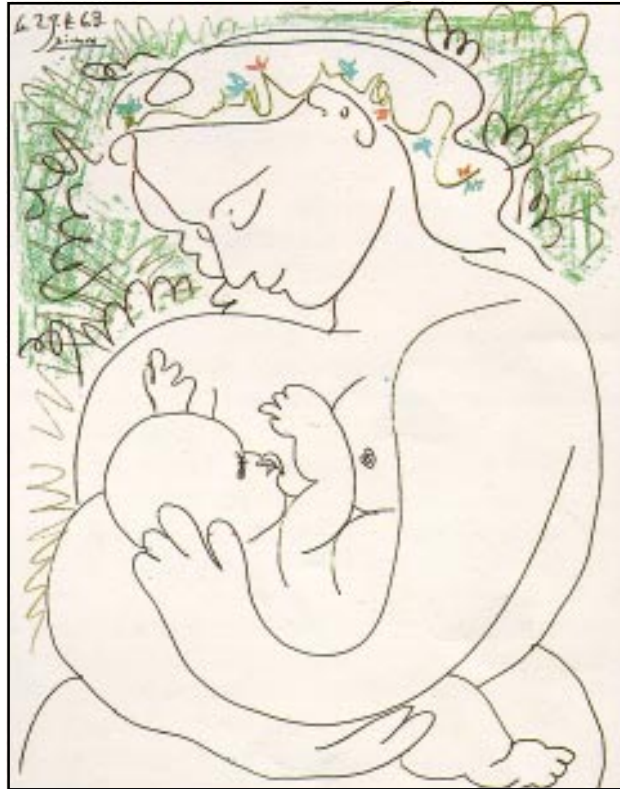


*Documento do
mês sobre
amamentação*

nº 09/97



maternity by Picasso

Alimentação Artificial

Artificial Feeding. Robertson, Aileen, The Kangaroo, 1995; Yr.4;1; 58-65

Procurando resumir as pressões comerciais que prejudicam o aleitamento materno, este artigo trata de identificar as múltiplas influências que afetam as práticas de serviços de saúde e seus profissionais. Procura-se estimular o debate tanto dos motivos quanto dos custos ocultos do apoio dos fabricantes de substitutos do leite materno. Considerações sobre o aleitamento artificial em situações de emergência têm como base a experiência pregressa do autor na Inglaterra. Devemos ressaltar que o custo da alimentação artificial pode exceder 90% do salário mínimo; em alguns países, comprar fórmula infantil suficiente para o primeiro ano de vida de uma criança pode consumir integralmente os salários anuais de dois ou três trabalhadores. Por outro lado, é importante observar que o boletim Update 1996 do Centro de Documentação do Código Internacional oferece dados recentes e revisados sobre a implementação do Código (incluído neste Documento do Mês sobre Amamentação).

Como resistir à pressão comercial

Muitos fabricantes exercem diferentes formas de pressão sobre os serviços, trabalhadores e usuários do sistema de saúde para que comprem seus produtos: medicamentos, alimentos especiais para bebês e adultos, aparelhos e instrumentos de diagnóstico equipamentos para tratamento e reabilitação e todo tipo de material para assistência à saúde. Algumas vezes justifica-se esta pressão: o produto é seguro, eficaz, fácil de usar, durável e barato. Entretanto, na maioria das vezes ela é injustificável: a evidência sobre segurança e efetividade é escassa, o produto é inapropriado para o cliente alvo, o custo é excessivamente alto e desproporcional e, pior, a

primeira compra e uso do produto levam a uma espécie de “dependência”. Até mesmo nestas situações os fabricantes são bem sucedidos: um grande número de clientes cai na armadilha. Os fabricantes argumentam que isto é uma prova de que seus produtos são “necessários”. Outros, incluindo nós mesmos, afirmam que a compra é imposta por algum tipo de artifício (ou fraude?). Como podemos resistir a esta pressão ? Queremos tornar este o nosso tema em foco: é extenso e polêmico. Começamos com duas opiniões sobre alimentação artificial e tecnologia de atenção à saúde**. Gostaríamos de continuar com outros itens. A contribuição dos leitores é bem-vinda.

