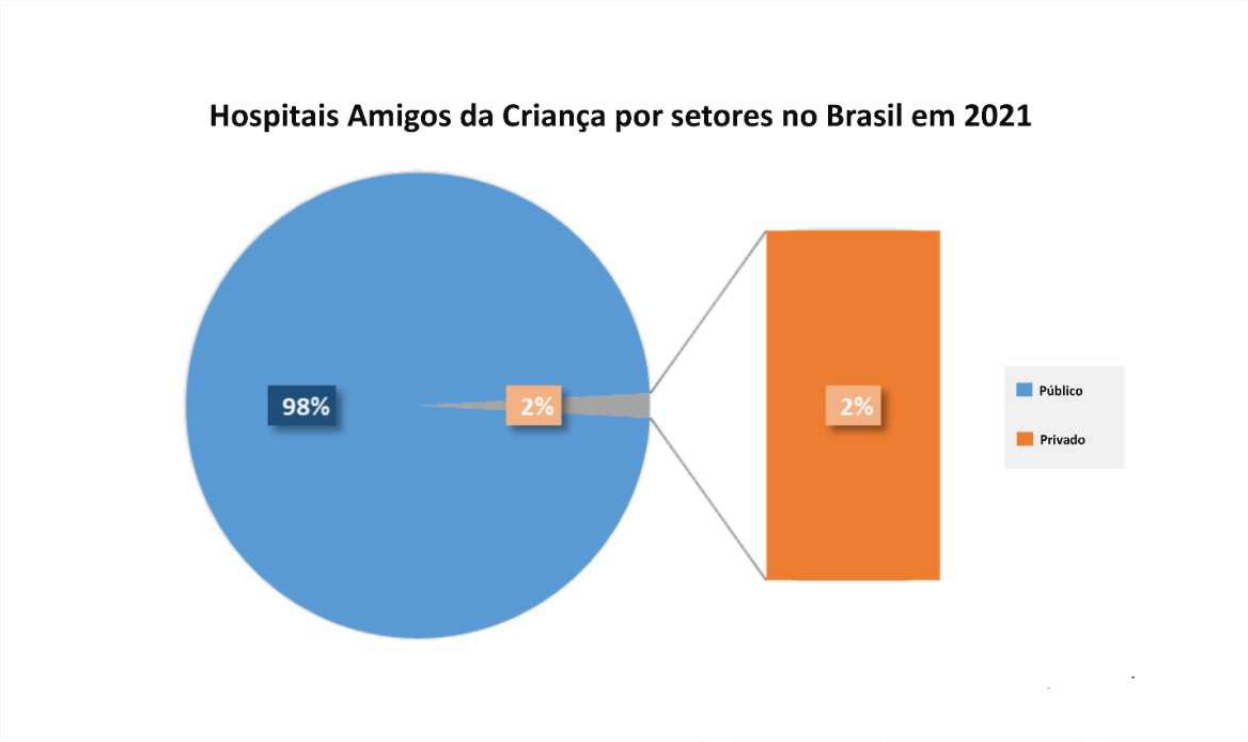

Figura 7. No Brasil 297 Hospitais Amigos da Criança são do setor público e 5 são do setor privado.[23,24]

Quanto à localização dos HAC no Brasil, a maioria está na região Nordeste (111), seguida pela região Sudeste (78), região Sul (55), região Centro-Oeste (34) e região Norte (24) com o menor número de HAC. Os estados brasileiros com maior número de HAC são os Estados de São Paulo (38), Ceará (25), Rio Grande do Norte (24), Minas Gerais (22) e Paraná (21),conforme mostra na Figura 8.[23,24.85] Entre os 25 HAC desabilitados de 2017 a 2020,[23] em 2017 dois hospitais foram desabilitados no Estado de Minas Gerais; em 2018, foram três hospitais desabilitados no Estado do Ceará e um hospital no Estado do Pará; em 2019, foram quinze hospitais desabilitados no Estado do Maranhão e em 2020 quatro hospitais desabilitados no Estado da Paraíba.[23] Dentre os motivos da desabilitação no período de 2017 a 2020, inclui razões como desinteresse em manter o título de HAC (1), hospitais que não realizam mais partos (9), e hospitais há mais de seis anos sem a reavaliação da IHAC trienal (15).[23]

