



Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência

**Guia Operacional para
Profissionais de Apoio
e Administradores
de Programas nas
Situações de Emergência.**

**Desenvolvido pelo
Grupo Central IFE**

Versão 2.1 – Fevereiro de 2007

Histórico

O Guia Operacional foi produzido inicialmente em 2001 pelo Grupo de Trabalho Interagencial para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência. Este Grupo de Trabalho incluiu membros do Grupo Central para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Emergências (IFE em inglês), grupo de colaboração interagencial preocupado com o desenvolvimento de materiais de capacitação e guias sobre políticas correlatas em alimentação de lactentes e crianças pequenas em situação de emergência. A versão 2.0 foi produzida em Maio de 2006 por membros do Grupo Central IFE (UNICEF, OMS, ACNUR, PMA, IBFAN-GIFA, CARE USA, Fondation Terre des Hommes (TdH) e coordenada pela Rede de Nutrição em Emergências (ENN em inglês). Esta versão (2.1, de Fevereiro de 2007) inclui a seção 6.0 re-estruturada, para clarear alguns pontos, baseada em experiências de campo e de implementação. O Grupo Central IFE agradece a todos aqueles que lhe assessoraram e contribuíram nesta e nas edições passadas.

Missão

Este documento colabora na aplicação prática *dos Princípios Diretores para a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergências* (OMS, (1), da *Declaração de Políticas e Estratégias para a Alimentação de Lactentes em Situações de Emergências* (ENN, (2) e do *Código Internacional para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno* e posteriores resoluções pertinentes da Assembléia Mundial de Saúde (AMS, (3). Atende ao Projeto Esfera (4) e a outras normas internacionais de emergência^a. Além disso é uma contribuição aos gestores, planejadores e doadores para que cumpram com as responsabilidades apontadas pela Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, da UNICEF/OMS^b, pelo Artigo 24 da Convenção dos Direitos da Criança^c e pela *Chamada para Ação contida na Declaração de Innocenti 2005 sobre Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas* acolhido de forma unânime pela Assembléia Mundial de Saúde em 2006^d.

Objetivo

O objetivo deste documento é proporcionar um guia conciso e prático (porém não técnico) sobre como garantir uma adequada alimentação aos lactentes e crianças pequenas em situações de emergência. Diversos elementos também são aplicáveis em situações não emergenciais.

Público Alvo

O Guia Operacional está focado especialmente nos lactentes e crianças menores de 2 anos e nos seus cuidadores, reconhecendo sua especial vulnerabilidade em situações de emergências.

É dirigido ao pessoal de apoio e aos administradores de programas de todas as agências que trabalham nas situações de emergência, incluindo governos nacionais, agências da Organização das Nações Unidas (ONU), organizações não governamentais (ONGs) nacionais e internacionais e doadores. Aplica-se às situações de emergência em todos os países e se estende às situações não emergenciais, particularmente no que se refere ao período de preparo para enfrentar as situações de emergência.

Desenho

Iniciando com um resumo de pontos-chaves, este documento está organizado em seis seções de passos práticos, com referências (*Seção 7*), contatos-chaves (*Seção 8*) e definições (*seção 9*) incluídas no final. A informação de suporte sobre como implementar o Guia está referenciada no decorrer do documento (1-30). Os documentos de apoio para a mídia e público em geral podem ser encontrados em (2, 8). A avaliação e o manejo da desnutrição severa em lactentes e crianças pequenas não são abordados neste documento (*veja (9) e (24b) para obter as fontes dessas informações*).

Retro-alimentação e apoio

Nós, do Grupo Central IFE, estimulamos a retro-alimentação sobre este documento e sua implementação na prática. Além disso, estamos instituindo agências de apoio ao Guia Operacional. Nós definimos uma agência de apoio onde o Guia Operacional estiver alinhado com sua própria agência política e/ou quando estiver alinhado com o pensamento de sua agência e sua posição for a de que quer trabalhar nessa direção. É possível inscrever uma agência de apoio para o Guia Operacional e encontrar uma lista atualizada dos apoiadores por Internet, no endereço: <http://www.enonline.net> ou por meio do contato:

IFE Core Group c/o Emergency Nutrition Network, 32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK. Tel: +44 (0)1865 324996, fax +44 (0)1865 324997; email: ife@enonline.net <http://www.enonline.net>

A atenção cuidadosa com a alimentação infantil e o apoio às boas práticas podem salvar vidas. A preservação da amamentação, em particular, é importante não só durante o curso de qualquer emergência, como também constitui um impacto na saúde infantil e nas decisões futuras sobre alimentação tomadas pelas mulheres. Todas as comunidades têm costumes e tradições sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas. É importante entendê-las e trabalhar com elas de maneira sensível promovendo sempre as melhores práticas.

Conteúdo

PONTOS CHAVES	5
PASSOS PRÁTICOS (1-6)	
1 Ratificar ou Desenvolver Políticas	6
2 Capacitação de pessoal	6
3 Coordenar Operações	7
3.1 Coordenação da emergência.....	7
3.2 Construção da capacitação e do apoio técnico	7
4 Avaliar e Monitorar	8
4.1 Informações chaves.....	8
4.2 Avaliações rápidas	8
4.3 Informação chave adicional <i>Incluindo qualitativa (4.3.1) e quantitativa (4.3.2)</i>	8
5 Proteger, Promover e Apoiar a Alimentação Ótima de Lactentes e Crianças Pequenas com Intervenções Integradas Multissetoriais	10
5.1 Intervenções básicas	10
<i>Incluindo rações alimentares gerais (5.1.1), alimentação complementar e micro-nutrientes (5.1.2 - 5.1.5), registro de recém-nascidos (5.1.6, 5.1.7), apoio aos seus cuidadores (5.1.8, 5.1.9)</i>	
5.2 Intervenções técnicas.....	12
<i>Incluindo capacitação (5.2.1), desenvolvimento e integração dos serviços (5.2.2 - 5.2.5), considerações sobre HIV e AIDS (5.2.7, 5.2.8)</i>	
6 Minimizar os Riscos da Alimentação Artificial	14
6.1 Manejando as doações e suprimentos de SLM.....	14
6.2 Estabelecer e implementar critérios para a indicação e o uso.....	15
6.3 Controle da entrada	16
<i>Incluindo as responsabilidades das agencias doadoras(6.3.1), tipo e origem da fórmula infantil (6.3.2), rotulagem (6.3.3), condições de suprimento (6.3.4),e mamadeiras e bicos(6.3.6)</i>	
6.4 Controle do manejo e da distribuição	17
7 Contatos Chaves	19
8 Referências	22
8.1 Políticas e Diretrizes.....	22
8.2 Documentação de defesa	22
8.3 Informação Técnica.....	22
8.4 Materiais para Capacitação.....	24
8.5 Avaliação, Monitoramento e Evolução.....	25
9 Definições	26