Alimentação artificial

Aileen Robertson

OMS, Unidade de Nutrição, Escritório Regional para a Europa, Copenhagen ()*

Introdução

Os substitutos do leite materno são comercializados de acordo com as leis dos negócios, o que significa boa margem de lucro no mercado, ao invés de seguirem as leis de saúde para as crianças, suas famílias e a sociedade. Este artigo lista algumas das pressões comerciais que enfrentamos por parte da indústria de alimentos infantis e discute como podemos resistir a elas.

Imagine se os substitutos do leite materno nunca tivessem sido inventados ou produzidos em massa. Estes produtos nunca teriam sido agressivamente comercializados. A amamentação não teria nenhuma alternativa comercial e a lactação humana não teria que competir com a produção do alimento artificial infantil. O problema é que a lactação humana é incapaz de competir em bases comerciais. Ao contrário do leite produzido por vacas e ovelhas, o leite humano não proporciona uma oportunidade comercial para a indústria de alimentos infantis.

Talvez uma das melhores maneiras de proteger a amamentação seja criar um esquema inovador em que

a indústria possa lucrar com a produção do leite humano. Até que alguém imagine tal empreendimento, os profissionais de saúde devem continuar a proteger a amamentação garantindo que se esteja plenamente consciente sobre:

1. as potenciais consequências das práticas de mercado não éticas usadas pela indústria de alimentos;
2. os riscos associados à alimentação com mamadeira;
3. o manejo correto da lactação.

Práticas comerciais “não éticas” podem interferir com o aleitamento materno e estão definidas no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS/UNICEF, publicado em 1981. Um livreto especial produzido pelo ICDC-International Code Documentation Centre (Centro de Documentação do Código Internacional), estabelecido pela IBFAN-International Baby Food Action Network, está disponível para ajudar os profissionais de saúde a entenderem como interpretar o Código OMS/UNICEF¹.

(*) O ponto de vista exposto neste artigo é do autor e não necessariamente reflete o da Organização Mundial de Saúde.

(**) Segundo texto não incluído nesta tradução.

O Código OMS/UNICEF

Em 1979, uma Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação da Infância e da Criança Pequena recomendou que se desenvolvesse um Código para Comercialização de substitutos do leite materno e declarava que: “Práticas inadequadas de alimentação infantil e suas consequências são um dos principais problemas do mundo e um sério obstáculo ao desenvolvimento econômico e social. Sendo em grande parte um problema criado pelo homem ele deve ser considerado uma vergonha para nossa ciência e tecnologia e para nossas estruturas econômicas e sociais, representando uma mácula em nosso, assim chamado, progresso. Isto não é somente um problema do mundo em desenvolvimento; ele ocorre também em muitas partes do mundo desenvolvido”.

Em 1981, a Assembléia Mundial de Saúde adotou uma resolução que recomendava aos estados membros a implementação do Código OMS/UNICEF. Ele pode ser usado como base para o desenvolvimento de legislações nacionais e ajudar a controlar a propaganda agressiva de alimentos infantis. Para investigar quais países implementaram todos, vários ou nenhum dos itens previstos no Código, o ICDC publicou, em 1994, a “Situação do Código por País”. Dentre 173 países, 35 relataram não ter feito qualquer ação referente ao Código ou então não havia informação disponível. Treze relataram a implementação de quase todo o Código, e 36 países informaram que tinham tornado lei alguns dos itens previstos no Código. Somente 11 haviam decretado legislação incorporando todos ou quase todos os itens previstos no Código. Isto é um decepcionante progresso considerando que a Assembléia Mundial de Saúde em 1981 recomendou que os itens previstos no Código fossem adotados como um “requisito mínimo”. Alguns países estão acima deste mínimo e propõem controlar a compra e venda de substitutos do leite materno e mamadeiras colocando-os sob prescrição. Outros países têm removido qualquer incentivo à promoção através da solicitação do desenho de um rótulo genérico para todas as fórmulas infantis. Corajosamente, em 1994, 81 governos tomaram a ação legal de encerrar a prática de doações e vendas a baixo custo de produtos às unidades de saúde. Esta legislação será efetiva assumindo que os profissionais de saúde apoiem a lei. Nos seguintes países os profissionais de saúde têm tomado providências adicionais à lista prevista no Código: Bangladesh, Índia, Nepal, Filipinas, Sri Lanka, Papua Nova Guiné, Brasil, Guatemala, Honduras, México, Peru, Trinidad e Tobago, Burquina Faso, Egito, Guiné-Bissau, Quênia, Nigéria, Suazilândia, República Checa, Noruega e Suécia.