Os principais fatores que influenciaram negativamente a avaliação e reavaliação global da IHAC no Brasil incluíram a falta de avaliadores da IHAC e a escassez de recursos financeiros do governo federal para apoiar as viagens dos avaliadores.[77] Outra

barreira está relacionada à dependência com o orçamento disponível do MS do Brasil para reembolso financeiro aos HAC pelas práticas na promoção do parto normal, quando o HAC deveria receber 17 por cento de reembolso por parto normal ou 8,5 por cento por cesariana.[77]

Apesar do número crescente de HAC que foram desabilitados, a IHAC continua cobrindo todos os estados do Brasil. No entanto, menos de 10 por cento dos hospitais com maternidades no país são HAC. Mas, como quase todos os nascimentos ocorrem em hospitais, aproximadamente 25 por cento dos nascidos vivos do país nascem em um HAC.[86]

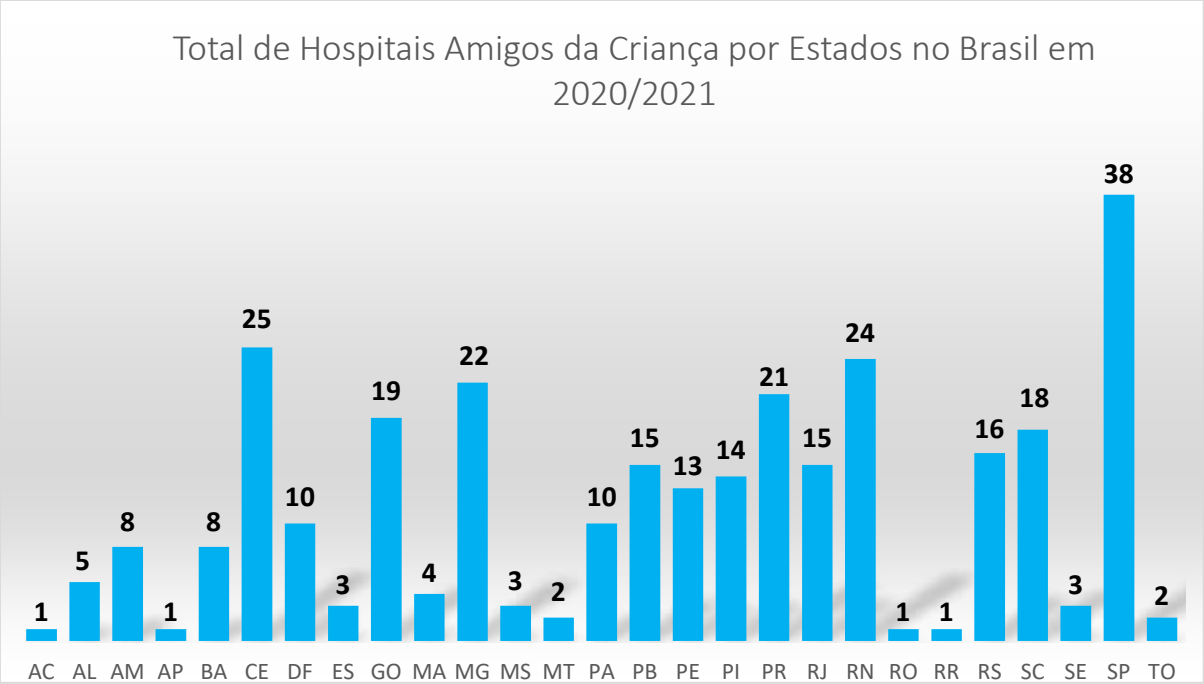

Figura 8. Número de Hospitais Amigos da Criança por Estados e Distrito Federal no Brasil em 2020/2021[23,24,85]