PONTOS CHAVES

1. O apoio adequado e oportuno à alimentação para lactentes e crianças pequenas nas situações de emergência (Alimentação Infantil em Emergências: AIE) salva vidas.
2. Todas as agências devem endossar ou desenvolver uma política sobre AIE. Tal política deve ser amplamente difundida a todo corpo de pessoal. As agências devem ajustar seus procedimentos de acordo com essas políticas e respeitar a sua implementação. (*Seção 1*).
3. As agências devem garantir a capacitação e a orientação de seu pessoal técnico e não técnico em AIE, usando os materiais disponíveis para capacitação (*Seção 2*).
4. Dentro do conglomerado de organizações de resposta humanitária que integram o Comitê Permanente Interagencial (CPI) das Nações Unidas (ONU), o UNICEF é provavelmente a agência responsável da ONU pela coordenação da AIE em campo. Além disso, outras agências da ONU e ONGs têm uma importância chave ao atuar em estreita colaboração com o Governo (*Seção 3*).
5. Informações chaves sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas precisam estar integradas na rotina dos procedimentos de avaliação rápida. Se necessário, maiores e mais avaliações sistemáticas, com metodologias recomendadas podem ser conduzidas (*Seção 4*).
6. Medidas de aplicação simples devem ser estabelecidas para garantir que as necessidades das mães, lactentes e crianças pequenas sejam atendidas nas etapas mais precoces de uma emergência. O apoio aos outros cuidadores e às crianças com necessidades especiais, como, por exemplo, os órfãos ou crianças desacompanhadas, também deve ser estabelecido desde o início (*Seção 5*).
7. A amamentação e o apoio à alimentação adequada de lactentes maiores e crianças pequenas devem ser integrados nos outros serviços oferecidos à mães, lactentes e crianças pequenas. (*Seção 5*).
8. Os alimentos apropriados para satisfazer as necessidades nutricionais de lactentes maiores e crianças pequenas devem ser incluídos na relação de alimentos gerais para as populações dependentes de ajuda alimentar (*Seção 5*).
9. As doações (gratuitas) ou suprimentos subsidiados de substitutos do leite materno (como por exemplo, a fórmula infantil) devem ser evitados. As doações de mamadeiras e bicos devem ser rejeitadas nas situações de emergência. Qualquer doação bem intencionada, porém mal informada de substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos deve ser transferida para o controle de uma única agência selecionada. (*Seção 6*).
10. A decisão de aceitar, obter, usar ou distribuir fórmula infantil em uma emergência, deve ser feita por pessoal técnico informado, em consulta com a agência coordenadora, conduzida por agências técnicas e sob critérios rigorosos. (*seção 6*).
11. Os substitutos do leite materno, outros produtos lácteos, mamadeiras e bicos nunca devem ser incluídos na distribuição de alimentos em geral. Os substitutos do leite materno e outros produtos lácteos só devem ser distribuídos sob critérios rigorosos e reconhecidos e só devem ser proporcionados às mães ou aos cuidadores de lactentes que necessitem. O uso de mamadeiras e bicos nas situações de emergências deve ser vigorosamente evitado (*seção 6*).

1 Ratificar ou Desenvolver Políticas

- 1.1** Cada agência, em nível central, deve ratificar ou desenvolver uma política^e que contemple:
- A alimentação de lactentes e crianças pequenas em situações de emergências, enfatizando a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar adequada e oportuna.
 - O abastecimento, distribuição e uso de substitutos do leite materno (SLM), de produtos lácteos, alimentos infantis comerciais, equipamentos de alimentação infantil e o cumprimento do Código Internacional e Resoluções pertinentes da Assembléia Mundial de Saúde. (AMS)
- 1.2** As políticas devem ser amplamente difundidas, integrando-se às políticas de outras agências e adaptando os procedimentos em todos os níveis.

2 Capacitação de Pessoal

- 2.1** Cada agência deve garantir uma **orientação básica** para que todo o pessoal envolvido (nacional e internacional) apoie a alimentação adequada de lactentes e crianças pequenas em situações de emergência. Isto inclui reconhecer que as expectativas culturais e experiências pessoais dos profissionais podem ser obstáculos para a compreensão e implementação das práticas sugeridas e que, portanto, necessitam ser consideradas. *Os seguintes materiais para capacitação são recomendados: a política individual da agência (se houver), este Guia Operativo e os Módulos I e II da Alimentação Infantil em Emergências Interagencial (24a e 24b).*
- 2.2** Além disso, o pessoal de saúde e nutrição do programa necessitará de capacitação técnica sobre o uso, por exemplo, do Módulo II (24b) da “Alimentação Infantil em Emergências Interagencial”, que inclui as orientações sobre as diretrizes técnicas disponíveis (9-23), “Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treinamento” da OMS/UNICEF (26) e técnicas de relaxação (18).
- 2.3** Especialistas específicos em aconselhamento e apoio à amamentação, ou no treinamento de conselheiros em alimentação infantil, podem ser encontrados ao **nível nacional**, via Ministério da

Saúde, UNICEF, OMS, La Leche League ou grupos IBFAN (International Baby Food Action Network) ou **internacionalmente** por meio da ILCA (International Lactation Consultancy Association)^f, OMS, UNICEF e IBFAN-Geneva Infant Feeding Association (GIFA)^g.

3 Coordenar Operações

3.1 Dentro do conglomerado de organizações de resposta humanitária que integram o Comitê Permanente Interagencial (CPI) das Nações Unidas (ONU), é provável que o UNICEF seja a agência responsável da ONU pela coordenação da AIE em campo. Em uma operação de emergência é necessário o seguinte nível de coordenação:

- Coordenação de políticas: as políticas individuais das agências e as políticas nacionais devem proporcionar as bases para agregar a política específica a ser adotada nas operações de emergência.
- Coordenação intersetorial: as agências devem colaborar com relevantes reuniões das coordenações setoriais (saúde/ nutrição/ ajuda alimentar, água, saneamento básico e serviços sociais) para garantir a aplicação da política.
- Desenvolvimento de um plano de ação para operação de emergência que identifique as responsabilidades das agências e os mecanismos para prestação de contas.
- Difusão da política e planos de ação para as agências operacionais e não operacionais, incluindo os doadores e a mídia (por exemplo, para garantir que os comboios de ajuda e as doações cumpram os dispositivos do Código Internacional).
- Avaliação do sucesso das intervenções na alimentação de lactentes e crianças pequenas, sempre que cada operação de emergência termine.

3.2 As necessidades para a construção da capacitação e do apoio técnico entre parceiros operacionais devem ser avaliadas e relatadas pela coordenação. A menos que fundos adicionais possam ser assegurados para realizar as exigências identificadas, a coordenação e a qualidade das intervenções alimentares para lactentes e crianças pequenas serão seriamente prejudicadas.

4 Avaliar e Monitorar

- 4.1** Para determinar as prioridades de ação e de resposta, **informações chaves** sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas devem ser obtidas durante as avaliações. As equipes de avaliadores devem contar com ao menos uma pessoa que tenha recebido orientação básica sobre alimentação infantil em emergências (ver 2.1). As avaliações devem ser coordenadas e os resultados compartilhados com o todo corpo de coordenação.
- 4.2** As informações chaves a serem obtidas precocemente nos primeiros estágios da emergência, por meio de **avaliações rápidas** de rotina, das observações informadas e das discussões, compreendem:
- Um perfil demográfico, visando particularmente observar se os seguintes grupos são de representação majoritária ou minoritária: mulheres, lactentes e crianças pequenas, gestantes e crianças desacompanhadas^h.
 - As práticas predominantes de alimentação, incluindo o início precoce da amamentação exclusiva e se amas de leite são tradicionalmente utilizadas.
 - A visível disponibilidade de SLM, produtos lácteos, mamadeiras, chupetas e bombas tira leite nas populações afetadas por emergências e nos estoques das linhas de produção.
 - Qualquer informação sobre problemas na alimentação de lactentes e crianças pequenas, especialmente problemas de amamentação e dificuldades de acesso aos alimentos infantis complementares apropriados.
 - O acesso de lactentes órfãos aos alimentos, pré crise e o observado.
 - Os riscos com a segurança de mulheres e crianças.
- 4.3** Se a avaliação rápida indicar a necessidade de uma avaliação mais profunda, **informações chaves adicionais** devem ser obtidas como parte de uma análise detalhada das causas da má nutrição (3).
- 4.3.1** Usar métodos qualitativos para:
- avaliar a disponibilidade de alimentos adequados para alimentação complementar infantil na razão geral de alimentos e nos programas alimentares específicos.