Os produtos regulados pelo Código são os seguintes:

1. alimentos que podem interferir com a amamentação:

- Fórmula infantil
- Leites de seguimento
- Leites em pó
- Leites evaporados
- Alimentos semi-sólidos
- Sucos
- Chás
- Dextrose oral
- Frutas e vegetais preparados e empacotados
- Água glicosada
- Cereais (particularmente aqueles projetados para serem misturados com leite e administrados por mamadeira)

2. itens não-alimentares:

- Mamadeiras
- Bicos
- Chupetas

Leites para fins especiais, para erros inatos do metabolismo tais como fenilcetonúria, não estão incluídos dentro do alcance do Código já que não são comercializados de forma agressiva.

Esforços para fazer cumprir e monitorar o Código e como as indústrias os evitam.

A OMS e o UNICEF não realizam o monitoramento ao cumprimento do Código. A IBFAN criou o ICDC, que fiscaliza as práticas de mercado da indústria de alimentos infantis em todo o mundo e as analisa de acordo com os artigos previstos no Código². Através do Projeto de Monitoramento da IBFAN, pesquisadores especialmente treinados em 23 países realizaram um estudo das práticas de comercialização no período de agosto de 1993 a maio de 1994. Informações adicionais foram coletadas de outros 24 países. Os resultados foram divulgados pelo ICDC na publicação intitulada “Situação do Código por Companhia” em 1994. As práticas de mercado das 19 principais indústrias de alimentos infantis e 19 indústrias de bicos e mamadeiras foram confrontadas com as provisões estabelecidas pelo Código da OMS/UNICEF. Nenhuma indústria cumpria mais do que três das sete exigências-chaves do Código. Somente duas indústrias mostraram uma leve melhora comparando-se aos resultados obtidos em 1991.

Um outro relatório, “Breaking the Rules 1994”, foi publicado pelo Baby Milk Action, no Reino Unido. Esta publicação registra centenas de violações específicas ao Código em todas as partes do mundo. “Breaking the Rules 1994” pode ser uma fonte de informação útil para os profissionais de saúde e aqueles

que estão envolvidos com o treinamento destes profissionais (cópias estão disponíveis no Baby Milk Action, 23 St Andrew's Street, Cambridge, CBEFAX,UK).

O Código OMS/UNICEF, não tem nenhum amparo legal. Contudo, é interessante observar até que ponto a indústria de alimentos está preparada para contorná-lo. As indústrias lançam novos produtos talvez numa tentativa de escapar do Código. Por exemplo, elas reclamam que seus “complementos” alimentares, tais como arroz infantil, representam um *suplemento*, ao invés de um *substituto* do leite materno. Porém, estes alimentos frequentemente são introduzidos muito cedo, antes dos 6 meses, interferindo diretamente com a amamentação. A fórmula de seguimento pode ser comercializada como um substituto para o *leite de vaca* ao invés do *leite materno*. Como se sabe, quase todos os leites de seguimento possuem rótulos similares ao da fórmula para o primeiro semestre de vida. Desta forma, quando as indústrias fazem promoção dos leites de seguimento facilitam o reconhecimento da marca. Isto indiretamente promove as fórmulas do primeiro semestre, criando confusão nas mentes de consumidores mal informados. Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel importante e ajudar na informação destes consumidores.

