



THE WORLD BANK

HIV/SIDA, NUTRIÇÃO E SEGURANÇA ALIMENTAR: O QUE PODEMOS FAZER

UMA SÍNTESE DE PRINCÍPIOS DE ORIENTAÇÃO INTERNACIONAIS







HIV/SIDA, NUTRIÇÃO E SEGURANÇA ALIMENTAR: O QUE PODEMOS FAZER

UMA SÍNTESE DE PRINCÍPIOS DE ORIENTAÇÃO INTERNACIONAIS





© 2008 Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telefone.: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

Reservados todos os direitos.

As constatações, interpretações e conclusões aqui expressas são dos autores e não reflectem necessariamente os pontos de vista dos Directores Executivos do Banco Mundial para a Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial ou dos governos que eles representam.

○ Banco Mundial não garante a precisão dos dados incluídos neste trabalho. As fronteiras, cores, denominações e outra informação aqui apresentada em qualquer mapa não implicam qualquer julgamento da parte do Banco Mundial no que concerne ao estatuto legal de qualquer território ou à aprovação ou

DIREITOS E AUTORIZAÇÕES

○ material desta publicação está sujeito a direitos de autor. A cópia ou transmissão não autorizada de qualquer parte deste trabalho pode constituir uma violação da lei aplicável. ○ Banco Mundial para a Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial incentiva a divulgação do seu trabalho, e garantirá em princípio autorização para reproduzir partes do trabalho.

Quaisquer outras questões sobre direitos e licenças, incluindo direitos subsidiários, deverão ser dirigidas a Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2422; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Design: Patrícia Hord.Graphik Design

Este documento foi 100% impresso em papel reciclado.





ÍNDICE

PREFÁCIO	3	1
AGRADECIMENTOS	5	
ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS	6	
I. MELHORANDO OS RESULTADOS NO COMBATE AO HIV E A SIDA ATRAVÉS DO APOIO NUTRICIONAL	7	
II. TRATAMENTO, PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E APOIO	8	
A. APOIO NUTRICIONAL PARA ADULTOS VIVENDO COM HIV (PVHS)	8	
A1. Necessidades de Nutrientes	8	
A2. Avaliação Nutricional	9	
A3. Recomendações Dietéticas e Práticas de Cuidados	11	
A4. TARV e Outra Medicação	12	
A5. Gestão da Desnutrição Aguda e Grave	13	
A6. Fornecimento de Suplementos Alimentares para PVHS	13	
A7. Nutrição, Alimentos e Educação e Aconselhamento para a Saúde	14	
A8. Educação e Aconselhamento para Modos de Vida Saudáveis	15	
B. APOIO NUTRICIONAL PARA MULHERES GRÁVIDAS E LACTANTES HIV-POSITIVAS	16	
B.1. Necessidades de Nutrientes	16	
B.2. Avaliação Nutricional	18	
B.3. Recomendações Dietéticas e Práticas de Cuidados	19	
B.4. TARV e Outra Medicação durante a Gravidez e Lactação	20	
B.5. Gestão da Desnutrição Aguda e Grave	20	
B.6. Fornecimento de Suplementos Alimentares para Mulheres Grávidas e Lactantes HIV-positivas	20	
B.7. Questões Relacionadas com Aconselhamento durante a Gravidez e o Aleitamento	20	
B.8. Educação para a Saúde e Tratamento para Mulheres Grávidas e Lactantes HIV-Positivas	21	
C. APOIO NUTRICIONAL A BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS (0 A 24 MESES) NASCIDOS DE MÃES HIV-POSITIVAS	22	
C.1. Recomendações sobre Alimentação Infantil	22	
C.2. Aconselhando Mulheres HIV-Positivas a Tomarem e Cumpirem Decisões sobre Alimentação	24	
C.3. Alimentação de Bebés (dos 6 aos 24 meses) Nascidos de Mães HIV-Positivas	26	
C.4. Fornecimento de Suplementos Alimentares	29	
C.5. Aconselhamento sobre Alimentação Infantil	29	
D. APOIO NUTRICIONAL PARA BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS HIV-POSITIVAS (0 AOS 24 MESES)	32	
D.1. Necessidades Nutricionais e Cuidados para Crianças HIV-Positivas	32	
D.2. Avaliação Nutricional, Monitorização do Crescimento e Aconselhamento para Crianças HIV-Positivas	33	
D.3. Gestão Dietética de Sintomas e Medicamentos relacionados com a SIDA, e Interações Alimentos-Medicamentos em Crianças	34	
D.4. Fornecimento de Suplementos Alimentares	35	
D.5. Tratamento para Crianças HIV-positivas Gravemente Malnutridas	35	
D.6. Intervenções de Saúde para Crianças HIV-positivas	35	

E.	APOIO NUTRICIONAL PARA PVHS QUE ESTÃO A FAZER OTARV	37
E.1.	Tratamento ARV e Nutrição	37
E.2.	Interações entre o TARV, Alimentos e Nutrição	37
E.3.	Avaliação Nutricional	38
E.4.	Alimentos, Nutrição e Aconselhamento sobre Educação para Saúde	38
III.	ASSISTÊNCIA ALIMENTAR COMO APOIO AO TRATAMENTO DE HIV/SIDA	41
IV.	ALIMENTOS, SEGURANÇA ALIMENTAR, HIV E SIDA	43
A.	APOIO BASEADO EM ALIMENTOS	43
V.	HIV/SIDA, NUTRIÇÃO E ALIMENTOS NUM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA	46
A.	ALIMENTAÇÃO INFANTIL	47
B.	HIV E DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS	47
C.	SEGURANÇA ALIMENTAR E DOS MODOS DE VIDA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA	48
VI.	CONCLUSÃO	49
	ANEXO I: Diretrizes Sobre HIV/SIDA, Nutrição, e Segurança Alimentar Já Publicadas	50
	ANEXO II: Tratar de Sintomas e Doenças Associadas Ao HIV Em Adultos	52
	ANEXO III: Medicamentos Modernos e Efeitos Colaterais	55
	ANEXO IV: Formas Tradicionais de Lidar Com Doenças e Sintomas Comuns de SIDA	56
	ANEXO V: Tópicos De Segurança Alimentar, Higiene e Saneamento para Educação No Domínio do HIV/SIDA	60
	ANEXO VI: Aumento de Peso Recomendado Durante a Gravidez	62
	ANEXO VII: Definição de AVASS: Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Segura	63
	ANEXO VIII: Exemplos de Assistência Alimentar Integrada em Programas de HIV/SIDA	64
	ANEXO IX: Exemplos de Utilização de Ajuda Alimentar para Apoiar Populações Afectadas Pelo HIV	65
	ANEXO X: Resultado da Auscultação da OMS Sobre Nutrição e HIV/SIDA em África	66
	GLOSSÁRIO	71
	REFERÊNCIAS	80
	TABELAS E CAIXAS	
	TABELA 1. Mudanças Estimadas no Consumo Diário de Energia de uma Mulher de 28 anos HIV-Positiva Moderadamente Activa, e de uma Mulher Não Infectada com HIV, por Fase da Doença e Ciclo de Vida	16
	TABELA 2. Necessidades Nutricionais para Crianças HIV-Positivas	32
	TABELA 3. Resumo: Populações-alvo, Intervenções Nutricionais e Resultados Previstos	39
	TABELA 4. Intervenções Alimentares e Tratamento de HIV e SIDA	42
	CAIXA 1. Breve Definição de AVASS: Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Segura	24
	CAIXA 2. Integrando Actividades Relacionadas com HIV, Alimentos e Nutrição em Zonas com Refugiados	46

PREFÁCIO

É devastador o efeito que o HIV e a SIDA estão a ter na África Subsaariana. Dos 10,8 milhões de mortes que se estima terem ocorrido em 2000, mais de 20 por cento foram causadas pelo HIV (Jamison et al., 2006), e, apesar do progresso verificado em alguns países, continua a crescer o número anual de mortes por SIDA na África Subsaariana. Embora se tenham reduzido as taxas de mortalidade através de intervenções de prevenção, aconselhamento, testagem, apoio e tratamento, as potencialidades que a nutrição pode oferecer para um declínio da morbilidade e mortalidade relacionadas com o HIV e a SIDA não têm acompanhado este ritmo nem correspondido ao que delas se pode esperar.

Nos últimos anos, um conjunto cada vez maior de evidências tem demonstrado as ligações entre a desnutrição, o HIV e a SIDA, e o efeito cumulativo que têm sobre o crescimento económico. Há pouco debate sobre o fundamental papel que a nutrição desempenha na prevenção, no tratamento e na mitigação do HIV, ou sobre a sua importância na prestação de cuidados a indivíduos HIV-positivos, agregados familiares afectados e comunidades.

Desde 2000, o Banco Mundial já financiou 34 projectos relacionados com HIV/SIDA, incluindo cinco projectos sub-regionais, com compromissos superiores a 1,3 biliões de dólares. A abordagem tem sido proporcionar assistência para prevenção, prestação de cuidados e apoio, tratamento e capacitação, sendo uma grande parte dos recursos canalizados através de organizações da sociedade civil (com mais de 50.000 de tais intervenções). Além disso, através do processo da Estratégia de Redução da Pobreza e do perdão da dívida, estão a ser sistematicamente integrados recursos para se prosseguir na luta contra o HIV e a SIDA. À medida que o programa do Banco foi evoluindo, e com um maior conhecimento da importância da nutrição para respostas efectivas ao HIV e à SIDA, o Banco foi reconhecendo a necessidade de melhor compreender como integrar a nutrição em programas sobre o HIV e SIDA (e como integrar considerações sobre estes em programas de nutrição).

Muitas organizações produziram excelentes documentos e directrizes de ponta sobre diferentes aspectos técnicos de respostas nutricionais ao HIV e à SIDA, mas os materiais não se estão a fazer notar necessariamente no trabalho nem na distribuição de recursos de comissões ou secretariados nacionais de combate à SIDA ou outros parceiros nacionais, tanto no sector público como noutros sectores. Além disso, muitos desses materiais não focam exclusivamente os aspectos nutricionalmente relevantes da prevenção e tratamento do HIV e da SIDA. A informação tem estado de certa forma dispersa entre e no interior de vários documentos, o que levou a que se considerasse que uma síntese das directrizes de ordem técnica existentes nos domínios de HIV e SIDA, nutrição e segurança alimentar seria uma contribuição importante para os esforços de integração da nutrição em projectos e programas de combate ao HIV e à SIDA.

Com financiamento do Programa de Parceria do Banco dos Países Baixos (BNPP), o Banco Mundial iniciou um amplo processo de consulta para produzir tal síntese, compilar e resumir o conhecimento técnico e as orientações técnicas existentes a nível global e regional. A síntese tem por finalidade proporcionar aos decisores e responsáveis pelo cuidado de serviços, especialmente aos que desenham e gerem programas, directrizes sobre como a nutrição pode ser integrada na prevenção do HIV e no tratamento da SIDA. Uma importante finalidade da síntese é proporcionar orientação a programas sobre SIDA na África Subsaariana (especialmente os apoiados através do Programa Multipaíses para o HIV/SIDA do Banco Mundial, ou projectos MAP). Por isso, o documento foi desenvolvido e testado no terreno para

ser usado na região de África. A maior parte das recomendações baseia-se, contudo, em directrizes internacionais, devendo poder aplicar-se também em outras regiões do mundo afectadas pelo HIV onde os recursos sejam limitados.

A síntese inicial foi revista e discutida em Agosto de 2006 numa reunião consultiva que envolveu várias organizações das Nações Unidas, bilaterais, de pesquisa e não governamentais. Os participantes na consulta concordaram que, assim que estivesse finalizada a síntese, ela devia ser amplamente divulgada como um guia genérico e não restrito a programas do Banco Mundial.

A síntese baseia-se em directrizes internacionais disponíveis e outros documentos relacionados elaborados pela AED/FANTA, pela FAO, pelo IFPRI, pelo PATH, pela ONUSIDA, pelo ACNUR, pela UNICEF, pela USAID, pelo PMA e pela OMS. Para os tópicos em relação aos quais havia poucas ou nenhuma directrizes oficiais internacionais, o documento faz uso de directrizes de outras organizações nacionais ou internacionais (ver Anexo I). Em todos os pontos, a comunidade ligada a nutrição e HIV/SIDA proporcionou comentários e contribuições úteis, destacando-se, em particular, a AED/FANTA, o IFPRI, o PATH, o SARA, a ONUSIDA, o UNICEF, a USAID, o PMA e a OMS.

A síntese é produto da primeira fase de um esforço bipartido financiado pelo BNPP, a "Integração da Nutrição em Programas de HIV/SIDA: Fortalecendo a Capacidade Operacional na África Oriental e Austral". Na segunda fase, o Banco e os seus parceiros estão a adaptar esta directriz global para se centrarem em aspectos operacionais em contextos específicos. Presentemente, o Banco está a realizar actividades-piloto de adaptação e disseminação da síntese em dois países africanos, Moçambique e a República do Congo.

Esperamos que a orientação técnica resultante ajude a produzir um único documento de recurso para gestores de programas e decisores na África Subsaariana e outras zonas. Contudo, reconhecemos que muito há ainda a fazer. Por exemplo, o documento não diferencia totalmente situações com uma epidemia generalizada daquelas onde a epidemia está altamente concentrada. Os que definem políticas gostariam provavelmente de ter mais informação sobre considerações culturais, constrangimentos institucionais e uso de quadros de políticas apropriados. Gostariam de saber mais sobre como pôr as recomendações e protocolos em prática, bem como sobre o custo e eficácia de várias opções programáticas. Isto incluiria informação adicional sobre operações e implementação, inclusivamente implicações relacionadas com colocação de pessoal, formação, gestão, necessidades de fornecimento e custos associados. Temos isso previsto como um esforço futuro, com as experiências de Moçambique, da República do Congo e de outros países como primeiro passo.

Além disso, dada a dinâmica do HIV e da SIDA e da Nutrição, vão aparecendo regularmente novos conhecimentos, sendo as recomendações constantemente revistas à medida que vão aparecendo. Assim, esta síntese é um "documento vivo" que pode servir de base enquanto se vai aprendendo mais. O nosso objectivo é distribuir amplamente este guia e medir a sua utilidade. Partilhe, por favor, as suas experiências no uso deste instrumento, e informe-nos sobre como pode ser melhorado. Os seus comentários podem ser enviados para organizações parceiras individuais ou para o Banco Mundial através do endereço nutrition@worldbank.org.

AGRADECIMENTOS

5

Este esforço geral de integrar a nutrição nos investimentos do Banco para HIV/SIDA é dirigido por Meera Shekar (Rede para o Desenvolvimento Humano/Human Development Network) e Richard Seifman (Equipa para África da Campanha dedicada à SIDA) do Banco Mundial. O primeiro esboço do documento foi elaborado pela consultora do Banco Mundial Alison Gardner, com contribuições de Safinaz El Tahis e Sebastiana Gianci, e orientação dos líderes do grupo de trabalho para HIV/SIDA do Banco Mundial. James Garrett, também do Banco Mundial, apoiou na gestão da edição, publicação e divulgação do documento. O trabalho foi concluído com a orientação geral da Equipa de Gestão do Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, especialmente Kei Kawabata (Chefe de Sector, Saúde, Nutrição e População, Rede de Desenvolvimento Humano) e Elizabeth Lule (Directora, Equipa para África da Campanha dedicada àSIDA).

Muitos conhecimentos úteis, comentários e sugestões nas versões preliminares do presente documento foram proporcionados por parceiros e colegas. Estamos particularmente agradecidos a Ellen Piwoz, anteriormente da AED e agora da Fundação Gates, que proporcionou apoio especializado e de revisão ao longo do processo de desenvolvimento do documento. Estamos também especialmente gratos a Tony Castleman e Frederick Andrew Tomkins (Institute of Child Health); Katherine Krasovec (PATH); Patrick Webb (Tufts University, Friedman School of Nutrition); Nune Mangasaryan, Moazzem Hossain e Anirban Chatterjee (UNICEF); Bruce Cogil (UNICEF, anteriormente AED/FANTA); Lilia Gerberg e Timothy Quick (USAID); Robin Jackson, Martin Bloem e Andrew Thorne-Lymanh (PMA); e Denise Costa Coitinho e Randa Jarudi Saadeh (OMS). Muitos outros profissionais do SARA, dos escritórios do UNICEF no terreno, da sociedade civil, do governo e de desenvolvimento também deram a sua contribuição.

No Banco Mundial, agradecemos o apoio prestado por Debrework Zewdie (Director, Programa Global para o HIV/SIDA); pela Equipa para África da Campanha dedicada à SIDA e pela Equipa de Nutrição para a Região de África. Recebemos excelentes comentários dos nossos colegas revisores dentro do Banco: Mariam Claeson, Marito Garcia, Bina Valaydon e Albertus Voetburg. Os nossos agradecimentos são também extensivos a Cassandra de Souza, Rae Galloway, Menno Mulder-Sibanda, Ok Pannenberg, e ao pessoal do World Bank África pelas suas substantivas e valiosas contribuições. Na região de África, endereçamos agradecimentos particulares a Humberto Cossa, Jean J. De St. Antoine, Michael Mills, Isabel Mutambe, Bina Valaydon e Albertus Voetberg. Jacques Wright deu um grande apoio na edição e formatação do documento, e na verificação das referências. Rifat Hasan, Melinda Elias, Jessica St. John e Ayanna Anderson-Bellard, da unidade de Saúde, Nutrição e População do Banco Mundial, proporcionaram uma valiosa assistência na pesquisa, edição, processamento, publicação e disseminação do documento.

Estamos satisfeitos por ter o PMA, a OMS, a ONUSIDA, o ACNUR, o PEPFAR, a USAID, a AED/FANTA, o PATH/IYCN e o IFPRI/RENEWAL como co-patrocinadores deste documento.

Agradecemos o apoio prestado pela UNICEF em Moçambique na tradução do presente documento, um especial agradecimento vai também para o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) e os membros do Grupo multisectorial de Segurança Alimentar e Nutricional e HIV/ SIDA (SANHA).

Agradecemos o financiamento concedido a este esforço pelo Programa de Parceria do Banco dos Países Baixos (BNPP).