- avaliar a salubridade do ambiente, incluindo a quantidade e a qualidade da água, combustível, sanitários, alojamentos e as condições para a preparação e cozimento dos alimentos.
- avaliar o apoio oferecido pelo serviço de saúde quanto à atenção pré-natal, parto, pós natal e quanto aos cuidados infantis.
- identificar os fatores que possam interromper a amamentação.
- identificar e avaliar a capacidade de potenciais provedores de apoio (nutrizes, trabalhadores de saúde capacitados, conselheiros, mulheres da comunidade com experiência).
- identificar os líderes nas vizinhanças, nas comunidades e centros de saúde locais que exerçam influência sobre as práticas alimentares de lactentes e crianças pequenas.
- Identificar as barreiras culturais ao uso da relactação, à extração de leite materno ou ao uso de amas de leite.

4.3.2 Usar métodos quantitativos, ou estatísticas rotineiras de saúde existentes, para estimar:

- O número de crianças acompanhadas e sozinhas, lactentes e crianças pequenas menores de 2 anos (dados estratificados por idade, de 0-< 6 meses, 6-<12 meses, 12-<24 meses), crianças de 24-<60 meses (2 a 5 anos), gestantes e nutrizes.
- A adequação nutricional das porções alimentares
- A morbidade e a mortalidade dos lactentesⁱ
- As práticas alimentares de lactentes e crianças pequenas, incluindo técnicas de alimentação (copo/mamadeira; métodos para estimular lactentes e crianças menores a aceitar a alimentação complementar) *(os detalhes ou indicadores padrões e metodologia para coletar informações encontraram-se em 28, 29 e 30)*
- As práticas alimentares pré crise (a partir de fontes de dados existentesⁱ) e as mudanças recentes
- A disponibilidade, manejo e uso dos SLM, copos, mamadeiras e chupetas a partir da observação informada, discussão e monitoramento *(um exemplo de formulário de monitoramento é encontrado em 24b)*

- 4.3.3 Manter registros para análises futuras e compartilhar experiências e práticas com outras agências e redes com o objetivo de ajudar com informações e aperfeiçoar os programas e as políticas (*veja a Seção 7 para contatos*).

5 Proteger, Promover e Apoiar a Alimentação Ótima de Lactentes e Crianças Pequenas com Intervenções Multissetoriais Integradas

5.1 Intervenções básicas

- 5.1.1 Garantir que as **necessidades nutricionais da população em geral sejam supridas**, prestando especial atenção ao acesso aos produtos básicos adequados utilizados como alimentos complementares para crianças pequenas^k. Em situações onde as necessidades nutricionais não estão sendo providas, uma alimentação geral em quantidade e qualidade deve ser defendida. Em situações em que os alimentos complementares são disponíveis, mas não em quantidade suficiente para a população em geral, considerar as gestantes e nutrizes como público alvo.
- 5.1.2 Onde os alimentos ricos em nutrientes estiverem faltando e até que eles sejam disponíveis, os suplementos de múltiplos micronutrientes devem ser dados às gestantes, às mulheres lactantes e às crianças de 6 a 59 meses^l. No entanto, **nas áreas endêmicas de malária**, a suplementação rotineira com preparados de Ferro e Acido Fólico não é recomendada em lactentes e crianças pequenas. A segurança dos preparados de ferro administrados por meio de fortificações caseiras dos alimentos complementares para lactentes e crianças pequenas, isto é, por meio de pós ou tabletes gordurosos comprimidos é desconhecida porque as pesquisas e as experiências são insuficientes. As recomendações correntes, portanto, enfatizam o tratamento da malária somado à deficiência de ferro, de acordo com as normas existentes^m.
- 5.1.3 **A alimentação complementar** para lactentes maiores (acima de seis meses) e crianças pequenas (12-<24 meses) nas emergências, pode conter:
- produtos básicos para uma dieta geral de ajuda alimentar, com suplementos de alimentos disponíveis localmente a preços razoáveis.
 - alimentos misturados enriquecidos com micro-nutrientes, como

por exemplo, a mistura de milho e soja ou trigo e soja (como parte da dieta geral, adicional ou suplementar).

- alimentos ricos em nutrientes adicionais, dentro dos programas de alimentação suplementar

- 5.1.4** Em todas as situações deve ser dada uma atenção especial ao valor nutritivo dos alimentos distribuídos aos lactentes e crianças pequenas, cujas necessidades nutricionais individuais com frequência não são cobertas pelos alimentos em geral. Deve-se selecionar alimentos ricos em nutrientes para crianças, enriquecidos ou não, levando-se em conta as possíveis deficiências de micro-nutrientes.
- 5.1.5** Onde a população é dependente de ajuda alimentar, os alimentos enriquecidos com micronutrientes também devem ser incluídos na dieta geral para lactentes maiores e crianças pequenas^k. Os Alimentos Terapêuticos Prontos para Uso (Ready to Use Therapeutic Foods - RUTF) são formulados para o manejo da desnutrição e não constituem um alimento infantil complementar adequado (*ver definição*)
- 5.1.6** Antes da distribuição de alimentos infantis industrializados (*ver definição*) em uma emergência, seu custo deve ser comparado com os alimentos locais de valor nutricional similar, assim como também deve ser considerado o risco de prejudicar as práticas tradicionais de alimentação complementar. Via de regra, os alimentos infantis industrializados, geralmente muito caros, são descabíveis nas situações de emergência.
- 5.1.7** Assegurar um recorte demográfico ao registrar as crianças menores de dois anos, com categorias específicas de idade: 0-<6 meses, 6-<12 meses, 12-<24 meses e 24-<60 meses (2 a 5 anos), para poder identificar o tamanho dos grupos potencialmente beneficiários.
- 5.1.8** Estabelecer o registro de recém-nascidos dentro das duas primeiras semanas de vida, com a finalidade de assegurar rapidamente o acesso ao direito à alimentação adicional para a mãe lactante e o direito ao apoio adicional para a amamentação (particularmente para manter a amamentação exclusiva) se for necessário.
- 5.1.9** Nos casos de refugiados e comunidades deslocadas, assegurar a existência de áreas de descanso durante o trânsito e providenciar, quando for culturalmente apropriado, áreas isoladas para amamentar. Classificar as pessoas recém chegadas para identificar as mães e lactentes que apresentem problemas severos

de alimentação e encaminhá-los para assistência imediata. Providenciar e estimular o apoio mãe-a-mãe se for culturalmente apropriado.

- 5.1.10** Assegurar para os cuidadores o acesso fácil e seguro à água potável, aos equipamentos sanitários e aos produtos alimentícios e não alimentícios.