As taxas de aleitamento materno no Brasil aumentaram no período de 2006 a 2019; mais especificamente, a prevalência do aleitamento materno exclusivo até quatro meses em 1986 foi de 2,9 por cento, e passando para 23,9 por cento em 1996, depois com a prevalência de aleitamento materno até seis meses para 37,1 por cento em 2006, e 45,7 por cento em 2019.[87] É claro que vários foram os determinantes para o aumento das taxas de aleitamento materno, dentre eles as diversas políticas públicas, programas, estratégias, ações, portarias, leis e decretos relacionados à saúde materno-infantil com impacto direto e indireto na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, que conjuntamente proporcionaram um contexto mais favorável para as práticas de amamentação, mesmo para em hospitais não habilitados pela IHAC.

Mesmo assim o processo de habilitação dos HAC não foram uniformes ao longo desses anos, com variações em função das políticas públicas relacionadas à assistência à mulher e à criança, assim como o apoio da gestão estadual, municipal e hospitalar, além de disponibilidade de recursos financeiros nessas três esferas de gestão para todo o processo de habilitação de hospitais pela IHAC.

A IHAC passou por uma segunda revisão sob a liderança da OMS e com o apoio de parceiros como o UNICEF em 2018, revisando e reformulando os Dez Passos originais

pela primeira vez desde sua criação.[36] A 71ª Assembleia Mundial da Saúde de 2018 solicitou aos países membros para "revigorar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, inclusive promovendo a integração total das Dez Passos revisados, em esforços e programas voltados para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde materna, neonatal e infantil." [88 (p.2)] A versão revisada da IHAC em 2018 ainda não foi adotado no Brasil.

Desafios dos Hospitais Amigos da Criança para atender aos padrões da IHAC no Brasil

O início tardio da amamentação e a suplementação artificial podem estar relacionados a diversos fatores. De acordo com um estudo transversal realizado em quinze hospitais com maternidade do SUS com mais de 1000 partos por ano no município do Rio de Janeiro, a demora do resultado do teste rápido para o HIV, o parto cesáreo, a ausência de ajuda para iniciar a amamentação na sala de parto, a separação do recém-nascido da mãe por mais de uma hora, e bem como o uso de chupeta e intercorrências com a mulher ou recém-nascido foram os fatores associados para a suplementação ao leite materno aos recém nascidos no alojamento conjunto das maternidades.[89]

Outro estudo em cinco hospitais habilitados pela IHAC pertencentes ao Sistema de Gestação de Alto Risco do SUS no município do Rio de Janeiro também mostrou que o resultado do teste para o HIV disponível apenas após o parto influenciou o início da amamentação.[90] A falta de apoio da equipe do hospital com uma escuta qualificada, adotando-se habilidades para comunicação, como o aconselhamento em amamentação, seja na sala de parto como também no alojamento conjunto para esclarecer dúvidas das mulheres sobre o manejo clínico da amamentação, podem contribuir para o insucesso da amamentação na maternidade.[91] Além disso, o período menor de internação, principalmente das mulheres primíparas, pode estar entre os fatores que dificultam tanto a iniciação da amamentação na maternidade como também a manutenção do AME.[92]

No domicílio, as pressões, principalmente das avós para o desmame e introdução de outros alimentos para a criança é uma realidade.[93] Portanto, é fundamental trabalhar os processos clínicos integrados nas Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado, desde o pré-natal vinculando a gestante para a maternidade de referência. Ações em educação permanente com mães e profissionais de saúde devem ser apoiadas pelos gestores, numa política favorável ao aleitamento materno na APS que consiste não apenas quando a mulher procura por ajuda, mas através de intervenção continua em prol da amamentação tanto durante a gestação e após o parto que podem influenciar positivamente a duração da amamentação entre os recém-nascidos a termo[94,95] e entre os recém-nascidos prematuros.[27]Uma boa oportunidade é a disseminação com a integração destes conhecimentos na APS para alcançar as unidades de saúde vinculadas as maternidades.[27]