O custo da alimentação artificial

As práticas agressivas de mercado não seriam motivo de interesse para os profissionais de saúde se tais práticas não causassem um impacto sobre as taxas de morbi-mortalidade infantil. Uma revisão de 35 estudos de 14 países revela que 88% dos estudos demonstraram a natureza protetora do aleitamento materno quando comparado ao uso da mamadeira³. Por exemplo, crianças amamentadas são três vezes menos propensas a ter diarreia, os episódios de diarreia são consideravelmente menos graves em bebês amamentados e bebês amamentados têm risco 25 vezes menor de morrer por diarreia, especialmente em situações onde existe o problema de abastecimento de água potável e rede de esgotos.

Outros aspectos dos efeitos protetores da amamentação foram abordados em um volume anterior da revista Kangaroo⁴. A amamentação está associada a risco reduzido de câncer e osteoporose para a mulher, risco reduzido de doença atópica, maior quociente de inteligência, risco reduzido de distúrbios auto-imunes (como diabetes mellitus) e aumento da imunidade. A redução no risco de doença coronariana, doenças inflamatórias intestinais e doença celíaca aguardam resultados de pesquisas adicionais.

Em muitas partes do mundo água e lenha são recursos preciosos. Um ano de aleitamento artificial de uma criança exige energia equivalente a 73 quilos de madeira⁵ para aquecer toda a água necessária. Para preparar os alimentos e aquecer mamadeiras e bicos para um bebê de 3 meses de idade são necessários pelo menos 3 litros de água por dia. Além do custo ecológico, existe o custo monetário dos substitutos do leite materno. O custo para alimentar artificialmente um bebê varia de 2% do salário médio no Reino Unido a 90% do salário mínimo em Serra Leoa. No Paquistão e nas Filipinas, o custo está e torno de 40% da renda média. A amamentação, por outro lado, reduz os custos de poluição, de consumo de energia, de atenção à saúde e de assistência social⁶. Além disso, a amamentação evita que as famílias extremamente pobres gastem seus salários arduamente ganhos com substitutos do leite materno.

O papel dos profissionais e dos sistemas de saúde

Muitas mães que estão amamentando começam a dar mamadeira porque acreditam que são incapazes de produzir leite suficiente⁷. Em nossa sociedade “moderna” este fenômeno tem ocorrido particularmente devido à “medicalização” do nascimento e da alimentação infantil. Inadvertidamente profissionais de saúde têm introduzido práticas que interferem com a capacidade da mãe de produzir leite em quantidade suficiente para seu bebê. Tradicionalmente, os bebês nasciam em casa, permanecia com a mãe após o parto e, em geral, a avó estava lá para ajudar o início da amamentação, da mesma forma que havia aprendido de sua mãe! Nestes nossos tempos modernos as mães estão privadas do apoio de outras mulheres da família. Às vezes, as mães recebem auxílio de trabalhadores de saúde bem intencionados, porém inapropriadamente treinados. Trabalhadores de saúde que não foram treinados em manejo clínico da lactação algumas vezes recomendam práticas prejudiciais, tais como:

- posicionar incorretamente o bebê ao seio
- restringir a duração das mamadas
- fixar o intervalo das mamadas, por exemplo, cada 3 ou 4 horas
- oferecer o segundo seio antes que o bebê tenha esvaziado o primeiro
- recomendar limpeza e preparo excessivos dos mamilos
- dar ao bebê suplementos como chá açucarado, suco, água ou fórmula infantil, os quais frequentemente são doados ao hospital pelos fabricantes de alimentos infantis.