5.2 Intervenções técnicas

- 5.2.1** Capacitar os trabalhadores de saúde, nutrição e agentes comunitários para a promoção, proteção e apoio à alimentação ótima para lactentes e crianças pequenas o mais cedo possível depois de deflagrada a emergência. Os conhecimentos e as aptidões devem servir para apoiar as mães e os cuidadores para manter, reforçar ou restabelecer a amamentação, usando a relactação, incluindo a possibilidade de usar um suplementador de leite materno (2, 18, 24b) *se for culturalmente apropriado e se existir condições para garantir a higiene (ver seção 6.2)*. Se a amamentação for impossível por parte da mãe natural, deve-se fazer a escolha adequada entre as alternativas: amas de leite, bancos de leite humano, fórmula infantil sem marca (genérica), fórmula infantil comercial adquirida localmente ou preparados caseiros de leites animais (2 e 24b).
- 5.2.2** **Integrar** e apoiar os treinamentos sobre aleitamento materno e alimentação de lactentes e crianças pequenas em todos os níveis de atenção a saúde: serviços de saúde reprodutivaⁿ, incluindo atenção pré-natal e pós-natal, planejamento familiar, parteiras tradicionais e serviços de maternidade (os 10 passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para o sucesso da amamentação devem fazer parte integrante dos serviços das maternidades em situações de emergência (2)); imunizações, monitoramento e promoção do crescimento, serviços de pronto socorro, programas de alimentação seletiva (suplementar e terapêutica) e serviços de saúde comunitários. Para assegurar o cumprimento deste trabalho, todas as agências locais devem estar envolvidas.
- 5.2.3** Providenciar áreas para aquelas mães e cuidadores que necessitem de apoio individual com a amamentação e com a alimentação de lactentes e crianças pequenas. Assegurar que a área onde se oferece apoio na alimentação artificial seja distinta daquela onde se apóia o aleitamento materno. Uma especial atenção deve ser

dada aos cuidadores com responsabilidades recentes e medidas especiais de supervisão devem ser tomadas para aquelas mulheres que possam estar voltando a produzir leite materno e usando concomitantemente a alimentação artificial e a amamentação, durante o processo de relactação.

- 5.2.4 Providenciar serviços que permitam suprir imediatamente as necessidades nutricionais e de cuidados, dos órfãos e de lactentes e crianças pequenas desacompanhados.
- 5.2.5 Proporcionar as informações e o apoio necessários para assegurar a correta preparação de alimentos suplementares infantis desconhecidos, distribuídos através de programas alimentares e assegurar que todos esses alimentos possam ser preparados de maneira higiênica. Ajudar os cuidadores a apoiar as crianças menores para que comam os alimentos disponíveis para essa faixa etária.
- 5.2.6 Enfatizar a prevenção primária do HIV através de meios, como as provisões de preservativos.
- 5.2.7 Quando a condição de HIV da mãe é desconhecida ou quando ela sabe que é HIV negativa, ela deve ser apoiada para amamentar seu bebê de acordo com as recomendações da alimentação ótima para lactentes e crianças pequenas (ver definição)°.
- 5.2.8 Mulheres HIV positivas devem ser apoiadas para tomar decisões informadas sobre alimentação infantil. Na maioria das situações de emergência, a alimentação de substituição ou a suspensão precoce da amamentação (ver definição) é uma opção que provavelmente não é **Aceitável, Factive, Acessível, Sustentável e Segura (AFASS)**. Os riscos de infecção ou de desnutrição, advindos do uso de alternativas ao leite materno, possivelmente são maiores que o risco de transmissão do HIV pelo leite materno. Portanto, o início precoce, a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses, como também a continuidade da amamentação até o segundo ano de vida, muito provavelmente são a melhor chance de sobrevivência para os lactentes e crianças pequenas nas situações de emergência. A decisão deve ser baseada nas circunstâncias individuais da mulher, mas também devem ser levados em consideração os serviços de saúde disponíveis e o aconselhamento e apoio que ela está recebendo. A alimentação mista, isto é, amamentação junto com SLM, é a pior escolha porque acarreta um maior risco de transmissão que a amamentação exclusiva.

Em quaisquer circunstâncias, devido à existência de lacunas nas investigações e nas experiências, é relevante consultar um superior para obter opiniões mais atualizadas (*ver as referencias 6, 7, 13, 14 e 25. Para obter evidências científicas mais atualizadas acesse: http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm*)

6 Minimizar os riscos de qualquer tipo de alimentação artificial

Nas emergências, a indicação e o uso, a aquisição, o manejo e a distribuição de SLM, outros produtos lácteos, mamadeiras e bicos, devem ser estritamente controlados, com base em recomendações técnicas e devem cumprir com o Código Internacional e todas as resoluções relevantes posteriores da AMS (4). A seção 6.1 fixa a posição sobre o manejo das doações de SLM e as responsabilidades das agencias que fornecem os SLM aos outros. As seções de 6.2, 6.3 e 6.4 esquematizam como controlar o fornecimento (comprado) de SLM.

6.1 Manejando as doações e suprimentos de SLM

- 6.1.1** Nas emergências, as doações de SLM não são necessárias e podem arriscar as vidas dos bebês. Esta informação deve ser passada aos doadores potenciais (inclusive governos e forças militares) e à mídia, ambos, nos preparativos anteriores às emergências e particularmente durante a fase precoce de resposta à situação de emergência.
- 6.1.2** Solicitar ou aceitar doações não solicitadas de suprimentos de SLM deve ser evitado. Ao contrário, as intervenções de ajuda com a alimentação artificial devem ser planejadas pelo “solicitador/ comprador” de suprimentos de SLM junto com as outras necessidades essenciais para o manejo da alimentação artificial, como combustível, equipamentos de cozinha, água e instalações sanitárias seguras, treinamento de pessoal e habilitação individual.
- 6.1.3** Qualquer doação imprevisível de SLM, produtos lácteos, mamadeiras e bicos deve ser recolhida por uma agencia já definida, de preferência no ponto de entrada da área de emergência, sob a direção do corpo de coordenação. Esta doação deve ser estocada até que o UNICEF ou a agencia designada como

coordenadora da nutrição, junto com o governo se funcional, desenvolvam um plano para seu uso seguro ou sua eventual destruição.

- 6.1.4** Uma agência somente deve ser a provedora de SLM à outra agência ou instituição, se ambas estiverem trabalhando juntas em parceria na resposta à situação emergencial, na área de saúde e nutrição, e as determinações do Guia Operacional e do Código Internacional estiverem sendo obedecidas e assim continuem durante toda a duração da intervenção.