Além disso, os desafios encontrados no contexto da pandemia COVID-19. Na ausência de estudos quanto ao COVID-19 e a IHAC, tem sido enfatizado os benefícios do aleitamento materno.[96-99] A IHAC na pandemia do COVID-19 têm enfrentado dificuldades, diante das mudanças nas rotinas da APS e dos hospitais e da diminuição do acesso a serviços como o pré-natal.[100] Os HAC tem enfrentado um fardo duplo para adotar os protocolos nacionais de COVID-19 apropriados e se manterem comprometidos com a IHAC, garantindo o padrão ouro de nutrição para o recém-nascido. Um exemplo é o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, um HAC em Recife, que desde o início da pandemia de COVID-19 tornou-se um hospital de referência 100 por cento para COVID-19, atendendo apenas grávidas, mulheres no período perinatal e

recém-nascidos com caso confirmado ou suspeito de COVID-19 de todos os municípios do Estado de Pernambuco.

Conclusões

O Brasil é um país de extensão territorial continental e avançar na habilitação de novos hospitais pela IHAC têm sido um desafio. Com menos de dez por cento de hospitais com maternidade habilitados pela IHAC, ainda há muito a se avançar para ampliar o número de crianças que nasçam em um HAC no Brasil. Garantindo assim, um parto mais respeitoso e com mais chances de recém-nascidos serem amamentadas ainda na primeira hora de vida e saírem em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar; por sua vez, frequentemente levam a períodos mais longos de aleitamento materno exclusivo e parcial.

Sem dúvida, houve uma estagnação do número de hospitais habilitados pela IHAC no Brasil, por exemplo, em 2004 eram 301 HAC, enquanto atualmente em 2021 são 302 HAC no país. Além disso, não há atenção da IHAC no setor privado. Por outro lado, é incerto se o Brasil adotará a versão da IHAC 2018, considerando vários programas existentes como o Marco Legal da Primeira Infância, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - EAAB, o Método Canguru, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, bem como a Rede Cegonha. Considerando a visão política, programática e de coordenação de que esses programas estão preenchendo as lacunas da IHAC. Mas, no âmbito da Gestão e Articulação Política, a IHAC ainda é um componente da atual Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno do país. Em contrapartida, são necessários mais estudos para investigar se os inúmeros programas em prol da saúde da mulher e da criança influenciam as taxas de aleitamento materno, mesmo com a maioria dos hospitais do país não habilitados pela IHAC.

Por exemplo, com hospitais do setor privado cumprindo informalmente alguns dos padrões da IHAC.

Embora conquista nas licenças-maternidade e paternidade no setor público, apoio ao aleitamento materno no local de trabalho da mulher nos setores públicos e privados e áreas públicas com diversos benefícios para o bebê, família e sociedade, bem como as práticas alinhadas à IHAC no período neonatal, com destaque para a IHAC-Neo, atualmente há vários desafios, entre eles, o avanço da IHAC, que está sob a gestão federal, estadual e municipal, bem como dos gestores das instituições e seus colaboradores locais. Embora o Brasil também tenha diversas portarias, leis federais, decretos de lei de proteção à saúde da mulher, neonatal e da criança, a IHAC mais uma vez precisa ser priorizada nas políticas públicas de atenção à mulher e à criança, como ocorreu na década de 1990 quando havia participação ativa de integrantes dos comitês, sejam os comitês locais ou nacional. O Comitê Nacional de Aleitamento Materno do MS teve uma influência imensa, mas foi extinto em 2019.