ACRÓNIMOS & ABREVIATURAS

6

AED	Academia para o Desenvolvimento Educacional (<i>Academy for Educational Development</i>)
AVASS	Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Segura
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANC	Cuidados pré-natais
TARV	Terapia anti-retroviral
ARV	Medicamento anti-retroviral
AZT	Azidotimadine ou zidovudine (<i>ZDV</i>)
IMC	Índice de massa corporal
D	Dia
EFV	Efavirenz
FANTA	Projecto de Assistência Técnica Alimentar e Nutricional (<i>Food and Nutritional Technical Assistance Project</i>)
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IASC	Comité Permanente Inter-agências (<i>Inter-Agency Standing Committee</i>)
IBFAN	Rede Internacional de Acção Alimentar Infantil (<i>International Baby Food Action Network</i>)
IFPRI	Instituto Internacional de Pesquisa de Política Alimentar (<i>International Food Policy Research Institute</i>)
AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância
IYCN	<i>Infant and Young Child Nutrition Project</i> (Projecto de Nutrição de Bebés e Crianças Pequenas)
IU	Unidades Internacionais
Kcal	Quilocalorias
BPN	Baixo peso à nascença
PB	Perímetro braquial
NCHS	Centro Nacional de Estatísticas de Saúde (<i>National Center for Health Statistics</i>)
COV	Crianças órfãs e vulneráveis
PAHO	Organização Pan-Americana de Saúde (<i>Pan-American Health Organization</i>)
PATH	Programa para Tecnologias Apropriadas na Saúde (<i>Program for Appropriate Technologies in Health</i>)
PCR	Reacção em cadeia da polimerase
PEM	Desnutrição proteico-energético
PEPFAR	Plano Presidencial de Emergência para o Alívio da SIDA (<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>)
PVHS	Pessoa vivendo com HIV/SIDA
PTV	Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (mãe para filho)
RDA	Dose diária recomendada (<i>Recommended dietary allowance</i>)
RENEWAL	Rede Regional para SIDA, Modos de Vida e Segurança Alimentar
SARA	Apoio para Análise e Pesquisa em África (<i>Support for Analysis and research in Africa</i>)
TB	Tuberculose
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
ATV	Aconselhamento e testagem voluntária
PMA	Programa Mundial de Alimentação
OMS	Organização Mundial da Saúde

Para definições de outros termos, ver Glossário



I. MELHORANDO OS RESULTADOS NO COMBATE AO HIV E A SIDA ATRAVÉS DO APOIO NUTRICIONAL

7

Evidências mostraram importantes ligações entre a obtenção de melhores resultados no combate ao HIV e SIDA e a nutrição. É necessária uma nutrição adequada para manter o sistema imunológico, gerir infecções oportunistas, otimizar a resposta a tratamento médico, manter níveis saudáveis de actividade física e apoiar uma qualidade de vida óptima para pessoas que vivam com HIV (PVHS). Uma boa nutrição pode contribuir para abrandar a progressão da doença (Castleman et al, 2004). As intervenções no domínio da nutrição podem também ajudar a otimizar os benefícios de medicamentos anti-retrovirais (ARVs), além de poderem aumentar o cumprimento de regimes de tratamento, que são essenciais para prolongar a vida de PVHS e prevenir a transmissão de HIV da mãe para o filho.

O aconselhamento em matéria de nutrição revelou-se efectivo na melhoria da massa peso corporal e da massa das células corporais em PVHS (Dowling et al., 1990; Rabeneck et al, 1990), para além de ajudar a mitigar os efeitos de sintomas relacionados com o HIV e a SIDA, tais como diarreia, náuseas, vômitos, anemia, candidíase oral, perda de apetite e febre (FANTA, 2004).

Nas mulheres HIV-positivas, uma nutrição óptima durante a gravidez aumenta a aquisição de peso e melhora a nutrição materna que, por sua vez, melhora os resultados do parto. Para bebés expostos ao HIV, um aconselhamento e apoio adequados sobre nutrição podem reduzir o risco de transmissão de HIV da mãe para a criança e aumentar a sobrevivência de bebés livre de HIV (OMS, 2000a). No caso de crianças HIV-positivas, práticas seguras de alimentação e um melhor consumo dietético são fundamentais para readquirirem o peso perdido durante infecções oportunistas, ao passo que uma suplementação periódica com vitamina A em crianças HIV-positivas reduz as doenças e mortes e melhora o crescimento (Piwoz, 2004a).

As relações e interacções mais amplas entre o HIV, a SIDA, a segurança alimentar e a nutrição são complexas. A insegurança alimentar e a pobreza podem levar a comportamentos sexuais de alto risco e a migração, aumentando assim o risco de contrair o HIV. Ao mesmo tempo, o HIV enfraquece a capacidade de os agregados familiares proverem às suas necessidades básicas. Quando uma PVHS não pode trabalhar, a produção alimentar ou os rendimentos podem reduzir. Os membros saudáveis da família podem ter de deixar de trabalhar para cuidarem de familiares doentes, podendo os constrangimentos em termos de mão-de-obra levar a reduções na área de terra cultivada, mudança de culturas e esgotamento do gado. Para agregados familiares que se encontravam em situação de insegurança alimentar antes de um membro ficar doente, os efeitos podem ser devastadores. À medida que a epidemia progride em áreas altamente afectadas, as comunidades ficam esgotadas, uma vez que as redes de segurança tradicionais se encontram esgotadas (Gillespie e Kadiyala, 2005; Piwoz, 2004a). Adiar as intervenções até que as PVHS ou as suas famílias fiquem malnutridas ou sujeitas a insegurança alimentar pode ser contraproducente e dispendioso, pelo que manter uma nutrição e segurança alimentar adequadas pode ser útil na mitigação do impacto do HIV e na prestação de cuidados a PVHS, aos seus agregados familiares afectados e comunidades (Banco Mundial, 2006).

Por isso, as preocupações nutricionais devem ser tomadas em consideração na preparação de estratégias e planos de acção para o HIV e SIDA a nível nacional e subnacional. Estes planos devem basear-se em evidências, devendo as acções e intervenções ter prioridades definidas e estar orçamentadas. A escolha da resposta nutricional apropriada será específica de cada país. Dentro de um dado país, essa resposta será determinada pela natureza da epidemia, pelo grau de funcionamento das políticas necessárias e pelas capacidades humanas, institucionais e financeiras das partes intervenientes. Dependerá também de até que ponto os conhecedores das ligações entre HIV, SIDA e nutrição articulam este vínculo com os decisores a todos os níveis.

II. TRATAMENTO, PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E APOIO

8

A. APOIO NUTRICIONAL PARA ADULTOS VIVENDO COM HIV (PVHS)

OBJECTIVO: O objectivo do apoio nutricional para PVHS que ainda não estejam a necessitar de TARV é melhorar o seu estado geral de saúde e nutrição, prevenir desnutrição e apoiar a recuperação de infecções oportunistas.

O objectivo do apoio nutricional para PVHS que necessitem de TARV é estabilizar o seu estado nutricional antes e durante o tratamento, ajudar as pessoas a recuperar a força e contribuir para a melhoria do estado nutricional durante o tratamento. Nos lugares onde a insegurança alimentar impeça as pessoas de terem acesso a ou de aderirem a regimes de tratamento, o apoio nutricional pode desempenhar um importante papel melhorando a absorção e a adesão a tratamento (Megazzini et al., 2006).

A1. Necessidades de Nutrientes

Para prevenir a perda de peso ou para o manter, para combater a infecção e desenvolver e manter a massa muscular, é importante que se tenha sempre um consumo suficiente de nutrientes. As PVHS necessitam de uma dieta que proporcione todos os nutrientes essenciais para satisfazer necessidades nutricionais acrescidas.

NECESSIDADES DE ENERGIA: As PVHS têm necessidades acrescidas de energia devido ao HIV, a infecções oportunistas, má absorção de nutrientes e metabolismo alterado. As necessidades de energia dependem do facto de a PVHS ser ou não sintomática (por exemplo, febre, emagrecimento, diarreia, perda de peso) ou assintomática.

- Se for assintomático (etapa 1 da OMS), um adulto HIV-positivo necessita de aumentar o consumo de energia em 10 por cento relativamente ao nível recomendado para pessoas saudáveis da mesma faixa etária, sexo e nível de actividade física não infectadas com HIV (FANTA, 2004; OMS, 2003a)
- Havendo sintomas (etapa 2 da OMS e superior), os adultos HIV-positivos necessitam de aumentar o consumo de energia em 20 a 30 por cento relativamente ao nível recomendado para pessoas saudáveis da mesma faixa etária, sexo e nível de actividade física (OMS, 2003a).

NECESSIDADES DE PROTEÍNAS:

- Embora poucos os estudos realizados sobre necessidades de proteínas, evidências sugerem que as pessoas HIV-positivas necessitam do mesmo nível de proteínas que as pessoas saudáveis da mesma faixa etária, sexo e nível de actividade física não infectadas com HIV, o consumo de proteínas recomendado para um adulto saudável não infectado é de 12 a 15 por cento das necessidades totais de energia, ou 0,8g /kg da massa corporal para as mulheres, e 0,85g /kg da massa corporal para os homens (OMS, 2003a).

“Uma nutrição adequada, melhor conseguida com uma deita saudável equilibrada, é vital para a saúde e sobrevivência de todos os indivíduos, independentemente do seu estatuto de HIV”

Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS: Report of a Technical Consultation [Necessidades de Nutrientes para Pessoas Vivendo com HIV/SIDA: Relatório de uma Consulta Técnica]. OMS, Genebra, Suíça, 13–15 de Maio de 2003.

“Uma nutrição adequada não pode curar a infecção por HIV, mas é essencial para manter o sistema imunológico e suportar a actividade física, de modo a alcançar uma qualidade de vida óptima.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

- As pessoas HIV-positivas têm, muitas vezes, desnutrição proteico-energética resultante de consumo inadequado ou fraca utilização de alimentos e energia (FANTA, 2003a). Os programas de apoio nutricional podem ter de abordar este aspecto encorajando um aumento no consumo de alimentos para ir ao encontro dos consumos recomendados.

“Em adultos e crianças infectados com HIV é necessário garantir-se o consumo de micronutrientes nos níveis diários recomendados através do consumo de dietas diversificadas, alimentos fortificados e suplementos de micronutrientes conforme as necessidades.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10-13 de Abril, 2005

“Deve fazer-se uma avaliação completa da nutrição na situação de partida como parte do desenvolvimento de um plano multidisciplinar de prestação de cuidados a ser acompanhado conforme indicado.”

Posição da Associação Dietética Americana e dos Dietistas do Canadá: Intervenção sobre Nutrição estando Infectado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, J Am Diet Assoc., 2004

NECESSIDADES DE GORDURAS:

- O consumo de gorduras recomendado para uma pessoa HIV-positiva é o mesmo que para uma pessoa saudável não infectada, i.e., 30–35 por cento das necessidades totais de energia (OMS, 2003a).
- Para PVHS, certos ARVs ou sintomas de infecção como, por exemplo, a diarreia, podem exigir mudanças no calendário ou quantidade de consumo de gordura.

NECESSIDADES DE MICRONUTRIENTES: As deficiências em micronutrientes são comuns em áreas com prevalência de HIV. As PVHS registam frequentemente deficiências em micronutrientes que podem comprometer a sua função imunitária e, por seu turno, a sua capacidade para combater a infecção (FANTA, 2004).

- Para garantir o consumo de micronutrientes nos níveis diários recomendados, os adultos HIV-positivos são encorajados a manter uma dieta adequada (OMS, 2003a).
- A dieta por si só pode não ser suficiente para corrigir deficiências nutricionais. Se uma PVHS tiver sinais de deficiência em micronutrientes, deve ser tratada de acordo com os protocolos-padrão (FANTA, 2004). Evidências recentes sugerem que uma PVHS com múltiplas deficiências em nutrientes pode necessitar de uma dose diária superior à recomendada (RDA) para ultrapassar essas deficiências (OMS, 2004).

Existem evidências contraditórias relativamente às relações entre suplementação com nutrientes em dose elevada e a progressão da doença e mortalidade de PVHS. A pesquisa actualmente em curso fornecerá mais orientação sobre a suplementação com micronutrientes e sobre o uso terapêutico e preventivo de multivitaminas (OMS, 2003a).

A.2 Avaliação Nutricional¹

O exame e avaliação nutricional inicial recolhe informação sobre o estado nutricional que as PVHS apresentam no momento, a adequação da sua dieta, os seus hábitos alimentares e constrangimentos dietéticos. O exame e avaliação pode identificar comportamentos alimentares deficientes e formas de melhorar a dieta. Além disso, a avaliação nutricional proporciona a

1. Esta secção baseia-se em Fields-Gardner e Fergusson, 2004; OMS, 2004a; OMS, 2006a; Zâmbia, 2004.

base para aconselhamento adequado e tomada de decisão sobre a necessidade de intervenções como, por exemplo, apoio alimentar .

O exame e avaliação nutricionais inclui um exame físico da situação de partida para identificar quaisquer condições que exijam tratamento que possam afectar o estado nutricional. As medidas antropométricas, isto é, a medição de dimensões do corpo, tais como peso e altura, podem ser usadas para calcular o IMC (índice de massa corporal). Este índice pode ser usado para avaliar o estado nutricional (baixo peso, peso normal ou excesso de peso), podendo mudar ao longo do tempo². Recomenda-se o uso da circunferência da parte superior do braço (PB) para medir o estado nutricional em mulheres grávidas (ver Seção II.B2), podendo ser também considerado quando não há balanças e equipamento de medição disponível.

Um exame e avaliação nutricional deve:

- Avaliar a dieta actual, os padrões de alimentação, a saúde oral e outros factores que influenciam o consumo alimentar . Isto envolve uma avaliação da segurança alimentar a nível individual e dos agregados familiares, em particular os constrangimentos relacionados com acesso e consumo de alimentos.
- Para mulheres em idade reprodutiva, considerar a situação reprodutiva (grávida, lactante, grávida e lactante, não grávida e não lactante), uma vez que as necessidades nutricionais diferem entre estes grupos.
- Avaliar o sistema de apoio às PVHS (amigos, família e grupos de apoio).
- Rever as práticas do estilo de vida das PVHS, tais como fumo, álcool e abuso de drogas, uma vez que elas podem influenciar o consumo de alimentos e nutrientes e são contra-indicadas com alguns medicamentos.
- Avaliar o ambiente em que vivem as PVHS, incluindo a limpeza e saneamento da área de vida das PVHS, a higiene alimentar e o uso de água potável.
- Descobrir quais os medicamentos, suplementos nutricionais e terapias tradicionais que as PVHS usam presentemente.
- Efectuar testes laboratoriais para confirmar a situação de infecção por HIV; medir a hemoglobina e a contagem de CD4 nos casos em que tal for possível; e fazer exames para detectar a tuberculose e malária, com testagem diagnóstica de outras co-infecções e doenças oportunistas nos casos em que for clinicamente indicado. Deve-se fazer o teste de gravidez em mulheres se se estiver a considerar a iniciação com efavirenz (EFV).
- Tomar regularmente medidas para avaliar e monitorizar adequadamente a massa corporal. A perda de massa corporal é um indicador prévio de problemas de saúde e sociais, e deve necessitar de mais cuidados de acompanhamento.

“A avaliação dietética e nutricional é uma parte essencial dos cuidados abrangentes relacionados com o HIV, tanto antes como durante o tratamento com ARV.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

2. Embora os que trabalham em nutrição reconheçam o valor da utilização do IMC para se fazer a avaliação nutricional, este índice ainda não é amplamente usado em programas de HIV e SIDA.

“Chegou-se a um consenso geral na conferência de Durban sobre a necessidade de se manter o enfoque em três grupos de problemas sobrepostos e que interagem entre si: HIV/SIDA, insegurança alimentar e desnutrição. Essas interações podem requerer certas modificações nas intervenções a fim de maximizar a sua eficácia no contexto do HIV/SIDA.”

Gillespie, S. (ed.), 2006. *Highlights of the IFPRI Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security [Destaques da Conferência do IFPRI sobre HIV/SIDA e Segurança Alimentar e Nutricional]*, Durban, 14–16 de Abril de 2005.

A.3 Recomendações Dietéticas e Práticas de Cuidados³

Uma dieta diversificada e equilibrada, rica em macro e micronutrientes, desempenha um importante papel na manutenção de um estilo de vida e um corpo saudáveis. Uma dieta nutritiva pode ajudar a manter o funcionamento adequado do sistema imunológico e proporcionar a energia, as proteínas e os micronutrientes necessários durante todas as fases da infecção por HIV.

A gestão dietética de sintomas relacionados com o HIV e a SIDA pode prevenir a desnutrição e melhorar o estado geral de saúde e nutricional de PVHS. Boas práticas alimentares e dietéticas podem reduzir os efeitos de sintomas relacionados com a SIDA no consumo de alimentos e na absorção de nutrientes, melhorar o conforto ao comer, e prevenir a desidratação causada por diarreia e febre. Além disso, podem ajudar a manter a massa corporal, proporcionar nutrientes para compensar as perdas e fortalecer o sistema imunológico. Podem ainda ajudar a gerir certos sintomas, tais como náuseas e prisão de ventre, e reduzir a gravidade de sintomas satisfazendo necessidades de nutrientes específicas (FANTA, 2004).

As PVHS devem ter uma dieta equilibrada e variada, com alimentos em quantidade suficiente para responder às suas necessidades de energia, proteínas e micronutrientes. Os Anexos II e IV contêm recomendações dietéticas e sobre práticas de prestação de cuidados para sintomas e doenças relacionados com HIV em adultos. É necessário que se desenvolvam directrizes para adultos sobre nutrição e recomendações sobre grupos de alimentos específicos de cada país, com vista a proporcionar-se orientações dietéticas mais detalhadas.

RECOMENDAÇÕES DIETÉTICAS GERAIS:

- Em condições ideais, as PVHS devem ter uma dieta equilibrada e diversificada, que inclua alimentos básicos, legumes cozidos, nozes e manteigas de nozes, alimentos de origem animal, laticínios, óleos e gorduras e frutas e vegetais.
- Tal como a população em geral, as PVHS devem consumir 30 a 35 por cento da energia total sob a forma de gorduras ou óleos, particularmente óleos vegetais e de peixe que proporcionam ácidos gordos omega-3. As PVHS com má absorção de gordura e as que estão a fazer medicação com ARV que mostrem anomalias metabólicas (por exemplo, triglicéridos elevados no sangue) podem necessitar de consumir menos energia proveniente de gorduras.
- Particularmente em contextos onde é limitado o acesso a uma dieta diversificada, as dietas devem incluir alimentos fortificados com nutrientes como forma de responder às necessidades de micronutrientes, incluindo as de iodo, ferro e vitamina A.

3. Esta secção baseia-se em FANTA, 2004; FAO e OMS, 2002.

- Os indivíduos devem manter uma hidratação adequada ingerindo, pelo menos, oito copos de água limpa e segura por dia.

