



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 AIE

Versão 3.0 – Outubro de 2017

Histórico

O Guia Operacional sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Emergências (OG-AIE em inglês) foi elaborada pela primeira vez pelo Grupo de Trabalho Interagências sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Emergências em 2001. Este grupo de trabalho incluiu membros do Grupo Central do AIE; 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 (AIE/ABCP-E, a seguir designada AIE).

A versão 2.0 foi produzida em maio de 2006; a versão 2.1 em fevereiro de 2007 (com adenda em 2010); e a versão 3.0 em outubro de 2017 para refletir experiências operacionais e necessidades e atualizações do guia. A versão 3.0 foi atualizada pelo Grupo Core do AIE em consulta com informadores internacionais, regionais e nacionais, coliderados pela Rede de Nutrição em Emergência (RNE em inglês) e pela UNICEF e coordenados pela RNE. O Grupo Central do AIE agradece a todos aqueles que lhe assessoraram e contribuíram nesta e nas edições anteriores.

Esta atualização da OG-AIE foi possibilitada pelo generoso apoio do povo americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

Mandato

A OG-AIE procura cumprir as disposições das padrões internacionais de emergência, incluindo as normas humanitárias fundamentais em matéria de qualidade e responsabilidade (CHS) e as normas da esfera¹, entre muitas outras². Assiste à aplicação prática dos Princípios do Guia para a Alimentação de Lactentes e Crianças em Emergência³ e do Código Internacional para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno ("o Código")⁴ e e posteriores resoluções pertinentes da Assembléia Mundial de Saúde (AMS em inglês). Além disso é uma contribuição aos gestores, planejadores e doadores para que cumpram com as responsabilidades apontadas pela Estratégia Global da UNICEF/OMS sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas⁵ pelo artigo 24 da Convenção dos Direitos da Criança^a e pela Chamada para Ação contida na Declaração de Innocenti 2005 sobre Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas^b acolhido de forma unânime pela Assembléia Mundial de Saúde em 2006. Contribui para a consecução dos objetivos do objetivo de desenvolvimento sustentável^c (Objetivos 2,3 e 6) e do programa de trabalho da Década das Nações Unidas para a Alimentação (2016-2025)^d.

Objetivo

A OG-AIE visa proporcionar um guia conciso e prático sobre a forma de garantir uma adequada alimentação aos lactentes e crianças pequenas em situações de emergência.

Âmbito

A OG-AIE aplica-se à preparação para situações de emergência, à resposta e à recuperação a nível mundial, a fim de minimizar os riscos de morbidade e/ou mortalidade infantil e das crianças pequenas associados às práticas de alimentação e de maximizar a nutrição, a saúde e o desenvolvimento das crianças.

Populações Alvo

As populações-alvo das intervenções são os lactentes e as crianças pequenas com menos de dois anos (0-23 meses) e as mulheres grávidas e lactantes (MGL em inglês).

Utilizadores-alvo desta guia

A OG-AIE destina-se aos decisores políticos, decisores e programadores que trabalham na preparação e resposta a situações de emergência, incluindo governos, agências das Nações Unidas (ONU), organizações não governamentais (ONG) nacionais e internacionais, doadores, grupos de voluntários e o setor privado/empresarial.

As ações recomendadas dirigem-se às entidades com autoridade de coordenação da AIE e às responsabilidades mandatadas, bem como às que exercem atividades que afetam direta ou indiretamente a AIE e que têm também responsabilidades e papéis fundamentais. Serão necessárias ações a vários níveis e em diferentes graus de acordo com o contexto.

A OG-AIE é relevante em todos os setores e disciplinas, em especial a nutrição, mas também a saúde (incluindo a saúde reprodutiva, a saúde materna, infantil e de recém-nascidos (SMNI em inglês), os serviços curativos, a saúde mental e os serviços de apoio psicossocial (MHPSS em inglês); HIV; gestão de doenças infecciosas); serviços de adolescentes; água, saneamento e higiene (ASH); segurança alimentar e meios de subsistência (SAS em inglês); proteção das crianças; desenvolvimento da primeira infância (CEA em inglês); deficiência; abrigo; programadores de transferências de numerário; proteção social; agricultura; coordenação de campos e gestão de campos; e logística.

Desenho

Iniciando com um resumo de pontos-chaves, este documento está organizado em **seis seções de passos práticos**, em seguidas de **contatos chave** (Seção 7), seção de **referências** com os principais recursos (Seção 8) e **definições** (Seção 9). As referências são incluídas como **notas de rodapé** que se ligam à Seção 8, onde estão listados os recursos numerados. A informação de apoio é indexada por ordem alfabética nas **notas** que se seguem à seção 7. A preparação para situações de emergência é um tema transversal; as ações-chave estão resumidas **na caixa 1** e nas seções **enumeradas no anexo 1. A colaboração multisetorial é abordada na seção 5, mas também noutras seções**; No **anexo 1** é incluído um guia do conteúdo por setor/especialidade.

Comentários e apoio

O Grupo Central do AIE agradece com as reações ou comentários sobre este documento e sua implementação na prática. Entre em contato com a Divisão de Programa do Grupo Core do AIE c/o UNICEF, Nova Iorque, EUA: nutrition@unicef.org, ou c/o RNE, Oxford, Reino Unido: office@enonline.net. Incluir "feedback OG-AIE" na linha de assunto.

O OG-AIE está disponível em linha no seguinte endereço:
www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017

¹Veja 23-25 na seção de referências 8.2 Política - Padrões Mínimos

²Veja Referencas Section 8.2 Política - Padrões Mínimos

³Veja 4 na seção de referências 8.2 Política - Estratégia Global e Nacional

⁴Veja 9 and 10 na seção de referências 8.2 Política - Política Global

⁵Veja 5 na seção de referências 8.2 Política - Estratégia Global e Nacional

CONTEÚDO

PONTOS-CHAVE	5
PASSOS PRÁTICAS (1-6)	5
1. Ratificar ou desenvolver políticas	6
2. Capacitação de pessoal	7
3. Coordenar operações	7
4. Avaliar e monitorar	9
Geral 4.1–4.3	9
Dados pré-crise e avaliação das necessidades iniciais 4.4–4.10	11
Avaliação aprofundada 4.11	11
Monitoramento 12–4.18	12
5. Proteger, Promover e Apoiar a Alimentação Ótima de Lactentes e Crianças Pequenas com Intervenções Integradas Multissetoriais	12
Geral 5.1–5.6	12
Apoio à amamentação 5.7–5.9	13
Bebês que não são amamentados 5.10–5.19	14
Alimentação complementar 5.20–5.28	15
Suplementação de micronutrientes 5.29	17
Colaboração multissetorial 5.30–5.32	19
HIV e alimentação infantil 5.33–5.39	18
Surtos de doenças infecciosas 5.40	19
6. Minimizar os Riscos da Alimentação Artificial	20
Doações em emergências 6.1–6.6	20
Manejo de alimentação artificial 6.7–6.10	20
Suprimento de SLM 6.11–6.14	21
Especificação SLM 6.15–6.17	21
Aquisição de suprimentos SLM, equipamento de alimentação e apoio 6.18–6.23	22
Distribuição de SLM 6.24–6.27	23
7. CONTATOS CHAVES	23
Box 1: Emergência preparedness actions	24
8. REFERENCES	28
Geral 8.1	29
Política 8.2	29
Treinamento 8.3	30
Coordenação 8.4	33
Avaliação e Monitoramento 8.5	33
Intervenções Multissetoriais 8.6	35
Alimentação Artificial 8.7	42
9. DEFINIÇÕES	43
Anexo 1: Guia de conteúdo por setor / especialidade e preparação	49
Siglas	50

PONTOS-CHAVE

1. O apoio adequado e oportuno à Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em situações de emergência (AIE) salva vidas; protege a nutrição, a saúde e o desenvolvimento dos bebês; e beneficia as mães.
2. A preparação para situações de emergência é crucial para uma resposta atempada, eficiente e adequada de AIE (Caixa 1).
3. As principais disposições relativas às AIE devem refletir-se nas políticas governamentais, multisectoriais e das agências e e devem orientar as respostas de emergência (Seção 1).
4. A sensibilização e a formação em matéria de AIE são necessárias a vários níveis e em todos os setores (Seção 2).
5. A capacidade de coordenação da AIE deve ser estabelecida no mecanismo de coordenação para cada resposta de emergência. O Governo é a principal autoridade de coordenação do AIE. Quando tal não for possível ou for necessário apoio, a coordenação da AIE é da responsabilidade mandatada da UNICEF ou do ACNUR, em função do contexto, em estreita colaboração com o governo, outras agências das Nações Unidas e parceiros operacionais (Seção 3).
6. É essencial uma comunicação atempada, correto e harmonizada à população afetada, aos equipas de resposta a emergências e a mídia (Seção 3).
7. A avaliação das necessidades e a análise crítica devem informar um contexto específico de resposta AIE (seção 4).
8. É necessária uma ação imediata para proteger as práticas recomendadas para a alimentação de lactentes e crianças pequenas (ABCP em inglês) e minimizar os riscos nas fases iniciais de uma emergência, com apoio direcionado a lactentes e crianças de maior risco (Seção 5).
9. Em todas as situações de emergência, é necessário avaliar e agir para proteger e apoiar as necessidades nutricionais e os cuidados a prestar tanto aos lactentes amamentados como aos não amamentados e às crianças pequenas. É importante ter em conta as práticas prevalentes, o ambiente de doenças infecciosas, as sensibilidades culturais e as necessidades e preocupações expressas das mães e dos cuidadores na determinação das intervenções (Seção 5).
10. A colaboração multissetorial é essencial numa situação de emergência para facilitar e complementar as intervenções diretas no domínio ABCP (seção 5).
11. Em todas as situações de emergência, é importante garantir o acesso a quantidades adequadas de alimentos adequados, seguros e complementares e o apoio às crianças a eles associado, bem como a adequação nutricional das mulheres grávidas e lactantes (MGL em inglês) (Seção 5).
12. Em situações de emergência, a utilização de substitutos do leite materno (SLM) exige um pacote de cuidados e de apoio especializado específicos a cada contexto, a fim de garantir que as necessidades nutricionais das crianças não amamentadas sejam satisfeitas e de minimizar os riscos para todas as crianças através de uma utilização inadequada de SLM (Seções 5 e 6).
13. As doações de SLM, alimentos complementares e equipamento de alimentação não devem ser procuradas nem aceites em situações de emergência; os fornecimentos devem ser adquiridos com base na necessidade avaliada. Não envie leite humano de um doador para uma emergência que não se baseie em necessidades identificadas e faça parte de uma intervenção coordenada e gerida. A SLM, outros produtos láteos, Bebirão e tetinas não devem ser incluídos numa distribuição geral ou em blanket (seções 5 e 6).
14. É essencial acompanhar o impacto das ações humanitárias e da inação nas práticas da ABCP, na nutrição e saúde infantil; Consultar a população afetada no planeamento e na execução; e documentar experiências para informar sobre a preparação e a resposta futura (seção 4).

PASSOS PRÁTICOS

1 Ratificar ou Desenvolver Políticas

- 1.1** Os governos e as agências devem dispor políticas atualizadas que abordem adequadamente todos os seguintes elementos no contexto de uma emergência: Proteção, promoção e apoio à amamentação; Gestão da alimentação artificial; alimentação complementar; As necessidades nutricionais da MGL; Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (SLM) e subseqüentes resoluções pertinentes da Assembleia Mundial de Saúde (AMS) (o Código)⁶; Prevenção e gestão de doações da SLM; e a alimentação infantil no contexto de emergências de saúde pública e surtos de doenças infecciosas (ver Seção 9 Definições para as práticas recomendadas de ABCP). Poderão ser necessárias disposições adicionais específicas de contexto, como no caso dos refugiados ou das pessoas deslocadas internamente (PDI). Podem existir provisões como política autônoma e/ou podem ser integradas noutras políticas relevantes. A UNICEF e a OMS têm responsabilidades fundamentais no apoio à preparação das políticas nacionais/subnacionais (ver Caixa 1 para as ações-chave de preparação).
- 1.2** Em caso de resposta inicial/precoce, consulte os planos de preparação, políticas e procedimentos nacionais/subnacionais e cumpra a legislação e as normas internacionais pertinentes. Em uma emergência, onde a orientação política existente está ausente, desatualizada ou não aborda adequadamente o contexto, podem ser necessárias atualizações rápidas de orientação política ou desenvolvimento de orientação 'paliativo', liderado pela autoridade de coordenação do AIE e em consulta com a OMS, outras agências competentes da ONU e grupos técnicos nacionais/regionais/globais (ver ponto 3.1; 3.3).
- 1.3** Desenvolver e atualizar as orientações políticas existentes em estreita colaboração com as autoridades governamentais e procurar reforçar as políticas nacionais/subnacionais pertinentes. Desenvolver e atualizar as políticas e os procedimentos associados em matéria de preparação.
- 1.4** Divulgar as principais orientações políticas a todos os intervenientes relevantes em todos os setores, incluindo grupos de comunicação social, setor privado, doadores, grupos militares e voluntários (ver 3.7).
- 1.5** Uma declaração conjunta interagências, emitida e aprovada pelas autoridades competentes, pode ser utilizada para destacar orientações relevantes, fornecer orientações rápidas específicas para o contexto e harmonizar a comunicação. O desenvolvimento da declaração deve ser liderado pela autoridade de coordenação da AIE (ver ponto 3.1); A UNICEF e a OMS têm papéis fundamentais a desempenhar para catalisar e apoiar o desenvolvimento. Na preparação, elaborar um projeto de declaração conjunta e uma aprovação preliminar segura com as autoridades competentes. Um modelo de declaração conjunta está disponível⁷.
- 1.6** O Código exprime a vontade coletiva dos governos relativamente à comercialização da SLM e define as responsabilidades dos fabricantes e distribuidores dos produtos abrangidos pelo Código, dos profissionais de saúde, dos governos nacionais e das organizações interessadas (ver 9). Introduzir o Código na legislação nacional em matéria de preparação e execução em qualquer momento, incluindo durante a resposta de emergência. Assegurar que a legislação existente está em plena conformidade com o Código. Violações do código de relatório (ver 4.16 e 7.1).
- 1.7** Promulgar legislação e adotar políticas em conformidade com as orientações da OMS sobre o fim da promoção inadequada dos alimentos para lactentes e crianças pequenas⁸ (ver 5.27). Na preparação, as Nações Unidas, a sociedade civil e os decisores políticos do governo devem desenvolver políticas nacionais juridicamente vinculativas em matéria de intervenção do setor privado em situações de emergência, a fim de permitir uma colaboração construtiva e evitar influências indevidos e conflitos de interesses⁹.

⁶Veja 9 and 10 na seção de referências 8.2 Política - Política Global

⁷Veja 13 na seção de referências 8.2 Política - Política Organizacional

⁸Veja 11 and 12 na seção de referências 8.2 Política - Política Global

⁹Veja 7 na seção de referências 8.2 Política - Estratégia Global e Nacional

2 Capacitação de Pessoal

- 2.1** Sensibilizar o pessoal relevante de todos os setores para apoiar a AIE, incluindo os que lidam diretamente com as mulheres e crianças afetadas; os que ocupam posições de tomada de decisão; As operações que afetam a ABCP; As que tratem de quaisquer donativos; e os que mobilizam recursos para a resposta. Os grupos-alvo de sensibilização incluem os funcionários do governo, os líderes setoriais/de cluster, os doadores, o pessoal de resposta rápida, os gestores de campos, as equipes de comunicação, os logísticos, os meios de comunicação social, os voluntários, entre outros.
- 2.2** Formar pessoal na AIE na preparação e durante a resposta a situações de emergência, conforme necessário. O pessoal-alvo pode incluir funcionários do Estado; Pessoal das ONG e voluntários que prestam serviços de saúde e nutrição e apoio a nível das comunidades ou da comunidade; e pessoal de linha de frente noutros setores.
- 2.3** Adaptar e dar prioridade aos conteúdos de formação para responder às necessidades identificadas, às expectativas culturais e às experiências pessoais das mães e do pessoal; lacunas de capacidade; O público-alvo; e tempo disponível. Poderá ser necessária uma capacidade mais especializada para aconselhar as mães e os bebês com necessidades acrescidas, como mães estressadas ou traumatizadas, bebês e mães desnutridos, bebês com baixo peso ao nascer (BPN em inglês) e bebês e bebês deficientes com dificuldades de alimentação. No mínimo, o pessoal em contato com mães e crianças com menos de dois anos deve ser treinado para ser sensível a questões psicossociais, ao rastreio nutricional e às vias de recurso para apoio mais especializado¹⁰.
- 2.4** Sensibilização e formação em preparação. Integrar os componentes do AIE nos currículos e formações existentes e colaborar com as instituições acadêmicas e de formação nacionais e regionais sobre o desenvolvimento e a entrega de conteúdos. Incluir conceitos básicos em torno da AIE e do Código na formação prévia dos profissionais de saúde relevantes. Integrar lições da resposta de emergência anterior em pacotes de treinamento. Documente quem é treinado e como acessá-los em uma emergência.
- 2.5** Identificar e utilizar os conhecimentos especializados e as redes nacionais existentes, como o aconselhamento e o apoio na amamentação. As fontes dos contatos nacionais incluem: Ministério da Saúde; Representações da UNICEF e da OMS; Aliança Mundial para a Ação de Amamentação (WABA)^e; La Leche League e outras organizações de amamentação mãe-para-mãe; Associação Internacional de Consultores de Lactação (ILCA)⁸ e filiais nacionais da ILCA; e grupos nacionais da Rede Internacional de Ação de Alimentos para Bebês (International Baby Food Action Network - IBFAN)^h (ver 7 para os contatos).

3 Operações de coordenação

- 3.1** O governo é a principal autoridade de coordenação da AIE. Quando tal não for possível ou for necessário apoio, entre as agências das Nações Unidas e em conformidade com os mandatos, a coordenação da AIE é da responsabilidade da UNICEF ou do ACNUR, nos termos dos quais:
- A autoridade de coordenação da UNICEF pode ser a agência líder aglomerado dentro do âmbito da abordagem do Comitê Permanente das Inter-Agências (IASC) para a resposta humanitária, quando for ativado um cluster nacional, ou como agência das Nações Unidas responsável pela alimentação dos lactentes e crianças pequenas em situações humanitárias¹¹.
 - Nas respostas do PDI, a UNICEF é responsável pela coordenação do AIE¹².
 - Nas respostas aos refugiados, o ACNUR é a agência das Nações Unidas responsável pela coordenação das IFE^j.
 - Em todos os contextos, a UNICEF e o ACNUR maximizarão as sinergias entre as respectivas capacidades técnicas e de gestão, a disponibilidade de recursos e as capacidades de resposta.

¹⁰ Veja References Section 8.3 Treinamento

¹¹ Veja 14 na seção de referências 8.2 Política - Política Organizacional

¹² Veja 14 na seção de referências 8.2 Política - Política Organizacional

O PAM é responsável pela mobilização da assistência alimentar em situações de emergência, de uma forma que respeite as disposições da OG-AIE. A OMS é responsável por apoiar os Estados-Membros na preparação, resposta e recuperação de emergências com consequências para a saúde pública.

3.2

Garantir a capacidade de coordenação da AIE no âmbito dos **mecanismos de coordenação** numa resposta de emergência. Avaliar e apoiar o desenvolvimento da capacidade de coordenação governamental, conforme necessário. Determinar ou clarificar as responsabilidades e os papéis da coordenação na preparação e na resposta inicial. A representação da UNICEF têm a responsabilidade fundamental de preparar as necessidades de coordenação em caso de emergência e, se necessário, de **apoiar o desenvolvimento das capacidades e competências do governo** a este respeito.

3.3

A autoridade de coordenação do AIE deve coordenar diretamente a resposta do AIE ou assegurar a existência de mecanismos e capacidades de coordenação adequados¹³. Tal pode implicar o recrutamento ou o destacamento de pessoal adicional ou a colaboração/parceria com outra agência ou agências. Podem ser identificados ou criados mecanismos de apoio técnico por país/regional/global ou grupos de trabalho para apoiar a coordenação. Sempre que uma agência parceira seja identificada para realizar atividades de coordenação, a autoridade de coordenação do AIE continua a ser responsável por garantir uma resposta adequada, adequada e atempada do AIE.

3.4

O nível de coordenação, incluindo a necessidade de um coordenador específico para o AIE, dependerá do contexto. Sempre que possível, apoiar o governo a cumprir a sua responsabilidade de coordenação da AIE e a trabalhar com estruturas e mecanismos existentes a nível nacional. Identificar ou localizar a capacidade de coordenação das AIE no âmbito do mecanismo de coordenação setorial mais relevante, como a nutrição, a saúde ou a segurança alimentar.