O fornecimento gratuito ou a baixo custo de fórmulas infantis pelos fabricantes aos hospitais é um exemplo de prática de mercado camuflada. A disponibilidade de grandes quantidades de leites infantis pode encorajar o uso rotineiro de mamadeiras em hospitais. Quando as mães retornam para casa geralmente compram a mesma marca de produto que seus bebês receberam no hospital, acreditando que esta marca específica ganhou o selo de aprovação daquele serviço.

Os trabalhadores de saúde podem receber incentivos da indústria de alimentos infantis, a qual deseja promover sua marca de fórmula infantil. Os incentivos aos profissionais de saúde incluem canetas, blocos de anotações, almoços gratuitos em viagens e congressos, jornadas científicas, bolsas de estudo e fundos para projetos de pesquisa. Em alguns países, até mesmo o salário de profissionais de saúde podem ser pagos por indústrias. As companhias de alimentos infantis têm financiado mais de 80% dos custos dos congressos da Associação Internacional de Pediatria. Em junho de 1994, os membros da Associação Britânica de Pediatria ficaram chocados quando souberam, através da imprensa, que sua associação havia aceito 140.000 libras da indústria para uma nova unidade de pesquisa. Estes gestos magnânimos podem ser realmente movidos por generosidade ou existe algum outro motivo oculto? Talvez os trabalhadores de saúde devam ser mais cautelosos antes de aceitar doações e se recordar do velho ditado “não existe almoço grátis”. A curto prazo pode parecer que estamos economizando dinheiro do sistema de saúde, porém a longo prazo os custos podem ser muito mais altos do que imaginamos. Felizmente, muitos profissionais estão tentando enfrentar estas estratégias de marketing empregadas pela indústria. Algumas associações profissionais elaboraram diretrizes e, em alguns países, os governos aprovaram leis que estabelecem como antiético o fato de médicos auferirem ganhos pessoais de seu relacionamento com as companhias de alimentos infantis. Associações profissionais no Paquistão, Índia e China adotaram passos necessários para recusar os fundos da indústria para patrocínio de grandes congressos e simpósios.

O processo do aleitamento materno tem que ser aprendido

Os profissionais de saúde precisam entender que o aleitamento materno não é um processo instintivo que é automaticamente desencadeado ao nascimento. Toda mãe tem que aprender a técnica - algo semelhante a aprender a andar de bicicleta! O lactente necessita de tempo para aprender como sugar. A mãe precisa saber como posicioná-lo de modo que o bebê

possa colocar a língua e o queixo na posição correta e assim conseguir sugar com força e esvaziar completamente cada seio. Através de treinamento específico em manejo clínico da lactação, os trabalhadores da saúde poderiam estar na posição de oferecer apoio, proteção e promoção da amamentação.

Atualmente, os seguintes cursos estão disponíveis:

1. Curso de especialização em Prática e Política de Aleitamento Materno, com duração de 4 semanas. Centre for International Child Health, Institute of Child Health, 30 Guildford Street, Londres.
2. WELLSTART. Programa de Lactação de San Diego. PO Box 87549, San Diego, CA 92138, EUA.
3. Manejo clínico e promoção do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança. Um curso de 18 horas para equipes de maternidade. UNICEF/OMS 1993.
4. Um curso de 40 horas para profissionais de saúde. Divisão CDR, OMS, Genebra.
5. Manual para Trabalhadores da Saúde. Unidade de Nutrição, OMS, Copenhagen.

Situação de emergência e doações vindas de países ricos

Se ocorre uma catástrofe numa sociedade em que predomina o uso de mamadeiras, as agências de socorro enfrentam um dilema: sabendo dos riscos da alimentação artificial muitas agências ficam relutantes em prover substitutos do leite materno, mas ao recusar fazê-lo podem correr o risco de parecerem insensíveis ou incompetentes aos olhos da imprensa ou de profissionais de saúde desinformados. Este dilema pode resultar numa oportunidade de mercado para as indústrias de leites infantis. As indústrias podem não somente obter propaganda gratuita através da colaboração com as organizações não-governamentais, como também podem ser criadas oportunidades de negócios através da compra de leites infantis para ajuda internacional, muitas vezes usando o dinheiro do contribuinte.