Para responder às suas maiores necessidades de energia e evitar a perda de peso, as PVHS necessitam de:

- Aumentar a quantidade e variedade dos alimentos que consomem.
- Comer mais vezes ao longo do dia, ingerindo refeições pequenas e frequentes e *alimentos que se comem entre as refeições (lanches)*.
- Comer alimentos mais ricos em nutrientes em cada refeição.

A.4 TARV e Outra Medicação⁴

O tratamento antiretroviral (TARV) baseada em combinações de medicamentos antiretrovirais é prescrita a PVHS com deficiência imunológica, sinais e sintomas de SIDA baseados em critérios clínicos de estágio ou ambos. Estes medicamentos detêm a replicação viral, permitindo ao sistema imunológico restabelecer-se, e ajudando a reduzir a progressão da doença.

Sempre que possível, os pacientes que ainda não sejam elegíveis para TARV devem ser monitorizados de acordo com a progressão clínica e por meio da medida de contagem de CD4, de seis em seis meses ou mais frequentemente, caso seja clinicamente indicado (OMS, 2006a). A avaliação clínica deve incluir os mesmos parâmetros que as avaliações da situação de partida, incluindo aquisição ou perda de peso e desenvolvimento de sinais e sintomas clínicos de doença de HIV progressiva. Estes parâmetros clínicos e a contagem de células CD4 devem ser usados para actualizar a etapa da doença definida pela OMS em cada visita, e para determinar se os pacientes se tornaram elegíveis para a profilaxia com cotrimoxazol ou TARV (OMS, 2006a).

Os alimentos podem ajudar ou interferir na toma de ARV, afectando a sua absorção e eficácia. Por isso, é importante saber-se quando tomar os medicamentos, se devem ser tomados com ou sem comida, e ser-se cuidadoso com os componentes das refeições. Alguns medicamentos têm efeitos colaterais, tais como náuseas, vômitos e diarreia, que podem afectar o consumo de alimentos. O início do tratamento com ARV também pode ser acompanhado por aumento de apetite, à medida que os pacientes forem começando a sentir-se melhor. Todas estas condições têm implicações nas PVHS. Assim, o aconselhamento para apoiar acções nutricionais apropriadas desempenha um papel crucial na segurança e eficácia de ARVs e outros medicamentos normalmente tomados por PVHS.

- Recomenda-se o aconselhamento nutricional (com acompanhamento regular) para informar se os medicamentos devem ser tomados com ou sem comida, e para monitorizar mudanças na situação nutricional e constituição física depois de iniciado o tratamento (FANTA, 2004).
- É aconselhável que se realizem actividades de educação para a saúde em matéria de gestão de efeitos colaterais comuns dos ARVs e outros medicamentos.

4. Esta secção baseia-se em Castleman et al. 2004; FANTA, 2004; OMS, 2004.

- Caso se detectem anomalias metabólicas, e sendo elas mínimas, também é necessário aconselhamento para minimizar as consequências e melhorar os resultados do tratamento e o bem-estar do paciente. Caso as anomalias metabólicas sejam significativas, o paciente deve ser encaminhado.

“O aconselhamento nutricional pode melhorar os resultados da saúde e é parte integrante dos cuidados de HIV em qualquer fase da doença; vai desde ajudar pessoas recentemente infectadas a manterem-se saudáveis a ajudar pessoas que estão a tomar ARVs a gerirem a sua terapia, além de ajudar pessoas com SIDA na fase terminal a morrerem com dignidade.”

Posição da Associação Dietética Americana e dos Dietistas do Canadá: Intervenção sobre Nutrição Estando Infectado com o Vírus de Imunodeficiência Humana, J Am Diet Assoc., 2004. Immunodeficiency Virus Infection, J Am Diet Assoc., 2004.

A.5 Gestão da Desnutrição Aguda e Grave

As PVHS correm maior risco de desnutrição do que adultos não infectados com HIV. Contudo, presentemente não existem directrizes específicas para a gestão da desnutrição grave em adultos HIV-positivos, pelo que as recomendações para a gestão da desnutrição grave na população adulta em geral aplicam-se aos que vivem com HIV (OMS, 1999).

A OMS (2004) aconselha o seguinte para mulheres HIV-positivas.

- Fazer o encaminhamento para se considerar o início do TARV.
- Fazer o encaminhamento para obtenção de cuidados adicionais, inclusivamente para programas que possam proporcionar análises visando a prestação de apoio para segurança e assistência alimentar, se necessário.
- Aconselhar sobre papel que a actividade física pode ter no aumento da força e massa muscular.

A.6 Fornecimento de Suplementos Alimentares para PVHS

Uma vez que um consumo adequado de alimentos e micronutrientes contribui para um melhor estado nutricional, o tratamento e programas de apoio proporcionam, muitas vezes, suplementos alimentares de acordo com protocolos definidos. A maior parte destes envolve o fornecimento de alimentos a pessoas com base em critérios sócio-económicos ou biológicos, ou em ambos. Devem ser fornecidos suplementos alimentares às PVHS que não tenham um consumo suficiente de alimentos devido a insegurança alimentar, de forma a ajudar a cobrir o seu défice (Piwoz, 2004a.; Uganda, 2003; PMA, 2004). Tal apoio deve estar ligado às avaliações nutricionais. A alimentação terapêutica, em particular, pode desempenhar um papel vital na estabilização dos pacientes antes e durante a TARV; contudo, os programas devem ter em consideração a possibilidade de as rações destinadas a clientes individuais terem de ser partilhadas com outros membros do agregado familiar. Por esta razão, em muitas situações, as rações para o agregado familiar podem ser uma importante estratégia para apoiar as necessidades de famílias particularmente vulneráveis.

Os programas desenvolveram várias rações para PVHS usando produtos disponíveis. Com vista a abordar riscos nutricionais, os alimentos fornecidos são, muitas vezes, fortificados com

micronutrientes, ou têm maior teor de nutrientes do que os alimentos básicos disponíveis. Os objectivos programáticos e as potenciais oportunidades e limitações (tais como o facto de o apoio alimentar não ser proporcionado indefinidamente), bem como informação sobre as deficiências dietéticas dos clientes, hábitos alimentares, custos relativos e padrões de segurança alimentar, devem informar o desenvolvimento de acções apropriadas.

A.7 NUTRIÇÃO, ALIMENTOS, E EDUCAÇÃO E ACONSELHAMENTO PARA A SAÚDE ⁵

Para gerir sintomas relacionados com SIDA e melhorar a dieta, a nutrição e a educação e aconselhamento para a saúde devem constituir uma componente integrante do tratamento, prestação de cuidados e apoio a PVHS. O aconselhamento nutricional deve ser integrado em protocolos de tratamento.

O aconselhamento e apoio nutricionais devem envolver os clientes num diálogo sobre constrangimentos, práticas e preferências alimentares e dietéticos, e utilizar o entendimento adquirido para ajudar as PVHS a melhorarem a sua dieta.

O aconselhamento e apoio devem proporcionar informação sobre:

- Recomendações dietéticas. É também aconselhável realizar uma sessão com o cliente que traduza as recomendações num plano diário ou semanal de refeições e alimentos que se comem entre as refeições (lanches) que inclua alimentos locais, consumo de água suficiente e suplementos macro e micronutrientes, conforme seja necessário (ver também Secção II. A.3).
- Interações medicamentos-nutrientes para qualquer medicação actualmente prescrita e como geri-las (ver Anexo III para informação específica sobre interações medicamentos-nutrientes).
- Gestão de problemas do tracto oral e digestivo e outros sintomas relacionados que possam afectar o consumo ou utilização de alimentos (ver Anexos II e IV).
- Terapias tradicionais, conforme seja necessário. As abordagens tradicionais não estão bem documentadas, sendo os seus efeitos nutricionais e a forma como interagem com medicamentos, na sua maioria, desconhecidos. Além disso, são limitadas as provas da sua eficácia, e alguns têm efeitos colaterais desagradáveis (ver Anexo IV para informação sobre algumas formas tradicionais de lidar com doenças e sintomas comuns da SIDA).

Caso a falta de alimentos ou micronutrientes tenha sido identificada como um problema, pode haver necessidade de encaminhamento para programas que proporcionem alimentos, micronutrientes, formação ou outro tipo de assistência apropriada. É aconselhável que se faça o acompanhamento periódico de questões específicas identificadas e um aconselhamento contínuo.

5. Esta secção baseia-se em FANTA, 2004; Fields-Gardner e Fergusson, 2004; Uganda, 2003; Zâmbia, 2004.

A.8 Educação e Aconselhamento para Modos de Vida Saudáveis⁶

15

A educação com vista a seguir modos de vida saudáveis pode ajudar a prevenir infecções e melhorar a qualidade de vida das PVHS, e deve incluir informação sobre:

- Higiene, como, por exemplo, segurança alimentar e da água, saneamento e higiene pessoal (ver Anexo V, que contém uma lista de potenciais tópicos).
- Hábitos de estilos de vida, tais como fumo, álcool e abuso de droga, e seus efeitos prejudiciais sobre o consumo, a absorção e o uso de alimentos.
- A importância e promoção da quantidade adequada de actividade física, dado que esta mantém a massa muscular, estimula o apetite e aumenta a sensação de bem-estar. Os indivíduos muito ou excessivamente activos podem ter de reduzir o seu nível de actividade física.
- A importância de sono adequado e descanso adicional.
- A importância e a promoção de práticas de sexo segura a fim de evitar a transmissão do HIV a outras pessoas e prevenir a re-infecção.
- Apoio psicossocial, uma vez que este reduz a depressão, o estigma e o *stress*, e melhora a qualidade de vida, muitas vezes com impactos positivos sobre o apetite e o consumo nutricional.
- O reconhecimento e tratamento imediato de doenças, bem como a identificação de fontes apropriadas e acessíveis de cuidados. Uma vez que as PVHS, muitas vezes, ficam doentes, com doenças que afectam o consumo e o estado nutricionais, qualquer doença deve ser tratada rapidamente.

6. Esta secção baseia-se em FAO e OMS, 2002; Uganda, 2003; Zâmbia, 2004.

B. APOIO NUTRICIONAL PARA MULHERES GRÁVIDAS E LACTANTES HIV-POSITIVAS

META: Preservar o estado nutricional materno e melhorar os resultados dos partos através da prestação de cuidados e apoio nutricionais de qualidade a mulheres grávidas e lactantes, e aumentar as taxas de sobrevivência de bebês nascidos livres de HIV.

Proporcionar apoio nutricional apropriado a mulheres grávidas HIV-positivas depende de as mulheres conhecerem o seu estado em termos de HIV, o que, por sua vez, depende de aumento do acesso a serviços de aconselhamento e testagem voluntária na população em geral, e especialmente, nas mulheres grávidas e lactantes.

B.1 Necessidades de Nutrientes

NECESSIDADES DE ENERGIA: Não existem, presentemente, dados sobre o impacto do HIV e da SIDA sobre as necessidades de energia durante a gravidez e lactação. Assim sendo, o maior consumo de energia recomendado para adultos HIV-positivos de acordo com a fase da doença deve ser acrescentado ao consumo médio diário de energia das mulheres grávidas. Durante a fase assintomática, uma mulher HIV-positiva necessita de um incremento de 10 por cento de energia por dia em comparação com uma mulher não infectada com HIV, e 20 e 30 por cento adicionais durante a fase sintomática inicial e sintomática, respectivamente (ver Tabela 1).

Por exemplo, uma mulher de 28 anos não infectada, moderadamente activa, que não esteja grávida ou a amamentar, necessita de 2140 kcal/dia. Deve receber 285 kcal/dia adicionais se estiver grávida e 500kcal/dia mais caso esteja a amamentar (FANTA, 2004). Se esta mulher for HIV-positiva, as suas necessidades aumentam de forma correspondente, de modo que, por exemplo, uma mulher HIV-positiva na fase sintomática que esteja a amamentar deve receber mais 1.142 kcal/dia do que uma mulher que não esteja infectada com HIV, grávida ou a amamentar.

TABELA 1. Mudanças Estimadas no Consumo Diário de Energia de uma Mulher de 28 anos HIV-Positiva Moderadamente Activa, e de uma Mulher Não Infectada com HIV, por Fase da Doença e Ciclo de Vida⁷

Não infectada ou fase da doença	Consumo diário de energia recomendado para mulheres adultas moderadamente activas* (kcal)	Energia adicional devido ao HIV** (kcal)	Energia diária adicional exigida pela gravidez (kcal)	Total (kcal) com gravidez	Energia diária adicional exigida pela lactação (kcal)	Total (kcal) com lactação
Não infectada	2.140	—	+ 285	2.425	+ 500	2.640
HIV-positiva Assintomática	2.140	+ 214	+ 285	2.639	+ 500	2.854
HIV-positiva Sintomática Inicial	2.140	+ 428	+ 285	2.853	+ 500	3.068
HIV-positiva Sintomática	2.140	+ 642	+ 285	3.067	+ 500	3.282

* Consumo diário de energia para uma mulher de 28 anos moderadamente activa: Multiplicar a Taxa Metabólica Basal (TMB) pelo factor de ajustamento para o nível de actividade = $1.305 \times 1,64 = 2.140$ kcal

** Aumento de 10 por cento do consumo diário de energia durante a fase assintomática = $2.140 \times 0.10 = 214$; aumento de 20 por cento do consumo diário de energia na fase sintomática inicial = $2.140 \times 0.20 = 428$; e aumento de 30 por cento do consumo diário de energia durante a fase sintomática = $2.140 \times 0.30 = 642$.

7. A Tabela 1 foi adaptada de FANTA, 2004. Este é apenas um exemplo, podendo, aqueles que têm uma infecção sintomática, ter um nível de actividade mais baixo.

NECESSIDADES DE PROTEÍNAS:

- As necessidades de proteínas durante a gravidez são as mesmas para mulheres HIV-positivas e para mulheres não infectadas. As mulheres grávidas necessitam de 1,1 g/kg por dia, contra 0,8g/kg dia de que necessitam as mulheres que não estejam grávidas (FANTA, 2004).

NECESSIDADES DE MICRONUTRIENTES:**FERRO**

A anemia é comum em todas as mulheres grávidas, sendo muitas vezes causada por deficiência em ferro. Entre mulheres grávidas HIV-positivas, a anemia está mais difundida e é muitas vezes mais grave do que em mulheres não infectadas por HIV. A anemia aumenta o risco de parto prematuro, bebês com peso baixo à nascença e mortalidade materna. Em mulheres HIV-positivas, a anemia é um sinal independente de uma progressão mais rápida de HIV e de mortalidade (OMS, 2004). Para abordar o problema da deficiência em ferro, muitos governos adotaram um protocolo para suplementação de ferro e ácido fólico para todas as mulheres grávidas, que deve ser seguido.

- Presentemente, a OMS recomenda uma suplementação diária de ferro e ácido fólico para prevenir a anemia, e suplementos duas vezes por dia para tratar a anemia grave (hemoglobina <70 g/l) (OMS, 2003a; OMS, 2004).
- Melhorar o consumo de ferro e aumentar a absorção, aumentar alimentos ricos em ferro bio-disponíveis, tais como carne, ou o consumo de alimentos ricos em vitamina C em conjunto com fontes de ferro que não sejam a carne.

“Segundo estudos feitos, alguns suplementos de micronutrientes podem prevenir a ocorrência de resultados de gravidez adversos... As mulheres grávidas infectadas pelo HIV sofrem mais frequentemente de deficiências de micronutrientes.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

VITAMINA A

As mulheres grávidas em países em desenvolvimento sofrem, muitas vezes, de deficiência de vitamina A, o que pode afectar negativamente o conteúdo do leite materno e, por sua vez, as reservas do bebé. Em muitos países, os governos possuem protocolos para suplementação pós-parto de mulheres e bebês. Para mulheres HIV-positivas, testes de controlo aleatórios bem desenhados mostraram que uma suplementação de vitamina A diária, bem como de dose elevada, não reduz a transmissão vertical, podendo, em algumas situações, aumentar o risco de transmissão de HIV. Assim, o consumo de vitamina A durante a gravidez e lactação não deve exceder a dose diária recomendada.

- Encorajar o consumo de alimentos ricos em vitamina A durante a gravidez.

IODO

A deficiência em iodo está ligada a aborto, ocorrência de nascidos mortos, mais baixo QI e cretinismo em bebês em populações não afectadas pelo HIV. Para abordar esta questão, os governos têm protocolos sobre o consumo de sal iodado.

- As mulheres grávidas com HIV, tal como a população geral, devem ser encorajadas a consumir sal iodado fortificado (FANTA, 2004). Caso não haja sal iodado disponível, as mulheres grávidas devem receber suplementos de sal iodado.

OUTROS MICRONUTRIENTES

- Encorajar a ter uma dieta equilibrada e variada, incluindo frutas e vegetais, produtos de origem animal, alimentos básicos e alimentos fortificados nos casos em que estes estejam disponíveis, sejam viáveis e acessíveis.
- Nos casos em que não seja possível ter uma dieta adequada ou em áreas onde sejam comuns deficiências múltiplas em micronutrientes, deve-se proporcionar um suplemento diário a mulheres grávidas e lactantes HIV-positivas, uma vez que isso pode melhorar o estado nutricional materno e os resultados do parto (OMS, 2004).

MULHERES GRÁVIDAS HIV-POSITIVAS COM NECESSIDADES ACRESCIDAS DE NUTRIENTES:

Adolescentes, mulheres com peso baixo, mulheres com aumento de peso inadequado durante a gravidez e mulheres que estejam a exercer um trabalho fisicamente exigente têm maiores necessidades de nutrientes e energia do que outras mulheres durante a gravidez, além de uma maior necessidade de energia associada ao HIV. O aconselhamento e apoio nutricionais devem considerar estas necessidades nutricionais adicionais.

NECESSIDADES DE ENERGIA, PROTEÍNAS E MICRONUTRIENTES PARA LACTAÇÃO:⁸

- As necessidades de energia e proteínas para lactação de mulheres HIV-positivas são as mesmas que as de mulheres saudáveis não infectadas. A lactação requer mais 500 calorias adicionais por dia e 1,1 gramas de proteínas por kg de peso materno por dia (contra 0,8g/kg para mulheres não lactantes).
- As necessidades de micronutrientes para lactação de mulheres HIV-positivas são as mesmas que as de mulheres saudáveis não infectadas, sendo as necessidades de micronutrientes para lactação acrescidas devido à transferência para o leite do peito. O aconselhamento nutricional deve promover o consumo de uma variedade de frutos, vegetais e produtos de origem animal, incluindo laticínios.
- Nos casos em que a deficiência em vitamina A é endémica, a OMS recomenda a administração de uma dose única forte de vitamina A (200.000 IU) às mulheres, o mais brevemente possível após o parto e não depois das 6-8 semanas subsequentes. (OMS, 2003a).