3.5

A coordenação proporciona a todos os respondedores uma orientação específica e tecnicamente informada sobre a AIE; identifica as vulnerabilidades críticas e as lacunas de resposta, bem como as ações destinadas a garantir que estas sejam rapidamente abordadas; e acompanha a adequação da resposta. Em estreita colaboração com o governo, o setor ou os parceiros de clusters, as responsabilidades da autoridade de coordenação das AIE incluem:

- i. Efetuar uma análise contextual dos dados de base existentes para informar imediatamente as ações.
- ii. Assegurar que a AIE seja incluída na avaliação precoce/multissetorial/rápida das necessidades; Prestar aconselhamento sobre a utilização de indicadores normalizados e específicos de contexto; Fornecer uma análise de situação do AIE; e determinar a necessidade e o seguimento direto da avaliação das necessidades (ver 4).
- iii. Assegurar que as intervenções do AIE sejam incluídas e refletidas com exatidão em chamadas de financiamento de emergência e apelos à pronúncia.
- iv. Avaliar a adequação das orientações políticas existentes e, se necessário, atualizações de políticas, desenvolvimento de orientações para as lacunas e declarações conjuntas (ver 1).
- v. Desenvolver e supervisionar a aplicação de uma estratégia de comunicação (ver ponto 3.7).
- vi. Desenvolver um plano de ação específico para o contexto, com base em planos de preparação, quando existam (ver ponto 1.1) e em colaboração com outros setores (ver ponto 5.6, 5.30-5.32, anexo 1).
- vii. Determinar e procurar ativamente os recursos necessários e a capacidade dos parceiros para apoiar a execução do plano de ação.
- viii. Coordenar o apoio à amamentação e as intervenções de alimentação complementares (ver 5).
- ix. Coordenar a gestão da alimentação artificial, conforme necessário (ver 6.7-6.10).
- x. Reduzir e gerir os riscos relacionados com a resposta humanitária, incluindo a prevenção e a gestão das doações de SLM, produtos láteos, alimentos complementares, leite humano doador e equipamento de alimentação (ver 6.1-6.6).
- xi. Fornecer orientações adaptadas em caso de comprometimento da resposta da programação AIE (ver 3.8).
- xii. Estar atento, evitar e gerir conflitos de interesses, por exemplo, quando cooperar com o setor privado e assegurar o financiamento das intervenções da AIE (ver ponto 1.7). Desenvolver orientações provisórias, na medida do necessário, para garantir salvaguardas adequadas.
- xiii. Monitorar o esforço de resposta AIE (ver 4.12-4.18).

¹³ Veja References Section 8.4 Coordenação - Planejamento e Coordenação de Resposta Humanitária

- 3.6** Coordenar com outros setores a fim de identificar oportunidades de colaboração multissetorial¹⁴ na avaliação e programação das necessidades e informar as políticas setoriais, os planos de ação e a gestão dos riscos em relação à AIE. Participar ativamente em reuniões relevantes de coordenação de setores ou de grupos. Identificar e colaborar com as pessoas que trabalham independentemente das estruturas de coordenação tradicionais, por exemplo, militares, grupos de voluntários e grupos da sociedade civil.
- 3.7** Assegurar uma comunicação coordenada, atempada, rigorosa e harmonizada à população afetada, aos respondedores e aos meios de comunicação social. Uma estratégia de comunicação deverá proporcionar um quadro¹⁵ com um plano de execução que o acompanhe. As principais considerações incluem a divulgação de orientações políticas; Mensagens à população afetada sobre os serviços disponíveis e as práticas de formação contínua; Mensagens adaptadas para os grupos-alvo no esforço de socorro (por exemplo, grupos militares, voluntários e grupos da sociedade civil); comunicados de imprensa; monitorização da cobertura mediática; e mensagens adaptadas para diferentes meios de comunicação (por exemplo, rádio, telefone celular, redes sociais). Um guia de mídia sobre AIE está incluído na Seção 8¹⁶
- 3.8** Em algumas situações de emergência, poderá não ser possível cumprir de imediato todas as disposições da OG-AIE, por exemplo, quando o acesso às pessoas afetadas é limitado ou impossível ou a capacidade não é suficiente para fornecer o apoio necessário. Nestas circunstâncias, é essencial uma análise crítica por parte da autoridade de coordenação das AIE, do governo, da UNICEF, da OMS e, se for caso disso, do ACNUR (ver ponto 3.1), a fim de fornecer orientações específicas sobre as ações adequadas e compromissos aceitáveis. A programação adaptada pode ficar aquém das recomendações da OG-AIE e deve ser temporária. As necessidades e os riscos não satisfeitos de uma programação comprometida devem ser utilizados para informar a defesa pró-ativa do acesso humanitário, dos recursos e das capacidades. A tomada de decisões deve ser registrada e as lições colhidas devem ser documentados e partilhados.
- 3.9** A autoridade de coordenação do AIE é responsável pela aplicação das normas e padrões nacionais internacionais e pertinentes, incluindo as disposições do presente OG-AIE, das normas Sphere e do Código. Devem ser abordadas lacunas nas orientações (ver pontos 1.2-1.3).
- 3.10** As lacunas na capacidade de coordenação das AIE em resposta a situações de emergência devem ser comunicadas à UNICEF, ao país ou ao gabinete regional do ACNUR e, se necessário, à sede das agências (ver 7).

4 Avaliar e monitorar

Geral

- 4.1** Avaliar as necessidades e as prioridades para a resposta da AIE e acompanhar o impacto das intervenções, da ação humanitária e da inação. Dar prioridade à avaliação das necessidades e dificuldades agudas que expõem as crianças ao maior risco. Recolher dados qualitativos e quantitativos sobre a preparação, a avaliação precoce das necessidades e a realização de pesquisas representativas. Investir na recolha de informações fiáveis, precisas, sistemáticas e coordenadas. Triangular fontes de informação. O nível e o tipo de avaliação da AIE que é possível numa dada emergência dependerão de um equilíbrio entre fatores, incluindo o acesso da população, a capacidade, o tipo de emergência (por exemplo, aguda, crônica) e os recursos.
- 4.2** Explorar as oportunidades de incluir questões relacionadas com a ABCP noutras avaliações das necessidades setoriais e basear-se em dados intersectoriais relevantes, como água, saneamento e higiene (ASH) e relatórios de saúde. Em equipes de avaliação multisectoriais, assegurar-se de que uma pessoa recebeu orientação básica sobre AIE. Para o planeamento e a análise da avaliação das necessidades, envolver pessoal com experiência no ABCP, idealmente AIE. Sempre que essa capacidade seja limitada a nível local, procurar especialistas a nível regional e/ou mundial

¹⁴Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Integração

¹⁵Veja References Section 8.4 Coordenação - Comunicações e Advocacia

¹⁶Veja 65 na seção de referências 8.4 Coordenação - Comunicações e Advocacia; Media Guide on ABCP-E. AIE Core Group, 2007

support (see 7). Consult with sectoral specialists to support analysis of multi-sectoral data as necessary.

- 4.3** Desagregar os dados relativos a crianças com menos de dois anos por sexo e por idade, do seguinte modo: 0-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses e proporção da PLWL. Informada pelo contexto, desagregar informações-chave por etnia, localização, etc. para permitir a análise de capital próprio.

Dados pré- crise e avaliação precoce das necessidades

- 4.4** Utilizar informações de base pré- crise (dados secundários) para desenvolver um perfil de situação do FCI, a fim de informar as decisões precoces e as ações imediatas. Recolher informações essenciais na preparação ou na medida do necessário, em resposta precoce.

- 4.5** As fontes de informação pré- crise incluem os programas governamentais, as ONG e os países da ONU existentes; MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) e PDS (Pesquisa Demográfica de Saúdes) n; Inquéritos subnacionais; instituições nacionais (ministérios, serviços locais de preparação para situações de emergência, autoridades responsáveis pela luta contra a droga e pela aplicação de normas alimentares); Estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP); Perfis por país da Iniciativa Mundial de Tendências para a Amamentação (WBTi); base de dados da OMS e da UNICEF; Sistema de Informação sobre Paisagem Nutricional; Avaliadores pós- emergência; Apelações rápidas anteriores e Planos de Resposta Humanitária (HRP). A informação nutricional pode também ser obtida através de avaliações conjuntas da nutrição e da segurança alimentar, tais como a Abordagem Conjunta da Alimentação e da Segurança Alimentar (JANFSA); Análise exaustiva da segurança alimentar e da vulnerabilidade (ACSAV); e sistemas de vigilância da segurança alimentar e da nutrição (SNMS).

- 4.6** As principais informações a considerar incluem:

4.6.1 Dados contextuais

- i. enquadramento político, incluindo planos nacionais de orientação e preparação pertinentes; Estatuto jurídico do Código; Políticas e protocolos sobre o HIV e a alimentação para lactentes e outras emergências de saúde pública/surtos de doenças infecciosas (ver 5.33-5.40); legislação nacional em matéria de alimentos e medicamentos que afeta a aquisição de produtos de base.
- ii. Estado nutricional infantil pré- emergência, incluindo a prevalência de subnutrição aguda, atordoamento e anemia; e estado nutricional materno, incluindo a prevalência de anemia.
- iii. Segurança da população e dificuldades de acesso, como nas zonas afetadas por conflitos.
- iv. Caseloads estimados de crianças com menos de dois anos de idade (dados desagregados; ver 4.3) e MGL.
- v. Prevalência/notificações de lactentes, crianças pequenas e mães de maior risco (ver 5.4).
- vi. Segurança alimentar das famílias, incluindo o acesso a alimentos complementares adequados (ver 5.23).
- vii. Ambiente ASH, incluindo acesso a água potável e saneamento básico, e normas sociais de higiene (ver 5.32.viii).
- viii. Ambiente de saúde, incluindo o apoio oferecido pelos prestadores de serviços pré- natais, de entrega e pós- natais; Perfil de idade e morbidade das admissões em programas de tratamento de subnutrição aguda; taxas de morbidade por doenças infecciosas; Taxa de mortalidade bruta (TBM), taxa de mortalidade infantil (IMR) e taxa de mortalidade inferior a cinco (TMM5); cobertura do tratamento antirretroviral (TAR); e apoio prestado pelos serviços sociais e mecanismos de proteção social.
- ix. Capacidade e disponibilidade de potenciais prestadoras de apoio, como mães que amamentam, profissionais de saúde treinados, conselheiros treinados, mulheres experientes da comunidade, redes comunitárias de assistência, tradutores e intérpretes.

4.6.2 ABCP data

Práticas de alimentação pré- emergência, incluindo a prevalência de: aleitamento em recém- nascidos; Aleitamento precoce e exclusivo em lactentes com menos de seis meses; Lactentes não amamentados com menos de seis meses; Aleitamento contínuo ao fim de um ano e de dois anos; regime alimentar mínimo aceitável; Alimentação por garrafa (em qualquer idade); Utilização de SLM, incluindo fórmulas para lactentes, por grupo etário¹⁷.

- i. Conhecimentos e atitudes da população relativamente à ABCP.

- ii. Práticas complementares de alimentação prevalentes, alimentos complementares comuns utilizados e respectivas fontes.
- iii. Aceitabilidade e viabilidade da relação, enfermagem por via úmida, utilização de leite humano dador, disponibilidade de bancos de leite humano (ver 5.11-5.14).
- iv. Percepção local da deficiência infantil e das práticas de alimentação e de cuidados conexos. Relatórios e observações sobre crianças e prestadores de cuidados de saúde com deficiência e quaisquer questões relacionadas com alimentação ou cuidados de saúde.
- v. Relatórios sobre dificuldades de alimentação ou pedidos de apoio alimentar (incluindo pedidos de SLM) de mães, famílias, comunidades e/ou nos meios de comunicação social.
- vi. Pedidos ou relatórios de distribuição ou dádivas não-direcionadas de SLM, alimentos complementares ou equipamento de alimentação.

4.7 Proceder a uma avaliação precoce das necessidades (rápida)¹⁸ para informar sobre a resposta as decisões estratégicas (por exemplo, população-alvo, geografia, tipo de problema, escala de problemas, número de pessoas afetadas, indicação de novas necessidades de avaliação) e as decisões operacionais (por exemplo, orçamento, equipamento, competências e necessidades de pessoal). Sempre que possível, associar ou integrar-se à avaliação das necessidades multisectoriais. É necessária uma análise crítica dos dados quantitativos e qualitativos para determinar as intervenções adequadas.

4.8 Caso não seja possível realizar um inquérito representativo, utilizar meios alternativos e oportunistas para recolher dados relevantes sobre a situação atual. As abordagens para coletar dados incluem discussões de grupos de enfoque, entrevistas individuais, caminhadas transectadas e visitas de mercado. Comportamento ao nível doméstico ou comunitário, incluindo os locais onde a população se reúne, como centros de registro, distribuição de alimentos e centros de saúde. Em populações em trânsito, a procura de pólvora rápida, especialmente mães com bebês. Ter em conta as limitações metodológicas na análise.

4.9 Recolher, na medida do possível, informações sobre os diferentes grupos populacionais (geografia, etnia, etc.). Utilizar indicadores normalizados¹⁹ e desenvolver indicadores específicos de contexto, conforme necessário, em consulta com a autoridade de coordenação do AIE. Outras fontes de informação incluem relatórios de situação humanitária, relatórios de avaliação das necessidades setoriais, relatórios dos meios de comunicação, recursos de financiamento e redes sociais.

4.10 Entre as indicações que devem ser objeto de uma avaliação precoce das necessidades e que requerem uma investigação mais aprofundada, contam-se: TBM, IMR e/ou TMM5 elevados; Notificações de mortes por lactentes ou por maternidade; prevalência global de subnutrição aguda superior a 5%; Alimentação artificial praticada antes da emergência; prevalência de amamentação exclusiva baixa (< 50%) antes da emergência; Mães com dificuldades em amamentar; baixa (< 70%) prevalência continuada do aleitamento ao fim de um ano; Notificações de lactentes não amamentados com menos de seis meses de idade; Pedidos de fórmula para lactentes; má disponibilidade de alimentos complementares adequados; Lactentes com menos de seis meses de idade que apresentem subnutrição aguda; Lactentes órfãos; relatórios de doações de SLM ou distribuições não-direcionadas de BMS^x.

Avaliação aprofundada

4.11 Se for indicada e exequível uma avaliação mais aprofundada, realizar um inquérito representativo (ou seja, amostragem aleatória, amostragem sistemática ou amostragem de agregados)²⁰. Isto pode envolver um inquérito independente sobre a ABCP ou uma avaliação da ABCP integrada noutra, como um inquérito antropométrico ou sobre a saúde reprodutiva. A integração afetará a dimensão da amostragem, o grupo etário da amostra e a dimensão do questionário. Devem ser utilizados indicadores normalizados (ver 4.9). Determine com precisão a idade 21. Os conhecimentos e as atitudes sobre a ABCP podem também ser avaliados.

¹⁷Veja References Section 8.5 Avaliação e Monitoramento

¹⁸Veja 76 na seção de referências 8.5 Avaliação e Monitoramento - Recolha de dados (Avaliação)

¹⁹Veja References Section 8.5 Avaliação e Monitoramento - Indicadores

²⁰Veja References Section 8.5 Avaliação e Monitoramento - Avaliação profunda

²¹Veja References Section 8.5 Avaliação e Monitoramento

Monitoramento

- 4.12** As estratégias de intervenção devem incluir objetivos, população-alvo, resultados esperados e resultados. Incluir indicadores de processos/resultados para medir a qualidade, a quantidade, a cobertura e a utilização dos serviços e programas e indicadores de resultados para descrever o efeito da intervenção. Define benchmarks para determinar o progresso e a realização, considerando os prazos de intervenção.
- 4.13** Utilizar indicadores quantitativos e qualitativos para determinar o impacto das atividades de mudança de comportamento; estas estão muito provavelmente associadas a uma programação a mais longo prazo em contextos de emergência crônica. Avaliar a cobertura geográfica ou demográfica dos serviços utilizando métodos adequados de avaliação da cobertura. Use pesquisas periódicas para determinar impactos. As avaliações (ou partes de uma avaliação de base, por exemplo) podem ser repetidas como parte da monitorização.
- 4.14** Acompanhar as atividades e intervenções das AIE utilizando indicadores normalizados²² que são integrados nos sistemas de acompanhamento, avaliação, responsabilização e aprendizagem, quando existem. Harmonizar a utilização de indicadores entre os parceiros de execução e nos inquéritos. Desagregar dados por idade, sexo, grupos vulneráveis e indicadores de equidade, conforme adequado ao contexto (ver 4.3).
- 4.15** Monitorar a resposta AIE em relação a indicadores globais de nível superior, por exemplo, os padrões Sphere. Incluir a ICM nas avaliações de resposta humanitária.
- 4.16** Acompanhar as violações do Código e comunicá-las às autoridades nacionais, à autoridade de coordenação do AIE e aos controlos internacionais (ver ponto 7.1 para os contatos e modelos de comunicação). Apoiar o governo a desenvolver políticas e procedimentos para acompanhar e agir em caso de violação do Código; Os gabinetes da OMS e da UNICEF têm responsabilidades fundamentais a este respeito. As violações típicas do Código em situações de emergência dizem respeito à rotulagem das fórmulas para lactentes, à gestão do fornecimento e às dadas (ver 6.1; 6.15; 6,25-6,26).
- 4.17** Assegurar que a igualdade entre homens e mulheres 23 e a equidade sejam integradas de forma coerente nos programas de prevenção de catástrofes, de resposta humanitária e de recuperação.
- 4.18** Utilizar abordagens participativas para envolver os grupos-alvo da população, nomeadamente no planeamento e concepção dos programas, sessões de feedback e divulgação das conclusões²⁴. Deverão estar disponíveis mecanismos de queixa confidenciais sobre as atividades e intervenções da ABCP. Aprender e adaptar a programação/atividades, conforme necessário. Documentar experiências para uma partilha mais ampla.²⁵

5 Proteger, promover e apoiar a alimentação ótima para lactentes e crianças pequenas com intervenções multisectoriais integradas

Geral

- 5.1** A nível nacional, a UNICEF tem a responsabilidade fundamental de definir, defender e fornecer orientações sobre as intervenções essenciais da ABCP em estreita colaboração com o governo e outras partes interessadas²⁶. Esta responsabilidade estende-se tanto à preparação como à recuperação, utilizando e desenvolvendo as capacidades, redes, políticas, sistemas existentes e exige um envolvimento multisectorial. Nos contextos de refugiados, o ACNUR assume esta responsabilidade (ver ponto 3.1). O PAM tem a responsabilidade de garantir que a nutrição dos lactentes e das crianças pequenas e a MGL seja considerada na resposta à ajuda alimentar e que sejam recolhidos os dados necessários para informar a programação conexa.

²² Veja References Section 8.5 Avaliação e Monitoramento - Indicadores

²³ Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Gênero

²⁴ Veja References Section 8.5 Avaliação e Monitoramento - Participação

²⁵ Veja References Section 8.5 Avaliação e Monitoramento - Aprendizagem

²⁶ Veja 14 in Section 8.2 Política - Política Organizacional

- 5.2** Desagregar os dados do programa para crianças com menos de cinco anos por sexo e por idade, como se segue: 0-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses e 24-59 meses. Informada pelo contexto, desagregar informações-chave por etnia, localização, etc. para permitir a análise de capital próprio.
- 5.3** Atos destinados a garantir que as necessidades nutricionais da população em geral são satisfeitas, dando especial atenção ao acesso a alimentos complementares adequados destinados às crianças²⁷ e à adequação nutricional da MGL²⁸.
- 5.4** Estabelecer serviços acessíveis de apoio à ABCP para proporcionar a lactentes, crianças e mães de maior risco, como órfãos, crianças não acompanhadas, lactentes não amamentados; Crianças com deficiência que afetam a alimentação ou cujos cuidadores são deficientes²⁹; Mães detidas; crianças cujas mães estejam doentes; Mães adolescentes; Lactentes prematuros; Lactentes BPN; e crianças e/ou mães que se encontram gravemente subnutridas.
- 5.5** Encorajar as mães/cuidadores a apresentarem-se aos serviços de saúde quando os filhos estiverem doentes ou se tiverem problemas de saúde ou de alimentação. Assegurar que as crianças doentes e/ou subnutridas recebam apoio nutricional e acompanhamento.
- 5.6** Colabore em vários setores para maximizar sinergias e oportunidades para dar suporte às práticas recomendadas de ABCP e minimizar riscos³⁰.

Apoio à amamentação

- 5.7** Proteger, promover e apoiar o início precoce da amamentação exclusiva em todos os recém-nascidos. Integrar as Dez Etapas para o Êxito do aleitamento materno da Iniciativa Hospital Bebês da OMS/UNICEF³¹ nos serviços de maternidade. As principais intervenções no domínio da saúde em recém-nascidos³² incluem o contato da pele com a pele, a mãe canguru careaa, o "regresso" (manter as mães e os bebês juntos) e o atraso no contato com o cordão umbilical. Limitar o suplemento com SLM às necessidades médicas³³. Apoio-alvo a mães de bebês prematura e lactantes³⁴, mães adolescentes e mães pela primeira vez. Assegurar o acesso aos serviços de HIV, conforme adequado, incluindo apoio nutricional quando indicado (ver 5.33-5.39). Assegurar o registro de nascimentos de recém-nascidos no prazo de duas semanas após o parto e coordenar-se com outros setores (como a saúde, a segurança alimentar e a proteção social) para facilitar o acesso aos serviços de apoio. Utilizar e desenvolver a capacidade existente (como as assistentes de parto tradicionais, as parteiras e os pares) para fornecer apoio qualificado à amamentação³⁵.
- 5.8** Proteger, promover e apoiar a amamentação exclusiva em lactentes com menos de seis meses de idade e a amamentação continuada em crianças com idades compreendidas entre os seis meses e os dois anos ou mais. intervenções que sejam culturalmente sensíveis e que minimizem os riscos de práticas de formação contínua prevalentes não recomendadas. Quando se pratica a amamentação mista em lactentes com menos de seis meses de idade, as mães devem ser sensibilizadas para a transição para a amamentação exclusiva (ver 5.33-5.36 para a amamentação no contexto do HIV).
- 5.9** A utilização de dispositivos de amamentação suplementares e de bombas de amamentação só deve ser considerada quando a sua utilização for vital e quando for possível limpá-los adequadamente, como num contexto clínico³⁶.