6.2 Desenvolvendo e implementando critérios para a indicação e o uso

- 6.2.1** A Fórmula infantil só deve ser indicada a lactentes que necessitem dela, determinada pela avaliação de um trabalhador qualificado em saúde ou nutrição treinado em amamentação e alimentação infantil. A avaliação deve sempre explorar a possibilidade do uso de uma ama de leite ou de leite humano ordenhado e doado.
- 6.2.2** Exemplos de critérios para o uso temporário ou longo de fórmula infantil incluem ausência ou morte materna, mãe muito doente, mãe em processo de relactação, mãe HIV+ que escolheu não amamentar quando os critérios AFASS são obedecidos (veja 5.2.8), lactentes abandonados por suas mães, lactentes alimentados artificialmente anteriormente à situação de emergência, vítimas de estupro que não desejam amamentar (veja 24a e 24b). Deve-se tomar cuidado para que nenhum estigma acompanhe a escolha da fórmula infantil.
- 6.2.3** A distribuição de fórmula infantil individual a um cuidador deve estar sempre ligada à educação, à demonstração ombro a ombro, ao treinamento prático sobre a **preparação segura**⁹ e ao seguimento do bebê, no local de distribuição e em casa, por trabalhadores de saúde habilitados. O **seguimento do lactente** deve incluir o monitoramento regular do peso desde o momento da distribuição (não menos que duas vezes por mês).
- 6.2.4** Quando o uso de fórmula infantil for indicado, o UNICEF **treinará** e apoiará as agências que participarem da capacitação, os treinamentos, o pessoal e as mães em como preparar e usar a fórmula infantil de forma segura dentro do respectivo contexto.

6.2.5 A disponibilidade de combustível, água e equipamentos para a preparação segura de SLM a nível caseiro sempre deve ser analisada cuidadosamente, previamente à implementação de um programa de base caseira. Em circunstâncias em que esses itens não estiverem disponíveis e a preparação e o uso das fórmulas de forma segura não puderem ser assegurados, a reconstituição e o consumo local devem ser iniciados (pode ser chamada de “alimentação líquida”). Quando as condições forem consideradas adequadas para a alimentação artificial, uma avaliação constante é necessária, para que se assegure que aquelas condições continuem sendo mantidas.

6.3 Controle da entrada

6.3.1 As **agências doadoras**, considerando a consolidação de suprimentos de SLM e produtos lácteos, devem assegurar que as determinações do Guia Operacional e do Código Internacional sejam seguidas pela agência implementadora. Isso pode ter implicações no custo, na ordem de uni-los às necessidades associadas (*veja 6.1.2 e 6.3.3 como exemplos*). As intervenções para dar apoio aos bebês não amamentados devem sempre incluir um componente de proteção às crianças amamentadas. Uma igual consideração deve ser feita para consolidar o apoio oferecido às mães que amamentam, como uma intervenção de emergência deve fazer para ser plenamente competente, mais do que baseada em materiais e necessidades.

6.3.2 Ao escolher o tipo e a origem dos SLM deve ser considerado que:

- Fórmulas infantis genéricas (sem marca) são recomendadas como primeira escolha, seguidas das fórmulas compradas localmente. Os leites animais modificados caseiramente somente são usados como medida temporária e como o último recurso nos lactentes menores de 6 meses de idade^a.
- As fórmulas infantis devem ser fabricadas e embaladas de acordo com os padrões do Codex Alimentarius e devem ter validade de 6 meses ou mais, a partir do recebimento do suprimento.
- O tipo de fórmula infantil deve ser apropriado para o lactente e incluir a idade para uso. Especialmente as chamadas “fórmulas infantis de seguimento” ou “2º. Semestre”, não são necessárias^a. Os leites “de Crescimento”, geralmente propagandeados para crianças acima de 12 meses, também não são necessários.

Em campos de refugiados, de acordo com a política^a do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (United Nations

High Commissioner for Refugees - UNHCR) e deste Guia Operacional, a fonte de fórmula infantil será o UNHCR, depois da revisão e da aprovação das suas unidades técnicas centrais. O UNICEF não fornece fórmulas infantis.

6.3.3 Os rótulos das formulas infantis obtidas devem estar em uma linguagem apropriada e devem cumprir com todos os critérios específicos estipulados no Código Internacional (21). Isso inclui: os produtos devem destacar a superioridade da amamentação, indicar que o produto só pode ser usado por indicação de um profissional de saúde e conter advertências sobre os riscos à saúde; não podem ter imagens de bebês ou outras figuras que idealizem o uso da fórmula infantil. Pode ser necessário que os produtos sejam reembalados antes da distribuição, o que acarretará um custo considerável e muito tempo. *(Um exemplo de rotulo genérico é encontrado em (24a) e acessível em <http://www.enonline.net>).*

6.3.4 A obtenção deve ser planejada de modo que o **suprimento de fórmula infantil** seja sempre adequado e contínuo, pelo tempo que os lactentes alvos necessitem - fórmula infantil até que a amamentação seja restabelecida ou até o final dos seis meses; e fórmula ou alguma outra fonte de leite e/ou alimento animal durante o período de alimentação complementar (depois dos 6 e até os 24 meses de idade)⁵.

6.3.5 O uso de **mamadeiras e bicos** deve ser energicamente desencorajado em situações de emergência, devido ao alto risco de contaminação e às dificuldades para a limpeza. O uso de xícaras (sem bicos) devem ser ativamente promovido. O uso de *equipamento suplementador* e de bombas tira leite pode ser considerado unicamente quando for possível limpá-los adequadamente.

6.3.6 **Leites terapêuticos** não são apropriados como SLM e somente devem ser usados no manejo da desnutrição severa, de acordo com as normas internacionais vigentes (9).

6.4 Controle do manejo e da distribuição

6.4.1 Onde os critérios de uso dos SLM forem cumpridos (veja 6.2) a fórmula infantil obtida pelas agencias que trabalham como parceiras nas áreas de nutrição e saúde em resposta a uma emergência *(veja as definições)* pode ser usada ou distribuída pelo

sistema de cuidados com a saúde¹⁰. No entanto, a distribuição deve ser conduzida de uma maneira discreta e não como parte da alimentação geral de socorro, para prevenir a sua disseminação.

- 6.4.2** Os SLM, produtos lácteos, mamadeira e bicos nunca devem fazer parte de uma distribuição geral ou coletiva. Os produtos lácteos secos devem ser distribuídos apenas quando previamente misturados com um alimento básico moído e não devem ser dados como um simples produto comercial (5). O leite em pó integral pode ser fornecido como um simples produto somente para o preparo de leite terapêutico (usando o CMV terapêutico) para alimentação terapêutica local (9).
- 6.4.3** De acordo com o Código Internacional, a simples entrega de latas (amostras) às mães não pode ocorrer, exceto se as latas forem parte de um fornecimento seguro e contínuo de fórmula (*veja* 6.3.4).
- 6.4.4** De acordo com o Código Internacional, não deve haver promoção de SLM nos pontos de distribuição, incluindo expositores de produtos, ou outros itens que contenham o logo da companhia e os SLM não podem ser usados como um método de indução à venda.