B.2. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL⁹

Para recolher informação sobre o actual estado nutricional, dieta e hábitos alimentares, deve-se levar a cabo uma avaliação nutricional e dietética para servir de base de referência no momento em que uma mulher é vista pela primeira vez durante a gravidez e durante o acompanhamento pós-parto. O objectivo destas avaliações, além do de recolher informação sobre o seu actual estado e tendências nutricionais, é identificar factores de risco para o desenvolvimento de futuras complicações nutricionais (ver Secção II. A. para informação sobre que dados devem ser incluídos numa avaliação nutricional).

Seguem-se recomendações modificadas ou adicionais que se referem a mulheres grávidas e lactantes HIV-positivas.

8. Esta secção baseia-se em FANTA, 2004; OMS, 2004.

9. Esta secção baseia-se em OMS, 2004.

- Para mulheres antes da gravidez, em situação pós-parto e lactantes, medir a altura e o peso para se poder calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) e determinar o estado nutricional materno. Contudo, para mulheres grávidas, recomenda-se o exame PB. As medições da altura podem ser usadas para determinar baixa estatura (< 145 cm), uma vez que esta constitui um factor de risco de complicações obstétricas (OMS, 1995).
- Pesar as mulheres grávidas em cada consulta pré-natal e registar o seu peso na respectiva ficha. Esta informação é usada para determinar se a mulher grávida está a ganhar peso suficiente. A insuficiência de peso está relacionada com baixo peso à nascença (BPN) e bebés pequenos para idade gestacional.
- Para mulheres com peso normal antes da gravidez, recomenda-se um aumento de 12,5 kg de peso durante a gravidez; contudo, para mulheres com peso baixo antes da gravidez (IMC<19,8), é aconselhável um maior aumento de peso. O aumento de peso semanal recomendado durante o segundo e terceiro trimestres de gravidez é de 0,3 a 0,5 kg (FANTA, 2004). Um aumento de peso de 1 kg por mês ou menos nos dois últimos trimestres de gravidez é motivo de séria preocupação e de tomada de providências (ver Anexo VI, que contém uma tabela com a recomendação do aumento de peso total e semanal antes e durante a gravidez através do IMC).
- Em caso de ocorrência de fraco aumento ou perda de peso gestacional, a mulher deve ser submetida a um exame para detecção de doenças subjacentes. Deve-se também efectuar uma avaliação dietética e nutricional a fim de identificar outras possíveis causas e desenvolver um plano de acção com a mulher para melhorar o seu aumento de peso. Pode ser necessário mobilizar membros da família ou assistência adicional externa (suplementação alimentar, apoio comunitário ou do agregado familiar) para garantir um tratamento e acompanhamento bem sucedidos. Deve-se estabelecer e seguir um programa de acompanhamento para garantir o cumprimento do plano de acção e a melhoria do aumento de peso.
- Normalmente, as mulheres perdem peso depois do parto. Uma mulher lactante com HIV deve tomar providências para minimizar a perda de peso pós-parto. Caso perca muito peso, deve-se proporcionar aconselhamento para promover a manutenção/o aumento de peso, em conjunto com exames médicos para detecção de doenças. Deve-se elaborar, manter e monitorizar cuidadosamente um plano de acção similar ao acima descrito.

B.3. Recomendações Dietéticas e Práticas de Cuidados¹⁰

- As recomendações dietéticas para mulheres grávidas HIV-positivas devem basear-se na informação apresentada na Secção II A.3 e nos Anexos II e IV.
- Para satisfazer as necessidades nutricionais adicionais da gravidez, deve-se enfatizar o uso de alimentos de origem animal, entre os quais carne, peixe, ovos e laticínios, sempre que viável e culturalmente apropriado.
- Adaptar todas as recomendações às diferentes circunstâncias pessoais à medida que a informação é recolhida durante as visitas de avaliação e acompanhamento.

10. Esta secção baseia-se em Uganda, 2003; Zâmbia, 2004

A informação sobre a gestão de sintomas relacionados com o HIV e a SIDA pode ser particularmente útil para mulheres grávidas HIV-positivas, uma vez que estes conselhos podem ser necessários para reduzir os efeitos de sintomas de gravidez, bem como quaisquer outros relacionados com doenças.

B.4. TARV e Outra Medicação durante a Gravidez e Lactação¹¹

As mulheres grávidas HIV-positivas podem tomar medicamentos ARV para prevenir a transmissão vertical (designados profilaxia ARV) ou tratar a sua doença de HIV. As directrizes da OMS descrevem quando iniciar o tratamento com ARV, considerando em especial mulheres grávidas e lactantes. A extensão e o tipo de regimes de ARV influenciarão o seu impacto sobre as interações entre alimentos e medicamentos (ver Secção II.A.4).

B.5. Gestão da Desnutrição Aguda e Grave

Não existem directrizes específicas sobre a gestão desnutrição aguda e grave para mulheres grávidas ou lactantes HIV-positivas. A Secção II. A.5 apresenta recomendações para a gestão desnutrição aguda e grave em mulheres HIV-positivas.

B.6. Fornecimento de Suplementos Alimentares para Mulheres Grávidas e Lactantes HIV-positivas

Dadas as acrescidas necessidades de energia e nutrientes da gravidez, conjuntamente com as necessidades adicionais de energia associadas ao HIV, proporcionar um suplemento alimentar a mulheres que sofram de insegurança alimentar pode ser uma importante intervenção para melhorar o estado nutricional materno e o aumento de peso na gravidez, o que, por seu lado, pode reduzir a progressão da doença, prevenir a transmissão do HIV e melhorar os resultados do parto. Tornar disponíveis suplementos alimentar es para mulheres grávidas e lactantes HIV-positivas consideradas como estando em situação de necessidade pode também aumentar a utilização dos serviços e melhorar a assistência nos PTV (PMA, 2004). É de particular importância, ao servir mulheres grávidas HIV-positivas, que os alimentos proporcionados tentem suprir os défices de nutrientes e energia de forma culturalmente adequada, e que sejam correctamente dirigidos e, cada um deles, consumidos pelos beneficiários pretendidos. Muitas vezes, tais programas fazem mais sentido em situações onde os alimentos são também proporcionados através da Saúde Materno-infantil, de Cuidados Pré-natais ou centros de cuidados e tratamento clínicos de HIV/SIDA, minimizando deste modo a possibilidade de discriminação com base no estado de HIV.

B.7. Questões Relacionadas com Aconselhamento durante a Gravidez e o Aleitamento¹²

As Secções II.A.7, II.A.8 e o Anexo V analisam informação sobre que tópicos de aconselhamento se devem incluir. O que se segue são modificações ou acréscimos a recomendações respeitantes a mulheres grávidas e lactantes HIV-positivas.

“Os conselhos, o aconselhamento, os cuidados e o apoio nutricionais para mulheres infectadas com HIV são especialmente importantes devido ao duplo peso do HIV e da reprodução (gravidez e amamentação) sobre a vulnerabilidade nutricional.”

Aconselhamento, Prestação de Cuidados e Apoio em matéria de Nutrição para Mulheres Infectadas com HIV: Directrizes sobre Prestação de Cuidados, Tratamento e Apoio Relacionados com HIV a Mulheres Infectadas e seus Filhos em Situações de Recursos Limitados, OMS, 2004.

11. Esta secção baseia-se em FANTA, 2004; OMS, 2004.

- Ao proporcionar aconselhamento sobre nutrição, considerar alimentos culturais, terapias tradicionais, alimentos considerados tabu e práticas que sejam benéficas ou prejudiciais durante a gravidez e a lactação.
- Aconselhar sobre a gestão dietética e o tratamento adequado de diarreia, náuseas, vômitos, má absorção, perda de apetite e inflamações orais, uma vez que estas condições podem impedir o aumento de peso e ter um impacto negativo sobre o estado nutricional.
- Proporcionar aconselhamento e apoio de rotina em matéria de alimentação infantil a mulheres grávidas e depois do parto (ver Secção II.C.).
- Proporcionar informação sobre segurança e higiene dos alimentos e da água para ajudar a evitar doenças transmitidas pelos alimentos.
- Discutir o efeito de uma grande actividade física.

B.8. Educação para a Saúde e Tratamento para Mulheres Grávidas e Lactantes HIV-Positivas¹³

Além do apoio nutricional e sobre alimentação infantil, os cuidados pré-natais, incluindo educação para a saúde, devem proporcionar informação sobre os seguintes tópicos e oferecer os tratamentos especificados (ver também Secções II.A.7 e II.A.8):

- Aconselhar as mulheres grávidas/lactantes a procurarem tratamento imediato para todas as infecções, tais como febre e diarreia, ou em caso de alguma perda de peso suspeita.
- Encaminhar para os cuidados e tratamento ARV se as condições indicarem elegibilidade de tratamento.
- Encorajar o tratamento imediato de malária e tuberculose, incluindo presumível tratamento e prevenção através do uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida, e da prevenção e tratamento com observação directa (DOTS).
- Proporcionar aconselhamento sobre ancilostomíase e desparasitação.
- Incentivar mulheres grávidas HIV-positivas a acederem regularmente a cuidados pré-natais para que elas possam manter a sua saúde e estado nutricional durante a gravidez, e para permitir a gestão de complicações, caso surjam.
- Incentivar mulheres grávidas HIV-positivas a terem o parto com uma parteira habilitada num estabelecimento de saúde, para ajudar a garantir práticas de parto seguras e uma gestão adequada de produtos de sangue e outros.
- Promover o planeamento familiar pós-parto e uma protecção dupla (uso de preservativo) para garantir bebés e crianças saudáveis e prevenir a infecção ou re-infecção.

12. Esta secção baseia-se em Uganda, 2003; Zâmbia, 2004.

13. Esta secção baseia-se em Uganda, 2003; Zâmbia, 2004.

C. APOIO NUTRICIONAL A BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS (0 A 24 MESES) NASCIDOS DE MÃES HIV-POSITIVAS

OBJECTIVO: Prevenir a desnutrição, melhorar o estado nutricional de bebês e crianças pequenas, reduzir a transmissão da infecção por HIV da mãe para a criança depois do parto e aumentar a sobrevivência de crianças livres de HIV.

As mulheres devem conhecer o seu estatuto de HIV para receberem aconselhamento apropriado para as ajudar a tomar e cumprir decisões sobre alimentação infantil informadas. O aconselhamento e testagem de casais deve ser encorajado através de um maior acesso a serviços de ATV entre a população no geral, e especificamente entre mulheres grávidas e lactantes.

C.1. Recomendações sobre Alimentação Infantil

De uma maneira geral, quando o HIV não é um factor a ter em consideração, a OMS recomenda o seguinte no que respeita a alimentação infantil (OMS et al., 2003b):

- Os bebês devem ser exclusivamente amamentados durante os primeiros 6 meses de vida para atingirem um crescimento, desenvolvimento e saúde ideais.
- Depois dos seis meses, os bebês devem receber alimentos complementares nutricionalmente adequados e seguros, ao mesmo tempo que prossegue a amamentação até aos 24 meses ou mais. Isto inclui leite materno ou outro de origem animal, com quantidades adequadas de energia e alimentos complementares ricos em micronutrientes.

ALIMENTAÇÃO INFANTIL E HIV: Em áreas onde o HIV constitui um problema de saúde pública, todas as mulheres e os seus parceiros devem ser encorajados a conhecer o seu estatuto de HIV.

A OMS recomenda o seguinte relativamente a alimentação infantil para mulheres HIV-positivas (OMS, 2006c):¹⁴

- A opção mais apropriada de alimentação infantil para uma mãe HIV-positiva depende das suas circunstâncias individuais, entre as quais o seu estado de saúde, situação local, serviços de saúde e disponibilidade de aconselhamento e apoio.
- Recomenda-se a amamentação exclusiva para mulheres HIV-positivas durante os primeiros 6 meses de vida do bebê, salvo se a alimentação substituta for aceitável, viável, acessível, sustentável e segura (AVASS) para elas e para os seus bebês antes dessa altura (ver Caixa 1 para uma breve definição de AVASS; ver Anexo VII para mais detalhes)
- Caso a alimentação substituta seja AVASS, recomenda-se que as mulheres HIV-positivas evitem qualquer forma de amamentação.

14. Podem ser obtidas mais recomendações da OMS/UNICEF sobre HIV e alimentação infantil em materiais da Iniciativa Hospitalar "Amigos dos Bebês" (BFH - Baby-friendly Hospital Initiative). A revisão de 2006 destes materiais inclui módulos sobre HIV e alimentação infantil e cuidados "amigos das mães". A BFHI representa um esforço global para implementar práticas que protejam, promovam e apoiem a amamentação. Ver <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html>.

“Recomenda-se a amamentação exclusiva para mulheres HIV-positivas durante os primeiros 6 meses de vida do bebé, salvo se a alimentação substituta for aceitável, factível, acessível, sustentável e segura (AVASS) para elas e para os seus bebés antes dessa altura”.

Declaração de Consenso. Consulta Técnica sobre HIV e Alimentação Infantil, realizada pela OMS em nome da Equipa de Trabalho Inter-agências [IATT- Inter-agency Task Team] sobre Prevenção de Infecções por HIV em Mulheres Grávidas, Mães e seus Bebés. Genebra, 25-27 de Outubro de 2006.

É particularmente importante enfatizar os perigos de uma alimentação mista (i.e., amamentação e leite em pó) para mães HIV-positivas que optem por uma alimentação substituta, dado que a amamentação esporádica ou parcial (i.e., uma pequena quantidade de leite materno em bebés predominantemente alimentados com leite em pó) acarreta um risco particularmente elevado de transmissão de HIV em comparação com bebés principalmente ou quase exclusivamente alimentados com leite materno (FANTA, 2004).¹⁵

23

- Aos 6 meses, se a alimentação substituta não for ainda AVASS, recomenda-se a continuação da amamentação com alimentos complementares adicionais, enquanto a mãe e o bebé continuam a ser regularmente avaliados. Toda a amamentação deve parar assim que se puder fornecer uma dieta nutricionalmente adequada e segura sem leite materno.
- Qualquer que seja a decisão sobre alimentação, os serviços de saúde devem fazer um acompanhamento de todas as crianças expostas a HIV e continuar a oferecer aconselhamento e apoio em termos de alimentação infantil, particularmente em alturas cruciais quando as decisões sobre alimentação podem ser reconsideradas, como por exemplo na altura do diagnóstico infantil precoce e aos 6 meses de idade.
- Os governos e outras partes intervenientes devem revitalizar a protecção e promoção da amamentação bem como o apoio a essa prática entre a população em geral. Devem também apoiar activamente mães HIV-positivas que optem pela amamentação exclusiva, e tomar medidas para tornar a alimentação substituta mais segura para mulheres HIV-positivas que escolham essa opção.
- Os programas nacionais devem proporcionar a todos os bebés expostos ao HIV e suas mães um pacote de intervenções de sobrevivência infantil e saúde reprodutiva (OMS, 2005b e OMS, 2006b), com ligações efectivas com serviços de prevenção, tratamento e prestação de cuidados relativos ao HIV. Além disso, os serviços de saúde devem fazer esforços especiais para apoiar a prevenção primária para mulheres cujos resultados foram negativos nos testes realizados em situações pré-natais e de parto.
- Os governos e as agências das Nações Unidas, com o mandato para esta área, devem garantir que o pacote de intervenções acima referido, bem como as condições descritas no presente guia, estejam disponíveis antes de se considerar qualquer distribuição gratuita de leite em pó comercial.¹⁶
- Os governos e doadores devem aumentar bastante o seu compromisso em relação a e os recursos para a implementação da *Estratégia Global para Alimentação Infantil e de Crianças Pequenas*, da OMS/UNICEF (2003), e do *Quadro sobre HIV e Alimentação Infantil para Acção Prioritária*, da OMS (2003b), a fim de prevenir efectivamente infecções com HIV pós-nascimento, melhorar a sobrevivência livre de HIV e atingir metas relevantes da UNGASS.

15. Note-se que amamentar e dar alimentos semi-sólidos e/ou sólidos também representa um elevado risco de transmissão de HIV comparativamente a um regime de amamentação predominante ou quase exclusiva.

16. Ver http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm.

CAIXA 1. Breve Definição de AVASS: Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Segura

- ACEITÁVEL** A mãe/responsável pelos cuidados da criança, não vê nenhum obstáculo à escolha de alimentação substituta por razões culturais ou sociais, ou por medo de estigmatização ou discriminação.
- VIÁVEL** A mãe/responsável pelos cuidados da criança tem tempo adequado, conhecimentos, capacidades, recursos e apoio para preparar correctamente os substitutos do leite materno e alimentar o bebé 8-12 vezes em 24 horas.
- ACESSÍVEL** A mãe/responsável pelos cuidados da criança, com apoio disponível, pode pagar os custos associados à compra, preparação, armazenamento e uso de alimentos substitutos sem comprometer a saúde e nutrição da família. Isto inclui o custo de alimentos substitutos, combustível, água, armazenamento, etc.
- SUSTENTÁVEL** Disponibilidade de um fornecimento contínuo, ininterrupto, conjuntamente com um sistema de distribuição fiável de todos os ingredientes e produtos necessários para fazer, com segurança, uma alimentação substituta durante, pelo menos, um ano.
- SEGURA** Os alimentos substitutos são correctos e higienicamente armazenados, preparados e dados com mãos, chávenas e outros utensílios limpos. O bebé tem acesso a cuidados de saúde de boa qualidade a fim de minimizar o risco de maior morbidade, desnutrição e mortalidade que ocorre em bebés não amamentados.

Ver Anexo VII para uma definição mais completa.

C.2. Aconselhando Mulheres HIV-Positivas a Tomarem e Cumprirem Decisões sobre Alimentação

Todas as mulheres HIV-positivas devem receber aconselhamento e apoio periódicos de rotina para garantir que sejam capazes de tomar decisões seguras e apropriadas sobre alimentação infantil, e de as cumprir efectivamente. Pesquisas e evidências de programas mostram que as mulheres necessitam de contactos pelo menos mensais, com apoio mais frequente imediatamente após o parto e quando se prevêem mudanças (tais como cessação da amamentação ou introdução de alimentos complementares). Este aconselhamento e apoio devem prosseguir durante pelo menos 18 meses após o parto, e de preferência por 24 meses.