²⁷Veja Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Alimentação Complementar

²⁸Veja Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Nutrição Materna

²⁹Veja Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Deficiência

³⁰Veja Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Integração

³¹Veja 182 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³²Veja 185 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³³Veja 109 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³⁴Veja 112 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³⁵Veja References Section 8.3 Treinamento - Aconselhamento

³⁶Veja 107 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Breastfeeding

Lactentes não amamentados

- 5.10** Em todas as situações de emergência, intervir para proteger e apoiar os lactentes e as crianças que não são amamentados para satisfazer as necessidades nutricionais e minimizar os riscos. As consequências de não amamentar são influenciadas pela idade da criança (os mais jovens são mais vulneráveis); O ambiente de doenças infecciosas; acesso a fornecimentos seguros de SLM, combustível e equipamento de alimentação/cozedura adequados; e condições ASH.
- 5.11** Quando um bebé não é amamentado pela sua mãe, deve explorar rapidamente, por ordem prioritária, a viabilidade da relação, da amamentação por via úmida e do leite humano dador, com base no contexto cultural, na atual aceitabilidade para as mães e na disponibilidade de serviços. Se estas opções não forem aceitáveis para as mães/prestadores de cuidados de saúde ou viáveis, permitir o acesso a um fornecimento seguro de um SLM adequado, acompanhado de um pacote essencial de apoio (ver 6).
- 5.12** Uma mãe que não esteja a amamentar e que pretenda relatar necessidade de um apoio qualificado para amamentar até que a amamentação seja restabelecida³⁷. O sucesso dependerá do bem-estar e da motivação da mãe; A idade do lactente; durante quanto tempo a mãe deixou de amamentar; e o seu acesso a um apoio qualificado e sustentado. Os bebés com menos de seis meses irão beneficiar mais.
- 5.13** Investigar a aceitabilidade cultural da enfermagem em meio úmido e a disponibilidade de enfermeiras em condições de preparação e como parte da avaliação precoce das necessidades. A amamentação e a relação úmida podem funcionar em conjunto quando a enfermeira úmida fornece leite suplementar até a mãe dispor de leite suficiente. Priorizar as amas para os lactentes mais jovens (ver 5.33-5.39 por considerações relacionadas com o HIV).
- 5.14** Até à data, há pouca experiência com a utilização de leite humano dador formal e informal em: configurações de emergência. O leite humano dador é provavelmente uma opção mais viável quando existem bancos de leite humano existentes numa zona afetada por situações de emergência, que estão integrados em programas mais amplos de alimentação para recém-nascidos/lactentes e onde se verificam condições-chave. Se estiver disponível leite humano dador, este pode estar em falta; os bebés vulneráveis (tais como os recém-nascidos prematuros e doentes BPN) devem ser considerados prioritários³⁸. Os prestadores de cuidados a lactentes que recebem leite humano dador necessitam de aconselhamento e apoio para garantir uma utilização adequada e segura (ver 6.3 no que se refere às dâdivas em situações de emergência).
- 5.15** A fórmula para lactentes é a SLM apropriada para lactentes com menos de seis meses de idade³⁹ (ver 6.15 para as especificações). Podem ser utilizados leite alternativo como SLM em crianças com idade igual ou superior a seis meses, tais como leite de nata integral pasteurizado ou cozido (vaca, cabra, búfalo, ovelha, camelo), leite a temperatura ultra-elevada (UHT), leite evaporado (mas não condensado), leite fermentado ou iogurte⁴⁰. A utilização de fórmulas para lactentes em crianças com mais de seis meses dependerá das práticas de pré-emergência, dos recursos disponíveis, das fontes de leite alternativo seguro, da adequação dos alimentos complementares e das políticas governamentais e das agências. Não são necessários leite de acompanhamento, leite em crescimento e leite de criança comercializados a crianças com idade igual ou superior a seis meses (a fórmula padrão para lactentes é adequada) e não deve ser fornecida. Quando é necessária fórmula para lactentes, mas o fornecimento é limitado, os lactentes não amamentados com menos de seis meses de idade devem ser considerados prioritários para efeitos de fornecimento.

³¹ Veja 182 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³² Veja 185 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³³ Veja 109 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³⁴ Veja 112 in Section 8.6 - Intervenções Multissetoriais

³⁵ Veja References Section 8.3 Treinamento - Aconselhamento

³⁶ Veja 107 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Breastfeeding

³⁷ Veja 108 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Breastfeeding

³⁸ Veja 111 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Circunstâncias Especiais

³⁹ Veja 202 na seção de referências 8.7 Alimentação Artificial - Especificação SLM

⁴⁰ Veja 117 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Alimentação Complementar

O leite de origem animal modificado não é recomendado para lactentes com menos de seis meses de idade devido a uma insuficiência nutricional significativa e só deve ser utilizado como medida de último recurso e de paragem. (Ver 9 para informações sobre SLM abrangidos pelo âmbito de aplicação do Código).

- 5.16** O requisito de SLM pode ser temporário ou de longo prazo. As indicações temporárias de SLM incluem: durante a relação; transição da alimentação mista para a amamentação exclusiva; Separação a curto prazo entre o lactente e a mãe; período de espera a curto prazo até estar disponível leite de amamentação ou leite humano dador. As indicações de SLM a longo prazo incluem: Lactentes não amamentados antes da crise; mãe que não deseja ou não consegue reagir; Lactentes criados em alimentação substituta no contexto do HIV; Criança órfã; Lactente cuja mãe esteja ausente a longo prazo; Condições médicas específicas para lactentes ou maternidades⁴¹; mãe muito doente; Criança rejeitada pela mãe; um sobrevivente de violação que não deseja amamentar.
- 5.17** Determinar a necessidade de uma fórmula para lactentes através de uma avaliação individual⁴² por um profissional qualificado da saúde ou da nutrição com formação em amamentação e alimentação de lactentes. Fornecer educação individual, demonstrações individuais e formação prática sobre a preparação segura para o prestador de cuidados. Garantir acompanhamento (pelo menos duas vezes por mês) e rastrear padrões.
- 5.18** Fornecer a fórmula para lactentes enquanto o bebê necessitar, ou seja, até que a amamentação seja restabelecida ou até, pelo menos, seis meses de idade.
- 5.19** Em circunstâncias em que não é possível efetuar uma avaliação, apoio e acompanhamento a nível individual, como, por exemplo, nos casos em que o acesso da população é comprometido, consultar a autoridade de coordenação da AIE para aconselhamento sobre critérios de avaliação e seleção adaptados e opções de programação (ver ponto 3.8)⁴³.

Alimentação complementar

- 5.20** A autoridade de coordenação designada para o AIE deve dar uma orientação clara às necessidades e intervenções em matéria de alimentação complementar⁴⁴. O governo é a autoridade coordenadora principal que orienta a resposta sobre alimentação complementar. Quando tal não é possível ou é necessário apoio, a coordenação da alimentação complementar é da responsabilidade obrigatória da UNICEF ou do ACNUR, em função do contexto, em estreita colaboração com o governo, outras agências das Nações Unidas e parceiros operacionais. Em todos os contextos, a UNICEF tem a responsabilidade fundamental de fornecer orientações sobre alimentos e práticas alimentares complementares adequados e de ajudar a definir intervenções essenciais. Nos programas de assistência alimentar, o PAM tem a responsabilidade de fornecer ou permitir o acesso a alimentos ricos em nutrientes adequados para crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 23 meses e para as poliéster quando forem identificadas lacunas significativas nos alimentos e nutrientes.
- 5.21** As intervenções de alimentação complementar dependerão do contexto, objetivos e cronograma da resposta. Podem ser necessárias ações de curto prazo para atender às necessidades imediatas e preencher as lacunas de nutrientes identificadas, com transição planejada para opções de longo prazo. Ferramentas estão disponíveis para ajudar na análise de lacunas de nutrientes⁴⁵.
- 5.22** Entre as principais considerações para determinar a resposta complementar à alimentação incluem-se as lacunas de nutrientes pré-existentes e existentes; sazonalidade; crenças socioculturais; Segurança alimentar; Acesso atual a alimentos adequados; Qualidade dos alimentos complementares disponíveis localmente, incluindo produtos comerciais; O cumprimento do Código e das orientações da OMS sobre o fim da promoção inadequada de alimentos destinados a lactentes e crianças pequenas de produtos disponíveis; custo; proporção de lactentes e crianças não amamentados; Relatórios sobre crianças com dificuldades de alimentação associadas a deficiência; nutrição materna;

⁴¹ Veja 109 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Alimentação Artificial

⁴² Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - ABCP Aconselhamento

⁴³ Veja 133 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Programação ABCP-E for an example of minimum screening for populations in transit

⁴⁴ Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Alimentação Complementar

condições de ASH; A natureza e a capacidade dos mercados e dos sistemas de entrega existentes; legislação nacional relativa aos géneros alimentícios e medicamentos, em especial a importação; e provas do impacto de diferentes abordagens num dado contexto ou em contextos semelhantes

5.23 As opções/considerações complementares de apoio alimentar incluem:

- i. Sistemas de compra de alimentos ricos em nutrientes e/ou alimentos fortificados disponíveis localmente.
- ii. Distribuição a nível doméstico de alimentos ricos em nutrientes ou de alimentos fortificados.
- iii. Fornecimento de alimentos fortificados com múltiplos micronutrientes a crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 23 meses e MGL através de alimentação complementar generalizada. Exemplos incluem alimentos reforçados misturados, tais como SuperCereal mais e SuperCereal (ou variações locais deste tipo de papa fortificada), e suplementos de nutrientes à base de lípidos (pequena a média quantidade) (ver 9).
- iv. Fortificação doméstica com suplementos micronutrientes, tais como pós micronutrientes (MNPs) ou outros suplementos. Note-se que os MP não devem ser fornecidos quando existe uma distribuição generalizada de alimentos fortificados com micronutrientes múltiplos (ver 5.29).
- v. Programas de subsistência e programas de redes de segurança para famílias com crianças com menos de dois anos de idade e/ou MGL.
- vi. Utilização de leite e produtos de origem animal (ver 5.25).
- vii. Fornecimento de produtos não alimentares e de alimentos (incluindo energia doméstica); acesso a áreas de preparação de alimentos comuns onde não existem instalações domésticas; aconselhamento sobre a manipulação segura dos alimentos; e espaços de lazer protegidos.

5.24 Os alimentos complementares produzidos comercialmente devem respeitar normas mínimas. Ver as orientações internacionais sobre a formulação de alimentos complementares⁴⁵, normas mínimas relativas ao perfil nutricional dos alimentos complementares⁴⁶ e normas específicas por país, conforme necessário. Priorizar alimentos complementares de qualidade no país, familiares, em detrimento da importação de novos produtos (ver 5.22 para considerações essenciais). Os alimentos terapêuticos prontos para utilização (RUTF) não são alimentos complementares adequados

5.25 Nos casos em que o leite de animais é uma característica importante das dietas infantis, como nas comunidades pastorais, é importante determinar como incluir com segurança os produtos láteos no âmbito de um regime alimentar complementar. Os produtos láteos podem ser utilizados para preparar alimentos complementares para todas as crianças com mais de seis meses de idade. Recomendar às mães a amamentar que não substituam ou substituam o leite materno pelo leite de animais. O leite de animais pasteurizado ou cozido pode ser fornecido a crianças com mais de seis meses de idade que não sejam amamentadas e a mães lactantes para beber em ambientes controlados (por exemplo, quando o leite é fornecido e consumido no local (amamentação por via úmida)). O leite de origem animal não deve ser distribuído fora desses ambientes controlados (ver pontos 5.15 e 6.25).

5.26 Assegurar que todas as intervenções na alimentação complementares protejam e apoiem práticas adequadas⁴⁷, fornecendo aconselhamento e apoio específicos ao contexto, incluindo forma de adaptar os géneros alimentícios disponíveis para alimentar diferentes grupos etários e a preparação e armazenamento higiénico dos géneros alimentícios.

5.27 Garantir que as intervenções na alimentação complementares cumpram as orientações da OMS sobre o fim da promoção inadequada de alimentos para lactentes e crianças pequenas⁴⁸. Para tal, é necessário que todas as informações ou mensagens relativas à utilização de alimentos complementares incluam uma declaração sobre a importância da amamentação durante um período máximo de dois anos ou mais, a importância de não introduzir a alimentação complementar antes dos seis meses de idade e a idade adequada para a introdução desse alimento (não deve ser inferior a seis meses); e ser facilmente compreendida pelos pais e outros prestadores de cuidados, devendo todas as informações exigidas no

⁴⁵ Veja 120 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Alimentação Complementar

⁴⁶ Veja 117 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Alimentação Complementar

⁴⁷ Veja 118 and 119 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Alimentação Complementar

⁴⁸ Veja References Section 8.2 Política - Política Global

rótulo ser rótulo ser visíveis e legíveis Fornecer instruções claras sobre a preparação, utilização e armazenamento seguros. Os rótulos e os desenhos das embalagens alimentares complementares devem ser distintos dos utilizados na SLM para evitar a promoção cruzada

5.28 Não enviar ou aceitar doações de alimentos complementares em caso de emergência. Os riscos incluem os alimentos complementares doados que podem não satisfazer as normas nutricionais e de segurança, os requisitos de rotulagem do código ou as recomendações das orientações da OMS para pôr termo à promoção inadequada de alimentos para lactentes e crianças pequenas; pode ser culturalmente inadequado; e pode comprometer a utilização local de alimentos e as práticas recomendadas de formação contínua de medicamentos. Para os alimentos doados que não são concebidos como alimentos complementares mas que podem ser utilizados para alimentação complementar, é importante evitar que a resposta de emergência seja utilizada para criar um mercado potencial para alimentos específicos; garantir que as intervenções se baseiem mais nas necessidades do que nas necessidades dos doadores; e garantir uma qualidade e segurança adequadas do regime alimentar. Caso estejam a ser consideradas ou tenham sido recebidas quaisquer dadas, consultar a autoridade de coordenação designada da AIE no que se refere à sua adequação e/ou gestão (ver 6.6).

5.29 Suplementação de micronutrientes

Para as crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 59 meses, poderão ser necessários suplementos de micronutrientes múltiplos para satisfazer as necessidades nutricionais quando não forem fornecidos alimentos fortificados, em conjugação com outras intervenções destinadas a melhorar os alimentos complementares e as práticas de alimentação⁴⁹. Nas zonas endêmicas da malária, o fornecimento de ferro sob qualquer forma, incluindo o MP, deve ser aplicado em conjunto com medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento da malária. Não deve ser fornecido ferro através destas intervenções às crianças que não tenham acesso a estratégias de prevenção da malária (por exemplo, fornecimento de mosquiteiros tratados com inseticidas e programas de controlo dos vetores); diagnóstico rápido da doença de malária; e tratamento com terapêutica antimalária eficaz⁵⁰. Recomenda-se um suplemento de vitamina A em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 59 meses⁵¹. Para a MGL, devem ser fornecidos suplementos de ferro e ácido fólico ou micronutrientes múltiplos de acordo com as orientações mais recentes^{52,53}.

Colaboração multisetoriais

5.30 Entre os setores e disciplinas-chave para sensibilizar e trabalhar na formação sobre a formação contínua (ICFV) contam-se a saúde (saúde reprodutiva; SMNI; MHPSS; HIV; gestão de doenças infecciosas); Serviços de adolescentes; LAVAR; SAS; Proteção das crianças; CEA; Deficiência; abrigo; programas de transferência de numerário; proteção social; agricultura; coordenação de campos e gestão de campos; e logística.

5.31 Os pontos de entrada do programa setorial para a ABCP incluem: cuidados pré-natais e pós-natais; Imunização; monitorização do crescimento; Prevenção de programas de transmissão mãe-filho (PTMPF); Serviços de prevenção e tratamento do HIV, tratamento agudo da subnutrição; saúde da comunidade; Serviços de aconselhamento psicossocial; promoção da higiene; rastreio da proteção das crianças; Atividades da OCDE; Locais de emprego; e trabalhos de extensão agrícola.

5.32 Exemplos⁵⁴ da colaboração multissetorial bidirecional incluem:

- i. Permitir o acesso das mulheres grávidas a cuidados pré-natais qualificados⁵⁵ e a outros serviços de saúde necessários, incluindo MHPSS⁵⁶.

⁴⁹ Veja Referências Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Micronutrientes

⁵⁰ Veja 126 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Micronutrientes

⁵¹ Veja 127 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Micronutrientes

⁵² Veja 128 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Nutrição Materna

⁵³ Veja 186 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Saúde Materna, Neonatal e Infantil

⁵⁴ Veja 158 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Integração

⁵⁵ Veja Referências Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Maternal Newborn and Child Health

⁵⁶ Veja Referências Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Mental Health and Psychosocial Support

- ii. Integrar o apoio à ABCP e/ou estabelecer sistemas de consulta com os serviços de saúde reprodutiva, de SMNI e adolescente; serviços de saúde curativos; tratamento agudo de subnutrição; HIV; e serviços de proteção das crianças. Incluir pacotes de serviços mínimos/iniciais oferecidos por diferentes setores.
- iii. Integrar o apoio à amamentação nos serviços comunitários e de doentes que tratam a subnutrição aguda⁵⁷ e as crianças doentes⁵⁸ e nas redes comunitárias de profissionais de saúde. Integrar o apoio complementar qualificado à alimentação nos serviços de tratamento de subnutrição aguda.
- iv. Trabalhar com serviços de prevenção e tratamento do HIV para apoiar o acesso e a adesão ao ART⁵⁹ (ver 5.38).
- v. Integrar a OCDE no apoio à ABCP a nível das instalações e da comunidade e explorar oportunidades de incorporar elementos ABCP na CEA⁶⁰.
- vi. Colaborar com o ponto focal sobre a deficiência em questões identificadas relativas à alimentação e cuidados a crianças com deficiência e crianças cujos cuidadores são deficientes⁶¹.
- vii. Quando uma população utilizar leite fresco de origem animal, colaborar com o bem-estar dos animais para facilitar o acesso a um abastecimento seguro de leite de origem animal e com os fornecedores de ASH/SAS no que diz respeito à transformação e armazenagem de produtos láteos em condições de higiene. Garantir que as iniciativas atuem para proteger as práticas recomendadas de ABCP.
- viii. Garantir que os espaços favoráveis à mãe/criança cumpram os padrões mínimos de ASH. Concorde com mensagens ASH e ABCP comuns. Advogar junto dos fornecedores da ASH que visem famílias com crianças com menos de dois anos de idade, com apoio adequado da ASH para cumprir as normas mínimas da ASH/SAS para a preparação de alimentos. Permitir o acesso aos serviços ASH por famílias de lactentes alimentados artificialmente (ver 6.21, 6.22).
- ix. Integrar a proteção infantil⁶² nos serviços ABCP com procedimentos claros, vias de recurso e códigos de conduta do pessoal. Integrar mensagens ABCP na comunicação de proteção infantil e colaborar para ajudar a identificar crianças vulneráveis do ponto de vista nutritivo.
- x. Nos programas ABCP, identifique as mulheres traumatizadas para a consulta aos serviços de proteção. Incorporar sistemas de apoio/consulta ABCP em serviços fornecidos a mulheres/raparigas expostas à violência.
- xi. Acompanhe os programas de transferência de dinheiro que incluem as mães no alvo com ABCP específica do contexto e mensagens de nutrição materna.
- xii. Trabalhar com fornecedores de abrigo para garantir que sejam cumpridos padrões mínimos de abrigo e de alojamento para as famílias com crianças com menos de dois anos e para a MGL que incluam condições de vida adequadas para apoiar a preparação, práticas de alimentação e cuidados alimentares seguros.
- xiii. Trabalhar com os prestadores de coordenação de campos e de gestão de campos para proteger e ajudar as famílias com crianças com menos de dois anos e com menos de dois anos de idade, tais como permitir o acesso a serviços-chave e condições de vida adequadas para as famílias com crianças com menos de dois anos e com menos de dois anos de idade; e fornecer dados discriminados sobre a população.
- xiv. Assegurar que os programas de subsistência sejam favoráveis às crianças; Por exemplo, providenciar cuidados diurnos e pausas para alimentação. Incluir questões de ABCP no monitoramento pós-distribuição. Considerar alimentos complementares na seleção de culturas de programas agrícolas.

HIV e alimentação infantil

5.33 Verificar as políticas nacionais/sub-nacionais em matéria de HIV e de alimentação para lactentes. Avaliar se estão em conformidade com as recomendações mais recentes da OMS; Abordar situações de

⁵⁷Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Mainstreaming within Nutrition

⁵⁸Veja 183 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Maternal Newborn and Child Health

⁵⁹Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - HIV

⁶⁰Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Desenvolvimento da Primeira Infância

⁶¹Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Deficiência

⁶²Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Child Proteção

emergência, incluindo os contextos de refugiados e de pessoas deslocadas internamente, se for caso disso; e, se necessário, apoiar a atualização como parte da preparação. Poderá ser necessário emitir rapidamente orientações intercalares atualizadas para responder a questões que estejam desatualizadas ou para abordar questões imprevistas. As principais considerações de emergência incluem a alteração da exposição ao risco de doenças infecciosas não relacionadas com o HIV e de subnutrição; duração provável da emergência; acesso das populações refugiadas aos medicamentos antirretrovirais (VMA) e aos serviços de saúde; Se existem condições para a alimentação segura por fórmula; e a disponibilidade de ARVs⁶³.