Durante uma situação de emergência, as mães necessitam desesperadamente de ajuda para iniciar, manter ou restabelecer a lactação para assegurar a sobrevivência de sua prole.

Infelizmente, não tem sido comum nas fases iniciais de uma catástrofe trazer especialistas em manejo da lactação. A idéia de desenvolver seminários sobre aleitamento materno durante uma crise pode não ser

vista como prioridade pelo estilo “machista” de conduzir a operação de emergência. Em sociedades que já faziam uso de mamadeiras é provável que morram bebês, a não ser que a reactivação seja introduzida por profissionais de saúde especializados ou, alternativamente, se distribua fórmula infantil.

Durante a recente situação de emergência na ex-Iugoslávia, a OMS recomendou com firmeza que todos os alimentos para lactentes fossem empacotados em papel de embrulho claro sem qualquer rótulo ou marca comercial. Recomendou-se que as informações sobre a superioridade do aleitamento durante emergências e as instruções de preparo deveriam ser impressas no idioma local. Os perigos de usar água não esterilizada também deveriam estar impressos nas embalagens. A organização Ação Internacional Contra a Fome (AICF) obedeceu a recomendação da OMS e foi até mais longe. Considerando o fato de algumas mães serem analfabetas, a AICF usou figuras para explicar o processo de reconstituição do leite.

Durante catástrofes, não é incomum a maioria das pessoas, incluindo mulheres lactantes, perderem peso. Por isso, os profissionais de saúde podem acreditar que as mulheres lactantes estão desnutridas e, erroneamente, assumir que seu suprimento de leite deva estar reduzido. Sabe-se que perda de peso leve a moderada não afeta a capacidade da mulher para amamentar com sucesso⁸. A capacidade para amamentar é notavelmente forte. A raça humana tem sobrevivido a muitas guerras e muitas emergências, ao longo dos séculos, sem fórmula infantil! A ajuda humanitária de alimentos contém muitos dos nutrientes necessários para mulheres grávidas e lactantes. Estas mulheres, em geral, são consideradas uma prioridade dos programas de suplementação alimentar durante situações de emergência. Mesmo que a ajuda alimentar não esteja disponível no início da emergência, pesquisa em países como Gâmbia, Bangladesh e Sudão, têm mostrado que bebês amamentados crescem normalmente apesar de suas mães algumas vezes terem dietas inadequadas⁹.

Muitos profissionais de saúde relatam que o estresse induzido durante uma catástrofe inibe a capacidade da mãe de produzir e liberar o leite. O efeito do estresse sobre a liberação do leite pode ser superado se o bebê continuar sugando. Depois de qualquer emergência, tal como terremotos, as mulheres estão aptas a retomar a amamentação rapidamente após uma breve interrupção. A guerra tem pouco impacto sobre a capacidade das mulheres de amamentar. A idéia de que mulheres lactantes necessitam de substitutos do leite materno cada vez que ocorre uma catástrofe é um preconceito bastante difundido. Durante uma emergência é vital que os profissionais de saúde continuem a proteger, promover e apoiar a

amamentação e tentem rejeitar doações humanitárias de substitutos do leite materno.

É maior o risco associado à alimentação artificial durante uma emergência. Mulheres e bebês se vêm obrigados a viver em miseráveis campos de refugiados. Os suprimentos de água e eletricidade podem estar prejudicados, a ponto de não haver garantia de água potável ou combustível para a esterilização. Por isso, o alimento artificial tem maior probabilidade de ser contaminado durante o preparo e as crianças ficam expostas a crescentes riscos de infecção. Além disso, bebês alimentados exclusivamente com leites artificiais estão privados da proteção conferida pelos fatores anti-infecciosos do leite humano.