Muitos programas lidaram apenas com recomendações e práticas de alimentação infantil inicial, i.e., que cobre o período desde o nascimento até aos 6 meses depois do parto. O período que vai do desmame ou alimentação complementar (dos 6 aos 24 meses) constitui uma preocupação crescente para pesquisadores e gestores de programas; os dois períodos são discutidos separadamente a seguir.

Conforme referido, recomenda-se a amamentação exclusiva para filhos de mulheres HIV-positivas desde o nascimento até aos 6 meses, salvo se a alimentação substituta for AVASS. São apresentadas abaixo as práticas recomendadas para cada uma destas opções.

“Alguns estudos defendem que a amamentação exclusiva está menos associada à transmissão do HIV do que a amamentação mista.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

“As mães HIV-positivas que amamentam devem receber orientação específica e apoio quando deixam de amamentar para evitar as consequências nutricionais e psicológicas prejudiciais e manter a saúde dos seios.”

HIV e Nutrição Infantil: Um Guia para Gestores e Supervisores de Cuidados de Saúde, OMS, 2003.

AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

Se a amamentação for considerada a opção de alimentação infantil mais apropriada (Linkages, 2005; FANTA, 2004):

- As mães devem amamentar exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida do bebé, isto é, devem dar apenas leite do peito e medicamentos prescritos—nenhuma água, outros líquidos ou alimentos. É crucial reforçar a importância de evitar uma alimentação mista (alimentar os bebés com leite do peito e outros líquidos e alimentos semi-sólidos ou sólidos), dado que isso está mais associado a um maior risco de transmissão de HIV do que a amamentação exclusiva (OMS, 2005c).
- Durante a amamentação exclusiva, as mães devem ser aconselhadas sobre como resolver dificuldades comuns, tais como mamilos inflamados, percepções de “leite insuficiente”, ingurgitação, extracção manual e armazenamento de leite materno.
- Para reduzir o risco de transmissão vertical, as mães devem procurar imediatamente tratamento em caso de mastite, mamilos gretados, lesões bucais do bebé e aftas.
- As mães não devem deixar de dar a amamentação exclusiva—com aconselhamento e avaliação—até que uma outra opção seja considerada AVASS. Não foi estabelecida uma altura ideal para uma cessação precoce da amamentação para mulheres HIV-positivas. Caso a cessação da amamentação exclusiva seja considerada AVASS antes de 6 meses após o parto, as mães devem ser assistidas na transição para uma alimentação substituta exclusiva ou uma outra opção apropriada de alimentação com leite do peito.
- As mães devem ser aconselhadas e assistidas para garantir a adição de alimentos complementares apropriados à dieta das crianças a partir dos 6 meses (ver Secções II. C.3 e II. C.4).

ALIMENTAÇÃO SUBSTITUTA

Uma mãe que esteja a dar alimentação substituta deve usar exclusivamente alimentação substituta.

O leite em pó comercial requer uma série de condições para que a substituição seja AVASS, incluindo água potável, combustível e utensílios, bem como capacidades e tempo para o preparar de forma correcta e higiénica.

As opções inaceitáveis para alimentação substituta incluem:

- leite condensado açucarado
- leite desnatado ou leite em pó desnatado reconstituído
- natas para café
- leite de soja
- sumos de fruta
- água açucarada
- chás
- papas diluídas

O leite em pó é a opção preferida para alimentação substituta nos primeiros meses de vida do bebê, mas quando o leite comercial é muito caro ou não está disponível, pode-se modificar leite de origem animal em casa, que pode ser usado para alimentação substituta. Para isso é necessário ter meio litro de leite de origem animal ou um produto lácteo, água segura e açúcar, em conjunto com instruções adequadas para modificar o leite e capacidade para as cumprir (LINKAGES, 2005)¹⁷. Como o leite de origem animal/os produtos lácteos carecem de micronutrientes e ácidos gordos essenciais, recomenda-se a suplementação com micronutrientes e óleo alimentar (por exemplo, óleo de soja) de preparação caseira.

Deve-se mostrar às mães/aos responsáveis pelo cuidado de cuidados que optam pela alimentação de substituição exclusiva como preparar a alimentação substituta de acordo com as instruções. Deve-se proporcionar também a seguinte informação e apoio (FANTA, 2004):

- Observar as mães/os responsáveis pelos cuidados na preparação da alimentação substituta do bebê. Corrigir quaisquer problemas observados e reforçar as capacidades e conhecimentos necessários.
- Avaliar e resolver quaisquer problemas que a mãe/ os responsáveis pelos cuidados possa ter com a alimentação substituta exclusiva.
- Aconselhar as mães e famílias sobre uma higiene alimentar adequada.
- Reforçar os riscos de uma alimentação mista.
- Proporcionar informação sobre a introdução apropriada de alimentos complementares a começar quando a criança tiver 6 meses (ver Secção II. C.3).
- Incentivar a mãe/ os responsáveis a procurar cuidados quando o bebê estiver doente, e a comparecer regularmente às consultas de peso e de acompanhamento do desenvolvimento do bebê.
- Garantir que a mãe/ os responsáveis pelos cuidados tenha suplementos de micronutrientes apropriados para o bebê e que estes sejam dados regularmente.

“Quando mães infectadas com HIV optam por não amamentar desde o nascimento do bebê ou deixam de amamentar mais tarde, devem receber orientação e apoio específicos pelo menos durante os dois primeiros anos de vida da criança para garantir uma alimentação de substituição adequada.”

“Os programas devem procurar melhorar as condições que tornarão a alimentação substituta mais segura para mães HIV-positivas.”

HIV e Nutrição Infantil: Um Guia para Gestores e Supervisores de Cuidados de Saúde, OMS, 2003.

C.3. Alimentação de Bebés (dos 6 aos 24 meses) Nascidos de Mães HIV-Positivas

Se se seguirem as práticas recomendadas, os bebês expostos ao HIV serão exclusivamente amamentados ou alimentados apenas com alimentos substitutos durante os primeiros 6 meses depois do nascimento. Para todos os bebês expostos ao HIV, tal como para os não expostos, os alimentos complementares devem ser introduzidos aos 6 meses, em conjunto com a continuação da amamentação ou alimentação substituta (PAHO e OMS, 2002; OMS, 2005d; OMS, 2006c).

17. Para directrizes sobre preparação e receitas para preparar leite em pó para bebês em casa, ver LINKAGES, 2005 (http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/Infant_Feeding_Options.pdf); OMS et al., 2005.

ALTURA APROPRIADA PARA CESSAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

27

Os bebês de mães HIV-positivas devem continuar a ser amamentados até que, com aconselhamento e avaliação adequados, seja determinado que a alimentação substituta é AVASS. Para mulheres HIV-negativas ou cujo estado de HIV seja desconhecido, recomenda-se a continuação da amamentação até, pelo menos, aos 24 meses. Embora muitos países tenham políticas que encorajam a cessação abrupta da amamentação (também chamada desmame abrupto) para mulheres HIV-positivas até aos 6 meses depois do parto, esta prática já não é recomendada (OMS, 2006c). Ainda não foram estabelecidas nem a duração ideal nem o momento de transição da cessação precoce da amamentação (da amamentação exclusiva para a alimentação de substituição exclusiva) para mulheres HIV-positivas. Opiniões de especialistas sugerem que a extensão da transição será, normalmente, de 2–3 dias a 2–3 semanas. Isto dependerá da rapidez com que a mãe e o bebê puderem fazer a transição, em termos da sua saúde física e emocional e da situação local. Quanto à altura em que a transição deve ocorrer, uma vez que os alimentos complementares devem ser introduzidos aos 6 meses, a transição para a alimentação substituta exclusiva pode ter lugar por volta ou depois desta altura, quando o leite de origem animal ou qualquer outro alimento de origem animal estiver disponível.

NOVAS EVIDÊNCIAS SOBRE MORBILIDADE, MORTALIDADE E CESSAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

- No contexto onde se proporciona profilaxia anti-retroviral e leite em pó infantil gratuito, o risco combinado de infecção por HIV e morte até aos 18 meses de idade era similar em bebês que eram alimentados com alimentação substituta desde o nascimento e bebês amamentados durante 3 a 6 meses (Botswana e Costa do Marfim).
- Estudos concluídos (Malawi) e em curso (Quênia, Uganda e Zâmbia) indicam que a cessação precoce da amamentação (antes dos 6 meses) estava associada a um maior risco de morbilidade (especialmente diarreia) e mortalidade em crianças expostas ao HIV.
- Segundo dados preliminares apresentados a partir de um teste aleatório realizado na Zâmbia, a cessação precoce da amamentação aos 4 meses estava associada a uma reduzida transmissão de HIV, mas também a uma maior mortalidade infantil dos 4 aos 24 meses.
- Dados preliminares apresentados a partir de um estudo no Botswana e Zâmbia revelam que a amamentação de bebês HIV-positivos além dos 6 meses estava associada a uma maior sobrevivência em comparação com a cessação da amamentação.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Os princípios de alimentação complementar para crianças pequenas que não estão a ser amamentadas são similares aos aplicáveis a crianças amamentadas quando existem quantidades suficientes de uma fonte de leite alternativa disponível; contudo, se assim não for, é difícil proporcionar uma dieta adequada, sendo comuns as deficiências de crescimento em bebês não amamentados. As dietas sem alimentos de origem animal (carne, frango, peixe ou ovos mais laticínios) não podem responder a todas as necessidades de nutrientes dos bebês ou crianças pequenas, a não ser que se usem alimentos fortificados e/ou suplementos de nutrientes (OMS, 2005d).

- **QUANTIDADE DE ALIMENTOS NECESSÁRIA:** Garantir que sejam satisfeitas as necessidades de energia.
6–8 meses de idade: Aproximadamente 600 kcal por dia;
9–11 meses de idade: Aproximadamente 700 kcal por dia;
12–23 meses de idade: Aproximadamente 900 kcal por dia;
- **CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS:** Aumentar gradualmente a consistência e variedade dos alimentos à medida que o bebê cresce, adaptando-os às suas necessidades e capacidades.
6 meses: alimentos em purê, esmagados e semi-sólidos;
8 meses: alimentos “que se comem à mão”, i.e., podem ser acrescentados bocados de comida que a criança pode comer sozinha;
18 meses: a maior parte das crianças pode comer a mesma comida que os outros membros da família.
- **FREQUÊNCIA DAS REFEIÇÕES E DENSIDADE DE ENERGIA:** As refeições devem ser dadas, em termos ideais, 4–5 vezes ao dia, sendo os alimentos adicionais fornecidos 1–2 vezes ao dia, conforme necessário.
- **TEOR DE NUTRIENTES DOS ALIMENTOS:** Dar alimentos variados para garantir que as necessidades em nutrientes sejam satisfeitas.
- **USO DE SUPLEMENTOS VITAMÍNICO-MINERAIS OU ALIMENTOS FORTIFICADOS:** De acordo com as necessidades, usar alimentos fortificados ou suplementos vitamínico-minerais que contenham ferro. Caso a dieta não contenha alimentos de origem animal, os alimentos fortificados ou suplementos devem conter outros micronutrientes, por exemplo, zinco, cálcio e vitamina B12. Também se recomenda a suplementação com vitamina A para crianças dos 6–59 meses se houver prevalência de deficiência em vitamina A ou se a mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos for elevada (> 50/1.000).
- **NECESSIDADE DE LÍQUIDOS:** Os bebês que não estão a ser amamentados e as crianças pequenas necessitam de, pelo menos, 400–600 ml/dia de líquidos adicionais em climas temperados, e 800–1.200 ml/dia em climas quentes. Deve-se dar água potável várias vezes por dia.
- **PREPARAÇÃO, ARMAZENAMENTO E HIGIENE DE ALIMENTOS:** Deve-se praticar boa higiene e manusear adequadamente os alimentos. Ter o cuidado de aplicar práticas de higiene quando se prepara e dá a comida é crucial para a prevenção de diarreia.
- **ALIMENTAÇÃO APROPRIADA DE ACORDO ÀS RECOMENDAÇÕES DIETÉTICAS:**
 Deve-se praticar uma alimentação que respeite as recomendações, aplicando os princípios de cuidados psicossociais. Uma alimentação infantil ótima depende não só do que se dá de comer, mas também de como, quando, onde se dá e quem dá. Deve-se dar um tempo adequado para alimentar o bebê durante as refeições, de forma a garantir que a criança consuma quantidades adequadas de comida.

“É necessário que se avaliem de imediato formas adequadas de satisfazer as necessidades nutricionais de bebês e crianças pequenas que deixam de ser amamentados”.

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

- **ALIMENTAÇÃO DURANTE E APÓS UMA DOENÇA:** É necessário um maior consumo de líquidos quando se está doente, devendo a criança ser encorajada a comer uma grande variedade dos alimentos leves e apetitosos que prefere. Depois da doença, deve-se dar mais comida (incluindo mamadas ou alimentos substitutos) com mais frequência do que normalmente, devendo a criança ser encorajada a comer mais.

C.4. Fornecimento de Suplementos Alimentares¹⁸

Dadas as elevadas necessidades de energia e nutrientes da lactação e infância, associadas a uma maior necessidade de energia provocada pelo HIV, são várias as categorias de beneficiários para os quais se deve considerar apoio alimentar .

- Podem ser proporcionados alimentos a mulheres lactantes que participam em programas de PTV. A ração alimentar pode ser concebida para satisfazer as maiores necessidades de energia e nutrientes da lactação ou para abordar a reposição de nutrientes depois da gravidez, bem como ajudar a permitir a participação de populações que sofrem de insegurança alimentar no próprio programa.
- Ao mesmo tempo, os alimentos nunca devem ser usados para criar preconceitos em relação à opção alimentar de uma mulher HIV-positiva. Por exemplo, se forem proporcionados alimentos substitutos a bebés que não estejam a ser amamentados, devem dar-se também géneros alimentar es equivalentes a mulheres que estejam a amamentar e suas famílias.
- Às mulheres HIV-positivas que optem por alimentar os seus bebés com leite em pó pode ser fornecido leite em pó infantil durante um período específico em situações onde se cumpram os requisitos da provisão segura de alimentação substituta (ver Secção II. C.1).
- Para bebés com mais de 6 meses, pode-se proporcionar um pacote alimentar de alimentação complementar fortificada para apoiar o crescimento adequado. Está em curso um trabalho para identificar os melhores alimentos fortificados que satisfaçam as necessidades nutricionais de bebés não amamentados.
- Ao prestar assistência a mulheres em período pós-parto e lactantes vivendo com HIV e seus bebés, é fundamental garantir que os alimentos fornecidos sejam culturalmente apropriados, abordem os défices de nutrientes e energia, sejam adequadamente dirigidos e consumidos pelos beneficiários pretendidos.

C.5. Aconselhamento sobre Alimentação Infantil¹⁹

O aconselhamento sobre alimentação infantil, que envolve o estabelecimento de uma relação com as clientes e a sua integração num diálogo de comunicação aberta e honesta, mostrou ser mais efectivo do que simplesmente proporcionar aconselhamento sobre alimentação infantil.

O aconselhamento qualificado pode também ajudar as mulheres HIV-positivas a seleccionar e seguir opções de alimentação infantil mais seguras, bem como ajudar a reduzir problemas de saúde dos seios.

18. Esta secção baseia-se em FANTA, 2004; Greenaway et al., 2004; PMA, 2004.

19. *Aconselhamento sobre Alimentação Infantil e de Crianças Pequenas: Um Curso Integrado* (OMS/UNICEF, em preparação) proporcionará informação adicional e combinará informação sobre amamentação, alimentação complementar e apoio relacionado com HIV num pacote de formação.

O número presentemente limitado de pessoas formadas em aconselhamento sobre alimentação infantil e o nível de entendimento sobre alimentação infantil no contexto da transmissão vertical na população em geral são constrangimentos que têm ser ultrapassados caso se pretenda fornecer um aconselhamento efectivo às mulheres (OMS, 2001). O aconselhamento deve ser sensível ao estigma e discriminação ligados ao HIV na comunidade.

Os benefícios do aconselhamento podem ser significativos. Por exemplo, na África do Sul, na Zâmbia e no Zimbabwe atingiu-se uma melhor adesão e uma maior duração da amamentação exclusiva até aos 6 meses entre mães HIV-positivas e não infectadas com HIV quando lhes foram proporcionadas mensagens consistentes e aconselhamento frequente de qualidade.

Os três objectivos do aconselhamento sobre alimentação infantil são (OMS et al., 2005):

- Proporcionar informação às mulheres sobre os riscos e benefícios de vários métodos de alimentação;
- Orientar as mulheres na escolha do método que seja mais adequado para a sua situação; e
- Apoiar as mulheres no método escolhido ajudando-as a implementá-lo de forma segura e efectiva.

O que se segue são recomendações para a implementação do aconselhamento e apoio para a alimentação infantil (OMS, 2001):

- As mães HIV-positivas devem receber aconselhamento que inclua informação sobre os riscos e benefícios de várias opções seguras de alimentação infantil, e orientação, sem qualquer coerção ou preconceito, na determinação e prática da opção mais adequada para elas e seus bebês. Esta é a base para uma escolha informada.
- Seja qual for a opção que a mulher escolher entre as consideradas seguras e efectivas, ela deve ser apoiada para seguir ou levar a cabo exclusivamente essa opção. Todas as mulheres devem receber aconselhamento e apoio regulares periódicos durante, pelo menos, os primeiros 18 meses – o ideal seriam 24 meses – depois do parto.
- Devem ser realizadas avaliações locais para identificar o conjunto de opções de alimentação infantil que sejam AVASS dentro das áreas do programa.
- É grande a necessidade de um maior número de pessoas que possam proporcionar aconselhamento sobre alimentação infantil a mulheres HIV-positivas. Essas pessoas devem ser formadas, colocadas e supervisionadas. É necessário um apoio contínuo para incluir formação actualizada à medida que a informação e as recomendações mudam.