- 5.34** De acordo com as orientações globais, apoiar as mães que amamentam e que vivem com HIV a amamentar durante pelo menos 12 meses (início precoce e aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses) e a continuar a amamentar durante um período de até 24 meses ou mais, sendo plenamente apoiadas na adesão à ART (ver 5.38). Nos casos em que é pouco provável que estejam disponíveis medicamentos antirretrovirais (tais como fornecimento interrompido num avião de emergência), recomenda-se a amamentação de lactentes expostos ao HIV, no interesse da sobrevivência infantil. O aleitamento só deve parar quando for possível fornecer uma dieta segura e adequada do ponto de vista nutricional sem leite materno.
- 5.35** Apoiar as mulheres que amamentam e que se sabe não estarem infectadas pelo HIV ou cujo estatuto de HIV é desconhecido, a amamentar exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida e a continuar a amamentar durante 24 meses ou mais, de acordo com as práticas recomendadas de ABCP.
- 5.36** As enfermeiras em idade úmida potenciais devem ser submetidas a aconselhamento sobre o HIV e a testes rápidos sempre que disponíveis (ver 5.38). Na ausência de testes, proceder-se-á, se possível, a uma avaliação do risco de HIV (ver 9). Se a avaliação/aconselhamento do risco de HIV não for possível, facilitar e apoiar a enfermagem por via úmida. Fornecer aconselhamento para evitar a infecção por HIV durante o aleitamento.
- 5.37** Identificar urgentemente e prestar apoio aos lactentes criados na alimentação de substituição (ver 5.10-5.19).
- 5.38** Colaborar com o setor da saúde para identificar as mães seropositivas na RMA, a fim de promover e apoiar a adesão e a manutenção da RMA no tratamento; Facilitar mecanismos de distribuição alternativos para os VMA em caso de perturbação dos sistemas habituais; e defender que a MGL continue a ser um grupo prioritário para a distribuição de ARV. Uma resposta mínima ao HIV exige um fornecimento seguro e contínuo de ARV para a MGL, reconhecidamente seropositiva, e para os ARVs; acesso a entregas seguras e limpas; Aconselhamento para alimentação de lactentes; e profilaxia perinatal para lactentes expostos ao VIH64. Fornecer ligações aos serviços de assistência e apoio existentes; e acesso aos contraceptivos, aos serviços de tratamento da subnutrição e ao apoio alimentar ou de subsistência, quando indicado. As opções de tratamento devem ser alargadas de modo a incluir testes e aconselhamento rápidos do HIV e o início da RMA o mais rapidamente possível 65. Os kits de teste de HIV devem ser priorizados (baixo custo, robusto em relação à estabilidade de armazenamento e temperatura e fácil de usar).
- 5.39** Comunicar claramente com as pessoas que respondem a situações de emergência, os prestadores de cuidados de saúde e as mães expostas ao HIV as recomendações aplicáveis em matéria de HIV e de alimentação para lactentes, como por exemplo em declarações conjuntas (ver ponto 1.5).

Surtos de doenças infecciosas

- 5.40** Antecipar e avaliar o impacto dos surtos de doenças infecciosas nos seres humanos e nos animais sobre a ABCP, como a interrupção do acesso aos serviços de apoio à saúde e à alimentação animal; deterioração da segurança alimentar e dos meios de subsistência das famílias; riscos de transmissão por amamentação; doença materna e morte. Tomar medidas para mitigar os riscos. Podem ser necessárias orientações provisórias para abordar as consequências imprevistas do ABCP em surtos, tais como o vírus Ebola e o vírus Zika⁶⁶. Consulte a OMS para obter aconselhamento atualizado.

⁶³Veja 13 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - Circunstâncias Especiais

⁶⁴Veja 188 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - HIV

⁶⁵Veja 187 na seção de referências 8.6 Intervenções Multissetoriais - HIV

⁶⁶Veja References Section 8.6 Intervenções Multissetoriais - Doença infecciosa

6 Minimizar os riscos da alimentação artificial

Doações em situações de emergência

- 6.1** Não doar nem aceitar doações de SLM, outros produtos láteos ou equipamento de alimentação (incluindo Bebirão, tetinas e bombas tira leite) em situações de emergência. Os SLM doados são normalmente de qualidade variável; do tipo errado; forem fornecidas de forma desproporcionada; rotulados na língua errada; Não acompanhadas de um pacote de cuidados essenciais; distribuídos indiscriminadamente; Não se destinem àqueles que deles necessitam; Não fornecer uma oferta sustentada; e levar tempo e recursos excessivos para mitigar os riscos.
- 6.2** Considerações relativas à doações de alimentos complementares, ver 5.28.
- 6.3** Não enviem suprimentos de leite humano para situações de emergência que não se baseiem em necessidades identificadas e façam parte de uma intervenção coordenada e gerenciada. Use seguro do doador o leite humano exige uma avaliação das necessidades, uma orientação específica, uma cadeia de frio e sistemas de gestão sólidos (ver 5.14).
- 6.4** Comunicar uma posição clara sobre as doações em matéria de preparação e de resposta rápida a situações de emergência, como em uma declaração conjunta 67. Investigar os motivos dos pedidos de doação para informar mensagens e avaliação. Destacar os principais intervenientes, incluindo doadores, parceiros de desenvolvimento e grupos da sociedade civil, entre outros. Grupos-alvo que não podem estar envolvidos em mecanismos oficiais de coordenação, por exemplo, meios de comunicação social, grupos militares e voluntários.
- 6.5** Identificar e informar os potenciais doadores e distribuidores sobre os riscos associados aos fornecimentos doados em situações de emergência. Fornecer informações sobre o modo como estão a ser satisfeitas as necessidades nutricionais dos lactentes não amamentados. Dar orientação sobre itens ou suporte alternativos adequados.
- 6.6** O relatório de ofertas ou doações de SLM, doação do leite humano, alimentos complementares e equipamento de alimentação submetida à UNICEF ou ao ACNUR, conforme o mais apropriado (ver ponto 3.1), bem como à autoridade de coordenação da AIE, que determinará e supervisionará um plano de gestão específico para minimizar os riscos. As doações que envolvam ajuda alimentar no âmbito do PAM devem também ser comunicadas ao PAM (ver 7 para os contatos).

Gestão artificial da alimentação

- 6.7** Planejar contratos adequados⁶⁸, distribuição, orientação e utilização de SLM e apoio associado (gestão artificial da alimentação) em estreita consulta com a autoridade de coordenação da AIE e a UNICEF (em que a UNICEF não atua como autoridade de coordenação da AIE). De acordo com os mandatos, a OMS e o ACNUR também têm responsabilidades fundamentais. Estabelecer os termos de referência, as responsabilidades e os papéis da gestão artificial da alimentação para utilização pela autoridade de coordenação da AIE, em preparação.
- 6.8** A gestão artificial dos alimentos exige uma avaliação das necessidades e dos riscos e uma análise crítica da situação, com base em orientações técnicas. A análise deve incluir se a procura de SLM constitui uma necessidade real e/ou se outras intervenções, incluindo um melhor apoio à amamentação, são indicadas para garantir a alimentação e a saúde dos lactentes. A escala do apoio artificial à alimentação necessária determinará o nível de intervenção e de coordenação necessária.
- 6.9** A autoridade de coordenação do AIE e/ou a UNICEF deve determinar se e onde existe capacidade para gerir a alimentação artificial no governo e entre os prestadores de ajuda humanitária. Quando a capacidade é limitada, a autoridade de coordenação da AIE e/ou a UNICEF devem identificar o(s) prestador(es) de SLM adequado(s), incluindo uma cadeia de abastecimento da SLM e serviços de apoio associados. Na ausência de um provedor adequado, a autoridade de coordenação do AIE e/ou a UNICEF assegurará a oferta coordenada de SLM. A autoridade de coordenação do AIE e/ou a UNICEF definirá os termos de referência, o apoio técnico e uma supervisão rigorosa de aquisição, do monitoramento e da utilização.

⁶⁷Veja 13 na seção de referências 8.2 Política - Organisation Política

⁶⁸Veja References Section 8.7 Alimentação Artificial - Suprimentos SLM e Equipamentos de Alimentação

- 6.10** Estabelecer uma elegibilidade clara para a utilização do SLM em acordo com a autoridade de coordenação do AIE (ver 5.16). Se os critérios já estiverem em vigor, analise e revise conforme necessário. Comunicar estes critérios aos prestadores de cuidados de saúde, às comunidades e aos que respondem a situações de emergência.

Suprimentos SLM

- 6.11** Em situações de refugiados e em conformidade com a política do ACNUR, o ACNUR só irá obter fórmulas para lactentes após análise e aprovação pelas suas unidades técnicas de QG ⁶⁹.
- 6.12** Em situações de não-refugiado e em conformidade com a política⁷⁰ da UNICEF, a UNICEF só irá adquirir fórmulas para lactentes como fornecedor de último recurso e a pedido do governo anfitrião e/ou da estrutura nacional de coordenação humanitária. Os gabinetes do país devem procurar um acordo da QG da UNICEF (Divisão de Nutrição e Abastecimento), em conformidade com as orientações internas da UNICEF.
- 6.13** Os financiadores de SLM e de produtos láteos devem garantir que todas as disposições do OG-AIE e do Código sejam cumpridas pela agência implementador. Incluir indicadores de conformidade em acordos de financiamento. Os pedidos de subsídios devem incluir, e os financiadores devem aceitar, os custos de suprimentos associados, como equipamento de alimentação e equipamentos de cozinha e medidas de higiene.
- 6.14** Uma agência só deverá fornecer diretamente à SLM outra agência se ambas estiverem a trabalhar no âmbito da resposta a emergências nutricionais e de saúde (ver 9). Tanto o fornecedor como o responsável pela execução são responsáveis por assegurar que as disposições da OG-AIE e do Código sejam cumpridas e continuem a ser cumpridas durante a intervenção.

Especificação SLM

- 6.15** As etiquetas SLM devem estar em conformidade com o Código. Os rótulos devem ser redigidos na língua compreendida pelos utilizadores finais e pelos prestadores de serviços e incluir: a) as palavras "Aviso importante" ou equivalente; b) Uma declaração sobre a superioridade da amamentação; c) A indicação de que o produto só deve ser utilizado por aconselhamento de um profissional da saúde (incluindo trabalhadores comunitários e voluntários) quanto à necessidade da sua utilização e ao método adequado de utilização; d) Instruções para uma preparação e armazenamento adequados e seguros e uma advertência sobre os perigos para a saúde decorrentes de uma preparação e armazenagem inadequadas. Quando as etiquetas dos alimentos para lactentes não estiverem em conformidade com os requisitos do Código, considere a possibilidade de reetiquetagem (isto terá implicações em termos de custos e de tempo) ou, se não for possível, forneça as informações especificadas aos utilizadores. As fórmulas para lactentes devem respeitar as normas pertinentes do Codex Alimentarius⁷¹.
- 6.16** A fórmula para lactentes está disponível sob a forma de fórmula para lactentes em pó (FIP) ou de fórmula para lactentes líquida, pronta a utilizar (RUIF). O FIP não é estéril e requer reconstituição com água que tenha sido aquecida a pelo menos 70 graus Celsius (como guia, por 1 litro, fervido e deixado em repouso durante um máximo de 30 minutos)⁷². RUIF é um produto estéril até à sua abertura e não requer reconstituição; a utilização adequada, o armazenamento cuidadoso e a higiene dos utensílios alimentares continuam a ser essenciais para minimizar os riscos. O RUIF é mais caro e volumoso para transportar e armazenar. A fórmula líquida concentrada não é recomendada devido ao risco de erros de diluição e contaminação. Os leites terapêuticos (F75, F100) não são SLM adequados em lactentes não desnutridos; este fato deve ser particularmente realçado com a introdução de leite terapêutico em latas a partir de 2017 (anteriormente em saquetas), para evitar confusão com a fórmula para lactentes.

⁶⁹Veja 22 na seção de referências 8.2 Política - Política Organizacional

⁷⁰Veja 199 na seção de referências 8.2 Política - Funções e responsabilidades

⁷¹Veja 202 na seção de referências 8.7 Alimentação Artificial - Especificação SLM

⁷²Veja 196 na seção de referências 8.7 Alimentação Artificial - Minimizando o Risco

6.17 As necessidades médias de fórmulas para lactentes para lactentes com menos de seis meses de idade são RUIF: 750 ml/dia; 22,5 L/mês; 135 L/6 meses e FIP: 116 g/dia; 3,5 kg/mês; 21 kg/6 meses⁷³. Os fornecimentos devem ter um prazo de validade de seis meses a partir do ponto de entrega.

Aquisição de material de SLM, equipamento de alimentação e apoio

6.18 Quando a aquisição direta de SLM for necessária, compre os suprimentos necessários. As considerações relacionadas às compras locais versus internacionais incluem: Codex Alimentarius e Código de conformidade dos produtos disponíveis, estoques disponíveis no país, custos, legislação relativa à importação, língua adequada de rotulagem e instrução e proteção contra a criação de novos mercados para os produtos.

6.19 Quando o SLM é fornecido indiretamente, como por exemplo através de regimes de esquemas de vouchers restritos, determine se os produtos em conformidade com o código estão disponíveis em fornecedores designados. Fornecer informações de apoio, se necessário, para lidar com falhas de rotulagem e relatar tais violações do Código (consulte 4.16 e 6.15). Controlar o preço dos produtos. Aconselhar as mães e os prestadores de cuidados de saúde sobre SLM adequado e inadequado para diferentes grupos etários.

6.20 Quando são aplicados programas de transferência de numerário sem restrições e está disponível SLM, a SLM não deve ser excluída como opção de compra pelo apoio das famílias (ver pontos 5.25 e 6.25). Em tais casos, acompanhar os programas de transferência de numerário com forte mensagem sobre o valor da amamentação, sobre as práticas recomendadas de formação contínua de medicamentos, e fornecer informações sobre onde todos os lactentes podem aceder ao apoio de formação de medicamentos antibioquímicos (onde o leite em pó está normalmente disponível, ver 6.25).

6.21 Determinar a disponibilidade de combustível, água e equipamento para a preparação doméstica segura de SLM (limpeza, esterilização, reconstituição). Se necessário, facultar ou permitir o acesso à informação e ao apoio suplementares necessários, incluindo a formação sobre a preparação higiênica dos alimentos. Nos casos em que não seja possível assegurar a preparação e utilização seguras de fórmulas para lactentes, considerar a reconstituição e o consumo no local ou a disponibilização de instalações de preparação e esterilização comuns. Nos casos em que o acesso à população for limitado ou ausente, consulte a autoridade de coordenação do IFE e agências técnicas sobre a melhor forma de minimizar os riscos, satisfazendo simultaneamente as necessidades nutricionais dos lactentes não amamentados (ver ponto 3.8).

6.22 Colaborar com as agências de prestação de serviços da ASH para garantir o acesso prioritário das famílias com bebês que utilizam SLM aos serviços da ASH e cumprir normas mínimas. Permitir o acesso ao equipamento de limpeza e aconselhar sobre a preparação e armazenagem higiênicas do material. Quando as instalações de limpeza estiverem limitadas ou não estiverem disponíveis a nível doméstico, fornecer instalações de limpeza centrais.

6.23 Desencorajar a utilização de biberões e tetinas devido ao elevado risco de contaminação e a dificuldades de limpeza. Apoiar a utilização de copos (sem cônjuges) desde o nascimento. Em situações de trânsito, podem ser necessários copos com tampas e copos descartáveis. A transição imediata para a alimentação em xicara de bebês alimentados com garrafa pode não ser viável ou aceitável para as mães/cuidadores. Em tais circunstâncias, para minimizar os riscos, aconselhar a esterilização em Bebirão a nível doméstico ou através de serviços de esterilização no local, acompanhados de mensagens de higiene. Quando as instalações de limpeza são limitadas ou em situações de trânsito, considerar a troca de Bebirão usadas para garrafa novas como uma ação excepcional e temporária, tendo em conta as implicações da gestão de resíduos e em consulta com a autoridade de coordenação da AIE.

⁷³Veja 204 na seção de referências 8.7 Alimentação Artificial - SLM Supplies and Equipment

Distribuição do SLM

- 6.24** O sistema de distribuição do SLM dependerá do contexto, incluindo: Escala de intervenção; pontos de acesso às mães/cuidadores; frequência de contato; transporte; gestão de resíduos; e capacidade de armazenamento do fornecedor. As opções incluem fornecimento direto, receita individual e compra (por exemplo, programas de transferência de caixa). A distribuição deve ser realizada de forma discreta, de modo a não desencorajar as mães que amamentam. A nível comunitário, estar atento às consequências não intencionais da utilização de SLM, como a venda de produtos.
- 6.25** Não use distribuições gerais ou generalizada como plataforma para fornecer SLM (ver 6.24). Os produtos à base de leite em pó e o leite líquido não devem ser distribuídos como um único produto, em geral, ou como distribuições generalizadas, pois podem ser utilizados como SLM, expondo a riscos tanto bebês amamentados como não amamentados. Os produtos de leite em pó podem ser pré-misturados com um alimento básico moído para distribuição para uso como alimento complementar em crianças com mais de seis meses de idade. Onde o leite em pó for comumente usado ou amplamente disponível na população, recomende e forneça orientação prática para incorporar nas refeições familiares cozidas e desaconselhe o uso como SLM (ver 5.15). O leite em pó desidratado pode ser fornecido como um produto único para preparar leite terapêutico para alimentação terapêutica no local. O PAM, em consulta com o UNICEF e o ACNUR, é responsável por controlar a distribuição de leite em pó e BMS em rações gerais⁷⁴ de acordo com as disposições do OG-IFE (ver 5.25 para considerações adicionais sobre o uso de leite animal).
- 6.26** De acordo com o Código, não deve ser promovida a fórmula para lactentes no ponto de distribuição, incluindo exibições de produtos ou itens com logotipos ou logotipos de empresas em em vouchers. O armazenamento de fórmulas para lactentes não deve ter visto pelos beneficiários.
- 6.27** Quando a SLM é distribuída, assegure-se de que haja aconselhamento e apoio sobre amamentação adequados para as mães que amamentam. Considerar a distribuição de artigos específicos de valor às mães que amamentam, como alimentos ou produtos de higiene.

7 CONTATOS PRINCIPAIS

- 7.1** Comunicar as violações do código às autoridades nacionais competentes; à autoridade de coordenação do AIE; e à UNICEF e à OMS a nível nacional/regional. Se necessário, fornecer contatos da OMS ao QG da OMS: cah@who.int e nutrition@who.int Para contatos da UNICEF, consulte: 7.3. Devem também ser comunicadas violações de códigos para catálogo ao Centro Internacional de Documentação do Código (CDCI) na Malásia: code@ibfan-icdc.org. Para solicitar treinamento sobre o Código, entre em contato com a CDCI Malásia. Visite: www.ibfan-icdc.org/report/ para envio online de violações (é fornecido um modelo) ou para descarregar o aplicativo Kobo Collect (usuários do telefone Android via Google play) para submeter violações. Uma ferramenta de rastreamento de violações de código SLM, incluindo um modelo para monitorar violações de código em situações de emergência, está disponível em: www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-localizacao-ferramenta-nutricao-cluster/
- 7.2** Contatos para obter conhecimentos especializados sobre o aconselhamento e o apoio na amamentação ou em formação de aconselhamento para alimentação infantil incluem: UNICEF: nutrition@unicef.org; OMS: nutrition@who.int; Associação Internacional de Consultores de Lactação (ILCA): ilca@erols.com; Aliança Mundial para a Ação de Amamentação (WABA): waba@waba.org.my; Associação de Genebra para a Alimentação Infantil - Rede Internacional de Ação para a Alimentação Infantil (IBFAN-GIFA): info@gifa.org.
- 7.3** As questões técnicas ou de coordenação relacionadas com a AIE devem ser dirigidas ao serviço regional ou nacional competente da UNICEF. Se necessário, contactar a UNICEF a nível do QG: nutrition@unicef.org.

⁷⁴Veja 202 na seção de referências 8.7 Alimentação Artificial - Funções e responsabilidades

- 7.4** As questões técnicas ou de coordenação relativas à AIE no contexto das operações do ACNUR devem ser dirigidas ao serviço regional ou nacional competente do ACNUR. Se necessário, contactar a Seção de Saúde Pública do QG do ACNUR: hqphn@unhcr.org.
- 7.5** As questões relativas à AIE específicas à coordenação de clusters devem ser abordadas pelo coordenador de clusters de nutrição do país. Se necessário, contactar o Cluster da Nutrição Global: gnc@unicef.org
- 7.6** As questões relativas à AIE relacionadas com os programas de assistência alimentar do PAM devem ser dirigidas ao serviço regional ou nacional competente do PAM. Se necessário, contactar o Serviço Consultivo da Alimentação do QG do PAM: nutrition@wfp.org
- 7.7** Envie feedback sobre a OG-AIE c/o UNICEF Program Division, Nova Iorque, EUA: nutrition@unicef.org ou c/o RNE, Oxford, Reino Unido, e-mail: office@enonline.net com "feedback OG-AIE" na linha de assunto.

Caixa 1: Ações de preparação para situações de emergência

Trata-se de um resumo das ações de preparação contidas nas seções 1 a 6 do OG-AIE. No anexo 1 são indicadas seções específicas.

Aprovar ou desenvolver políticas

1. Assegurar que a AIE se reflita adequadamente nas políticas, orientações e procedimentos nacionais.
2. Assegurar a existência de disposições políticas adequadas para a AIE no que diz respeito aos deslocados internos e aos refugiados.
3. Desenvolver planos nacionais/subnacionais de preparação para a AIE.
4. Projetos de declarações comuns sobre a AIE, específicas do contexto, que permitam uma rápida libertação.
5. Desenvolver normas nacionais juridicamente vinculativas sobre o Código. Monitorar e relatar violações de código.
6. Adotar legislação e adotar políticas em conformidade com as orientações da OMS sobre o fim da promoção inadequada dos alimentos para lactentes e crianças pequenas.
7. Desenvolver políticas nacionais juridicamente vinculativas em matéria de intervenção do setor privado na resposta a situações de emergência por parte das Nações Unidas, da sociedade civil e dos decisores políticos governamentais, a fim de permitir uma colaboração construtiva e evitar influências e conflitos de interesses indevidos.
8. Atualizar políticas, orientações e procedimentos com base nas lições retirados de emergências anteriores.

Dar formação aos trabalhador/pessoal chave

1. Identificar e sensibilizar o pessoal-chave envolvido no planeamento e na prestação de resposta de emergência em relação à AIE.
2. Necessidades de capacidade de previsão baseadas em cenários de emergência.
3. Identificar as necessidades nacionais de desenvolvimento de capacidade no ABCP. Integrar o conteúdo da formação específica ao contexto nos currículos e mecanismos de execução existentes.
4. Orientar e formar o pessoal relevante no apoio ABCP. Incluir os principais componentes da AIE e do Código na formação prévia dos profissionais de saúde.
5. Mapear as capacidades existentes em domínios-chave, por exemplo, apoio qualificado à amamentação e tradutores, e elaborar listas de contato essenciais das competências nacionais existentes.
6. Preparar material de orientação para utilização em resposta rápida a situações de emergência.
7. Atualizar conteúdo de treinamento com base nas lições extraídos da resposta de emergência anteriores.