Durante uma crise, o acesso e a disponibilidade de alimentos infantis não são garantidos e muitas mães podem não conseguir fórmula infantil o suficiente. Mesmo que as mães consigam alimentos infantis no mercado negro, os preços geralmente são tão altos que com sua baixa ou nenhuma renda elas não conseguem comprá-los. A grande vantagem do leite materno é que os bebês podem receber um suprimento regular e estéril de alimento sem custo monetário. Além disso, a amamentação ajuda a prevenir diarreia e muitas outras enfermidades a que bebês são mais susceptíveis durante emergências. Muitas agências de socorro tem preparado manuais para situações de emergência e declarações políticas.

Entre estas encontram-se:

- Federação Internacional das Sociedades Cruz Vermelha e Crescente Vermelho. O uso de leite em situações de emergência, 1985.
- UNICEF. Capítulo sobre alimentação infantil do livro Assistência em emergências, guias para intervenção, 1986.
- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR). A Política do UNHCR para recebimento de doações, distribuição e uso de produtos lácteos em programas de alimentação para refugiados. (UNHCR/IOM/88/89 e UNHCR/FOM/76/89).
- World Vision International. Política sobre obtenção e uso de produtos lácteos, 1991.
- Governo da Holanda. Guias para o uso de produtos lácteos em programas de ajuda alimentar, 1991.
- Declaração Conjunta UNICEF/UNHCR/WFP/WHO. Política sobre alimentação infantil na antiga Iugoslávia, 15.08.1995.

Muitas ONGs, tais como AICF, cumprem as orientações e políticas recomendadas. Entretanto, nem todas as ONGs são tão bem informadas; algumas com menos experiência, particularmente aquelas que evoluíram a partir dos últimos 3 ou 4 anos, recebem generosos financiamentos da União Européia e de outros doadores. As propostas de financiamento em geral baseiam-se em informação e solicitações recebidas de médicos locais, não treinados em manejo da lactação. Os doadores, a menos que tenham acesso ao conselho da população ou da unidade de saúde, não estão aptos a vetar propostas de financiamento e, desta forma, avaliar algum potencial impacto negativo que os programas possam ter sobre a saúde. Uma instituição de caridade no Reino Unido que fornece ajuda alimentar à Bósnia mostrou um comercial de 90 segundos para ajudar a levantar fundos para seu programa. Acredita-se que o anúncio, veiculado na TV Britânica em maio de 1994, tenha sido patrocinado por uma indústria de alimentos infantis. O anúncio apresentava duas mulheres bósnias amamentando e a locução, feita por um ator famoso, sugeria que os bebês estavam “sofrendo de fome” porque suas mães estavam muito desnutridas. A organização “Baby Milk Action” (membro da IBFAN-International Baby Food Action Network) foi informada por trabalhadores de saúde e outras pessoas e, através de uma atuação bem sucedida, conseguiu-se a suspensão da propaganda. A OMS realizou muitos estudos sobre amamentação e nutrição na Bósnia¹⁰. Ficou claro que as mães não estavam desnutridas e que não havia nenhuma razão física ou psicológica que as impedisse de amamentar. As mães simplesmente não sabiam como amamentar. O que elas necessitavam, e ainda necessitam, é de apoio e orientação técnica para ajudá-las a iniciar e manter a amamentação, seja de profissionais da saúde, seja de mães que amamentaram com sucesso.