“Evidências mostram que se pode conseguir uma alimentação infantil mais segura com apoio adequado, mas os sistemas de saúde e as comunidades não estão a prestar esse apoio para tornar a alimentação infantil mais segura.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

As mães HIV-positivas devem ser aconselhadas sobre opções de alimentação infantil nas seguintes ocasiões (OMS et al., 2003a; OMS et al. 2005):

- Depois de um teste HIV-positivo, mas antes do parto, de forma a apoiar a mãe na determinação do melhor método de alimentação para o seu bebé.
- Imediatamente depois do nascimento, para ensinar à mãe como implementar o seu método de alimentação infantil seleccionado.
- Dentro da primeira semana depois do parto, para avaliar o sucesso da mãe na implementação da opção de alimentação do seu bebé e para auxiliar nos casos em que seja necessário.
- Pelo menos uma vez por mês durante os primeiros 18-24 meses e mais frequentemente em alturas específicas, conforme adiante se refere. Estas visitas de apoio periódicas podem ser combinadas, nos casos viáveis, com consultas pós-parto de rotina, consultas de acompanhamento do crescimento do bebé, consultas por motivo de doença, consultas de vacinação, de tratamento de HIV, ou com quaisquer outras rotinas localmente viáveis que atinjam o par mãe-bebé depois do parto. O ponto importante é estabelecer e manter aconselhamento e apoio regulares e periódicos em matéria de alimentação infantil ao longo dos 2 primeiros anos críticos da vida do bebé.
- Depois de um diagnóstico de HIV do bebé e aos 6 meses, quando é necessário iniciar a alimentação complementar.
- Quando uma mãe pretende ou prevê a necessidade de mudar a prática de alimentação que está a utilizar. O aconselhamento e apoio nesta altura podem ajudá-la tanto a constatar que é melhor manter a prática que está a usar se apropriada e segura, como a fazer as alterações adequadas, se necessário.
- Podem ser necessárias sessões adicionais em alturas de risco elevado (por exemplo, caso ocorram problemas nos seios).

D. APOIO NUTRICIONAL PARA BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS HIV-POSITIVAS (0 AOS 24 MESES)

OBJECTIVO: Melhorar os resultados clínicos e nutricionais em bebês e crianças pequenas através da avaliação, aconselhamento e apoio nutricionais.

Os testes de anticorpos de HIV não são fiáveis em crianças com menos de 15 a 18 meses, uma vez que muitos bebês não infectados nascidos de mães HIV-positivas podem apresentar resultados positivos nos testes devido a anticorpos maternos passivamente transferidos nos seus sistemas, que reagem ao teste. Muitos países estão a introduzir a testagem Reacção em Cadeia da Polimerase (PCR) que pode, de maneira fiável, determinar a infecção em bebês com 6 semanas de idade, mas os testes são relativamente caros, tecnologicamente mais exigentes e durante algum tempo não estarão amplamente disponíveis em contextos com recursos limitados (FANTA, 2004). Praticamente, a maior parte dos bebês com menos de 18 meses são diagnosticados usando algoritmos clínicos para uma doença suspeita ou grave de HIV (por exemplo, Gestão Integrada de Doenças da Infância (AIDI), incluindo o crescimento insuficiente (CI) . 80 a 85 por cento dos bebês expostos ao HIV tiveram resultados negativos nos testes de PCR com 6 semanas de vida, o que eleva para mais de 90 por cento o número de não infectados quando a combinação profilaxia de ARV materna-infantil e tratamento antiretroviral (HAART) elegível para mulheres é proporcionada (OMS et al. 2003b; OMS 2006b).

D.1 Necessidades Nutricionais e Cuidados para Crianças HIV-Positivas

Contudo, quando se determina que uma criança é HIV-positiva, devem ser efectuadas mudanças dietéticas para reflectir as recomendações que se seguem. Para bebês que estão a ser amamentados e crianças pequenas em quem foi diagnosticado HIV, aconselha-se a continuação da amamentação e alimentação complementar, de acordo com as recomendações para a população em geral (FANTA, 2004; OMS, 2005c; OMS, 2005e). A Tabela 2 lista as necessidades de energia e proteínas para crianças HIV-positivas.

TABELA 2. *Necessidades Nutricionais para Crianças HIV-Positivas*

NECESSIDADES DE ENERGIA	<p>Para crianças assintomáticas, as necessidades de energia aumentam 10 por cento relativamente às de uma criança saudável da mesma idade (FANTA, 2004; OMS, 2003a).</p> <p>Quando uma criança é sintomática, mas não está a perder peso, as necessidades de energia aumentam em 20 a 30 por cento relativamente às de uma criança saudável da mesma idade (FANTA, 2004).</p> <p>Quando uma criança é sintomática e está a ter perda de peso, as necessidades de energia aumentam em 50 a 100 por cento relativamente às de uma criança saudável da mesma idade (FANTA, 2004; OMS, 2003a).</p>
NECESSIDADES DE PROTEÍNAS E MICRONUTRIENTES	<p>As necessidades de proteínas e micronutrientes são as mesmas para crianças HIV-positivas e para os seus pares saudáveis (FANTA, 2004).</p> <p>As crianças HIV-positivas dos 6 aos 59 meses que vivem em zonas de recursos limitados devem receber suplementos de vitamina A (100.000 IU para bebês de 6–12 meses e 200.000 IU para crianças com mais de 12 meses) em cada 4-6 meses (OMS, 2003a; OMS et al., 1997). Este princípio orientador é idêntico ao recomendado pela OMS para prevenção da deficiência de vitamina A em crianças.</p> <p>As crianças com deficiências anteriores em micronutrientes ou consumo inadequado de proteínas podem necessitar de uma suplementação de micronutrientes ou maior consumo de proteínas.</p> <p>Os agregados com crianças HIV-positivas, tal como todos os outros, devem usar sal iodado (FANTA, 2004).</p>

D.2 Avaliação Nutricional, Monitorização do Crescimento e Aconselhamento para Crianças HIV-Positivas²⁰

- As crianças HIV-positivas devem ser pesadas e medidas regularmente, devendo o seu crescimento ser marcado em gráfico para detectar cedo o crescimento insuficiente.
- A criança deve ser examinada para se detectar em quaisquer problemas que possam surgir com a alimentação ou sinais de desnutrição.
- Ao mesmo tempo que se faz a avaliação da segurança alimentar do agregado familiar, devem obter-se a história dietética e o inventário das práticas alimentar es.
- O aconselhamento e a educação em matéria de nutrição devem basear-se no consumo de alimentos localmente disponíveis e acessíveis de quantidade e qualidade adequadas. Devem realçar também as maiores necessidades de energia e nutrientes para o crescimento e recuperação da perda de peso depois de uma doença.
- Quando se detectam problemas, a mãe/o provedor de cuidados e o conselheiro devem desenvolver conjuntamente um plano de acção, devendo ser programados encaminhamentos e visitas de acompanhamento apropriados.
- As crianças HIV-positivas malnutridas identificadas devem ser encaminhadas para tratamento adequado (ver Secção II. D.5).
- Os agregados familiares com insegurança alimentar com crianças HIV-positivas devem ser encaminhados para assistência alimentar e outro apoio sócio-económico.

OMS (2007) proporciona mais orientações sobre os cuidados nutricionais de crianças HIV-positivas entre os 6 meses e os 14 anos em estabelecimentos de cuidados de saúde primários e locais de tratamento:

■ AVALIAR, CLASSIFICAR E DESENVOLVER UM PLANO

Avaliar e classificar o crescimento da criança e desenvolver um plano de cuidados nutricionais
A avaliação regular e cuidadosa do crescimento de uma criança pode identificar precocemente as complicações e permitir que se intervenha.

Avaliar as necessidades nutricionais da criança
As necessidades nutricionais de crianças HIV-positivas dependem da fase da doença e da história de complicações recentes, tais como uma diarreia persistente ou infecções oportunistas.

Desenvolver um plano de cuidados nutricionais
As necessidades nutricionais são melhor satisfeitas através de uma dieta equilibrada e variada. Em caso de falta de disponibilidade ou se as exigências forem elevadas, pode ser necessário apoio adicional.

20. Esta secção baseia-se em Uganda, 2003; Zâmbia, 2004.

■ IMPLEMENTAR O PLANO DE CUIDADOS NUTRICIONAIS

○ que a criança come e bebe?

○ desenvolvimento de um plano de cuidados nutricionais começa com a compreensão do que a criança anda a comer e beber. O tipo de comida que se dá e a forma como é preparada podem ser tão importantes como a quantidade e frequência dos alimentos consumidos.

Quem dá de comer à criança e o que ela come?

A criança deve ser alimentada com cuidado e paciência. Antes de se dar informação ou de se apresentarem recomendações, deve-se descobrir quem é o principal provedor de cuidados para a criança e quem mais está envolvido na alimentação e prestação de cuidados à criança. Isto ajuda a compreender a qualidade e consistência da prática de cuidados.

Existe comida e rendimentos em casa?

Todas as crianças necessitam de alimentos regulares, adequados e apropriados para crescerem, para se desenvolverem e para manterem um óptimo funcionamento do organismo. A nutrição é determinada, não apenas pela própria comida, mas também por todo o processo de ter acesso a alimentos, incluindo a quantidade e qualidade de alimentos e a forma como estes são dados à criança, bem como a forma como o organismo os utiliza.

Discutir exercícios e evitar factores de risco da desnutrição.

A actividade física e as brincadeiras ajudam a criança não só a desenvolver-se e a manter os músculos fortes, mas também a melhorar a sua sensação de bem-estar .

Decidir se a criança deve ser encaminhada, e quando deverão voltar a examiná-la.

As crianças HIV-positivas devem ser encaminhadas para outros estabelecimentos de saúde/de prestação de cuidados quando se identificam necessidades específicas, quando são necessários trabalhadores de saúde com outras capacidades, ou quando outros recursos podem ajudar.

CRIANÇAS COM SITUAÇÕES ESPECIAIS

As crianças HIV-positivas com fraco apetite, feridas na boca ou diarreia ainda podem, muitas vezes, ser geridas em casa se for proporcionada ajuda correcta atempadamente. As crianças HIV-positivas que recebem TARV necessitam ainda de uma nutrição apropriada e adequada para atingir os benefícios totais do TARV.

D.3 Gestão Dietética de Sintomas e Medicamentos relacionados com a SIDA, e Interações Alimentos-Medicamentos em Crianças

Ver Secção II.A.3 e Anexo II para informação sobre a gestão de sintomas relacionados com o HIV e a SIDA, uma vez que a gestão de crianças é similar à dos adultos. Aqui, tal como em qualquer situação, deve-se ter o cuidado de evitar a estigmatização da criança.

D.4 Fornecimento de Suplementos Alimentares²¹

Devido à elevada necessidade de energia dos bebés e crianças pequenas HIV-positivas, para além das necessidades de energia e nutrientes para o crescimento, deve considerar-se a necessidade de um suplemento alimentar direccionado para estes dois grupos. Além disso, os agregados familiares com crianças HIV-positivas identificados como sofrendo de insegurança alimentar podem beneficiar de uma ração familiar. Como a extensão da assistência alimentar a famílias e indivíduos pode ser um factor a considerar, pode ser uma importante estratégia ligar a suplementação alimentar à educação para nutrição e à programas sobre modos de vida.

- É também aconselhável ter como alvo crianças HIV-positivas moderadamente malnutridas para assistência alimentar, o que deve ser implementado de acordo com protocolos nacionais. É importante garantir-se que os alimentos fornecidos sejam culturalmente apropriados, cubram os défices de nutrientes e energia e sejam bem direccionados.

D.5 Tratamento para Crianças HIV-positivas Gravemente Desnutridas

Dada a maior necessidade de energia, infecções oportunistas e outras doenças e sintomas que fazem com que comer seja mais difícil, as crianças HIV-positivas encontram-se em maior risco de desnutrição comparativamente às não infectadas. A desnutrição grave em crianças HIV-positivas pode ser tratada com sucesso com alimentação terapêutica hospitalar ou domiciliária; contudo, o seu tempo de recuperação é mais longo que o das crianças não infectadas (Piwoz, 2004a; OMS, 2005e). O tratamento inicial para crianças HIV-positivas severamente malnutridas é o mesmo que para crianças não infectadas (OMS, 2005e).

- As crianças HIV-positivas severamente malnutridas, definidas como sendo as que têm uma relação peso-altura inferior a 70 por cento na mediana NCHS (ou -3 DP), com presença de edemas em ambos os pés ou sinais clínicos de desnutrição, devem ser encaminhadas imediatamente para reabilitação nutricional (OMS, 1999).
- Na ausência de directrizes internacionais para tratamento de desnutrição grave em crianças HIV-positivas, as crianças HIV-positivas malnutridas devem ser geridas de acordo com protocolos do governo ou directrizes da OMS para o tratamento de desnutrição grave (OMS, 2003a).

D.6 Intervenções de Saúde para Crianças HIV-positivas²²

- Todas as infecções devem ser rapidamente tratadas, devendo as mães ser encorajadas a procurar cuidados de saúde o mais depressa possível assim que o seu filho HIV-positivo caia doente. É aconselhável dar-se uma refeição extra por dia depois de episódios de doença, para apoiar a recuperação do crescimento (OMS, 2005c).
- As crianças HIV-positivas devem receber serviços de acompanhamento do seu desenvolvimento de acordo com protocolos do governo.

21. Esta secção baseia-se em Greenaway et al., 2004 e PMA, 2004.

22. Para informação adicional sobre as crianças pequenas do ponto de vista operacional, ver Directrizes Operacionais para Apoio ao Desenvolvimento Precoce da Criança (ECD) em Programas Multisectoriais sobre HIV/SIDA em África, um documento conjunto do Banco Mundial, UNICEF e ONUSIDA. Ver <http://siteresources.worldbank.org/INTECD/Resources/OperGuideBookFinalEnglish.pdf>

- As crianças que se suspeite terem HIV, de acordo com os algoritmos clínicos ou guíões, devem ser encaminhadas para mais uma avaliação e tratamento ARV e cuidados nos casos em que estes estejam disponíveis.
- As crianças com HIV ou que se suspeite terem HIV, mas que não sejam sintomáticas, devem receber todas as vacinas apropriadas de acordo com protocolos nacionais (OMS, 2005e).
- Como norma, deve realizar-se desparasitação a partir dos 12 meses (OMS, 2005c).
- Os agregados familiares com crianças HIV-positivas devem ter um sistema de água potável ou usar água fervida.
- Deve ser proporcionada e reforçada a educação para higiene e saúde, particularmente no que se refere à forma como a boa higiene e saneamento se relacionam com a prevenção de infecções.

E. APOIO NUTRICIONAL PARA PVHS QUE ESTÃO A FAZER TARV

OBJECTIVO: Melhorar os resultados clínicos e nutricionais através da melhoria do efeito da TARV com a provisão de avaliação, aconselhamento e apoio nutricionais.

E.1 Tratamento ARV e Nutrição²³

Quando os pacientes aderem ao TARV, muitas vezes o tratamento pode deter a replicação viral, abrandar a progressão da doença e melhorar o estado nutricional. As pessoas que iniciam tratamento ARV podem ter mais apetite, exigindo assim um aconselhamento dietético sobre como satisfazer as necessidades em nutrientes com os alimentos disponíveis. Para pessoas com insegurança alimentar, pode haver necessidade de apoio alimentar para que possam agir em função de recomendações de aconselhamento dietético.

Apesar de salvarem vidas, os ARV podem causar efeitos colaterais adversos. Podem interagir negativamente com a comida, afectando os resultados nutricionais e o tratamento. Além disso, os ARVs podem causar lipodistrofia ou redistribuição de gordura, podendo ocorrer mudanças metabólicas associadas ou anemia. Elevados riscos a longo prazo de diabetes, doenças cardiovasculares e osteoporose podem, por vezes, estar associados com HIV e ARVs e requerem uma gestão nutricional.

E.2 Interações entre o TARV, Alimentos e Nutrição²⁴

Gerir as interações entre a TARV e os alimentos e nutrição é crucial na melhoria da eficácia de ARVs, ao mesmo tempo que minimiza o seu impacto nutricional negativo e aumenta a adesão a regimes de medicamentos. A avaliação, o aconselhamento e o apoio nutricionais descritos nas Secções II. E.3 e II. E.4, podem ajudar a identificar e mitigar os efeitos negativos da TARV e as interações entre a alimentação e a nutrição, como aqui se pode ver de forma resumida.

- Alguns medicamentos ARV devem ser tomados com comida, outros com o estômago vazio, e outros ainda podem ser tomados com ou sem tipos específicos de alimentos.
- Certos medicamentos ARV afectam a absorção de nutrientes, o metabolismo, a distribuição e a excreção.
- Estes medicamentos podem também causar efeitos colaterais, tais como náuseas, alteração do paladar e perda de apetite, que podem reduzir o consumo de alimentos. Efeitos colaterais adicionais como diarreia e vômitos podem aumentar a perda de nutrientes. As mudanças dietéticas podem ajudar as PVHS a gerir tais efeitos colaterais e a reduzir o seu impacto sobre o estado nutricional.
- Alguns ARVs podem causar importantes reacções adversas quando combinados com certos alimentos, devendo-se ter o cuidado de ajudar os pacientes que estão a fazer TARV a evitar alimentos contra-indicados.

23. Esta secção baseia-se em FANTA, 2004.

24. Esta secção baseia-se em FANTA, 2004.

Diferentes medicamentos interagem de diferentes formas com os alimentos; assim, quando as PVHS tomam mais de um medicamento ao mesmo tempo (mais de um ARV e/ou outro medicamento para tratar infecções ou doença), é necessário considerar as interações e os requisitos de cada medicamento, bem como a interação entre os medicamentos. Além disso, devem ser tomadas em consideração quaisquer terapias tradicionais que estejam a ser usadas. Os horários dos alimentos e medicamentos podem ser planificados de forma a responderem a requisitos específicos.

E.3 Avaliação Nutricional

Recomenda-se a realização de exames e avaliação nutricionais periódicos, conforme descrito na Secção II. A.2, para pacientes que estejam a receber TARV. Além do que foi referido nessa secção, devem ser feitas periodicamente análises de hemoglobina, triglicérides, colesterol e açúcar no sangue (Uganda, 2003).

E.4 Alimentos, Nutrição e Aconselhamento sobre Educação para Saúde

Gerir sintomas relacionados com SIDA é mesmo mais complicado para pacientes que estejam a fazer TARV; assim, o aconselhamento é uma componente integrante de programas de tratamento, prestação de cuidados e apoio para PVHS. Com base nas Secções II.A.7 e II.A.8, o aconselhamento e apoio sem matéria de nutrição para PVHS que estejam a fazer TARV devem ter também em consideração os seguintes aspectos (FANTA, 2004):

- A informação existente acerca dos efeitos da sua medicação sobre a absorção de nutrientes e o metabolismo.
- A sequência apropriada do consumo de alimentos e medicamentos.
- A gestão dietética para minimizar os efeitos negativos da sua medicação (ver Anexos II, III e IV).
- Informação e conselhos sobre os alimentos e práticas dietéticas apropriados em casos de aumento de apetite.
- A importância de aderir a horários de refeições e medicamentos com avaliações e ajustes viáveis efectuados para lidar com quaisquer dificuldades.