7 Contatos Chaves

- 7.1 As violações** ao Código Internacional devem ser encaminhadas à OMS do país ou da região. Para maiores detalhes entre em contato com a OMS ao nível central: cah@who.int ou nutrition@who.int. As violações também podem ser encaminhadas para:
- Centro de Documentação do Código Internacional (International Code Documentation Centre - ICDC) na Malásia, e-mail: ibfanpg@tm.net.my
 - Fundação Lacmat (Fundacion Lacmat), na Argentina, e-mail: fundacion@lacmart.org.ar
 - Coalizão Italiana de Monitoramento do Código (Italian Code Monitoring Coalition - ICMC) em Milão, e-mail: icmc@ibfanitalia.ie

Para solicitar **treinamento** sobre o Código entre em contato com o ICDC na Malásia, e-mail: ibfanpg@tm.net.my

- 7.2** Qualquer assunto relativo a alimentação de lactentes e crianças pequenas, ou sobre a coordenação da IFE durante uma situação de emergência pode ser endereçada ao UNICEF do país ou da região. Para maiores detalhes, contactue o UNICEF a nível central: pdpimas@unicef.org
- 7.3** Qualquer assunto sobre a política do UNHCR de aceitação, distribuição e uso de produtos lácteos nos programas de alimentação em campos de refugiados devem ser encaminhados ao nível regional ou central. Contato: Technical Support Service at UNHCR: HQTS01@unhcr.org
- 7.4** Para a retro alimentação e obtenção do Guia Operacional, ou para relatar experiências da sua implementação em campo, entre em contacto com o Grupo Central da IFE: IFE Core Group, c/o The Emergency Nutrition Network (ENN). E-mail: ife@enonline.net

- ^a i) Food and Nutrition Handbook. World Food Programme. 2000.
- ii) Handbook for Emergencies. United Nations High Commissioner for Refugees. 2006, third edition.
- iii) Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations. UNICEF Programme Division and Office of Emergency Programmes, January 2001.
- iv) Revised MSF Guidelines (forthcoming 2006).
- v) Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO 2000.
- vi) IFRC Handbook for Delegates.
- vii) UNICEF Emergency Field Handbook. A Guide for UNICEF staff. July 2005.
- viii) UNICEF Core Commitments for Children in Emergencies. March 2005.
- ^b Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, UNICEF/WHO, WHO, 2003
- ^c A/RES/44/25, Convention on the Rights of the Child. 61st plenary meeting, 20 November 1989.
<http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>
- ^d <http://innocenti15.net/declaration.htm>. Welcomed by the WHO 59th World Health Assembly. 4 May 2006. A59/13. Provisional agenda item 11.8. WHA 59.21
- ^e Uma ferramenta politica recomendada pode ser achada na referencia 2, da seção 7.
- ^f ILCA: email: ilca@erols.com
- ^g GIFA: email: info@gifa.org
- ^h Como um guia, em países em desenvolvimento, com uma população com um alto numero de nascimentos a proporção esperada é de: lactentes 0-6 meses: 1.35%; 6-<12 mesess: 1.25%; crianças 12-<24 meses: 2.5%; crianças 0-< 60 meses (5 anos): 12.5%; grávidas e mulheres lactantes: 5-7% dependendo da duração da amamentação. Nota: Esses valores são aproximados e dependem de da taxa de nascimento e da mortalidade infantil!
- ⁱ A avaliação da desnutrição em recém nascidos é problemática devido aos dados de referência do NCHS disponíveis nesta data (abril 2006); no entanto já está disponível um novo critério de crescimento da OMS, com base em dados de populações amamentadas. Ver <http://www.who.int/childgrowth/>. A Avaliação de diarreias em lactentes amamentados é problemática.
- ^j Multi-indicadores fechados de sobrevivencia: www.childinfo.org/; Demographic Health Surveys: www.macrotint.com/dhs/; UNICEF statistical data by country: www.unicef.org/statis; Health Information Network for Advanced Planning: www.hinap.org/; WHO global database on malnutrition: www.who.int/nutgrowthdb/; nutrition related data for Africa: www.africanutrition.net
- ^k Food and nutrition needs in emergencies, UNHCR, UNICEF, WFP,WHO, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/a83743.pdf>
- ^l Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in people affected by the Asian Tsunami. Joint Statement by WHO and UNICEF. WHO 2005. For further information, contact: Dr Bruno de Benoist. Nutrition for Health and

Development (NHD), WHO e-mail: debenoistb@who.int
<http://www.who.int/>

- ^m Iron supplementation of young children in regions where malaria transmission is intense and infectious diseases highly prevalent. WHO Statement. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_statement_iron.pdf
- ⁿ Os serviços de saúde reprodutiva deveriam ser iniciados na fase precoce de todas as emergências. Veja: Reproductive Health in Refugee Situations: an InterAgency Field Manual, UNHCR 1999.
- ^o AMS, resolução 57.14 (2004):
Ponto 2. URGE os Estados Membros, como prioridade:
(3) continuar as políticas e práticas que fomentem:
(i) a promoção da amamentação sob a luz do United Nations Framework for Priority Action on HIV and Infant Feeding e do novo WHO/UNICEF Guidelines for Policy-Makers and Health-Care Managers.
- ^p Guias técnicos da OMS para a preparação segura de fórmula infantil em pó está disponível em: <http://www.who.int/foodsafety/en/>.
- ^q Home-modified animal milk for replacement feeding: Is it feasible and safe? Discussion Paper Prepared for HIV and Infant Feeding Technical Consultation, 25-27 October 2006.
- ^r WHA Res. 39.28 (1986).
- ^s Policy of the UNHCR on the acceptance, distribution and use of milk products in refugee settings (2006). Disponível em Inglês e Francês no endereço eletrônico: <http://www.enonline.net>. Contato: ABDALLAF@unhcr.org or HQTS01@unhcr.org
- ^t Como guia, quando a fórmula infantil for usada para lactentes de 6 a 12 meses de idade veja Feeding the non-breastfed child 6-24 months age, p14 (9)
- ^u Distribuição de SLM doados em qualquer parte do sistema de saúde é uma violação do Código Internacional (AMS, Resolução 47.5 (1994)).

8 Referências

8.1 Políticas e Diretrizes

(1) Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, World Health Organisation, 2004. Full text in English: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>

(2) Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice. Report of the Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies, 1999. <http://www.enonline.net>

(3) The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. WHO, 1981. Full Code and relevant WHA resolutions are at: <http://www.ibfan.org/English/resource/who/fullcode.html>
http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF

(4) The SPHERE Project: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. 2004.
<http://www.sphereproject.org/handbook>
The SPHERE Project, P.O. Box 372, 1211 Geneva 19, Switzerland

(5) Policy of the on the acceptance, distribution and use of milk products in refugee settings (2006). Acessível em Inglês e Francês em: <http://www.unhcr.org> or <http://www.enonline.net>
Contato: ABDALLAF@unhcr.org or HQTS01@unhcr.org

(6) WHO HIV and Infant Feeding Technical Consultation Consensus Statement. Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva, October 25-27, 2006.
Acessível em: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm

(7) Guias Técnicos da OMS para a preparação segura de fórmula infantil em pó podem ser acessíveis em:
<http://www.who.int/foodsafety/en/>.

8.2 Defesa

(8) Infant feeding in emergencies. Do you know that your generous donations of breastmilk substitutes could do more harm than good? IBFAN-Gifa, Wemos, June 2001, 2nd edition.

8.3 Informação Técnica

(9) Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva, World Health

Organisation, 1999. Texto completo em Inglês: http://www.who.int/nut/documents/manage_severe_malnutrition_eng.pdf

(10) Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. PAHO/WHO, Division of Health Promotion and Protection/Food and Nutrition Program, Washington, DC, USA, 2003. Texto completo em Inglês: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/guiding_principles.pdf

(11) Feeding the non-breastfed child 6-24 months age. WHO/FCH/CAH/04.13

Texto completo em Inglês: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_04.13.pdf

(12) Nutrition Feeding in Exceptionally Difficult Circumstances
Texto completo em Inglês: http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/difficult_circumstances.htm

(13) HIV and infant feeding. Guidelines for decision makers. UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm

(14) HIV and infant feeding. A guide for health-care managers and supervisors. UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, 2003 <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION>

(15) Feeding in Emergencies for Infants under Six Months: Practical Guidelines. K Carter, OXFAM Public Health Team, 1996. Disponível em: OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, England.