O Brasil ainda é considerado um dos países com maior prevalência de aleitamento materno no mundo, com prevalência de AME por seis meses de 45,7 por cento em 2019. No entanto, para alcançar a meta global de nutrição materna, infantil e de crianças pequenas para 2030 de 70% em aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, o Brasil precisará de desenvolver uma nova estrutura para aumentar as taxas de aleitamento materno. Será necessário reestruturar a IHAC por meio do MS do Brasil junto com parceiros e colaboradores, levando em consideração a pandemia de COVID-19, para que continue sendo uma das iniciativas mais eficazes e sustentáveis relacionadas à implementação da saúde da mulher e da criança no país. Certo que os HAC são referências em qualidade e humanização da assistência durante a gestação, parto, nascimento e no período neonatal precoce. Por fim, é imprescindível atuar nos processos clínicos de integração da

IHAC às Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como coordenadora da assistência desde o pré-natal, vinculando a gestante ao hospital de referência com maternidade.

Financiamento
O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses
Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos
Agradecemos às Dras. Keiko Teruya, Vilneide Braga Serva, e Sra. Darley Lacombe (Design gráfico).

Crédito das fotos
Página do artigo e Figura 1 - ©Hospital Amigo da Criança Guilherme Álvaro
Figura 5 – ©Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Referencias

1. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Pædiatr. 2015;104:114-34. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.13127

2. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. 1981. https://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf

3.World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO. 1989. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf

4. UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. 1 August,1990. Florence, Italy. New York: UNICEF. http://worldbreastfeedingweek.org/2018/wp-content/uploads/2018/07/1990-Innocenti-Declaration.pdf

5. World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: WHO. 2009. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43593

6. Labbok MH. Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion. Breastfeeding Medicine. 2012;7(4):210-222. https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0066

7. UNICEF, World Health Organization. Countries experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative, Compendium of cases studies from around the world. New York: UNICEF HQ, 2017. https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/BFHI_Case_Studies_FINAL_.pdf

8. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO. 2003. https://www.who.int/publications/i/item/9241562218

9. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet 2016;387(10017):491-504. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869576/

10. Venancio SI, Saldiva SR, Escuder MM, Giugliani ER. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. J Epidemiol Community Health. 2012;66(10):914-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080818/

11. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. Am J Public Health. 2003;93(8):1277–1279. https//www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447954/

12. Atchan M, Davis DL, Foureur MJ. The impact of the Baby Friendly Health Initiative in the Australian health care system: A critical narrative review of the evidence. Breastfeeding Rev.2013;21(2):15-22. https://www.researchgate.net/publication/255984071

13. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospital Influence Breastfeeding Duration on a National Level. Pedatrics. 2005;116(5):e702 - e706. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16263985/

14. Clermont A, El Gemayel J, Hammoud R, Wang J, Beciu H, Sinno M, et al. Effects of a 'Baby-Friendly Hospital Initiative' on exclusive breastfeeding rates at a private hospital in Lebanon: an interrupted time series analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021;21:385. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03816-3

15. Silva OLO, Rea MF, Venânio SI, Buccini GS. The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2018;18(3):481-489. https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300003

16. Kris Y W Lok KYW, Chow CLY, Fan HSL, Chan VHS, Tarrant M. Exposure to baby-friendly hospital practices and mothers' achievement of their planned duration of breastfeeding. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):261. https://doi.org/10.1186/s12884-020-02904-0

17. Horta B L, Bahl R, Martinés JC,Victora, CG, World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. 2007. Geneva: WHO. 52p. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43623

18. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar J, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. The Lancet. 2016;30(387):475-490. https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901024-7

19. Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. Adv. Biomed Res. 2014;3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929058/#__ffn_sectitle

20. Escamilla RP, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Maternal & Child Nutrition. 2016;12: 402 – 417. https://doi.org/10.1111/mcn 12294

21. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. Rev Paul Pediatr. 2019;37(4):486-493. http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/

22. Lamounier JÁ, Bouzada MC, Janneu MA, Maranhao AG, Araujo MF, Vieira GO, Vieira TO. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. Rev Paul Pediatr.2008;26(2):161-9. https://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a12v26n2.pdf

23. Ministério da Saúde (BR). CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. DataSus, 2021. http://cnes.datasus.gov.br/

24. Ministério da Saúde (BR). Datasus SISAC. Sistema de monitoramento on line da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Ministério da Saúde, 2020 http://sisac.datasus.gov.br/saudedacrianca/ihac/

25. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Políticas de aleitamento materno da maternidade do HU/UFSC, 2020. https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/saude/maternidade/central-de-incentivo-ao-aleitamento-materno/PoliticasaleitamentomaternoHUUFSC1.pdf

26. Dusso MI. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais em um hospital universitário: implementação, adesão e sustentabilidade das práticas. PhD thesis. Nursing School of Ribeirão Preto; 2018. https://doi.org/10.11606/T.22.2019.tde-20052019-200404

27. Lamounier JA. Breastfeeding in preterm infants: public health policy in primary care. Rev. Paul. Pediatr. 2016;34(2):137-138. http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.011

28. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative congress (BFHI congress), October 24-26, 2016, Executive Board Room, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland; 2016. https://www.who.int/news-room/events/detail/2016/10/24/default-calendar/baby-friendly-hospital-initiative-congress-(bfhi-congress)

29. Knobel R, Lopes TJ, Menezes MO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto ML. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification - Taxas de cesariana no Brasil de 2014 a 2016: Análise transversal utilizando a classificação de Robson. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2020;42(09). https://doi.org/10.1055/s-0040-1712134

30. Rocha NF, Ferreira J. The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review. Saúde Debate Rio de Janeiro. 2020;44(125):556-568. https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521

31. Ministério da Saúde (BR). Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha. 2011 http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/MANUAL_PRATICO_MS_IMPLEMENTACAI_REDE_CEGONHA.pdf

32. UFMG, SUS. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, 2018 https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/

33. World Health Organization. Sixty-Fifth World Health Assembly, May 21-26, 2012, WHA65/2012/REC/1, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf

34. World Health Organization. Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf;jsessionid=F9B8FF90AA71C231A98680CC3AA4596A?sequence=1

35. World Health Organization, UNICEF. Discussion paper - The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030. 2017 [cited 2021 Oct 22]. 12 p. https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?ua=1%EF%BC%8C2018%E5%B9%B43%E6%9C%8822

36. UNICEF, World Health Organization. Implementation Guidance. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative, 2018. Geneva: WHO. 52 p. https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943

37. UNICEF, World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The baby-friendly Hospital initiative for small, sick and preterm newborns. 2020, Geneva: WHO. 42 p. https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648

38. Araujo MF, Schmitz BA. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(2):91-9. https://www.researchgate.net/publication/242596111

39. Organizacion Panamericana de la Salud. La Iniciativa hospital amigo del nino em America Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Washington, DC: OPS, 2016. 64 p. https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829

40. Ministério da Saúde (BR). Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança – 70 Anos de História. 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf

41. De Alencar SM. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: Issler H (ed.) O Aleitamento Materno no Contexto Atual – Politicas, Pratica e Bases Cientificas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 70-101.

42. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. 2013/2020. http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude

43. Ministério da Saúde (BR). Normas Básicas Para Alojamento Conjunto. Brasília: MS. 1993 http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf

44. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2019. Brasília: CONANDA, Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. 2019. https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf

45. De Carvalho MR. ENAM, Encontro Nacional de Aleitamento Materno: resumo histórico. In: De Carvalho MR (ed.) Aleitamento.com. 2020. http://www.aleitamento.com/promocao/conteudo.asp?cod=2320

46. Serva VM. Semana Mundial da Amamentacao: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2011;11(3):213-216. https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a01v11n3.pdf

47. FioCruz. Rede Global de Bancos de Leite Humano. Normas Gerais para Bancos de Leite Humano.1995. http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf

48. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública. 2003;19(Sup.1):S37–S45. https://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a05v19s1.pdf

49. Fundação Oswaldo Cruz, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. 19 de maio é o "Dia Nacional de Doação de Leite Humano." https://rblh.fiocruz.br/dia-mundial-de-doacao-de-leite-humano

50. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto – Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: MS. 2002 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf

51. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – O que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília: MS. 2018 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude fortalecimento.pdf