Coordenar as operações

1. Identificar a autoridade governamental responsável pela liderança e coordenação no domínio das AIE e apoiar o desenvolvimento das capacidades, a fim de reforçar esta responsabilidade, se necessário.
2. Nos casos em que a capacidade governamental é limitada, identifique opções para uma resposta e liderança coordenadas da AIE.
3. Desenvolver o termos de referencia para a coordenação das AIE numa resposta.
4. Sensibilizar o público e os profissionais para as práticas e os benefícios recomendados do ABCP. Desenvolver uma estratégia de comunicação e um plano de aplicação rápida em caso de emergência. Prepare resumos de mídia facilmente adaptados

5. Envolver as agências de desenvolvimento e os doadores no planejamento de preparação que inclua a adaptação dos programas existentes para atender às necessidades de emergência, negociando a flexibilidade do financiamento para atender a novas necessidades e iniciando fontes de financiamento para atender a maiores demandas.
6. Alocar financiamento para apoiar o acompanhamento, a avaliação e a aprendizagem.
7. Estabelecer ligações com outros pontos focais setoriais e mecanismos de coordenação, em especial a segurança alimentar, a saúde e a ASH.

Avaliar e monitorar

1. Desenvolver um perfil sobre as práticas da ABCP e a nutrição materna e infantil, a fim de informar rapidamente a tomada de decisões em caso de emergência.
2. Garantir que os dados desagregados e os relatórios recentes estejam prontamente acessíveis.
3. Calcular a prevalência de bebês não amamentados com menos de seis meses de idade e com menos de um ano e dois anos a partir dos dados existentes.
4. Preparar as principais questões para incluir na avaliação inicial das necessidades.
5. Identificar a capacidade nacional/sub-nacional existente e/ou potencial para realizar avaliações e inquéritos no domínio da formação ABCP.
6. Apoiar o governo a desenvolver políticas e procedimentos para acompanhar e agir em caso de violação do Código. Acompanhar e comunicar violações de código às autoridades competentes.
7. Identificar quais os instrumentos e sistemas de acompanhamento e avaliação existentes que podem ser aplicados num contexto de emergência e acordar as adaptações necessárias.

Proteger, promover e apoiar a alimentação ótima para lactentes e crianças pequenas com intervenções multisectoriais integradas

1. Promover e apoiar ativamente as práticas ABCP recomendadas na população.
2. Integrar nos serviços os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS / UNICEF.
3. Desenvolver planos de preparação para intervenções de apoio à amamentação, alimentação complementar, alimentação artificial e identificação e tratamento de crianças particularmente vulneráveis.
4. Identificar os principais pontos focais setoriais nos ministérios e agências para se empenharem na programação.
5. Traçar perfil dos alimentos e das práticas alimentares complementares, incluindo as lacunas existentes em termos de nutrientes e as opções de resposta sensíveis do ponto de vista cultural, e mecanismos de escalada e resposta num contexto de emergência.
6. Identificar a cadeia de abastecimento de um SLM adequado (se necessário) e de alimentos complementares.
7. Trabalhar para garantir que os alimentos complementares produzidos localmente/comercialmente cumpram normas mínimas.
8. Examinar a legislação nacional relativa aos alimentos e medicamentos, especialmente a importação.
9. Antecipar a necessidade e os mecanismos prováveis de fornecer suplementos de micronutrientes à MGL e às crianças.
10. Desenvolver planos de resposta e de transição pós-emergência no que diz respeito às intervenções no âmbito da ABCP.
11. Identificar as questões de saúde pública existentes ou potenciais que suscitam preocupações nutricionais e planejar em conformidade.

Minimizar os riscos da alimentação artificial

1. Desenvolver planos de prevenção e gestão das doações de SLM, outros produtos láteos e equipamento de alimentação em caso de emergência.
2. Comunicar a posição do governo sobre a não solicitação ou a aceitação de doativos a atores-chave, incluindo embaixadas de países, doadores, parceiros de desenvolvimento e grupos da sociedade civil, entre outros.
3. Utilizar cenários para prever potenciais necessidades de alimentação artificial numa população afetada por situações de emergência e desenvolver planos de preparação em conformidade.
4. Estabelecer sistemas de gestão da alimentação artificial, incluindo a autoridade de coordenação (ou, pelo menos, os termos de referência), a cadeia de abastecimento SLM e os mecanismos de controlo.

Nota: As ações de preparação do programa (bem como a resposta e recuperação) são detalhadas nos Compromissos Básicos do UNICEF para Crianças em Ação Humanitária. UNICEF 2010. Ver 14 nas Referências Seção 8.2 Política - Política Organizacional.

Notas

- a A/RES/44/25, Convenção sobre os Direitos da Criança. 61.a reunião plenária de 20 de novembro de 1989. www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm
- b 59ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS. 4 de maio de 2006. A59/13. Ponto 11.8 da ordem do dia provisório. QUAL 59.21. <http://innocenti15.net/declaration.htm>.
- c <https://sustainabledevelopment.un.org/>
- d www.who.int/nutrition/decade-of-action/en/
- e waba.org.my
- f www.lli.org
- g www.ilca.org
- h www.ibfan.org
- i www.humanitarianresponse.info/en/about-clusters/what-is-the-cluster-approach
- j **ACNUR Refugee Coordenação Model.** www.unhcr.org/excom/icm/53679e2c9/unhcr-refugee-coordination-model.html
- k *Para efeitos de dados, o período de 0 a 5 meses é lido como de 0 a 5 meses, ou seja, nascimento até 5,9 meses, ou "até" 6 meses; é um período de 6 meses completos. Em termos de programação, este termo é referido como lactentes com menos de 6 meses de idade (ver referências na seção 8.5 [75]).*
- l *Como guia, numa população de países em desenvolvimento com uma elevada taxa de natalidade, as proporções esperadas são: Lactentes 0-5 meses: 1,35%; 6-11 meses: 1,25%; crianças entre 12 e 23 meses: 2,5%; Crianças: 0-59 meses: 12,5%; mulheres grávidas e lactantes: 5-7%, dependendo da duração média do aleitamento. N.B. Estes valores são aproximações e dependerão da taxa de natalidade, da taxa de mortalidade infantil e da taxa de mortalidade inferior a cinco anos.*
- m <http://mics.unicef.org/surveys>
- n <http://dhsprogram.com/>
- o <http://worldbreastfeedingtrends.org/>
- P **UNICEF Research and Reports:** www.unicef.org/reports; **OMS Global Database on Malnutrition:** www.who.int/nutgrowthdb/en/; **UNICEF Data:** <https://data.unicef.org/>
- q www.who.int/nutrition/nlis/en/
- r www.alnap.org/resources/
- s **ACAPS Global Emergência Overview:** www.acaps.org/countries; **Relief Web:** <http://reliefweb.int/countries>; **Humanitarian Response Info:** www.humanitarianresponse.info/en; **Humanitarian Data Exchange:** <https://data.humdata.org/>; **RefWorld:** www.refworld.org/type,COUNTRYPROF,,,,,0.html
- t **Prevention Web:** www.preventionweb.net/risk
- u Taxa de mortalidade por todos os grupos etários e por todas as causas; tipicamente expresso em unidades de mortalidade por 1.000 indivíduos por ano.
- v O número de mortes de crianças com menos de um ano por cada mil nascimentos vivos.
- w O número de crianças com menos de cinco anos morrendo por 1.000 nascimentos vivos em um dado ano.
- x *Não há referências globalmente aceitas para amamentação exclusiva e alertas de amamentação contínua em uma emergência. Na sua ausência, foi utilizada a Meta de Nutrição Global da OMS para 2025 para a amamentação exclusiva. Para a continuidade da amamentação, essa meta não existe. Uma análise de dados da UNICEF em 2016 de países de baixa e média renda identificou uma média global de 74% de amamentação continuada em um ano; portanto, um benchmark de 70% foi selecionado (ver Referências Seção 8.5 [70]).*
- y **Por exemplo, Avaliação Semiquantitativa de Acesso e Cobertura:** www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/squeac-sleac and footnote 40.

- z **Nutrition Cluster SLM Code Violations Tracking Tool:**
www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-cluster/
IBFAN-CDCI Reporting Form: <https://vnhih.enketo.kobotoolbox.org/webform>
- aa **Kangaroo Mother Care Toolkit:** www.healthynewbornnetwork.org/kangaroo-mother-care-toolkit/
- bb **Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.** OMS, 2014. www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/
- cc **OMS recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.** OMS, 2015. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/
- dd **Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care.** DeMarchis A, Israel-Ballard K, Amundson Mansen K and Engmann C, 2016. Journal of Perinatology. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27831549
Strengthening Human Milk Banking: A Global Implementation Framework. Version 1. PATH, 2013. www.path.org/publications/files/MCNH_haccp_training_workbook.pdf
- ee *Key conditions that need to be in place for the safe use of donor human milk in an emergency are: government policy (preparedness) or, in the absence of policy, agreement between authorities on its use; an estimate of need, defined eligibility criteria and duration of provision; adequacy of supply for the response; quality assurance including donor screening and pasteurisation; and the establishment and maintenance of a cold chain to preserve quality and safety.*
- ff For an example of **minimum screening** for populations in transit, see References Section 8.6 [133].
- gg **NutVal.** www.nutval.net
- hh Non-breastfed children have heightened nutrient needs (see References Section 8.6 [119]).
- ii Clean with access to safe drinking water, handwashing facilities, safe faeces management, accessible toilets, use of improved toilets and treated drinking water safely stored (see References Section 8.6 [160-166]).
- jj *Global guidance advises that national/sub-national authorities should decide the feeding practice that gives infants and young children the greatest chance of HIV-free survival and support mothers and caregivers accordingly. Recommended feeding practices to select in the context of HIV are: a) breastfeed and receive anti-retroviral (ARV) drug interventions, or b) avoid all breastfeeding and replacement feed. To make this decision, the appropriate authority should balance HIV transmission risk versus other causes of child mortality. Considerations include: the socioeconomic and cultural context; availability and quality of health services; HIV prevalence among pregnant women; and main causes of maternal and child undernutrition and infant and child mortality in the affected population (see References Section 8.6 [113-115]).*
- kk *Perinatal prophylaxis and post-partum ARV drugs for infants (see definitions) should be considered where ARV supply to mothers is disrupted. This is a research gap area (see References Section 8.6 [115]).*
- ll **Safer SLM Kit.** Save the Children, 2017.
<https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhrtqbamMyMfg2cldrM1U/view>

8 Referências

Esta seleção de referências e recursos principais é organizada de acordo com a seção mais relevante do OG-AIE. Observe que muitos são aplicáveis a mais de uma seção.

8.1 Geral	[1]
8.2 Política	[1]
<i>Estratégia Global e Nacional</i>	[2]-[7]
<i>Política Global</i>	[8]-[12]
<i>Política Organizacional</i>	[13]-[22]
<i>Padrões Mínimos</i>	[23]-[25]
8.3 Treinamento	[26]
<i>Aconselhamento</i>	[27]-[34]
<i>Programação</i>	[35]-[40]
<i>Comunidade</i>	[41]-[48]
<i>Avaliação e Pesquisa</i>	[49]-[50]
<i>Resposta Humanitária Geral</i>	[51]-[54]
8.4 Coordenação	[55]
<i>Planejamento e Coordenação de Resposta Humanitária</i>	[56]-[57]
<i>Comunicações e Advocacia</i>	[58]-[67]
8.5 Avaliação e Monitoramento	[68]
<i>Indicadores</i>	[69]-[73]
<i>Idade</i>	[74]-[75]
<i>Recolha de dados (Avaliação)</i>	[76]-[80]
<i>Avaliação profunda</i>	[81]-[87]
<i>Monitoramento</i>	[88]-[92]
<i>Participação</i>	[93]-[94]
<i>Aprendizagem</i>	[95]-[96]
8.6 Intervenções multissetoriais	[97]
<i>Aconselhamento ABCP</i>	[98]-[101]
<i>Amamentação</i>	[102]-[108]
<i>Alimentação Artificial</i>	[109]-[110]
<i>Circunstâncias Especiais</i>	[111]-[116]
<i>Alimentação Complementar</i>	[117]-[120]
<i>Nutrição Materna</i>	[121]-[122]
<i>Micronutrientes</i>	[123]-[128]
<i>Preparação</i>	[129]-[130]
<i>Programação ABCP-E</i>	[131]-[136]
<i>Mudança de comportamento</i>	[137]-[140]
<i>Integração na Nutrição</i>	[141]-[149]
<i>Deficiência</i>	[150]-[153]
<i>Gênero</i>	[154]-[156]
<i>Integração</i>	[157]-[159]
<i>ASH</i>	[160]-[166]
<i>Proteção</i>	[167]-[169]
<i>Segurança Alimentar e Meios de Subsistência</i>	[170]
<i>Desenvolvimento da Primeira Infância</i>	[171]-[174]

Adolescentes	[175]
Saúde Mental e Apoio Psicossocial	[176]-[181]
Materna, Neonatal e Infantil	[182]-[186]
Doença infecciosa	[187]-[192]

8.7 Alimentação Artificial

Minimizando o Risco	[193]-[194]
Funções e responsabilidades	[195]-[197]
Especificação SLM	[198]-[201]
Suprimentos SLM e Equipamentos de Alimentação	[202]-[203]
	0[204]

8.1 Geral

1. Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. Save the Children, 2017. Inglês, com documentos básicos em francês e árabe. Uma coleção de informações e recursos práticos para permitir o rápido início e implementação de programas do ABCP-E em uma emergência. Este é um recurso geral que abrange todas as seções abaixo; no entanto, recursos particularmente relevantes são destacados em cada seção.
<https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3>

8.2 Política

Estratégia Global e Nacional

2. Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. Seção A: Política. Save the Children, 2017.
<https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3>
3. Plano de implementação abrangente sobre nutrição materna, infantil e infantil. Plano de ação ilustrando ações prioritárias que devem ser implementadas em conjunto pelos Estados membros e parceiros internacionais para atingir seis metas globais de nutrição até 2025. OMS, 2014. Árabe, Chinês, Inglês, Francês, Russo, Espanhol.
www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/en/
4. Princípios orientadores para alimentação de bebês e crianças pequenas durante emergências. Organização Mundial da Saúde, 2004. Inglês.
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>
5. Estratégia Global para ABCP. OMS e UNICEF, 2003. Árabe, chinês, inglês, francês, alemão, italiano, japonês, russo, espanhol. *Fornece a estrutura principal para as ações da OMS para promover o aleitamento materno e a alimentação complementar.*
www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/
6. Guia de planejamento para implementação nacional da estratégia global para ABCP. OMS e UNICEF, 2007. Inglês. *Propõe um processo passo a passo para desenvolver uma estratégia específica para o país.*
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595193/en/
7. Proteção contra possíveis conflitos de interesses em programas de nutrição: Abordagem para a prevenção e gestão de conflitos de interesses no desenvolvimento de políticas e implementação de programas de nutrição em nível de país.
www.who.int/nutrition/publications/COI-report/en/

Política Global

8. Orientação política: intervenções nutricionais prioritárias e abordagens transversais na América Latina e no Caribe. *Banco Mundial, 2011. Inglês. Documento de trabalho que descreve intervenções nutricionais prioritárias e abordagens transversais que são essenciais para promover e proteger o estado nutricional de mães e crianças, bem como o capital humano de um país a curto, médio e longo prazo.*
<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23711/NonAsciiFileName0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. OMS, 1981 e

subsequentes Resoluções da Assembleia Mundial da Saúde (o Código - ver definição). Árabe, inglês, francês, espanhol e muitos outros. <http://ibfan.org/the-full-code>

10. **O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno - Atualização de 2017. perguntas frequentes.** OMS, 2017. Chinês, Inglês, Russo, Espanhol. *Informações detalhadas de fácil leitura sobre questões específicas relacionadas ao Código.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/
11. **Resolução da AMS: Orientação sobre o fim da promoção inadequada de alimentos para bebês e crianças pequenas.** 69th AMSA69/7 Add.1. 2016. Inglês. *Abrange alimentos e bebidas produzidos comercialmente, incluindo alimentos complementares comercializados como adequados para a alimentação de crianças de até 36 meses de idade.* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf
12. **Resolução da AMS sobre a promoção inadequada de alimentos para bebês e crianças pequenas: Política Brief.** Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Save the Children, IBFAN e Helen Keller International, 2016. Inglês. http://archnutrition.org/wp-content/uploads/2016/12/011917_HKI_WHABrief_v3-with-date-1.pdf

Política Organizacional

13. **Modelo de Declaração Conjunta sobre AIE.** AIE Core Group, 2017. Inglês. *Declaração genérica para adaptação.* www.enonline.net/modelifejointstatement
14. **Compromissos Fundamentais para Crianças em Ação Humanitária.** UNICEF, 2010. *Quadro global para a ação humanitária para crianças realizada pela UNICEF e seus parceiros.* www.unicef.org/publications/files/CCC_042010.pdf
15. **Metas de nutrição global para 2025: Resumo da política de amamentação.** OMS e UNICEF, 2014. Inglês. www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/
16. **Política Genérica da AIE.** AIE Core Group, 2008. *Um exemplo de uma política AIE com base na Orientação Operacional.* www.enonline.net/ifegenericpolicy
17. **Documento de Posição 2.0 do ABCP-E.** ACF, 2016. Inglês. www.actionagainsthunger.org/publication/2016/02/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-position-paper-20
18. **Documento de Posição do ABCP-E.** ILCA, 2014. Inglês. <http://waba.org.my/pdf/ilca-iycf-emergencies.pdf>
19. **Documento de Posição do ABCP-E.** Save the Children, 2016. Inglês. <https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhrtqbNndidU91Ym1hNGM/view>
20. **Política do leite.** World Vision, 2011. Inglês. www.wvi.org/nutrition/publication/milk-policy
21. **Exemplos de políticas de alimentação infantil.** UNICEF UK. Inglês *Amostra de políticas de maternidade, visitas de saúde e neonatais e listas de verificação de autoavaliação que refletem os Padrões Amigos da Criança.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/tools-and-forms-for-health-professionals/sample-infant-feeding-policies/
22. **ACNUR Política Relacionada à Aceitação, Distribuição e Uso de Produtos Lácteos em Ambientes de Refugiados.** ACNUR, RNE, Grupo Central da AIE e Instituto de Saúde Infantil, 2006. www.unhcr.org/uk/publications/operations/4507f7842/unhcr-policy-related-acceptance-distribution-use-milk-products-refugee.html

Padrões Mínimos

23. **Padrão Humanitário Básico de Qualidade e Responsabilidade (CHS).** CHS Alliance, Groupe URD e The SPHERE Project, 2014. Árabe, inglês, francês, espanhol e muitos outros. *Um código voluntário que descreve os elementos essenciais de uma ação humanitária com princípios, responsabilidade e qualidade.* <https://corehumanitarianstandard.org/the-standard>
24. **O Código de Conduta para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e Organizações Não Governamentais para Ajuda em Desastres.** IFRC, 1994 Árabe, Inglês, Francês, Espanhol e outros idiomas. <https://media.ifrc.org/ifrc/who-we-are-the-movement/code-of-conduct/>
25. **O Manual da Esfera.** 2011. Árabe, inglês, francês e muitos outros idiomas. Inclui padrões ABCP-E. Versão revisada em 2018. www.sphereproject.org/handbook

8.3 Treinamento

26. **Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. Seção G: Orientação e Treinamento. Save the Children, 2017.** <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3> Aconselhamento
27. **Amamentação Aconselhamento: A Treinamento Course. UNICEF e OMS, 1993.** Inglês, francês, russo e espanhol. *Destinado a trabalhadores de saúde.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/en/
28. **Módulos de E-Aprendizagem em Amamentação.** Toronto Public Health. Inglês. *módulos online com o objetivo de apoiar os profissionais de saúde a fornecer serviços de amamentação baseados em evidências e criar um ambiente amigo da criança.* www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=46bdf87775c24410VgnVCM10000071d60f89RCRD
29. **Curso Combinado de Avaliação de Crescimento e ABCP Aconselhamento. OMS, 2012.** Inglês. *Destinado a profissionais de saúde em ambiente de APS e conselheiros leigos.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241504812/en/
30. **Aconselhamento sobre Alimentação Complementar: Um Curso de Treinamento. OMS, 2004.** Inglês. *Para profissionais de saúde que trabalham com cuidadores de crianças de 6 a 24 meses de idade.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241546522/en/
31. **Módulo 2 de Alimentação Infantil em Emergências para Profissionais de Saúde e Nutrição em Situações de Emergência para Treinamento, Prática e Referência. Versão 1.1. Tem como objetivo fornecer aos envolvidos diretamente com bebês e cuidadores os conhecimentos e habilidades básicas para apoiar o ABCP seguro e apropriado. RNE, IBFAN-GIFA, Fondation Terre des Hommes, CARE USA, Action Contre la Faim, UNICEF, ACNUR, OMS, PAM, Linkages, 2007. Árabe, Bahasa, Inglês, Francês.** www.enonline.net/ifemodule2
32. **ABCP Aconselhamento: An Integrated Course. UNICEF, 2006.** Inglês, Espanhol e Russo. *Nota: Este curso de cinco dias não substitui os cursos Amamentação Aconselhamento (24) e Alimentação Complementar Aconselhamento (27), mas é um curso integrado para equipar profissionais de saúde e conselheiros leigos com limitações de tempo com os fundamentos necessários.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en/
33. **ABCP: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. OMS, 2009.** Inglês and Spanish. *Treinamento básico em conhecimentos e habilidades básicas para profissionais de saúde que trabalham com mães e crianças pequenas.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/
34. **Vídeos online.** Global Health Media. Inglês, francês, espanhol e muitos outros idiomas. Auxílio de treinamento: série Amamentação e bebês pequenos. <https://globalhealthmedia.org/videos/>