“Os benefícios de salvação de vidas dos ARVs são claramente reconhecidos. Para tirar todo o proveito dos ARVs, é essencial um consumo dietético adequado.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

“A avaliação dietética e nutricional é uma parte essencial dos cuidados abrangentes relacionados com o HIV, tanto antes como depois de um tratamento com ARV.”

Declaração dos Participantes, Consulta da OMS sobre Nutrição e HIV/SIDA em África, Durban, África do Sul, 10–13 de Abril, 2005.

“As autoridades nacionais de saúde devem preparar-se para o acesso a TARV formando pessoal relevante em aconselhamento e gestão dos aspectos nutricionais de longo prazo da TARV”.

Necessidades de Nutrientes para Pessoas Vivendo com HIV/SIDA: Relatório de uma consulta técnica. OMS, Genebra, Suíça, 13–15 de Maio de 2003.

A Tabela 3 apresenta um resumo das intervenções nutricionais da Secção II, referindo as populações-alvo relevantes e os resultados previstos.

TABELA 3. Resumo: Populações-alvo, Intervenções Nutricionais e Resultados Previstos

POPULAÇÃO-ALVO	INTERVENÇÃO NUTRICIONAL RELEVANTE	RESULTADOS PREVISTOS
Adultos Vivendo com HIV (PVHS assintomáticos)	Avaliação nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação e hábitos alimentares inadequados e melhoria na dieta • Aconselhamento apropriado e decisões sobre a necessidade de intervenções.
	Aconselhamento e apoio nutricionais	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de sintomas relacionados com SIDA e dietas melhoradas • Protocolos de tratamento reforçados
	Fornecimento de suplementos alimentares incluindo alimentação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Compensação dos défices alimentares resultantes de insegurança alimentar • Estabilização de pacientes antes e durante o TARV
	Aconselhamento sobre modos de vida, incluindo apoio psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de infeções e transmissão do vírus • Melhoria da qualidade de vida, incluindo uma redução da depressão, estigma e tensão
Mulheres Grávidas e Lactantes HIV-Positivas	Avaliação nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de factores de risco de desenvolvimento de futuras complicações nutricionais
	Apoio nutricional, incluindo suplementos de ferro e ácido fólico, vitamina A e sal iodado	<ul style="list-style-type: none"> • Preservação do estado nutricional materno e melhores resultados no parto
	Fornecimento de suplementos alimentares	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do estado nutricional materno e aumento de peso na gravidez • Melhoria dos resultados do parto e do peso à nascença • Redução da progressão da doença e prevenção da transmissão de HIV • Aumento da utilização de serviços, incluindo serviços de PTV
	Aconselhamento sobre nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de sintomas relacionados com SIDA e dietas melhoradas das mulheres grávidas e lactantes HIV-positivas
	Cuidados pré-natais e educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do estado de saúde e nutricional materno e dos resultados do parto • Melhoria da utilização do tratamento (por exemplo, para malária, TB, ancilostomíase) • Aumento do atendimento qualificado no parto e planeamento familiar pós-parto

POPULAÇÃO-ALVO	INTERVENÇÃO NUTRICIONAL RELEVANTE	RESULTADOS PREVISTOS
Bebés e Crianças Pequenas (0 aos 24 meses) Nascidos de Mulheres HIV-Positivas	Aconselhamento sobre alimentação para mulheres grávidas HIV-positivas (pelo menos mensalmente durante 18–24 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Tomada de decisão sobre alimentação infantil segura e apropriada (relativamente a amamentação exclusiva, alimentação de substituição, alimentação complementar, etc.) • Melhoria da adesão a e duração mais longa da amamentação exclusiva e redução do risco de transmissão vertical
	Fornecimento de suplementos alimentar es para mulheres depois do parto e lactantes	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da adesão a programas de PTV • Melhoria e reposição do consumo de energia e nutrientes para mães e bebês
	Nos casos apropriados, fornecimento de leite em pó para bebês AVASS1 e um pacote de alimentos complementares fortificados	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento adequado de bebês • Redução do risco de transmissão vertical
Bebés e Crianças Pequenas (0 aos 24 meses) HIV-Positivos	Avaliação nutricional e plano de cuidados nutricionais	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e classificação do crescimento e necessidades nutricionais dos bebês • Desenvolvimento e implementação de um plano de cuidados nutricionais • Aumento da eficácia do TARV
	Provisão de suplementos alimentar es AVASS para alimentação complementar de bebês acima dos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do consumo de energia e nutrientes • Melhoria dos resultados clínicos e nutricionais
	Intervenções de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão e tratamento de infeções • Gestão da desnutrição grave • Aumento do uso de ARV
PVHS (sintomáticos) a fazer TARV (para além das recomendações gerais a PVHS assintomáticos)	Tratamento ARV	<ul style="list-style-type: none"> • Supressão da replicação viral e abrandamento da progressão da doença • Melhoria do estado nutricional
	Avaliação nutricional (incluindo hemoglobina, triglicérides, colesterol e açúcar no sangue)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação e mitigação de efeitos negativos do TARV e interações alimentos/nutrição
	Aconselhamento para educação relacionada com alimentos, nutrição e saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Mitigação de efeitos negativos do TARV e interações alimentos/nutrição • Aumento do cumprimento do regime do TARV prescrito
	Provisão de suplementos alimentares, incluindo alimentação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilização de pacientes antes e durante o TARV e maior eficácia do regime do TARV

III. ASSISTÊNCIA ALIMENTAR COMO APOIO AO TRATAMENTO DO HIV E SIDA

Muitos estudos mostraram que a desnutrição é um problema comum entre as pessoas que estão a fazer tratamento em situações de fracos recursos, e que a desnutrição aguda é um dos melhores sinais do risco de mortalidade (Paton et al., 2006; Zachariah et al., 2006). Embora nem toda a desnutrição aguda em PVHS seja causado/a por falta de comida, estudos qualitativos e quantitativos sobre as necessidades de pessoas que estão a ser tratadas em situações de carência de recursos enumeram, muitas vezes, a alimentação como uma das suas maiores necessidades (Au et al., 2006; Mshana et al., 2006). O desafio é desenvolver formas de integrar a alimentação em pacotes de apoio ao tratamento de maneira equitativa que faça sentido e seja realista, dados os constrangimentos de capacidade.

Embora haja muitos estudos actualmente em curso, poucos são os da África Sub Saariana sobre o impacto da assistência alimentar nos resultados do tratamento em PVHS (Egge e Strasser, 2005). Consequentemente, as orientações internacionais sobre assistência alimentar e HIV e SIDA em geral, e mais especificamente sobre como a assistência alimentar está relacionada com apoio a tratamento, são limitadas²⁶. As orientações que se seguem baseiam-se nos poucos documentos disponíveis e nas boas práticas conhecidas para a assistência alimentar em vista.

A Tabela 4 apresenta uma visão geral de vários objectivos e tipos de intervenções de assistência alimentar. Note-se que se podem fazer distinções úteis por tipos de assistência, dados os objectivos do programa²⁷. Por exemplo, a alimentação terapêutica baseia-se na avaliação antropométrica, ao passo que a alimentação suplementar nem sempre se baseia neste tipo de avaliação. A alimentação terapêutica é o fornecimento de alimentos especializados visando o tratamento de desnutrição aguda grave em serviços baseados na comunidade para pacientes externos ou em estabelecimentos de saúde ou hospitais para pacientes internos. A alimentação suplementar é fornecida a indivíduos para prevenir ou aliviar deficiências nutricionais específicas e subnutrição, incluindo desnutrição aguda leve a moderada. A alimentação suplementar proporciona alimentos adicionais a populações com base no reconhecimento de um aumento de necessidades de nutrientes e na vulnerabilidade alimentar, mas não necessariamente numa avaliação antropométrica específica. A alimentação suplementar, por exemplo, seria proporcionada a todos os participantes num programa de PTV ou a todos os membros de um grupo vulnerável específico, como mães, bebés e crianças pequenas em cuidados pré-natais ou PTV, e órfãos.

Os beneficiários-alvo e o conteúdo da assistência alimentar devem basear-se nos objectivos do programa e numa compreensão da qualidade da dieta do cliente, bem como nos seus hábitos alimentares e padrões de consumo. Geralmente, os alimentos devem ser fortificados com micronutrientes ou ser mais ricos em nutrientes, por exemplo. É particularmente importante compreender a aceitabilidade de alimentos potenciais, especialmente dadas as dificuldades de comer e digestivas associadas ao HIV. A concepção do programa deve ter também em consideração a quantidade e composição da ração.

Quanto aos programas de assistência alimentar em geral, se os alimentos proporcionados têm por finalidade permitir às pessoas participar no programa, os que concebem o programa devem considerar o valor monetário da ração alimentar para os beneficiários pretendidos além do seu teor nutricional.

23. O documento Integrando a nutrição e a assistência alimentar em programas de prestação de cuidados e tratamento de HIV do PMA/OMS/Albion Street Center (futuro) será incluído nesta documentação.

23. O PEOFAR e a USAID, por exemplo, usam estas distinções para considerar como programar apoio alimentar no contexto do HIV. Para mais informação, veja-se: http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/FFP_pepfar_conceptual.pdf.

A estreita integração da assistência alimentar com programas de HIV e SIDA pode ser particularmente importante quando o objectivo da assistência alimentar é apoiar os resultados do tratamento. Proporcionar alimentos além de cuidados de saúde e outros serviços pode melhorar a definição de alvos, ajudar na disseminação de informação e ter efeitos terapêuticos sobre a saúde e nutrição. Ligar a participação em programas de assistência alimentar a educação para nutrição e formação de capacidades pode promover a auto-suficiência (Kayira et al., 2004). O Anexo VIII apresenta exemplos de programas que integram assistência alimentar com programas sobre HIV e SIDA.

Para o tratamento e prevenção da desnutrição, o programa deve considerar se a ração será recebida e utilizada pelos beneficiários pretendidos. Por isso, o programa deve ter critérios específicos para a elegibilidade de beneficiários (tais como insegurança alimentar a nível do agregado familiar) e também reflectir claramente uma compreensão da dinâmica intra-agregado familiar. Muitas vezes, fazem-se avaliações antes de se iniciar um programa para ajudar a tomar decisões sobre a quantidade da ração e determinar se é necessária uma ração familiar para abordar a partilha ou vulnerabilidade experimentada pelo agregado familiar.

Greenaway et al. (2004) referem que a sustentabilidade de um programa pode depender do desenvolvimento de critérios específicos para classificação dos beneficiários e uma estratégia de saída do programa.

TABELA 4. Intervenções Alimentares e Tratamento de HIV e SIDA

OBJECTIVO	INTERVENÇÃO ALIMENTAR
<p>Permitir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adesão/eficácia do TARV • Participação no programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação suplementar para indivíduos, muitas vezes com apoio alimentar para o agregado familiar
<p>Prevenção da Desnutrição em</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mães que estejam a fazer amamentação exclusiva (antes dos 6 meses) ou a amamentar (6–24 meses) • Bebés não amamentados • Bebés e crianças com mais de 6 meses • Homens e mulheres não grávidas • Mulheres grávidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos para mães que estejam a fazer amamentação exclusiva • Alimentos substitutos para bebés não amamentados ou o equivalente em alimentos para mães HIV-positivas que continuam a amamentar até que seja AVASS. • Alimentação complementar para bebés com mais de 6 meses • Alimentação suplementar para crianças e adultos
<p>Tratamento de Desnutrição em</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebés, crianças, adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação suplementar para o tratamento de desnutrição aguda leve a moderada em bebés, crianças ou adultos • Alimentação terapêutica para o tratamento de desnutrição grave em bebés, crianças ou adultos

Fonte: Adaptado de Grant (2006).

IV. ALIMENTOS, SEGURANÇA ALIMENTAR, HIV E SIDA

43

A insegurança alimentar constitui tanto um resultado como um factor contribuinte da pandemia do HIV/SIDA. As famílias com um membro vivendo com HIV têm mais probabilidade de se caracterizarem por pobreza e insegurança alimentar. O facto de uma pessoa estar infectada limita a produtividade, o que leva, por seu turno, à perda de rendimentos e, simultaneamente, ao aumento das despesas para cuidados de saúde. Por outro lado, os indivíduos que sofrem de insegurança alimentar podem ter mais probabilidade de se envolverem em actividades de sexo comercial ou tornar-se mais móveis, actividades que estão associadas a um maior risco de contrair o HIV. Aumentar a segurança alimentar em comunidades pobres e nos agregados familiares com insegurança alimentar pode ajudar a reduzir comportamentos de risco e prevenir a infecção.

Muitas vezes, as PVHS identificam os alimentos como sua maior necessidade, e o HIV afecta todas as três componentes da segurança alimentar: disponibilidade, acessibilidade e utilização. Por exemplo, um menor rendimento ou um declínio na produção alimentar de um indivíduo ou de uma família afecta a acessibilidade e a capacidade de as PVHS seguirem as recomendações dietéticas. Conforme referido anteriormente, o HIV também pode afectar a capacidade de um indivíduo de comer e a utilização biológica dos alimentos consumidos.

Assim, estratégias efectivas para aumentar a segurança alimentar e melhorar os modos de vida podem ser uma parte importante da prevenção, mitigação e tratamento da doença. Além de intervenções específicas ou acções mais amplas para melhorar os modos de vida, as redes de segurança ou programas de apoio social podem abordar as necessidades de PVHS e outras afectadas pelo HIV e SIDA, como por exemplo crianças órfãs e vulneráveis (COV).

A. APOIO BASEADO EM ALIMENTOS

Apoiar agregados familiares e comunidades afectados pelo HIV proporciona um ponto de entrada para programação da segurança alimentar dos agregados familiares baseada na comunidade. Para utilizar efectivamente os alimentos na melhoria da segurança alimentar ou como componente da prestação de cuidados e apoio a PVHS, os programas de prevenção e tratamento terão de ter em conta o contexto local, incluindo as dimensões culturais e antropológicas do ambiente do programa. Uma estratégia apropriada poderia, provavelmente, incluir o conhecimento dos tipos de alimentos que existem disponíveis, muitos dos quais são nativos, bem como das crenças e práticas dietéticas locais.

Muitas das directrizes actualmente disponíveis utilizam uma abordagem tradicional de segurança alimentar baseada na comunidade (por exemplo, ajuda alimentar a comunidades rurais afectadas por insegurança alimentar). Contudo, o contexto é importante, e muitos programas a ser cada vez mais dirigidos para agregados familiares individuais, muitos dos quais em áreas urbanas e peri-urbanas, com base em avaliações de segurança alimentar ligadas a PVHS em programas de prestação de cuidados e tratamento. FANTA e PMA (2007) cobrem com mais profundidade estas questões complexas relacionadas com a identificação de alvos.

Nos casos em que uma abordagem baseada na comunidade seja apropriada, o FANTA (2004) recomenda um processo em quatro passos:

- Facilitar uma avaliação virada para a comunidade de fontes locais de alimentos e práticas de prestação de cuidados para determinar os usos mais efectivos dos alimentos disponíveis. Os Anexos VIII e IX descrevem possíveis formas de usar os alimentos em programas relacionados com o HIV e a SIDA, principalmente, conforme atrás referido, para:
 - Cuidados e apoio nutricionais;
 - Incentivos para participação em actividades relacionadas com o HIV e a SIDA; e
 - Transferência de rendimentos para pessoas infectadas com ou afectadas pelo HIV.

- Com participantes comunitários, desenvolver e implementar uma estratégia que integre os resultados da avaliação e tome em consideração a finalidade dos alimentos, a capacidade para uma distribuição e armazenamento adequados, e a distribuição e utilização pelos grupos beneficiários visados. A estratégia deve incluir também uma etapa de saída ou de transição para reduzir gradualmente a dependência em assistência alimentar.

- Seleccionar alimentos apropriados e determinar a composição e quantidade das rações para os participantes, em conjunto com a frequência de distribuição.
 - Os alimentos devem ser seleccionados com base no conteúdo nutricional, aceitabilidade cultural, capacidade para serem adequadamente processados, guardados e preparados, e capacidade para complementar, e não substituir, a produção de alimentos locais.
 - As rações devem basear-se no consumo de alimentos e necessidades nutricionais específicas de beneficiários visados (por exemplo, mulheres grávidas que participam em programas de PTV), na idade e sexo da população, ou nas necessidades médias de energia, proteínas e micronutrientes dos agregados familiares se estiverem a ser desenvolvidas rações familiares.

- Ligar as comunidades a outros serviços, incluindo saúde, educação, higiene, água, saneamento, promoção do crescimento e outras intervenções de segurança alimentar .
 - A ajuda alimentar, quando proporcionada, deve fazer parte de uma estratégia global que aumente a capacidade de os agregados e as comunidades afectadas pelo HIV se tornarem independentes.
 - Quando possível, a ajuda alimentar deve ser integrada em ou estar ligada a outras actividades de programas relacionados com o HIV e a SIDA.

Os que desenham e realizam avaliações a nível da comunidade e dos agregados familiares terão de determinar, no seu próprio contexto, quais as questões mais importantes e relevantes. No entanto, uma compreensão geral da relação alimentos-nutrição-HIV pode melhorar tanto o enfoque do programa como a sua eficácia. Alguma informação pode ser recolhida pelos trabalhadores de saúde comunitários, enquanto outra pode estar disponível através de fontes secundárias ou necessita de ser recolhida como parte de esforços separados.

“No que diz respeito a acções viradas para o combate à ligação HIV/SIDA-insegurança alimentar, a base empírica é ainda insuficiente. Nos casos em que algumas organizações lançaram acções para abordar estas interacções, elas foram geralmente isoladas, e raramente monitorizadas e avaliadas. Assim, a justificação para um envolvimento mais proactivo e colaborador de organizações relacionadas com alimentos e nutrição relevantes, particularmente organizações agrícolas—em termos de pesquisa e acção—torna-se clara.”

Gillespie, S. (ed.), 2006. SIDA, Pobreza e Fome: Desafios e Respostas. Destaques da Conferência do IFPRI sobre HIV/SIDA e Segurança Alimentar e Nutricional, Durban, 14–16 de Abril de 2005.

Informação actualizada a nível da comunidade, do agregado familiar e individual pode ser útil como parte de uma avaliação da segurança alimentar e em estratégias efectivas e sustentáveis para melhorar a segurança alimentar das pessoas infectadas ou afectadas pelo HIV (Uganda, 2003; Zâmbia, 2004). Fazer exames para se determinar o estado nutricional e da segurança alimentar pode fazer parte de tal avaliação, sendo os agregados familiares ou os indivíduos afectados encaminhados, nos casos necessários, para serviços de assistência alimentar ou nutricionais (a Secção II. A.2 apresenta uma lista de informação a ser recolhida para uma avaliação nutricional de uma PVHS).