52. Ministério da Saúde (BR). Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso. Método Canguru. Manual Técnico. 2.ed. Brasília: MS; 2013 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf

53. Ministério da Saúde (BR). Lei do Acompanhante. 2017 https://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante

54. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Criança. 5ed. 2007 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_5ed.pdf

55. Ministério da Saúde (BR). Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 2017 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf

56. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal; 2019 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm

57. Ministério da Saúde (BR). A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde. Brasília: MS; 2016 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_marketing_produtos_interferem_amamentacao.pdf

58. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Saúde e Infância: a EBBS e a construção da PNAISC – conceitos e experiências. Revista Divulgação em Saúde Para Debate. 2016. file:///C:/Users/regin/Downloads/DIVULGA%C3%87%C3%83O_53-WEB-FINAL1.pdf

59. Ministério da Saúde (BR). Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. Portaria Nº2.395, de 7 de outubro de 2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html

60. Rede Amamenta Brasil – Os Primeiros Passos (2007 – 20010). Brasília: MS; 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf

61. Governo Federal, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Servidoras federais têm direito à licença-maternidade de seis meses. https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2008/12/not_ser_fed_tem_dir_lic_mat_sei_mes

62. Receita Federal. Programa Empresa Cidadã. 2016 https://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/programa-empresa-cidada/orientacoes

63. Ministério da Saúde (BR). Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS. Brasilia: MS; 2008 http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/outros/passo_a_passo_enpacs.pdf

64. Ministério da Saúde (BR). EMPACS - Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável – Boletim EMPACS. Brasília: MS; 2011 http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/outros/boletim_enpacs.pdf

65. Instituto Fernandes Figueira. Mulher Trabalhadora que Amamenta. 2019 https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/mulher-trabalhadora-que-amamenta/#:~:text=A%20a%C3%A7%C3%A3o%20Mulher%20Trabalhadora%20que,e%20Apoio%20ao%20Aleitamento%20Materno

66. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia Para a Implantação de Salas de Apoio a Amamentação Para a Mulher Trabalhadora. Brasília: MS; 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implantacao_salas_apoio_amamentacao.pdf

67. Cartilha Para a Mulher Trabalhadora Que Amamenta. 2ed. Brasília: MS; 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta_2020.pdf

68. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Brasil Carinhoso. 2017 https://www.fnde.gov.br/programas/brasil-carinhoso

69. Ministério da Saúde (BR). Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf

70. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

71. Ministério da Economia (BR). Servidores Públicos passam a ter direito a vinte dias de licença-maternidade. 2016 https://www.gov.br/economia/pt-

br/assuntos/planejamento/relacoes-de-trabalho/servidores-publicos-passam-a-ter-direito-a-vinte-dias-de-licenca-paternidade

72. Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Lei nº 13.435, de 12 de abril de 2017. Institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno ; 2017 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13435.htm

73. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Criança é ferramenta importante para acompanhamento integral da saúde infantil. 2020 https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/caderneta-da-crianca-e-ferramenta-importante-para-acompanhamento-integral-da-saude-infantil

74.Vannuchi MT, Sentone AD, Monteiro CA, Réa MF. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um Hospital Universitário. Cienc Biol Cuid Saude. 2002;3(1). https://www.researchgate.net/publication/47658762_Implantation_of_the_Baby_Friendly_Hospital_initiative_at_a_University_Hospital_Implantacao_da_iniciativa_Hospital_Amigo_da_Crianca_em_um_hospital_universitario

75. Marli T Oliveira Vannuchia MT, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SF. Matsuoe T. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit. Rev. Saúde Pública. 2004;38(3). file:///E:/WRITING%20ARTICLES/ARTIGOS%20IHAC/The%20Baby-Friendly%20Hospital%20Initiative%20and%20breastfeeding%20in%20a%20neonatal%20unit.pdf

76. Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014 http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf

77. UNICEF, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative Compendium of case studies from around the world. New York: UNICEF, 2017. 60p. https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/BFHI_Case_Studies_FINAL_.pdf

78. Esteves TM, Daumas R, Oliveira MI, Andrade CA. Fatores associados ao inicio tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saude no Municipio do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2015;31(11):2390-2400. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00123114

79. Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, UNICEF. Manejo e Promoção do Aleitamento Materno – Curso de 18 horas para equipes de maternidade. 1993. New York: UNICEF.