A declaração conjunta elaborada por UNICEF, UNHCR, WHO e WFP (Programa Mundial de Alimentos) desencoraja a distribuição indiscriminada de alimentos infantis com a marca da indústria, na ex-Iugoslávia. Ela recomenda um componente de treinamento obrigatório dentro dos programas que envolvem distribuição de alimentos infantis. A declaração recomenda também que o Ministério da Saúde assegure que todas as agências humanitárias

envolvidas no suprimento de alimentos infantis para a Bósnia cumpram as recomendações contidas no Código OMS/UNICEF e nas Resoluções posteriores. Infelizmente, ONGs e indústrias de alimentos infantis continuam colaborando para encontrar meios de levantar e gerenciar fundos e canais para comercializar alimentos infantis. Em maio de 1995, as embalagens de alimentos de desmame solicitavam “ajude-nos a enviar estas caixas para bebês da Bósnia”, encorajando os consumidores a comprarem 6 pacotes de alimento infantil e, deste modo a indústria doava uma libra para uma ONG. O rótulo contraria as orientações da OMS pois declara que tal alimento é apropriado para bebês de 3 meses. Produtos similares estão sendo incluídos nas caixas para bebês enviadas à Bósnia.

Conclusões

Obviamente, as ONGs mal-informadas que se comportam desta maneira são prejudiciais porque podem estar expondo bebês, em todo o mundo, sob risco durante as situações de emergência. Profissionais de saúde que trabalham com instituições nacionais e organizações internacionais devem receber treinamento sobre os benefícios do aleitamento materno durante sua educação básica. Aqueles que mais tarde se especializam em assistência à saúde materno-infantil devem receber treinamento mais aprofundado em manejo clínico da lactação e sobre a relevância do Código OMS/UNICEF e Resoluções subsequentes.

Somente através de treinamento e estando bem informado, os trabalhadores de saúde podem ajudar a resistir às pressões das indústrias de alimentos infantis. Se todos os profissionais de saúde receberem informação atualizada, eles estarão numa posição mais forte e confiante para tomar decisões com conhecimento. Ao tomar decisões, todos nós devemos avaliar o custo total de nossos conselhos e ações. O custo para a saúde de aceitar brindes e/ou doações da indústria de alimentos infantis provavelmente excede de longe qualquer dos benefícios percebidos. As mulheres que estão amamentando precisam de apoio emocional, social e técnico. As indústrias de alimentos infantis buscam novos mercados, especialmente nos países socialistas e em desenvolvimento.

Bibliografia

1. The International Baby Food Action Network (IBFAN). *The Kangaroo* 1993; 2(1): 80-82.
2. Philipona J. The role of NGOs in Protecting and Promoting Breastfeeding. *The Kangaroo* 1993; 2(1): 66-69.
3. Feachem RG, Koblinsky MA. Intervention for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bull World Health Organ* 1984; 62: 271-291.
4. Pisacane A. Protective effects of breastfeeding. *The Kangaroo* 1993; 2(1): 58-61.

5. Gilman RH, Skillikorn P. Boiling or drinking water: can a fuel scarce community afford it? Bull World Health Organ 1985; 63: 157-163.
6. Baby Milk: Destruction of a world resource. Catholic Institute for International Relations, London, 1993.
7. Royal College of Midwives. Successful Breastfeeding. Churchill Livingstone, London, 1991.
8. Brown KH, Akhtar NA, Robertson AD and Ahmed MG. Lactational capacity of marginally nourished mothers: relationships between maternal nutritional status and quantity and proximate composition of milk. Pediatrics 1986; 78: 909-919.
9. Brown KH, Robertson AD, Akhtar NA. Lactational capacity of marginally nourished mothers: infants' milk nutrient consumption and patterns of growth. Pediatrics 1986; 78: 920-927.
10. Robertson A, Fronczak N, Hailey P, Jaganjac N, Copeland P, Duprat M. Nutrition and Immunization Survey of Bosnian Women and Children during 1993. Int J Epidemiol (in press).

Correspondência para: Aileen Robertson. WHO Nutrition Unit, Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DH 2100, Copenhagen, Denmark.

Tradução: Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma

Revisão: Marina Ferreira Rea

Editoração: Nelson Francisco Brandão

Realização:



IBFAN



INSTITUTO
DE SAÚDE



WABA



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

Apoio:

Unicef



Fundo das Nações Unidas para a Infância

SOH-DIA (Stichting Oecumenische Hulp/Dutch Interchurch Aid)