Programação

35. **Projetando para Mudança de comportamento: Para Agricultura, Gestão de Recursos Naturais, Saúde e Nutrição. TOPS and Core Group, 2013.** Inglês, Francês e Espanhol. *Six-day curriculum.* www.fsnnetwork.org/designing-behavior-change-agriculture-natural-resource-management-health-and-nutrition
36. **Módulo 17 do Pacote Harmonizado de Treinamento (HTP): ABCP. Version 2. RNE and Nutrition Works. 2011.** Inglês. *Um recurso para formadores do setor de Nutrição em Emergências (NiE), também pode ser utilizado por indivíduos para aumentar seus conhecimentos técnicos do setor.* www.enonline.net/http2module17
37. **Pacote de orientação ABCP-E. Rede de Nutrição em Emergência e AIE Core Group, 2010.** Inglês. *Direcionado para equipes de ajuda de emergência, gerentes de programas e equipes técnicas envolvidas no planejamento e resposta a emergências em nível nacional e internacional.* www.enonline.net/iycforientationpackage *Inclui e-learning at* <http://lessons.enonline.net/>
38. **Curso de treinamento de 5 dias ABCP-E. Save the Children, 2017.** Inglês e Francês. *Curso de treinamento adaptável com o objetivo de desenvolver as habilidades e conhecimentos necessários para estabelecer e implementar programas ABCP-E de acordo com as abordagens e padrões setoriais acordados.* <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-training>
39. **Programação para ABCP - um Curso de Treinamento. UNICEF e Cornell University. E-learning dirigido a gestores de programas.** Inglês www.nutritionworks.cornell.edu/UNICEF/about/

40. **Guia de Saúde Pública para Emergências. Capítulo 9: Segurança Alimentar e Nutricional em Emergências. Segunda edição.** The Johns Hopkins and IFRC and Red Crescent Societies, 2008. Inglês. *Manual de referência sobre a gestão de situações de emergência no campo da nutrição para trabalhadores humanitários e profissionais médicos.* <http://foodsecuritycluster.net/document/food-security-emergencies>

Comunidade

41. **Cuidando de Recém-nascidos e Crianças na Comunidade. Pacote de recursos.** OMS, 2015. Inglês. *Consiste em três cursos que visam aumentar a cobertura de intervenções domiciliares e comunitárias que reduzirão a mortalidade infantil e neonatal e promoverão o crescimento e desenvolvimento saudáveis, inclusive por meio do ABCP. Inclui cartões de aconselhamento e livreto de fotos.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/en/
42. **Envolvendo as Avós para Melhorar a Nutrição: Um manual de treinamento e guia para mentores de grupos de diálogo.** IYCN, 2011. Inglês e Português. *Projetado para treinar avós para servir como mentoras de grupos de diálogo para discussões sobre cuidados com a família e nutrição materno-infantil.* www.iycn.org/resource/engaging-grandmothers-to-improve-nutrition-a-training-manual-and-guide-for-dialogue-group-mentors/
43. **ABCP e Gênero: Um manual de treinamento e manual do participante para líderes de grupo do sexo masculino.** IYCN, 2011. Inglês. *Para treinar líderes de grupos masculinos para compartilhar informações e encorajar discussões sobre papéis de gênero relacionados às práticas de ABCP.* www.iycn.org/resource/infant-and-young-child-feeding-and-gender-trainers-manual-and-participants-manual/
44. **Medindo e promovendo o crescimento infantil.** World Vision, 2011. Inglês. *Treinamento de três dias em monitoramento e promoção do crescimento no nível da comunidade.* www.wvi.org/nutrition/publication/measuring-and-promoting-child-growth
45. **Mobilizando Comunidades para Melhorar a Nutrição: Um manual e Guia para Líderes do Treinamento Comunidade.** IYCN, 2011. Inglês e Português. *Instruções passo a passo para facilitar um workshop de um dia com líderes comunitários.* www.iycn.org/resource/mobilizing-communities-for-improved-nutrition-a-training-manual-and-participant-manual-for-community-leaders/
46. **Grupos de Apoio Mãe para Mãe: Manual do Treinador e Manual do Facilitador com Guia para Discussão.** IYCN, 2011. Inglês e Português. *Para treinar facilitadores de grupos de apoio mãe para mãe para conduzir discussões participativas sobre nutrição materna, infantil e infantil.* www.iycn.org/resource/mother-to-mother-support-groups-trainer%E2%80%99s-manual-and-facilitator%E2%80%99s-manual/
47. **Supervisão / Mentoria e Monitoramento de Apoio para a Comunidade ABCP.** UNICEF, 2013. Inglês. *Treinamento de um dia; inclui ferramentas adaptáveis e formulários de monitoramento.* www.fsnnetwork.org/supportive-supervisionmentoring-and-monitoring-community-iyfc
48. **Pacote Comunidade ABCP Aconselhamento.** UNICEF, 2013. Inglês e Francês. *Ferramentas genéricas para adaptação local; inclui cartões de aconselhamento.* www.unicef.org/nutrition/index_58362.html Avaliação e Pesquisa

Avaliação e Pesquisa

49. **Introdução à Metodologia de Pesquisa Qualitativa: Um Manual de Treinamento.** *Destinado principalmente a cientistas não sociais que trabalham em ambientes de baixa e média renda.* Kielmann, K., Cataldo, F. e Seeley, J. - DFID, 2012. Inglês. www.gov.uk/dfid-research-outputs/introduction-to-qualitative-research-methodology
50. **Avaliação de Necessidades Humanitárias Treinamento.** Harvard Humanitarian Initiative, 2016. Inglês. *E-learning.* <http://hhi.harvard.edu/elearning/humanitarian-needs-assessment-training>

Resposta Humanitária Geral

51. **Construindo uma resposta melhor.** A Academia Humanitária de Harvard. Inglês. *E-learning para compreender a estrutura e função da arquitetura humanitária internacional.*

<http://hhi.harvard.edu/education/bbr>

52. **Comunicação com as comunidades afetadas por desastres.** Rede CDAC. Inglês. *E-learning sobre os principais componentes da comunicação eficaz com comunidades afetadas por crises.* www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/
53. **Pronto para desastres.** Biblioteca de aprendizagem online. Árabe, francês, espanhol. www.disasterready.org/
54. **Iniciativa Humanitária Harvard E-Aprendizagem.** <http://hhi.harvard.edu/resources#e-learning>

8.4 Coordenação

55. **Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. Seção 1: Coordenação e Comunicações.** Árabe, Inglês e Francês, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3/iycf-e-toolkit-english>

Planejamento e Coordenação de Resposta Humanitária

56. **Nutrition Cluster Handbook: A Practical Guide for Country Action.** Global Nutrition Cluster, 2017. Inglês. *Em revisão.* <http://nutritioncluster.net/>
57. **Dicas sobre intervenções nutricionais para o Plano de Resposta Humanitária.** Nutrition Cluster, 2016. Inglês. *Fornece dicas para grupos de nutrição para facilitar o planejamento de uma resposta coletiva e o desenvolvimento de intervenções de Nutrição em Emergências (incluindo ABCP-E).* <http://nutritioncluster.net/resources/hrp-tips/>

Comunicações e Advocacia

58. **Advocacy Toolbox.** *Alive and Thrive.* Inglês. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/advocacy-select-design-tools/>
59. **Iniciativa de Defesa da Amamentação: Para o melhor começo na vida.** OMS e UNICEF, 2016. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastfeeding_advocacy_initiative/en
60. **Série de Amamentação.** *The Lancet*, 2016. Inglês. <http://thelancet.com/series/breastfeeding>
61. **Desde a primeira hora de vida: um novo relatório sobre o ABCP.** UNICEF, 2016. Inglês, Francês, Espanhol. <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
62. **Vídeo de orientação ABCP-E.** Save the Children, 2017. Inglês. Um vídeo introdutório de três minutos destinado a leigos envolvidos com a crise europeia de refugiados. Também aplicável a outras crises. www.youtube.com/watch?v=VjckXow0aWU
63. **Importância do Vídeo Programação ABCP-E.** Save the Children, 2017. Inglês. *Um vídeo de três minutos explicando por que ABCP-E é importante, o que constitui as práticas ideais de ABCP e como a programação ABCP-E ideal pode ser implementada.* <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-videos>
64. **Caixa de ferramentas de comunicação de massa.** AliveandThrive. Inglês. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/mass-communication-featured-tools/>
65. **Guia de mídia em ABCP-E.** AIE Core Group, 2007. Árabe, inglês, francês, alemão, italiano e espanhol: www.enonline.net/iycfmediaguide
66. **Apoiando a amamentação em emergências: protegendo os direitos reprodutivos das mulheres e a saúde materna e infantil.** Gribble, K., McGrath, M., MacLaine, A., Lhotska, L. (2011) www.ibfan.org/art/2011-Supporting_breastfeeding_emergencies_Disasters.pdf
67. **Ver também: 13 (Declaração Conjunta).**

8.5 Avaliação e Monitoramento

68. **Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. Seção B: Avaliando a necessidade.** Save the Children, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3/iycf-e-toolkit-english>

Indicadores

69. **Registro de Indicadores Humanitários.** Inglês. *Uma ferramenta de orientação*

70. *para selecionar indicador.* www.humanitarianresponse.info/en/applications/ir
Indicadores para avaliação das práticas do ABCP. Parte 1: Definições. OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008. Inglês, Francês e Espanhol.
www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/
71. Indicadores para avaliação das práticas de amamentação. OMS, 1991. Inglês e Francês. *Relatório da reunião delineando consenso alcançado sobre indicadores derivados de dados de pesquisas domiciliares.*
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cdd_ser_91_14/en/
72. Desde a primeira hora de vida. Defender a melhoria da alimentação de bebês e crianças pequenas em todos os lugares. UNICEF 2016.
<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
73. **Veja também: 57 (Dicas sobre intervenções nutricionais)**

Idade

74. Diretrizes para estimar o mês e ano de nascimento de crianças pequenas. FAO, 2008. Inglês. www.fao.org/docrep/011/aj984e/aj984e00.htm
75. Falando sobre a Idade da Criança: Um Briefing. AIE Core Group, 2012. Inglês. *Destina-se a melhorar a compreensão e a precisão do uso da idade em pesquisas e ao falar com as mães.*
www.ennonline.net/iycfandchildage

Recolha de dados (Avaliação)

76. Folha de dados sobre avaliação de práticas de ABCP em emergências. Tech RRT, 2016. Inglês e francês. www.nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/TechRRT-IYCFassessmentfactsheet.pdf
77. Indicadores para avaliação das práticas do ABCP. Parte 2: Medição. OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2010. Inglês, French. *Tools and explanation for the collection of indicators.*
www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/en/
78. Práticas do ABCP. Coletando e usando dados: um guia passo a passo. Care, 2010. *Inclui questionário genérico.* Inglês. www.ennonline.net/iycfdataguide
79. O uso de ferramentas epidemiológicas em populações afetadas por conflitos. LSHTM. *Discussões curtas de vários tópicos importantes em epidemiologia de campo aplicada a emergências humanitárias. Inclui questões éticas na coleta de dados.*
http://conflict.lshtm.ac.uk/page_02.htm
80. **WorldBreastfeeding Trends.** WBTi. Inglês. Relatórios sobre o estado da política e programação do ABCP em 84 países. <http://worldbreastfeedingtrends.org/country-report-wbti/>

Avaliação profunda

81. **Um guia para usar a metodologia de pesquisa qualitativa.** MSF-OCA e LSHTM, 2007. Inglês. <http://hdl.handle.net/10144/84230>
82. **Um guia prático para a realização de análises de barreiras.** Bonnie Kittle, 2013. Árabe, Inglês, Francês e Espanhol. www.fsnnetwork.org/practical-guide-conducting-barrier-analysis
83. **CConduzindo Pesquisas CAP: Um Documento de Aprendizagem a Partir de Falhas CAP.** ACF, 2013. Inglês. www.actionagainsthunger.org/publication/2013/01/conducting-kap-surveys-learning-document-based-kap-failures
84. **Pesquisa formativa: um guia para apoiar a coleta e análise de dados qualitativos para o planejamento integrado de programas de nutrição materno-infantil.** CARE, 2014. Inglês. *Informações básicas e ferramentas necessárias para conduzir e analisar pesquisas qualitativas, em particular para melhorar o MIYCN combinado com intervenções familiares de segurança alimentar.*
www.fsnnetwork.org/formative-research-guide-support-collection-and-analysis-qualitative-data-integrated-maternal-and
85. **Diretrizes para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à nutrição.** FAO, 2014. Inglês. www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm
86. **Diretrizes da Pesquisa de Nutrição Expandida Padronizada (SENS) para populações de**

- refugiados. **Módulo 3: ABCP. Versão 2.** ACNUR, 2013. Inglês. *Metodologia padronizada para realizar pesquisas nutricionais anuais.* <http://sens.unhcr.org/introduction/module-3-iycf/>
87. **O Básico: Planejamento para Pesquisa Formativa para Práticas de Alimentação de Bebês e Crianças Pequenas.** IYCN, 2011. Inglês. *Destina-se a auxiliar pesquisadores que já estão familiarizados com métodos de pesquisa formativa na realização de avaliações formativas para programas ABCP.* www.iycn.org/resource/the-basics-planning-for-formative-research-for-infant-and-young-child-feeding-practices/

Monitoramento

88. **Ista de verificação e diretrizes para supervisão do Aconselhamento.** IYCN, 2011. Inglês. *ma ferramenta para supervisores para medir o conhecimento dos profissionais de saúde e registrar seus comportamentos durante as sessões de aconselhamento.* www.iycn.org/resource/counseling-supervision-checklist-and-guidelines/
89. **Questionário de Entrevista de Saida e Diretrizes.** IYCN, 2011. Inglês. *uxilia os gerentes de programa na avaliação da qualidade dos serviços de aconselhamento e satisfação do cliente.* www.iycn.org/resource/exit-interview-questionnaire-and-guidelines/
90. **erramenta e Guia de Monitoramento de Práticas de ABCP.** IYCN, 2011. Inglês. *Ferramenta para que os trabalhadores comunitários acompanhem os comportamentos individuais e ajudem a monitorar o progresso na realização dos principais comportamentos do ABCP.* www.iycn.org/resource/infant-and-young-child-feeding-practices-monitoring-tool-and-guide/
91. **Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. Seção H: Monitoramento e Supervisão.** Árabe, inglês e francês, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3/iycf-e-toolkit-english>
92. **Monitoramento multissetorial e diretrizes de avaliação.** ACF, 2016. Inglês e Francês. www.actionagainsthunger.org/publication/2016/08/multi-sectoral-monitoring-evaluation

Participação

93. **Manual de Participação para Trabalhadores Humanitários de Campo - Envolvendo Pessoas Afetadas por Crise na Resposta Humanitária.** ALNAP and Groupe URD, 2009. Inglês. www.urd.org/Participação-Handbook
94. **Comunidade Impulsionada na Participação em Programação de Ajuda Humanitária.** ACF, 2006. Inglês. www.actionagainsthunger.org/publication/2006/06/community-driven-participation-humanitarian-relief-programming-practical-manual

Aprendizagem

95. **Um Guia para o Desenvolvimento de uma Estratégia de Gestão do Conhecimento para um Programa de Segurança Alimentar e Nutrição.** TOPS e Rede FSN, 2016. Inglês. *Orientação prática para funcionários em diferentes níveis no desenvolvimento de uma estratégia que se concentra na melhoria do desempenho e qualidade da implementação.* www.fsnnetwork.org/guide-developing-knowledge-management-strategy-food-security-and-nutrition-program
96. **Caixa de ferramentas: uso estratégico de dados.** Alive and Thrive. Inglês. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/strategic-use-of-data-featured-tools/>

8.6 Intervenções Multissetoriais

97. **Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. D: Planejamento e relatórios do programa.** Save the Children, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3/iycf-e-toolkit-english>

Aconselhamento ABCP

98. **Avaliação ABCP Rápida e Completa de Nível Individual.** *Uma seleção de vários formulários de avaliação - pode precisar ser adaptada ao contexto e programação local.* www.enonline.net/specificRNE
99. **Folha de informações de alimentação responsiva.** UNICEF UK BFI. Inglês. *brange amamentação responsiva e alimentação com mamadeira.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-

resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/further-guidance-on- implementing-the-standards/responsive-feeding-infosheet/

100. **Veja também: 27 (Aconselhamento).** (Módulos de E-Aprendizagem em Amamentação; Módulo 2, Parte 3 - Avaliação do par mãe / filho.)
101. **Veja também: 8.3 (Treinamento).**

Amamentação / Breastfeeding

102. **Formulário de Observação B-R-E-A-S-T.** Inglês. <https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhrtqbY09UVMcxbF9uUk0/view>
103. **Respostas sobre amamentação.** LaLeche League. Inglês. *Vários recursos cobrindo uma variedade de questões de amamentação.* www.lli.org/nb.html
104. **Ferramentas de avaliação da amamentação.** UNICEF UK BFI. Inglês. *Ferramentas para mães, parteiras e agentes comunitários de saúde.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/tools-and-forms-for-health-professionals/breastfeeding-assessment-tools/
105. **Protocolos Clínicos. Academia de Medicina da Amamentação.** Inglês. *Diretrizes para médicos.* www.bfmed.org/Recursos/Protocols.aspx
106. **Manuseio e Armazenamento de Leite Humano.** CDC, 2016. Inglês. www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm
107. **Como manter o kit da bomba tira leite limpo: o essencial.** CDC, 2017. Inglês e Espanhol. www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html
108. **Relactação: Revisão de experiências e recomendações para a prática.** OMS, 1998. Inglês, Francês e Espanhol. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/

Alimentação Artificial

109. **Razões médicas aceitáveis para o uso de SLM.** OMS, 2009. Inglês, Espanhol e Português. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/OMS_FCH_CAH_09.01/en/
110. **Recursos de fórmulas infantis.** UNICEF UK BFI. Inglês. *Inclui orientação para pais e profissionais de saúde.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/leaflets-and-posters/guide-infant-formula-parents-bottle-feeding/

Circunstâncias especiais

111. **Lista de verificação para determinar o status de HIV para crianças de 0 a 59 meses com SAM.** Inglês. UNICEF, 2015. <http://unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/HIV-AIDS/HIV%20Status%20Checklist%20logo.pdf>
112. **Diretrizes sobre alimentação ideal de bebês com baixo peso ao nascer em países de baixa e média renda.** OMS, 2011. Inglês. *Recomendações sobre o que alimentar crianças com baixo peso ao nascer, quando começar a amamentar, como alimentar, com que frequência e quanto alimentar.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/
113. **Diretrizes sobre HIV e Alimentação Infantil: Princípios e recomendações para alimentação infantil no contexto do HIV e um resumo das evidências.** OMS, 2010. Inglês. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/
114. **Atualizações das Diretrizes sobre HIV e Alimentação Infantil.** OMS e UNICEF, 2016. *A diretriz de 2016 não reflete todas as recomendações da OMS relacionadas ao HIV e alimentação infantil, mas apenas as áreas às quais o Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes da OMS deu prioridade para atualização. As recomendações incluídas nas diretrizes da OMS de 2010 sobre HIV e alimentação infantil permanecem válidas, exceto conforme observado na atualização de 2016.* Inglês. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/
115. **HIV e alimentação infantil em emergências: orientação operacional.** OMS, 2017.