80. World Health Organization, Wellstart International. Promoting breast-feedingin health facilities: a short course for administrator and policy-makers. 1996 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63191/WHO_NUT_96.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

81. World Health Organization, UNICEF. Breastfeeding Counselling: A Training Course – Trainer's Guide. 1993. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf

82. World Health Organization. HIV and infant feeding counselling : a training course. 2000 https://apps.who.int/iris/handle/10665/66194?search-result=true&query=Breastfeeding+and+HIV+counselling+training+course&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc

83. IBFAN Penang, International Code Documentation Centre – ICDC. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and relevant WHA resolutions. 2016 https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12718/pdf/1.4._the_code_and_wha_resolutions_icdc_2016.pdf

84. Ministério da Saúde (BR). Portal Brasil. Relação dos Hospitais Amigos da Criança, Brasil 2015. [updated 2016 Jan]. http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf

85. Ministério da Saúde (BR). Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Dados do número de hospitais que possuem leitos obstétricos no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. 2020 http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiobsbr.def

86. Ministério da Saúde (BR). TabNet. DataSus. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2019 http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def

87. ENANI. Relatório Preliminar do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil. 2020 https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf

88. World Health Organization. The Seventy-first World Health Assembly, WHA71.9. Agenda item 12.6 26 May 2018 Infant and young child feeding; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R9-en.pdf?ua=1

89. Lopes FO, Oliveira MI, Brito AS, Fonseca VM. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013;18(2):431-9. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200014

90. Oliveira MI, Silva KS, Gomes SCJ, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. Rev. Saúde Pública. 2010;44(1):60-9. https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100007

91. Bueno LG, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J. Pediatr. (Rio J.). 2004;80(5)S126. https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700003

92. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding Outcome Comparison by Parity. Breastfeeding Medicine. 2015;10(3):156-162. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25549051/

93. Ângelo BHB, Pontes CM, Leal LP, Gomes MS, Silva TA, Vasconcelos MGL. Práticas de apoio das avós à amamentação: Revisão Integrativa. Rev. Bras. Saúde

Matern. Infant. 2015;15(2):161-170. https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200002

94. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, Labbok MH, Fletcher J, Bernstein PS. Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intensity. American Journal of Public Health. 2014;104(S1):S119-127. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011096/pdf/AJPH.2013.301360.pdf

95. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. Ciênc.Saúde Coletiva 2018;23(4). https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016

96. Chaves RG, Lamounier JA, Santiago LB. Aleitamento materno e terapêutica para a doença coronavírus 2019 (COVID-19) Resumo. Residência Pediátrica. 2020 https://doi.org/10.25060/residpediatr

97. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Aleitamento materno e a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) Informações científicas 23 de junho de 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52479/OPASWBRACOVID-1920091_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

98. World Health Organization. Definition and categorization of the timing of mother-to-child transmission of SARS-CoV-2. Scientific Brief. 2021. 8 p. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/WHO-2019-nCoV-mother-to-child-transmission-2021.1-eng.pdf

99. UNICEF. Amamentar com segurança durante a pandemia de COVID-19 - Como nutrir o bebê seguindo as orientações de especialistas. 2020 https://www.unicef.org/brazil/amamentar-com-seguranca-durante-pandemia-de-COVID-19

100. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. 2020 http://www.iff.fiocruz.br/pdf/COVID19_saude_crianca_adolescente.pdf

101. Folha de Pernambuco. Imip vira referência para atender possíveis casos de coronavírus no Estado. 2020 https://www.folhape.com.br/noticias/imip-vira-referencia-para-atender-possiveis-casos-de-coronavirus-no-es/130420/