(16) Helping Mothers to Breastfeed in Emergencies. WHO European Office. www.who.dk/nutrition/infant.htm

(17) Helping Mothers to Breastfeed. F. Savage King, AMREF, 1992.

(18) Relactation: Review of Experiences and Recommendations for Practice. WHO, 1998. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Relactation_EN.html

(19) Reproductive Health in Refugee Situations: an Interagency Field Manual. UNHCR, 1999.

**(20) Recursos de LINKAGES:
Documentos sobre alimentação:**

- (i) Recommended Practices to Improve Infant Nutrition during the First Six Months (July 2004)
- (ii) Guidelines for Appropriate CF of Breastfed Children 6-24m (April 2004)
- (iii) BM: A Critical Source of Vit A for Infants and Young Children (October 2001)

- (iv) Birth, Initiation of Breastfeeding, and the First Seven Days after Birth (July 2003)

Questões frequentes:

- (i) Breastfeeding and HIV/AIDS (April 2004)
(ii) Breastmilk and Maternal Nutrition (July 2004)
(iii) Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need (June 2004)

Também: Mother-to-Mother Support for Breastfeeding (April 2004)
The Lactational Amenorrhea Method (September 2001).

Muitos destes documentos são disponíveis em Inglês, Francês e Espanhol (alguns em Português). LINKAGES, Academy for Educational Development, e-mail: linkages@aed.org,
<http://www.linkagesproject.org>

(21) Protecting Infant Health. A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes, 9th edition. IBFAN, 1999. Disponível em: IBFAN-GIFA, P.O. Box 157, 1211 Geneva 19, Switzerland. e-mail: info@gifa.org

(22) Cup Feeding information. BFHI News, May/June 1999, UNICEF. E-mail: pubdoc@unicef.org

(23) Risks and Realities: FAQs on breastfeeding & HIV/AIDS. In: The Health Exchange, April 2001. Available from International Health Exchange, e-mail: info@ihe.org.uk

8.4 Materiais para Capacitação

(24a) Module 1 Infant Feeding in Emergencies for emergency relief staff, WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN and additional contributors, November 2001.

<http://www.ennonline.net/ife/module1/index.html>

(24b) Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations. Version 1.0. December 2004. ENN, IBFAN, Terre Des hommes, UNICEF, UNHCR, WHO, WFP.

<http://www.ennonline.net/ife/module2/index.html>

Ambos os módulos, I e II estão disponíveis impressos ou em CD-ROM em The Emergency Nutrition Network (ENN), 32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK. Tel: +44 (0)1865 324996, Fax: +44 (0)1865 324997; e-mail: ife@ennonline.net, download from <http://www.ennonline.net>

(25) HIV and infant feeding counselling job aids. Check online at <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/>

NUTRITION/ HIV_IF_CT.htm

(26) Breastfeeding Counselling at: A Training Course, materials online <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>

(27) Infant and Young Child Feeding Counselling: An integrated course. Check online at <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION>

8.5 Avaliação e Monitoramento

(28) Indicadores para avaliar as práticas de amamentação. WHO/CDD/SER/91.14, WHO, Geneva. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf

(29) Indicadores para avaliar as práticas de cuidados de saúde que afetam a amamentação: WHO/CDR/93.1 http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/UNICEF_SM_93.1.pdf

(30) Conjunto de Ferramentas para Monitorar e Avaliar as Práticas e Programas de Amamentação (Tool Kit for Monitoring and Evaluating Breastfeeding Practices and Programs): Wellstart International Expanded Promotion of Breastfeeding Program (EPB), September 1996. e-mail: linkages@aed.org; website: www.linkagesproject.org or available at <http://www.enonline.net>

Aleitamento materno exclusivo: o lactente recebe somente leite materno e nenhum outro líquido ou sólido, nem mesmo água, exceto gotas de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Alimentação complementar (anteriormente denominado “desmame”) e mais recentemente chamado ‘**alimentação complementar oportuna**’: o bebê recebe alimentos sólidos ou semi-sólidos adequados e seguros de acordo com sua idade, além do leite materno ou artificial.

Alimentação ótima para lactentes e crianças de primeira infância: início precoce da amamentação (dentro da primeira hora após o nascimento), aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, seguido da introdução de alimentos complementares nutricionalmente adequados, juntamente com a amamentação, até os dois anos de idade ou mais.

Alimentação substitutiva ou de substituição: A alimentação de lactentes que não recebem leite materno com uma dieta que proporciona nutrientes que os lactentes necessitam até a idade que possam alimentar-se plenamente com a comida da família. Durante os seis primeiros meses, a alimentação substituída deve ser com um sucedâneo adequado. Depois dos seis meses esse substituto do leite materno deve ser complementado com outros alimentos.

Nota: Esta terminologia se usa dentro do contexto de HIV, AIDS e alimentação infantil. As recomendações vigentes da ONU sugerem que a opção de alimentação de lactentes mais apropriada para uma mãe HIV positiva deve continuar a depender de suas circunstâncias individuais, incluindo os seu estado de saúde e sua situação local, mas deve ser levado grandemente em consideração a qualidade e acesso aos serviços de saúde e o aconselhamento e apoio que recebe. A amamentação exclusiva é recomendada para mulheres infectadas com HIV nos primeiros 6 meses de vida a menos que a alimentação de substituição seja aceitável, factível, acessível, sustentável e segura para elas e seus bebês, desde anteriormente. Quando a alimentação de substituição for aceitável, factível, acessível, sustentável e segura, a suspensão total da amamentação é recomendada.

Alimentos infantis complementares: qualquer alimento produzido industrialmente ou preparado localmente, que seja usado como complemento do leite materno, ou de um substituto do leite materno e que deve ser introduzido após o sexto mês de idade.

Nota: O termo "alimento infantil complementar" é usado no Guia Operacional para diferenciá-lo dos 'alimentos complementares' da alimentação complementar para lactentes e crianças de primeira infância, dos 'alimentos complementares' do contexto da Alimentação de Socorro (isto é, alimentos adicionais ao conjunto de produtos alimentares básicos de socorro, distribuídos a populações afetadas para diversificar sua ingestão dietética e complementar a ração, como as frutas, vegetais e condimentos especiais). Alimentos complementares infantis não podem ser propagandeados para lactentes abaixo de seis meses completos de idade.

Alimentos infantis comerciais: alimentos complementares para lactentes e crianças de primeira infância produzidos e comercializados industrialmente, como os potes fabricados, e os pacotes com alimentos sólidos os semi-sólidos.

Alimentos suplementares são aqueles produtos destinados a suplementar uma porção geral, usadas em programas alimentares, em emergências, para a prevenção e redução da desnutrição e mortalidade em grupos vulneráveis.

Alimentos Terapêuticos Pronto para o Uso (RUTF): são produtos especiais para o manejo da desnutrição severa, geralmente de uso nas comunidades ou caseiros. Podem ser produzidos localmente ou fabricados nacional ou internacionalmente.