116. **Comunidade Manejo da desnutrição aguda não complicada em bebês <6 meses de idade (ferramenta C-MAMI). Versão 1. RNE e LSHTM, 2015. Inglês.**
www.enonline.net/c-mami

Alimentação Complementar

117. **Papel atual e potencial de alimentos e suplementos alimentares especialmente formulados para prevenir a desnutrição entre crianças de 6 a 23 meses e para tratar a desnutrição moderada entre crianças de 6 a 59 meses. De Pee, S., e Bloem, M., 2009. Inglês.**
www.who.int/nutrition/publications/moderate_malnutrition/FNBv30n3_suppl_paper4.pdf
118. **Princípios Orientadores para a Alimentação Complementar da Criança Amamentada. OPAS e OMS, 2003. Inglês.**
www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf
119. **Princípios de orientação para alimentação de crianças não amamentadas de 6 a 24 meses de idade. OMS, 2005. Inglês, Francês, Espanhol.**
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593431/en/
120. **Diretrizes revisadas do Codex Alimentarius sobre alimentos complementares formulados para bebês mais velhos e crianças pequenas. Codex, 2013. Inglês.**
www.fao.org/input/download/standards/298/CXG_008e.pdf

Nutrição Materna

121. **Guia Dietético Nutrição Materna. LINKAGES. Inglês.**
www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/MaternalNutritionDietaryGuide_AED.pdf
122. **Nutrição Materna para Mulheres e Meninas. Resumo de orientação técnica. USAID, 2014. Inglês.** www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/maternal-nutrition-for-girls-women-508-3.pdf

Micronutrientes

123. **Lidando com Diarreia em Crianças em Refugiados, Emergência e Situações de Desenvolvimento no Contexto do Uso de Micronutrientes em Pó. Resumo técnico. PAM e DSM, 2010. Inglês.**
www.hftag.org/assets/downloads/hftag/MP_brief_Diarrhoea_use.pdf
124. **Declaração Conjunta sobre Prevenção e Controle de Deficiências de Micronutrientes em Populações Afetadas por uma Emergência. OMS, PMA e UNICEF, 2007. Inglês.**
www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/OMS_PAM_UNICEFstatement.pdf?ua=1
125. **Orientação Operacional do ACNUR sobre o Uso de Produtos Nutricionais Especiais para Reduzir as Deficiências de Micronutrientes e a Desnutrição em Populações de Refugiados. ACNUR, UCL, RNE, 2011. Inglês.**
[www.unhcr.org/uk/publications/operations/4f1fc3de9/unhcr-operational-guidance-use-special-nutritional-pn-roduts-reduce-micronutrient.html](http://www.unhcr.org/uk/publications/operations/4f1fc3de9/unhcr-operational-guidance-use-special-nutritional-products-reduce-micronutrient.html)
126. **Uso de Micronutrientes Múltiplos em pó para Fortificação no Ponto de Uso de Alimentos Consumidos por Bebês e Crianças de 6 a 23 meses e crianças de 2 a 12 anos: Diretriz. OMS, 2016. Inglês.**
www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/mmpowders-infant6to23mons-children2to12yrs/en/
127. **uplementação de vitamina A para bebês e crianças de 6 a 59 meses de idade. OMS, 2011. Árabe, Inglês, Chinês, Francês.**
www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/vas_6to59_months/en/
128. **Uso de pós de micronutrientes múltiplos para fortificação no ponto de uso de alimentos consumidos por mulheres grávidas. OMS, 2016. Inglês.**
www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/mmpowders_pregnant_women/en/

Preparação

129. **Emergência Preparação para quem cuida de lactentes em contextos de países desenvolvidos.** Gribble, K. e Berry, N., 2011. Inglês.
<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-6-16>
130. **Veja também: 8.2 (Política)** (Incluindo os compromissos básicos da UNICEF com as crianças). Programação ABCP-E
131. **Espaços amigos da criança: abordagem holística para mulheres grávidas, lactantes e seus filhos muito pequenos em Emergência.** ACF, 2014. Inglês de:
www.actionagainsthunger.org/publication/2014/12/baby-friendly-spaces-technical-manual
132. **Grupos Cuidado: Um Guia de referência para os profissionais.** TOPS, Food for the Hungry, CORE Group e World Relief, 2016. Inglês. www.fsnnetwork.org/care-groups-reference-guide-practitioners
133. **Considerações operacionais provisórias para o sustento alimentar de bebês e crianças menores de 2 anos de idade em contextos de trânsito de refugiados e migrantes na Europa.** UNICEF, ACNUR, Save the Children, RNE, 2015. Inglês e grego de: www.enonline.net/interimconsiderationsycftransit
134. **Guia de programação ABCP.** UNICEF, 2011. Inglês.
www.unicef.org/nutrition/files/Final_ABCP_programming_guide_2011.pdf
135. **Orientação ABCP-E para Programação.** ECHO, 2014. Inglês.
https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf
136. **Guia do CDC para apoiar mães e bebês que amamentam.** CDC, 2013 Inglês.
Descreve intervenções baseadas em evidências. www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/bf-guide-508.pdf

Mudança de Comportamento

137. **Mudança de Comportamento Comunicação em Situação de Emergência: Toolkit.** UNICEF ROSA, 2006. Inglês. www.unicef.org/ceecis/BCC_full_pdf.pdf
138. **Melhorando as práticas de amamentação exclusiva usando a Comunicação para o Desenvolvimento nos Programas da ABCP.** UNICEF, 2010. Inglês.
<http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2013/12/C4D-in-EBF-manual-6-15-2010-final.pdf>
139. **ça de mim um agente de mudança: um recurso SBC multissetorial para trabalhadores e equipe de campo da Comunidade.** Grupo TOPS e CORE, 2015. Inglês, Francês e Espanhol. *Destina-se a desenvolver habilidades de trabalhadores de nível comunitário para serem promotores de mudança de comportamento mais eficazes.* www.fsnnetwork.org/make-me-change-agent-multisectoral-sbc-resource-community-workers-and-field-staff
140. **Caixa de Ferramentas: Comunicação Interpessoal e Mobilização Comunidade.** Alive and Thrive. Inglês.
<http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/interpersonal-communication-and-community-mobilization-featured-tools/>

Integração na Nutrição

141. **CMAM Toolkit. Versão 3.** Save the Children, 2017. Inglês, Francês. *Uma coleção de ferramentas e recursos necessários para iniciar a implementação de programas CMAM, incluindo ferramentas para auxiliar na integração das atividades do ABCP-E em um programa CMAM.* <https://sites.google.com/site/stcehn/management-of-acute-malnutrition/cmamtoolkitv2>
142. **Ações de Nutrição Essencial: Melhorando a Saúde e Nutrição Materna, Neonatal, Infantil e Infantil.** OMS, 2013. Inglês e Farsi. *Pacto das orientações da OMS sobre intervenções nutricionais destinadas aos primeiros 1000 dias de vida* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/

143. **Diretriz: atualizações sobre o manejo da desnutrição aguda grave em bebês e crianças.** OMS, 2013. *sta diretriz apresenta as evidências e práticas atualizadas para as principais intervenções e também servirá para informar as revisões do manual de 1999.* www.who.int/nutrition/publications/guidelines/updates_management_SAM_infantandchildren/en/
144. **Diretrizes para o manejo integrado da desnutrição aguda grave: tratamento ambulatorial e interno.** ACF, 2011. Inglês. www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Guidelines_For_the_integrated_management_of_severe_acute_malnutrition_In_and_out_patient_treatment_12.2011.pdf
145. **Integração do Suporte ABCP no CMAM.** RNE e AIE Core Group, 2009. Inclui materiais de treinamento. www.enonline.net/integracioniycfintocmam
146. **Gestão da desnutrição grave: um manual para médicos e outros profissionais de saúde seniores.** Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1999. Texto completo em inglês: www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241545119/en/
147. **Desnutrição aguda moderada: uma ferramenta de decisão para emergências.** Força-Tarefa MAM, 2014. Inglês. <http://nutritioncluster.net/resources/moderate-acute-malnutrition-decision-tool-emergencies-2014/>
148. **Assistente de Elaboração de Programas de Nutrição: Uma Ferramenta para Planejadores de Programas. Versão 2.** CORE Group Nutrition Working Group, FANTA e Save the Children, 2015. Inglês. *Ajuda as equipes de planejamento do programa a selecionar abordagens de nutrição de base comunitária adequadas para áreas-alvo específicas. Inclui uma apostila.* www.coregroup.org/resources/490-nutrition-program-design-assistant-a-tool-for-program-planners-version-2
149. **NUTVAL.** *Um aplicativo ExCel para uso e planejamento e monitoramento de rações de ajuda alimentar.* www.nutval.net.

Deficiência

150. **Deficiências entre refugiados e populações afetadas por conflitos: Kit de recursos para trabalhadores de campo.** WRC, 2008. Inglês. www.womensrefugeecommission.org/joomlatools-files/docman-files/disability_toolkit_02-10_web.pdf
151. **eficiência e Emergência Gestão de Riscos em Saúde. Nota de Orientação.** UNICEF, OMS, UNISDR, CBM, ICRC and IOM, 2013. Inglês. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf?ua=1
152. **Incluindo Crianças e Adolescentes com Deficiências na Ação Humanitária. Orientação nutricional.** UNICEF. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/nutrition.html>
153. **Padrões Mínimos e Diretrizes sobre Idade e Deficiência em Emergências.** ADCAP, 2015. Inglês. www.unicefemergencies.com/downloads/eresource/docs/Deficiencia/Minimum_Standards_for_Idade_and_Deficiencia_Inclusion_in_Humanitarian_Action.pdf

Gênero

154. **Aleitamento Materno e Igualdade de Gênero: Advocacy Brief.** UNICEF e OMS, 2016. Inglês. www.unicef.org/nutrition/files/BAI_bf_gender_brief_final.pdf
155. **Folha de dicas de mercado de Gênero: Nutrição.** IASC, 2011. Inglês. *Para ajudar a projetar projetos de nutrição de qualidade que reflitam as necessidades distintas de mulheres, meninas, meninos e homens.* www.fsnnetwork.org/iasc-gender-marker-tip-sheets-nutrition-and

156. food-security
er também: 43 (ABCP e Gênero).

Integração

- Mapa de Adjacência do Setor de Desenvolvimento: Uma Ferramenta de Planejamento para o Desenvolvimento Integrado.** FHI 360. Inglês. *Ferramenta de planejamento para ajudar aqueles que trabalham em um determinado setor a determinar quais adjacências são importantes a considerar.*
<https://www.fhi360.org/resource/development-sector-adjacency-map-planning-tool-integrated-development>
157. **Estrutura do ABCP.** ACNUR e Save the Children, 2017. Inglês e Francês. *Orientação sobre o que precisa ser considerado para criar um ambiente amigável do ABCP-E e facilitar as práticas recomendadas do ABCP-E em situações de refugiados, com exemplos práticos de integração multissetorial de atividades sensíveis ao ABCP e como o ABCP pode contribuir para as prioridades de diferentes setores.* www.unhcr.org/nutrition-and-food-security
158. **ABCP Framework Video.** CNUR e Save the Children, 2017. Inglês. Um vídeo de três minutos que apresenta a estrutura ABCP usando exemplos de atividades multissetoriais. www.unhcr.org/nutrition-and-food-security

Saneamento Água e Higiene/ASH

159. **Bebê ASH.** Bebê ASH Coalition. Inglês Focado na integração entre ASH, DPI, nutrição e programação SMNI para melhorar o bem-estar nos primeiros 1000 dias.
<http://babywashcoalition.org/>
160. **Como integrar atividades ASH e MHCP para melhores projetos humanitários.** ACF, 2014. Inglês. www.actioncontrelafaim.org/fr/espace-jeunes-enseignants/content/acf-international-manual-1-1-3-how-integrate-ASH-and-mhcp-activities-better-humanitarian-pr
161. **Melhorando os Resultados de Nutrição com Melhor ASH: Soluções Práticas para Política e Programas.** OMS, USAID e UNICEF, 2015. *Uma visão geral da evidência de ganhos de nutrição que podem ser alcançados com ASH melhorado, uma descrição das principais práticas de ASH e conhecimento prático e orientação sobre como integrar ASH em programas de nutrição.*
www.who.int/water_sanitation_health/publications/washandnutrition/en/
162. **Nutrition-ASH Toolkit: Guia para Ações Conjuntas Práticas.** UNICEFEAPRO, 2016. Inglês.
www.unicef.org/eapro/ASH_Nutrition_Toolkit_EAPRO_Final_w_ISBN_web_version_7Nov2016.pdf
163. **ASH 'Nutrição: Um Guia Prático para Aumentar o Impacto Nutricional através da Integração de ASH e Programas Nutricionais.** ACF and UNICEF, 2017. Inglês.
www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/manuel_ASH_nutrition_online.pdf
164. **ASH in Nut Strategy.** Grupo Regional ASH, África Ocidental e Central, 2015. Inglês e Francês. *Estratégia intersetorial regional que também pode ser adaptada e aplicada de forma mais ampla para além da região.*
www.susana.org/fr/ressources/bibliotheque/details/2480
165. **ASH Padrões Mínimos e Diretrizes para facilidades de Saúde Rurais e Centros Nutricionais em Ambientes de Poucos Recursos.** ACF, 2016. Inglês.
www.ennonline.net/washminstandards

Proteção

166. **Manual do Coordenador de Proteção Infantil em Emergências.** CPWG, 2010. Inglês.
<http://cpwg.net/?get=005252/2013/08/CPWG-Child-Proteção-in-Emergencies-Coordinator->

- Handbook.pdf
167. **Diretrizes para Integrar Intervenções de Violência Baseadas em Gênero na Ação Humanitária: Reduzindo o risco, promovendo a resiliência e ajudando na recuperação.** Comitê Permanente Interagências, 2015. <http://gbvguidelines.org/en/home/>
168. **Padrões Mínimos para Proteção Infantil em Ação Humanitária.** CPWG, 2013. Arabic, Inglês, French, Spanish. <http://cpwg.net/?get=008202|2014/07/CPMS-ALL-LANGUAGES-PACKAGE.zip>

Segurança Alimentar e Meios de Subsistência

169. **Gerenciando a cadeia de suprimentos de alimentos nutritivos especializados.** PAM, 2013. Inglês. *Destina-se a apoiar as operações de campo na gestão de sua cadeia de abastecimento de produtos de nutrição especial intactos.* www.wfp.org/aid-professionals/blog/blog/supply-chain-guide-nutritious-food

Desenvolvimento da Primeira Infância

170. **Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI) Kit.** UNICEF. inglês e francês. www.unicef.org/earlychildhood/index_52596.html
171. **DPI em Emergências: Guia do Programa Integrado.** UNICEF, 2014. www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/ecd/Programme_Guide_ECDiE.pdf
172. **DPI, Nutrição e Saúde em Situação de Emergência. Nota técnica.** UNICEF, 2016. Inglês. www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/ecd/DPI_Nutrition_Health_in%20emergencies-PlanInternational-UNICEF-July2016-WEB.pdf
173. **Atividades Integradas de DPI em Programas de Nutrição em Emergências.** UNICEF e OMS, 2012. Árabe, Inglês. *Nota explicando a importância e fornecendo sugestões práticas.* www.who.int/mental_health/publications/emergencies_why_what_how/en/

Adolescentes

174. **Conjunto de ferramentas de saúde sexual e reprodutiva do adolescente para contextos humanitários.** UNFPA e Save the Children, 2009. Árabe, Inglês, Francês e Espanhol. www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings

Saúde Mental e Apoio Psicossocial

175. **Diretrizes da IASC para Configurações de Saúde Mental e Apoio Psicossocial in Emergência.** IASC, 2007. Árabe, Chinês, Inglês, Francês, Japonês, Coreano, Nepalês, Português, Espanhol, Tadjique. www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/
176. **Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial in Emergência Configurações: O que os Atores da Saúde Humanitária devem saber?** IASC, 2010. Inglês. <https://interagencystandingcommittee.org/node/2863>
177. **Saúde mental e bem-estar psicossocial entre crianças em situação de grave escassez de alimentos.** OMS, 2006. Árabe, Inglês, Francês, Espanhol. www.who.int/nutrition/publications/emergencies/OMS_MSD_MER_06.1/en/
178. **Primeiros socorros psicológicos: Guia para trabalhadores de campo.** OMS, War Trauma Foundation e World Vision, 2011. Árabe, inglês, francês e vários outros idiomas. Uma estrutura para apoiar as pessoas imediatamente após eventos extremamente estressantes. www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
179. **Impacto psicossocial das crises humanitárias.** ACF, 2014. Inglês. www.actionagainsthunger.org/publication/2014/12/psychosocial-impact-humanitarian-crises
180. **Veja também: 131 (Baby Friendly Spaces).**

Saúde Materna, Neonatal e Infantil

181. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revisado, atualizado e ampliado para atendimento integrado.** OMS e UNICEF, 2009. Inglês e Espanhol. Orientação, ferramentas e treinamento para tomadores de decisão e funcionários da maternidade para garantir que o ABCP seja protegido, promovido e apoiado no nível das unidades de saúde. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/
182. **Livreto gráfico da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDPI).** OMS, 2014. Inglês. *Para uso por médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde que atendem bebês e crianças menores de 5 anos.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/
183. **Manual de campo interinstitucional sobre saúde reprodutiva em contextos humanitários.** IAWG sobre Saúde Reprodutiva em Crises, 2010. Inglês, Francês, Espanhol. www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual/en/
184. **Saúde do recém-nascido em contextos humanitários: guia de campo.** Versão provisória. Orientação e ferramentas para gerentes de programas, com foco na implementação em campo dos serviços de saúde neonatal mais críticos (0 - 28 dias). Save the Children e UNICEF, 2015. Inglês. www.unicef.org/videoaudio/PDFs/NewBornHealthBook-ProductionV12A.pdf
185. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez.** OMS, 2016. Inglês e russo. *Inclui intervenções nutricionais.* www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

Doença infecciosa

186. **Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos anti-retrovirais para o tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. Recomendações para uma abordagem de saúde pública.** Segunda edição. OMS, 2016. Inglês. Inclui fichas técnicas com atualizações. www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/
187. **Diretrizes para lidar com o HIV em ambientes humanitários.** IASC, 2010. Inglês. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf
188. **PTV em contextos humanitários: Parte II - Guia de implementação.** Equipe de tarefas interagências HIV em Emergências Humanitárias, 2015. Inglês. www.emtct-iat.org/wp-content/uploads/2015/07/PART-II_PTMPF-in-Humanitarian-Settings-7-July-2015.pdf
189. **Alimentação infantil no contexto do ebola.** UNICEF, OMS, CDC e RNE, 2014. Inglês e Francês. www.enonline.net/infantfeedinginthecontextofebola2014
190. **Alimentação infantil em áreas de transmissão do vírus Zika.** OMS, 2016. Árabe, chinês, inglês, francês, português, russo e espanhol. www.who.int/csr/resources/publications/zika/breastfeeding/en/
191. **Kit de ferramentas para cólera.** UNICEF, 2017. [Arabic, Inglês, French. www.unicef.org/cholera_toolkit/](http://www.unicef.org/cholera_toolkit/)

8.7 Alimentação Artificial

192. **ABCP-E Toolkit. Versão 3. Seção D: Planejamento e relatórios do programa.** Árabe, inglês e francês, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3/iycf-e-toolkit-english>
193. **Veja também: 8.6 (Intervenções multissetoriais).**

Minimizando o risco

194. **Por que a fórmula infantil causa mortes por diarreia em emergências.** Gribble, K. 2007. www.enonline.net/infantformuladiarrhoea
195. **Preparação, armazenamento e manuseio seguros de fórmulas infantis em pó:**

- Diretrizes. OMS e FAO. 2007. Árabe, chinês, inglês, francês, espanhol, português e russo. www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf
196. Como preparar fórmula para alimentação com copo em casa. FAO e OMS, 2007. Inglês. www.who.int/foodsafety/publications/micro/FIP_Cup_en.pdf

Funções e responsabilidades

197. Práticas da ABCP do ACNUR: Procedimentos Operacionais Padrão para o Manuseio de Substitutos do Leite Materno (SLM) em Situações de Refugiado para Crianças de 0-23 meses. Versão 1.1. ACNUR, 2015 Inglês e Francês.
198. Padrão de Procedimentos Operacionais da SLM do UNICEF. UNICEF, 2017.
199. Use of milk in PAM operations. Position paper. PAM, June 2017. <http://newgo.wfp.org/documents/use-of-milk-wfp-operations>
200. **Veja também: 8.2 (Política Organizacional).**

Especificação SLM

201. Padrões do Codex Alimentarius para fórmulas infantis e fórmulas para fins médicos especiais destinados a bebês. Codex Stan 72 - 1981. FAO e OMS, 2007. www.fao.org/input/download/standards/288/CXS_072e_2015.pdf

Veja também: 10 e 11 (o código) Suprimentos SLM e equipamentos de alimentação

202. Kit de ferramentas ABCP-E. Versão 3. Seção E: Carga de casos e necessidades de suprimentos. Save the Children, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3/iycf-e-toolkit-english>

9 Definitions

Agência: Um termo genérico que pode ser aplicado à ONU, ONG ou órgãos governamentais, organizações ou departamentos.

Medicamento antirretroviral (ARV): o medicamento usado para tratar a infecção pelo HIV. (OMS, 2016)

Terapia anti-retroviral (TARV): O uso de uma combinação de três ou mais medicamentos anti-retrovirais para o tratamento da infecção pelo HIV. A TARV envolve um tratamento para toda a vida. (OMS, 2016)

Alimentação artificial: a alimentação de bebês com um substituto do leite matern. (UNICEF, 2012)

Distribuição generalizada/Blanket distributions: (genérico, não definido) Provisão de um suprimento para uma população inteira, como uma comunidade de acampamento ou uma área geográfica, ou para indivíduos que atendam a um critério facilmente definido, como idade.

Alimentação generalizada/Blanket feeding: A alimentação de uma população afectada sem segmentação grupos específicos. (UNICEF, 2012)

Alimentação suplementar generalizada/Blanket supplementary feeding: Os programas de Alimentação suplementar generalizada destinam-se a um suplemento alimentar para todos os membros de um grupo de risco especificado, independentemente de terem desnutrição aguda moderada ou não.

Taxa de alimentação da mamadeira: A proporção de crianças de 0 a 23 meses de idade alimentadas com mamadeira. Estão incluídas crianças com menos de 24 meses de idade que receberam qualquer alimento ou bebida de uma mamadeira com bico / bico durante o dia anterior (incluindo leite materno). (OMS, 2007) **Bomba de mama:** Um dispositivo para extrair e coletar leite da mama durante a lactação.

Amamentação: O fornecimento de leite materno, diretamente da mama ou ordenhado.

Substitutos de leite materno (SLM): Qualquer alimento (sólido ou líquido) que se comercialize ou de alguma outra forma se apresente ou utilize como substituto parcial ou total do leite materno, seja ou não adequado para esse propósito. Em termos de produtos lácteos, orientações recentes da OMS esclareceram que um SLM inclui todos os leites que são comercializados especificamente para alimentação de bebês e crianças até três anos de idade. Consulte a definição do código para obter mais detalhes. A orientação sobre SLM apropriada e inadequada para diferentes grupos de idade está incluída em 5.15.

Programa de transferência de dinheiro: O uso de dinheiro ou vouchers para permitir que as famílias atendam às necessidades básicas de alimentos e itens não alimentares ou serviços ou comprem bens essenciais. Isso inclui programas governamentais de proteção social.

Cluster (grupo setorial): Clusters são grupos de organizações humanitárias, tanto das Nações Unidas e não-ONU, em cada um dos principais sectores da acção humanitária, por exemplo, nutrição. A abordagem de agrupamento é um mecanismo que ajuda a abordar as lacunas identificadas na resposta e melhorar a qualidade da acção humanitária, garantindo maior previsibilidade e responsabilidade e fortalecendo as parcerias entre ONGs, organizações internacionais, a Cruz Vermelha Internacional e o Movimento do Crescente Vermelho, agências da ONU e o governo. Os agrupamentos de comitês permanentes interagências (IASC) são agrupados formalmente ativados, criados quando os mecanismos de coordenação existentes estão sobrecarregados ou limitados em sua capacidade de responder às necessidades identificadas de acordo com os princípios humanitários. Um cluster ativado formalmente tem características e responsabilidades específicas. É responsável perante o Coordenador Humanitário (HC) através da Cluster Lead Agency (CLA), bem como perante as autoridades nacionais e as pessoas afetadas pela crise. Os clusters IASC são uma solução de coordenação temporária e os esforços devem ser feitos o mais rápido possível para transferir a coordenação para as autoridades competentes.

Agência líder de cluster (CLA): Uma agência ou organização que foi designada pelo Residente e / ou Coordenador Humanitário (RC / HC) como agência líder do agrupamento para um determinado setor em nível de país, após consultas com a Equipe Humanitária de País. A nível global, os CLAs são pré-identificados pelo IASC: UNICEF é o CLA para o Grupo de Nutrição a nível global. No nível do país, a função

do CLA pode ser delegada a outra agência onde a agência líder global não tem capacidade ou presença no país para desempenhar esta função.

Código: veja Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno

Código alimentar/Codex Alimentarius: Uma coleção de padrões, diretrizes e códigos de prática internacionalmente reconhecidos relacionados à segurança e qualidade dos alimentos, adotados pela Comissão do Codex Alimentarius. (FAO). Observe o padrão em alimentos complementares formulados e o padrão em fórmulas infantis.

Alimentação complementar: o uso de alimentos sólidos ou semisólidos adequados e seguros de acordo com sua idade, além do leite materno ou artificial em bebê de 6 a 23 meses.

Alimento complementar: Qualquer alimento, produzido industrialmente ou localmente, adequado como complemento do leite materno ou de um SLM, utilizado na alimentação de bebê de 6 a 23 meses de idade. Observe que este termo também é usado para descrever alimentos que complementam aqueles incluídos em uma ração geral para populações que recebem assistência alimentar.

Conflito de interesses: Uma situação em que existe o risco de que um interesse secundário de uma organização ou indivíduo influencie indevidamente, ou seja percebido como influenciando indevidamente, a independência ou objetividade do julgamento profissional ou ações relativas a um interesse primário (garantindo o melhor interesse da criança nas operações da AIE) ou minar a confiança do público nessas operações.

Amamentação continuada: O fornecimento de leite materno além dos primeiros 6 meses de vida.

Aconselhamento: Uma conversa entre um conselheiro e um cuidador, baseada em um processo de três etapas que inclui avaliação, análise e ação para ajudar a cuidadora a decidir o que é melhor para ela e seu filho em sua situação. Aconselhamento é diferente de educação e mensagem.

Deficiência: O termo "pessoas com deficiência" se aplica a todas as pessoas com deficiência, incluindo, mas não se limitando a, aqueles que têm deficiências físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais de longo prazo que impedem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com os outros.

Doador de leite humano: Leite materno extraído voluntariamente fornecido por uma lactante para alimentar uma criança que não seja a sua. O leite humano de uma doadora informal envolve a partilha informal do leite (por exemplo, ponto a ponto, com base na comunidade) para amamentar uma criança com leite materno extraído não processado. O leite humano de um doador formal é obtido de um banco de leite humano (ver definição) para amamentar uma criança com leite materno ordenhado, triado e processado.

Início precoce da amamentação: Fornecimento de leite materno para bebês dentro de uma hora após o nascimento (inclui bebês vivos e falecidos). O indicador de início ótima da amamentação é calculado apenas em crianças vivas.

Educação: No contexto do ABCP, a educação abrange atividades destinadas a aumentar a capacidade e a motivação dos cuidadores para adotar voluntariamente comportamentos relacionados à nutrição que conduzam à saúde e ao bem-estar.

Emergência: (crise, desastre) Um evento ou série de eventos envolvendo perdas e impactos humanos, materiais, econômicos ou ambientais generalizados que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada de lidar com seus próprios recursos e, portanto, requer ação urgente para salvar vidas e prevenir mortalidade e morbidade adicionais. O termo abrange desastres naturais, emergências provocadas pelo homem e emergências complexas. As emergências podem ter início lento ou rápido, crônicas ou agudas.

Amamentação exclusiva: o lactente recebe somente leite materno e nenhum outro líquido ou sólido, nem mesmo água, exceto gotas de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. (OMS, 2016)

Equipamentos para alimentação infantil: Biberão; tetinas; seringas; copos de alimentação com bicos, canudos ou outros complementos alimentares; e bombas de leite

Leite / fórmula de seguimento/acompanhamento: Um leite ou produto semelhante ao leite de origem

animal ou vegetal formulado industrialmente de acordo com o Codex Alimentarius Standard for Follow-up Formula e comercializado ou de outra forma representado como adequado para alimentação de bebês e crianças pequenas 6-36 meses de idade. Esses produtos não são necessários para a alimentação infantil e são abrangidos pelo *Código*.

Segurança alimentar: situação em que todas as pessoas, em todos os momentos, têm acesso físico, social e econômico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos que atendam às suas necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável. (FAO, 2000)

Alimento fortificado: Alimentos que foram submetidos a um processo para aumentar deliberadamente o teor de um micronutriente essencial (por exemplo, vitaminas e minerais) para melhorar a qualidade nutricional dos alimentos

Leite de crescimento: Produto lácteo comercializado para crianças de um a três anos. Esses produtos não são necessários para a alimentação infantil e se enquadram no âmbito do *Código*.

Avaliação de risco de HIV: Um processo (geralmente um conjunto de perguntas) que fornece uma visão sobre a probabilidade de uma futura ama de leite ter sido exposta ao vírus HIV. Não existe uma avaliação ou pontuação padrão de risco de HIV para a avaliação de uma futura ama de leite. Uma avaliação irá considerar o estado de HIV dos parceiros atuais ou anteriores, prática de sexo desprotegido, história de doenças sexualmente transmissíveis e se a mulher parece estar bem de saúde. No entanto, mesmo que essas perguntas sejam feitas, não há atualmente nenhuma orientação acordada sobre como quantificar o risco de infecção por HIV e que prática de alimentação sugerir. A decisão sobre a prática da alimentação infantil requer um equilíbrio dos fatores de risco que influenciam a sobrevivência da criança sem HIV. Isso incluirá a consideração da prevalência do HIV, a duração provável da amamentação, se a ama de leite está bem de saúde, o histórico de testes de HIV (por exemplo, durante a gravidez anterior) e outros fatores, como os riscos de não amamentar e a viabilidade e segurança de alimentação artificial nesta circunstância.

Bebê / criança exposto ao HIV: um bebê ou criança nascida de uma mãe vivendo com HIV até que seja excluída de forma confiável da infecção pelo HIV. (OMS, 2016)

Leite animal modificado em casa/*Home-modified animal milk*: Substitutos do leite materno para lactentes até seis meses de idade preparado em casa a partir de leite animal fresco ou processado, diluído adequadamente com água e com a adição de açúcar, micronutrientes e óleo vegetal. (OMS, 2006)

Banco de leite humano/*Human milk bank* (HMB): um serviço estabelecido para recrutar doadoras de leite materno, coletar o leite doado e, em seguida, processar, selecionar, armazenar e distribuir o leite para atender às necessidades específicas dos bebês para uma saúde ideal. (PATH, 2013)

Avaliação de nível individual: Um processo para avaliar um par cuidador-bebê, estabelecer práticas e necessidades de alimentação infantil e decidir que tipo de apoio pode ser necessário. Existem dois níveis de avaliação: avaliação rápida simples e avaliação completa.

Infantil/ criança pequena: Uma criança com idade entre 0-11 meses completos (pode ser referido como 0- <12 m ou 0- <1 ano). Um bebê mais velho significa uma criança com idade de 6 meses até 11 meses completos de idade.

Infant formula: A breastmilk substitute formulated industrially in accordance with applicable Codex Alimentarius standards for infants. *Commercial infant formula* is infant formula manufactured for sale, branded by a manufacturer. *Generic infant formula* is unbranded. *Powdered Infant Formula (FIP)* is an infant formula product which needs to be reconstituted with safe water before feeding. *Ready-to-use infant formula (RUIF)* is a type of infant formula product that is packaged as a ready-to-feed liquid and does not need to be reconstituted with water.

Código Internacional de Comercialização de

Substitutos do Leite Materno (o *Código*): O *Código* pretende garantir que SLM seja usado da forma mais segura possível quando necessário, com base em informações imparciais e precisas. O *Código* não restringe a disponibilidade de SLM, mamadeiras ou bicos, nem proíbe o uso de SLM em emergências. No contexto do *Código*, SLM significa qualquer alimento sendo comercializado ou de outra forma representado como uma substituição parcial ou total do leite materno, seja adequado para esse fim ou não. O *Código* se aplica ao marketing e práticas relacionadas,

qualidade, disponibilidade e informações sobre o uso, incluindo, mas não se limitando a: substitutos do leite materno (incluindo fórmula infantil, leite de acompanhamento / acompanhamento, leite de crescimento, outros produtos lácteos, incluindo alimentos complementares alimentados com mamadeira) especificamente comercializados para alimentação de crianças de até três anos de idade; alimentos e bebidas (chás, águas e sucos infantis), quando comercializados para uso como substituto parcial ou total do leite materno nos primeiros seis meses de vida; mamadeiras e tetinas.

Observe que a promoção de alimentos para bebês e crianças pequenas acima de seis meses está coberta pelo 69º Item 21.1 da Agenda Provisória da AMS A69 / 7 Add.1.

Cuidado mãe canguru (KMC): Os cuidados com o BPN e bebês prematuros realizados pele a pele com a mãe (ou substituto). As principais características incluem contato pele a pele precoce, contínuo e prolongado e (idealmente) amamentação exclusiva ou alimentação com leite materno. (OMS, 2015)

Suplemento de nutrientes à base de lipídios (LNS): Uma gama de produtos à base de lipídios que fornecem vitaminas e minerais, energia, proteínas e ácidos gordos essenciais. De acordo com especificações estritas, eles são classificados como LNS de quantidade média ou pequena (MQ-LNS, SQ-LNS), para uso em grupos-alvo / intervenções específicas. MQ-LNS fornece suplementação de macro e micronutrientes; SQ-LNS fornece principalmente (micro) nutrientes essenciais.

Baixo peso ao nascer (BPN): Recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas, independentemente da idade gestacional.

Suplemento de micronutrientes: Um produto que fornece micronutrientes específicos que não estão disponíveis como parte da dieta regular.

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

Dieta mínima aceitável: Um indicador padrão para crianças de 6 a 23 meses de idade, medindo a frequência de alimentação mínima e a diversidade alimentar mínima, conforme apropriado para vários grupos de idade. Se uma criança atinge a frequência mínima de alimentação e diversidade dietética mínima para sua faixa etária e status de amamentação, ela é considerada como recebendo uma dieta mínima aceitável.

Alimentação mista/mixed feeding: alimentação do lactente menor de seis meses com outros líquidos e / ou alimentos juntamente com o leite materno, ou seja, não são amamentados exclusivamente. (OMS, 2016)

Recém-nascido/newborn (neonate): uma criança com menos de 28 dias de idade.

Não amamentada: uma criança que não recebe nenhum leite materno.

Lacuna de nutrientes: A diferença entre as necessidades de nutrientes e a ingestão de nutrientes, considerando a adequação de energia e nutrientes

Resposta a emergências de nutrição e saúde: Uma estrutura de resposta formal, guiada por um grupo ou grupo setorial e capacidade técnica no país, destinada a atender diretamente às necessidades de saúde e nutrição de uma população afetada por desastres por meio da prestação de intervenções humanitárias de saúde e nutrição de forma coordenada e baseada em princípios e em linha com as normas e orientações internacionais e nacionais acordadas.

Alimentação ideal (recomendada) de bebês e crianças pequenas: Início precoce (dentro de uma hora após o nascimento) da amamentação exclusiva, amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, seguida de alimentos complementares nutricionalmente adequados e seguros enquanto a amamentação continua até os dois anos de idade ou mais. As práticas de alimentação "recomendadas", em vez de ótimas, são referidas no OG-AIE.

Profilaxia perinatal: No contexto de bebês expostos ao HIV, medicamentos ARV pós-parto administrados a um recém-nascido nos primeiros três meses de vida para reduzir o risco de transmissão perinatal e pós-natal precoce do HIV da mãe para o filho. Os medicamentos ARV pós-parto também podem ser administrados a crianças além dos primeiros três meses de vida para reduzir o risco de transmissão do HIV pós-parto de mãe para filho, por exemplo, por meio da

amamentação contínua.

Preparação:As capacidades e conhecimentos desenvolvidos por governos, organizações de resposta profissional, comunidades e indivíduos para antecipar e responder de forma eficaz ao impacto de eventos ou condições de perigo prováveis, iminentes ou atuais.

Prevenção da transmissão vertical do HIV (PTMPF): Programas e intervenções concebidos para reduzir o risco de transmissão vertical do HIV de mãe para filho.

Profissional qualificado de saúde ou nutrição: No contexto da ABCP, um trabalhador de saúde ou nutrição ou um conselheiro leigo da ABCP que recebeu treinamento em questões de saúde e / ou nutrição relevantes e contextualmente apropriadas.

Alimento complementar pronto a usar (RUSF): Produtos especializados prontos para o consumo, portáteis e com estabilidade de prateleira, disponíveis como pastas, pastas ou biscoitos, que atendem às necessidades de nutrientes suplementares de quem não está gravemente desnutrido. (UNICEF, 2012).

Alimentos Terapêuticos Pronto para o Uso /Ready-to-use therapeutic food (RUTF): Produtos especializados, prontos para comer, portáteis e com estabilidade de prateleira, disponíveis como pastas, pastas ou biscoitos que são usados de maneira prescrita para tratar crianças com desnutrição aguda grave. (UNICEF, 2012).

Alimentos prontos para usar (RUF): Produtos especializados prontos para o consumo, portáteis e estáveis na prateleira, concebidos para serem consumidos direto da embalagem, sem a necessidade de cozimento, diluição ou outra preparação. RUF é um termo genérico que inclui RUTF e RUSF (Marie-Pierre Duclercq, 2014; adaptado)

Alimentação recomendada para bebês e crianças pequenas: *Consulte ABCP ideal (recomendado).*

Relactação:A retomada da produção de leite materno (lactação) em uma mulher que parou de amamentar, recentemente ou no passado, para amamentar seu próprio ou de outro filho, mesmo sem uma nova gravidez. A lactação induzida é a estimulação da produção de leite materno em uma mulher que não amamentou anteriormente.

Alimentação de reposição:Alimentar uma criança que não está recebendo leite materno com uma dieta nutricionalmente adequada até a idade em que possa ser totalmente alimentada com alimentos da família. Este termo é usado no contexto do HIV.

Suporte qualificado: No contexto da amamentação, alimentação complementar ou apoio à alimentação, prestação de assistência técnica a um cuidador com dificuldades com a amamentação, alimentação complementar ou alimentação artificial por um profissional de saúde ou nutrição qualificado (ver definição).

Dispositivo de alimentação suplementar: (sistema de amamentação suplementar) Um auxiliar de lactação que permite a alimentação complementar (com leite materno ordenhado, leite materno de doador ou fórmula infantil) no peito.

Alimentação complementar direcionada: Programas que fornecem suporte nutricional a indivíduos com desnutrição aguda moderada

Tetina: um bico artificial pelo qual uma criança pode beber leite de uma mamadeira.

Leite terapêutico: produto especializado para o tratamento da desnutrição grave em ambientes hospitalares, por ex. F75 e F100. O leite terapêutico pode ser pré-formulado ou preparado a partir de leite desnatado em pó (DSM), óleo e açúcar, com a adição de um complexo de vitaminas e minerais. Observe que a partir do terceiro trimestre de 2017, as embalagens farão a transição de sachês para latas de 400g (UNICEF, OMS, 2017)

Leite infantil/toddler milk: *veja leite de crescimento*

Distribuição não direcionada: *Veja distribuição generalizada*

Ama de Leite/Wet nursing: Amamentação de uma criança por outra pessoa que não seja a mãe biológica da criança.

Criança pequena: Uma criança com idade entre 12 meses e 23 meses completos (também pode ser referida como 12- <24m ou 1- <2 anos).

Fontes de definição

O código. O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. OMS, 1981 e subsequentes Resoluções da AMS relevantes. <http://ibfan.org/the-full-code>

CMAMI Tool. RNE and LSHTM, 2015. www.ennonline.net/c-mami

CRPD. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

FAO, 2000. Sistemas de Informação e Mapeamento de Insegurança Alimentar e Vulnerabilidade. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

FAO, 2012. Nutrição do PMA: Programação de Nutrição intervenções específicas. Terminologia de Nutrição. www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs1415/Events/CFS_NERWS_2015/CFS_NERW_PAM_Programming_Nutrition_Specific.pdf

IASC, 2007. Diretrizes de planejamento de contingência entre agências para assistência humanitária. <https://interagencystandingcommittee.org/preparedness/documents-public/inter-agency-contingency-planning-guidelines-humanitarian-assistance>

Marie-Pierre Duclercq, 2014. Produção de Alimentos Prontos a Usar (RUF): Uma visão geral das etapas e desafios envolvidos na produção “local” de RUF. www.ennonline.net/productionofreadytousefoodruf

OCHA. Cluster Coordenação. www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/cluster-coordination

OCHA, 2003. Glossário de termos humanitários. <http://un-interpreters.net/glossaries/ocha%20glossary.pdf>

PATH, 2013. Fortalecimento do banco de leite humano. www.path.org/publications/files/MCHN_strengthen_hmb_frame_Jan2016.pdf

UNICEF, 2012. Glossário de nutrição. [www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_(3).pdf)

UNICEF, OMS, 2017. Apresentando as diretrizes de embalagem e reconstituição atualizadas para leite terapêutico. Documento de Mensagens Comum 1: 27 July 2017. www.ennonline.net/tm

OMS, 2006. Consulta técnica sobre HIV e alimentação infantil - Documento de discussão. <http://files.ennonline.net/attachments/516/animal-milk-modification-who-discussion-paper-oct-2006.pdf>

OMS, 2007. Indicadores para avaliação das práticas do ABCP. Parte 1: Definição. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/

OMS, 2015. Recomendações sobre intervenções para melhorar os resultados do nascimento prematuro. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf

OMS, 2016. Atualizações sobre HIV e alimentação infantil: Diretrizes. Definições e termos-chave. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/

Anexo 1: Guia de conteúdo por setor / especialidade e preparação

Setor / Especialidade	Seções
Todos os setores (geral)	3.6, 4.2, 4.3, 5.6
Serviços para adolescentes	5.4, 5.7, 5.30, 5.32
Agricultura	5.30-5.32
Dinheiro (incluindo proteção social)	4.6.1, 5.23, 5.30, 5.32, 6.19, 6.20, 6.24
A proteção da criança	5.4, 5.16, 5.30-5.32
Deficiência	2.3, 4.6.2, 5.4, 5.22, 5.30, 5.32
Desenvolvimento da Primeira Infância	5.30-5.32
Segurança Alimentar e Meios de Subsistência	3.4, 4.6.1, 5.22, 5.23, 5.30, 5.32, 5.7, 5.40
Saúde:	
<i>Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil</i>	3.4, 3.6, 4.5, 4.6.1, 5.22, 5.23, 5.25, 5.30, 5.31, 5.32, 5.7, 5.40
<i>Serviços curativos</i>	5.4, 5.16, 5.30, 5.32
<i>Serviços de saúde mental e apoio psicossocial</i>	2.3, 5.16, 5.30-5.32
<i>HIV</i>	4.6.1, 5.6.1, 5.7, 5.16, 5.30-5.32, 5.33-5.39
<i>Gestão de doenças infecciosas</i>	1.1, 4.6.1, 5.4, 5.10, 5.30, 5.33, 5.40
Logística	2.1, 5.22, 5.24, 5.28, 5.30, 6.1-6.6, 6.11-6.18, 6.24-6.25
Abrigo	5.30, 5.32
ASH	5.10, 5.22, 5.30-5.32, 6.22
Preparação	1.1-1.7, 2.2, 2.4, 3.2, 3.5, 4.1, 4.4-4.5, 4.6.1, 5.1, 5.13, 5.33, 6.4, 6.7

ACRÔNIMOS

ABCP	Alimentação de bebês e crianças pequenas
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ACSAV	Análise Abrangente de Culturas e Segurança Alimentar e Vulnerabilidade
AIE	Alimentação de bebês e crianças pequenas em emergências (also referred
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
ART	Antiretroviral treatment
ARV	Antiretroviral (drug)
ASH	Água, Saneamento e Higiene
BPN	Baixo peso ao nascer
CAP	Conhecimento, atitudes, práticas
CDCI	Centro de Documentação de Código Internacional
DPI	Desenvolvimento na primeira infância
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FIP	Fórmula infantil em pó
GIFA	Geneva Infant Feeding Association
HIV	Human immunodeficiency virus
HRP	Humanitarian Response Plan
IBFAN	International Baby Food Action Network
IMR	Infant mortality rate
JANFSA	Joint Approach to Nutrition and Food Security Avaliação
MGL	Mulheres grávidas e lactantes
MHPSS	Mental health and psychosocial support
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MP	Micronutriente em pó
OG-AIE	Orientação operacional para equipes de ajuda de emergência e gerentes de programas sobre alimentação de bebês e crianças pequenas em emergências
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organizações das Nações Unidas
PAM	Programa Alimentação Mundial
PDI	Pessoas deslocadas internamente
PDS	Pesquisa Demográfica de Saúde
PTMPF	Prevenção da transmissão de mãe para filho
RNE	Rede de Nutrição em Emergência
RUIF	Ready-to-use infant formula
RUSF	Ready-to-use supplementary food
RUTF	Ready-to-use therapeutic food
SAS	Segurança alimentar e subsistência
SLM	Substitutos de leite materno
SMNI	Saúde materna, neonatal e infantil
SMSAN	Sistema de Monitoramento de Segurança Alimentar e Nutricional
TBM	Taxa bruta de mortalidade
TMM5	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos to as ABCP-E)
UHT	Ultra-high temperature
UNICEF	Fundo Internacional da Criança das Nações Unidas
WBTi	World Breastfeeding Trends Initiative

Notas

GO-AIE foi produzido pela

**Rede de Nutrição em Emergência (RNE),
32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK**

Tel: +44 (0) 1865 324996

Fax: +44 (0)1865 597669

email: office@enonline.net

www.enonline.net