Nota: Os lactentes não tem reflexo de deglutição para ingerir alimentos sólidos antes dos 6 meses, portanto nunca se deve utilizar RUTF antes dessa idade. Além disso, comercializar ou de alguma forma apresentar como substituto parcial ou total do leite materno para lactentes menores de 6 meses significa que está de acordo com a definição de substitutos do leite materno, submetido às especificações do Código Internacional.

Código Internacional: Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, adotado pela Assembléia Mundial de Saúde (AMS) em 1981, e suas posteriores resoluções pertinentes, denominado aqui "Código Internacional" (4). O objetivo do Código

Internacional é contribuir com a provisão de nutrientes adequados e seguros para os lactantes, mediante a promoção e proteção da amamentação, assegurando o uso correto dos substitutos do leite materno quando estes forem necessários, com base na informação adequada e através dos canais apropriados de marketing e distribuição. O Código estabelece as responsabilidades dos fabricantes e distribuidores de substitutos do leite materno, trabalhadores de saúde, governos nacionais e organizações conexas em relação à comercialização de substituto do leite materno, mamadeiras e chupetas.

Crianças pequenas: crianças de 12-<24 meses (12-23 meses completos).

Nota: Este grupo é equivalente a definição de "crianças que começam a caminhar" (12-23 meses) conforme está definido no Informe Mundial de Saúde 2005, p. 155 (<http://www.who.int/whr/2005/en/>).

Equipamentos para alimentação infantil: mamadeiras, chucas, além de copos com ou sem tampa ou canudo.

Fórmula infantil: substitutos do leite materno formulado industrialmente de acordo com as normas aplicáveis do Codex Alimentarius (desenvolvido pelo Programa conjunto de Normas Alimentares FAO/OMS). A fórmula infantil comercial é a fórmula infantil fabricada para a venda, com a marca do fabricante e para aquisição em estabelecimentos comerciais. A fórmula infantil genérica não possui marca comercial e não está disponível no mercado, necessitando por tanto uma cadeia de distribuição independente.

Fórmula de seguimento: São leites especificamente formulados, definidos como "alimento cuja finalidade é o uso como componente líquido da dieta de desmame do lactente a partir do sexto mês em diante e para crianças de primeira infância" (Norma do Codex Alimentarius 156-19871). Não é necessário oferecer fórmula de seguimento a bebês não amamentados. (Ver Resolução AMS 39.28, parágrafo 3(2)). Na prática, a fórmula de seguimento é considerada como SLM dependendo da forma como é comercializada ou apresentada para lactentes ou crianças de primeira infância. No caso, incluídas sob as especificações do Código Internacional.

Nota: As fontes de leite aceitáveis incluem: o Leite materno ordenhado (pasteurizado se a mãe é HIV positivo), leite animal

integral (de vaca, cabra, búfalo, ovelha, camelo), Leite a Temperaturas Extremamente Altas (TEA), Leite evaporado reconstituído (não condensado), leite fermentado ou iogurte. (Ver ref. (9)).

Lactente: crianças com 0 a 11 meses e 29 dias.

Leite animal modificado em casa: substitutos do leite materno para lactentes de até seis meses de idade, preparado em casa a partir do leite animal fresco ou processado, diluído adequadamente com água com adição de açúcar e micronutrientes.

*Nota: As fontes lácteas aceitáveis incluem: leite animal integral (líquido ou em pó), leite a Temperaturas Extremamente Altas (UHT), ou leite evaporado reconstituído (porém não condensado). Estes leites devem ser adaptados ou modificados de acordo com indicações específicas, e também devem incluir os micro-nutrientes (22b). É difícil conseguir suficiência nutricional com esses leites, mesmo com a incorporação de nutrientes. **Por tanto, os leites animais modificados em casa, só devem ser usados como último recurso para alimentar lactentes e depois de esgotadas todas as alternativas.***

Leite terapêutico: termo usado comumente para descrever dietas de fórmula para crianças com desnutrição severa, por exemplo, F75 y F100. No sentido estrito da palavra, estes não são leites. O F100 contém somente 42% de produto lácteo e o F75 uma quantidade ainda menor. O leite terapêutico pode ser pré-formulado ou preparado a partir de leite seco desnatado (LSD), açúcar e óleo adicionado com complexos vitamínicos e minerais.

Nota: Os leites terapêuticos não devem ser usados para alimentar lactentes e crianças de primeira infância que não apresentem quadros de desnutrição. A diluição padrão de F100 contém uma carga soluta excessivamente alta para recém nascidos menores de seis meses. Os leites terapêuticos não contêm ferro e o uso prolongado pode causar anemia por deficiência de ferro.

Produtos lácteos: leite integral seco, semidesnatado ou desnatado; leite líquido integral, semidesnatado ou desnatado, leites de soja, leite evaporado ou condensado, leite fermentado ou iogurte.

Resoluções da Assembléia Mundial de Saúde (AMS): ver definição de Código Internacional.

Sistema de atenção em saúde: instituições privadas ou organizações governamentais ou não governamentais dedicadas, direta o indiretamente à atenção da saúde de mães, lactentes, gestantes; e creches ou instituições de atenção às crianças. Também inclui os trabalhadores de saúde de instituições privadas. Não se aplica a farmácias ou estabelecimentos comerciais.

Suprimentos subsidiados: Dentro do contexto do Código Internacional, significam as quantidades de um produto previsto para utilização durante um período amplo, gratuito ou a baixo preço, com propósitos sociais, incluindo aqueles distribuídos a famílias carentes. No contexto de emergências, o termo *suprimentos* em geral se usa para descrever a quantidade de produtos, independentemente de terem sido adquiridos, subsidiados ou obtidos de forma gratuita.

Substitutos de leite materno (SLM): qualquer alimento que se comercialize ou de alguma outra forma se apresente como substituto total o parcial do leite materno, seja ou não adequado para esse propósito.

Nota: Em termos práticos, os alimentos podem ser considerados como SLM dependendo da forma que são comercializados ou apresentados. Incluem a fórmula infantil, outros produtos lácteos, leite terapêutico e alimentos complementares administrados por mamadeira comercializados para crianças menores de 2 anos de idade, e alimentos, sucos e chás indicados para lactentes menores de 6 meses.

Notas e contatos

Versão para o Português Brasileiro: IBFAN Brasil
Tradução: Rosana de Divitiis e Ana Júlia Colameo
Revisão: Ana Júlia Colameo

IBFAN Brasil: www.ibfan.org.br
Coordenação: Rosana De Divitiis
Rua Carlos Gomes, 1513/01 - Jardim Carlos Gomes
Jundiaí - SP - Brasil - CEP: 13215-021
Telefax: (11) 4522 5658
Email: ibfanbrasil@terra.com.br

Para oferecer retro-alimentação ou receber cópias impressas,
entre em contato com:

IFE Core Group
c/o Emergency Nutrition Network (ENN), 32, Leopold
Street, Oxford, OX4 1TW, UK.

Tel: +44 (0) 1865 324996

Fax +44 (0) 1865 324997

E-mail: ife@ennonline.net

O Guia Operacional está acessível no endereço eletrônico:

<http://www.ennonline.net>

Fotos da Capa, do topo para baixo:

Action Against Hunger-US, Tajikistão, 2006. Sri Lanka, WFP/Helen Kudrich, 2005.

Pós Tsunami. Aceh, UNICEF, 2005. Marcos Arana/IBFAN América Latina e Caribe, 2006

Campo Dadaab, Kenia. M Lung'áho/CARE USA, 2006