Em cada nível, a avaliação de segurança alimentar deve recolher informação sobre o seguinte:

A NÍVEL DA COMUNIDADE

- O peso do HIV e da SIDA na comunidade.
- Disponibilidade e acessibilidade de alimentos (por exemplo, disponibilidade do mercado, preços, variação sazonal, etc.).
- Estigma e seu impacto nas comunidades e nas PVHS.

A NÍVEL DE AGREGADO FAMILIAR E INDIVIDUAL

- Nível de segurança alimentar no agregado familiar.
- Métodos de processamento, preservação, armazenamento e comercialização de alimentos.
- Capacidade das PVHS de comerem e digerirem alimentos, e potenciais áreas para modificação apropriada de alimentos.
- Disponibilidade e acessibilidade de serviços de saúde, sociais e financeiros para os agregados familiares e indivíduos (inclusive para grupos não infectados, mas afectados, como por exemplo as COVs), entre os quais os proporcionados pelo governo, bem como os proporcionados por ONGs ou organizações religiosas.
- Padrões de emprego e divisão do trabalho dentro do agregado familiar.
- Mecanismos formais e informais para enfrentar com sucesso a insegurança alimentar (por exemplo, mudanças na qualidade ou quantidade dos alimentos, ou distribuição intra-agregado familiar; programas de assistência alimentar e de comida pelo trabalho; migração).
- Padrões de consumo alimentar (por exemplo, tipos, quantidades, variação sazonal, número de refeições, controlo e distribuição intra-agregado familiar, factores socio-culturais).

V. HIV, SIDA, NUTRIÇÃO E ALIMENTOS NUM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA

46

Quando surge uma emergência em populações ou áreas geográficas com elevada prevalência de HIV, deve considerar-se cuidadosamente como melhor acomodar as necessidades alimentares e nutricionais especiais das pessoas infectadas pelo HIV. À medida que uma emergência vai passando da fase aguda para uma situação mais estável, os contextos de emergência proporcionam oportunidades para se oferecerem serviços relacionados com HIV como parte de e em coordenação com programas nutricionais e alimentares.

As emergências ocorrem, muitas vezes, em áreas com elevada prevalência de HIV. Vejam-se, na Caixa 2, exemplos de formas de integrar a nutrição com a prevenção do HIV e programas de tratamento do HIV e da SIDA em zonas com refugiados.

CAIXA 2. Integrando Actividades Relacionadas com HIV, Alimentos e Nutrição em Zonas com Refugiados

Integrando a prevenção do HIV em programas alimentares e nutricionais

- Integrar actividades para promover o envolvimento e acção da comunidade relacionados com HIV na distribuição geral de alimentos
- Integrar actividades de consciencialização e prevenção do HIV e da SIDA em programas de alimentação suplementar e programas de alimentação terapêutica
- Integrar em programas de alimentação escolar actividades para promover no seio dos jovens o conhecimento/envolvimento no domínio do HIV.

Integrando a prestação de cuidados e apoio a grupos afectados pelo HIV e vulneráveis em programas alimentares e nutricionais

- Modificar um programa geral de distribuição de alimentos para responder melhor às necessidades de PVHS
- Modificar um programa de alimentação suplementar para responder melhor às necessidades de subgrupos da população afectados pelo HIV
- Apoiar famílias e crianças afectadas pelo HIV através de um programa de alimentação escolar ou de uma ração complementar para alimentar famílias e orfanatos
- Apoiar PVHS e suas famílias através de:
 - criação de hortas e machambas
 - actividades de geração de rendimento, microcrédito e operações bancárias comunitárias, formação e outras actividades de capacitação
 - projectos de comida pelo trabalho (FFW)
- Permitir e encorajar a participação de indivíduos HIV-positivos em grupos comunitários formados por pessoas vivendo com HIV

Incorporando alimentos e apoio nutricional em serviços de cuidados de saúde e tratamento para PVHS

- Criar um programa de alimentação para hospitais/unidades de saúde com internamento com educação para a nutrição
- Criar uma horta de demonstração para hospital/unidade de saúde
- Integrar uma ração suplementar e educação para a nutrição num programa de cuidados domiciliários ou num programa de terapia anti-retroviral.

Integrando recursos alimentares e nutricionais em actividades de formação e capacitação para responsáveis de cuidados baseados em estabelecimentos de saúde e na comunidade, ou actividades relacionadas com HIV a nível da comunidade

- Apoiar a formação e outras actividades de capacitação para responsáveis de cuidados de saúde formais e tradicionais e para pessoas que possam pagar a nível da comunidade que desempenhem papéis vitais nos esforços de prevenção do HIV.
- Apoiar voluntários comunitários de saúde envolvidos na prevenção do HIV ou que estejam a cuidar de pessoas vivendo com HIV e suas famílias
- Apoiar actividades de consciencialização e mobilização da comunidade para pessoas vivendo com HIV.

Fonte: ONUSIDA, ACNUR e PMA (2006).

A. ALIMENTAÇÃO INFANTIL²⁸

Devem seguir-se as directrizes do ACNUR (2006) e da OMS (2006c) sobre HIV e alimentação infantil descritas na Secção II. C.2, que recomendam:

- Nos casos em que não se pode proporcionar testagem de HIV ou não se conheça o estatuto de HIV das mães, ou em que se saiba que elas não estão infectadas com HIV, recomenda-se a amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida do bebé, após o que se deverá continuar a amamentar por pelo menos 2 anos.
- Nos casos em que se pode fazer a testagem de HIV, as mulheres identificadas como HIV-positivas necessitam de aconselhamento sobre alimentação infantil. Dados os riscos associados à alimentação de substituição em situações de emergência, amamentar pode ser mais segura para as mulheres HIV-positivas. Contudo, em última análise as mães devem ser apoiadas na tomada e no cumprimento de decisões informadas em consulta com conselheiros qualificados.

“Se não for possível fazer a testagem de HIV, todas as mães devem fazer amamentação exclusiva. As alternativas ao leite materno são demasiado arriscadas para serem oferecidas em situações de emergência se uma mãe não conhecer o seu estatuto de HIV.”

Alimentação Infantil em Emergências, Módulo 2, para trabalhadores de saúde e nutrição em situações de emergência, Rede de Nutrição em Situação de Emergência, Dezembro de 2004.

B. HIV E DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS

Algumas considerações específicas para o uso de alimentos durante situações de emergência em populações onde a prevalência de HIV é elevada:

- Dirigir a ajuda alimentar a agregados familiares e comunidades afectadas e em risco (IASC, 2004).
 - Para ajudar a identificar as áreas mais severamente afectadas pelo HIV, podem ser usados conjuntos de dados nacionais e das agências das NU. Outros indicadores representativos, tais como taxas de mortalidade, indicadores demográficos e dados de centros de saúde também podem ser utilizados.
 - Visar todos os indivíduos em situação de insegurança alimentar, independentemente de se conhecer ou não o seu estatuto de HIV.
- Planificar as necessidades alimentares e nutricionais para populações em risco (FANTA, 2004).
 - Calcular as necessidades de energia da população.
 - Consultar um nutricionista para adaptar a planificação à composição da população, uma vez que as necessidades de energia diferem entre diferentes subgrupos, inclusivamente entre os que se encontram em diferentes fases da infecção.
- Promover práticas apropriadas de prestação de cuidados e alimentação para PVHS, conforme referido na Secção IV. Escolher géneros alimentícios que satisfaçam as necessidades de energia, proteínas, gordura e micronutrientes da população. Recomenda-se o aumento do consumo de micronutrientes, incluindo alimentos combinados fortificados com micronutrientes, ou cereais moídos e fortificados.

28. Esta secção baseia-se em IFE Core Group 2004

- Prestar atenção especial aos mecanismos de prestação de serviço, uma vez que os sistemas usuais de prestação de cuidados (por exemplo, organizações comunitárias de redes de voluntários) se encontram, muitas vezes, destruídos. Pode ser necessária a reabilitação ou fortalecimento de sistemas de prestação de cuidados, ou ainda ser apropriado um maior uso de cuidados domiciliários.

C. SEGURANÇA ALIMENTAR E DOS MODOS DE VIDA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

- Apoiar e proteger a segurança alimentar de agregados familiares e comunidades afectadas pelo HIV e em risco.
 - Rever as avaliações sobre alimentos e agricultura existentes para identificar os grupos populacionais mais afectados pela insegurança alimentar, prestando particular atenção a questões de género.
 - Desenvolver o conhecimento dos constrangimentos e estratégias específicos de agregados familiares e comunidades afectadas pelo HIV
 - Considerar programas de alimentação escolar de emergência, estabelecendo postos sentinela em escolas para recolha de dados com parceiros locais, bem como programas de alimentação para órfãos e outras crianças vulneráveis.
 - Considerar a distância entre o local de distribuição e os agregados familiares a serem servidos, particularmente os que têm crianças ou são chefiados por pessoas idosas.
 - Implementar programas de alimentação escolar de emergência, estabelecer locais sentinela em escolas para recolha de dados com a UNICEF e parceiros locais.
 - Implementar programas de alimentação suplementar e terapêutica (ACNUR e PMA, 2004)
 - Garantir que a ajuda alimentar, quando proporcionada a PVHS e famílias afectadas pelo HIV, não aumente a estigmatização nem faça com que as famílias vulneráveis não afectadas se sintam excluídas.

Análises das ligações entre a segurança alimentar e o HIV demonstram que as relações funcionam em ambas as direcções e são sistémicas, afectando todos os aspectos dos modos de vida (Haddad e Gillespie, 2001). Por isso, é necessária uma compreensão efectiva dos modos de vida para influenciar as causas e resultados do HIV.

- Usar alimentos ou recursos relacionados em programas integrados de alimentação, nutrição e relacionados com HIV para fortalecer a segurança alimentar a longo prazo de agregados familiares afectados, por exemplo, sementes, instrumentos, microcrédito e actividades de geração de rendimentos (ACNUR e PMA, 2004).
- Proporcionar formação e assistência técnica a instituições locais para promover e proteger a segurança alimentar dos agregados familiares através da formação e educação em produção agrícola e alimentar, e garantir a participação de populações em risco, como, por exemplo, jovens, incluindo raparigas e órfãos (IASC, 2004).

A segurança alimentar e nutricional são de fundamental importância para a prevenção, prestação de cuidados, tratamento e mitigação do HIV e da SIDA. A insegurança nutricional e a desnutrição aumentam os riscos de exposição a e de infecção pelo HIV. Um programa de prestação de cuidados sem uma componente nutricional é como um balde furado; a eficácia do tratamento com medicamentos anti-retrovirais pode ser comprometida pela desnutrição, devendo a estratégia de mitigação ter em conta que aquilo de que as pessoas afectadas mais precisam é de comida, numa altura em que a sua capacidade para a adquirir pode estar reduzida (Gillespie e Kadiyala, 2005).



VI. CONCLUSÃO

O presente documento procura reunir uma série de informações para servir de referência inicial fácil para como integrar a nutrição no tratamento e em programas de HIV e SIDA. Descreve as principais recomendações que hoje existem para tratamento, prestação de cuidados e apoio a pessoas infectadas e afectadas pelo HIV nutricionalmente relevantes

49

Ao mesmo tempo, reconhecemos que esta informação vai mudar. Este documento não fornece nem pode fornecer respostas imutáveis e finais a todos os países em todas as situações. As “boas práticas” baseadas na “melhor informação disponível” estão sempre a mudar, o que é particularmente o caso dada a desafiadora natureza da doença e as muito difíceis condições em que o tratamento e a prestação de cuidados e apoio têm lugar. Quase todos os dias surgem novas percepções sobre boas práticas. Por isso, as directrizes nesta síntese evoluirão, sem dúvida, à medida que forem surgindo novas evidências ou novas abordagens testadas. Esperamos, contudo, que este documento tenha atingido o seu principal objectivo de apresentar uma primeira consolidação para orientar o trabalho futuro.

Trata-se de um documento vivo, que deve ser usado, adaptado e melhorado. Serão bem-vindos todos os comentários de todos os leitores, mas especialmente os de profissionais que possam sugerir como melhorar a sua utilidade, e de outros que possam garantir que a informação aqui contida seja actualizada sempre que possível. Agradecem-se comentários de cada uma das organizações parceiras ou do Banco Mundial, que devem ser enviados para nutrition@worldbank.org.

ANEXO I: DIRECTRIZES SOBRE HIV/SIDA, NUTRIÇÃO, E SEGURANÇA ALIMENTAR JÁ PUBLICADAS

I. DIRECTRIZES GLOBAIS

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) and WHO (World Health Organization). 2002. *Living Well with HIV/AIDS: A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations.

IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2004. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in emergency Settings*. Geneva, Switzerland: Inter-Agency Standing Committee.

WFP (World Food Programme). 2004. *Getting STARVted: WFP Support to the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Related Programmes*. Rome, Italy: World Food Programme.

WHO (World Health Organization). 2003. *Nutrient Requirements for People Living With HIV/AIDS: Report of a Technical Consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (World Health Organization). 2004. *Nutrition Counselling, Care and Support for HIV-Infected Women: Guidelines on HIV-Related Care, Treatment and Support for HIV-Infected Women and their Children in Resource-Constrained Settings*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (World Health Organization). 2005. *Guiding Principles for Feeding Non-Breastfed Children 6-24 months of Age*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (World Health Organization). 2005. *Technical Updates of the Guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (AIMI): Evidence and Recommendations for Further Adaptations*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), and UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2003. *HIV and Infant Feeding: A Guide for Health-Care Managers and Supervisors*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), and UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2003. *HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision Makers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

II. DIRETRIZES REGIONAIS

Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI). 2002. *Healthy Eating for Better Living: A Caribbean Handbook*. Kingston, Jamaica: Caribbean Food and Nutrition Institute.

Tindyebwa, D., J. Kayita, P. Musoke, B. Eley, R. Nduati, H. Coovadia, R. Bobart, D. Mbori-Ngacha, and M. Pat Kieffer, eds. 2004. *Handbook on Pediatric AIDS in Africa*. Kampala, Uganda: African Network for the Care of Children Affected by AIDS (ANECA).

III. DIRETRIZES DE PAÍSES

Kenya, Republic of. Ministry of Health. 2004. *Infant and Young Child Feeding Guidelines in the Context of HIV/AIDS: Guidelines for Health Workers*. Nairobi, Kenya: Ministry of Health.

Rwanda, République du. Ministère de la Santé. 2006. *Guide National pour le Soutien et la Prise en Charge Alimentaires et Nutritionnels Pour les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA au Rwanda*. Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé.

Tanzania, United Republic of. Ministry of Health. 2003. *National Guide on Nutrition Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Tanzania Food and Nutrition Centre. Dar Es Salaam, Tanzania: Ministry of Health.

Uganda, Republic of. Ministry of Health. [2003]. *Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS in Uganda: Guidelines for Service Providers*. Kampala, Uganda: Ministry of Health.

Zambia. Ministry of Health. 2004. *Nutrition Guidelines for Care and Support of People Living with HIV/AIDS*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health, National Food and Nutrition Commission.

Zimbabwe. Ministry of Health and Child Welfare. 2004. *Guidelines on DieTARVy Management for People Living with HIV and AIDS*. Harare, Zimbabwe: Ministry of Health and Child Welfare.

ANEXO II: TRATAR DE SINTOMAS E DOENÇAS ASSOCIADAS AO HIV EM ADULTOS

Doença	Dieta	Práticas de Tratamento
ANOREXIA (PERDA DE APETITE)	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar estimular o apetite comendo os alimentos preferidos. • Comer em pequenas quantidades, mais frequentemente. • Seleccionar alimentos mais energéticos. • Evitar alimentos com aromas fortes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caso a perda de apetite se deva a doença, procurar tratamento médico.
DIARREIA	<ul style="list-style-type: none"> • Beber grandes quantidades de fluidos para evitar desidratação (por exemplo, sopas, sumos de frutos diluídos, água fervida, chás de ervas). • Beber sumos, tais como sumo de maracujá; evitar citrinos fortes (por exemplo, laranja, limão) porque podem irritar o estômago. • Consumir alimentos ricos em fibras solúveis para ajudar a retenção de fluidos (por exemplo, mexoeira, banana, ervilhas e lentilhas). • Comer alimentos feculentos como arroz, milho, sorgo, pão, batata, mandioca e misturas de alimentos, como, por exemplo, mistura de milho e soja (CSB). • Para proteínas, comer ovos, carne, galinha, ou peixe. • Cozer alimentos em água ou a vapor. • Consumir alimentos fermentados como papas de aveia e iogurte. • Comer em pequenas quantidades frequentemente e, depois de doenças, continuar a comer para recuperar peso e da perda de nutrientes. • Comer frutos e vegetais leves tais como banana, melancia, banana matoke (espécie de puré de banana verde cozida, comida típica da África oriental), puré de batata-doce, e puré de cenoura. <p><i>Alimentos a evitar /reduzir:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguns laticínios, tais como leite, caso haja intolerância à lactose. • Cafeína (por exemplo, café, chás) e álcool. • Alimentos gordos, incluindo fritos, e óleo extra, banha ou manteiga. • Alimentos que formam gases, tais como couves, cebola e bebidas gaseificadas (por exemplo, sodas). 	<p><i>Prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beber muita água limpa, fervida. • Lavar as mãos com sabão e água antes de manusear, preparar, servir ou guardar alimentos. • Lavar as mãos com sabão e água depois de usar uma casa de banho ou latrina ou depois de limpar uma criança após defecação. <p><i>Tratamento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beber mais fluidos para prevenir a desidratação. Para soluções de reidratação utilizar pacotes de sais de reidratação oral ou uma solução caseira de um litro de água fervida, 4 colheres de chá de açúcar e meia colher de chá de sal iodado. • Ir a um centro de saúde caso persistam sintomas como desidratação grave (por exemplo, urinar pouco ou nada, debilidade, tonturas, falta de ar, fezes com sangue, febre alta, vômitos, dores abdominais fortes, ou diarreia).
FEBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Comer sopas que sejam ricas em alimentos que forneçam energia e nutrientes, tais como milho, batata e cenoura. • Beber muitos líquidos, mais do que o costume, para além de matar a sede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomaram banho de imersão em água fria. • Descansar • Continuar a fazer pequenas e frequentes refeições, como tolerado. • Ir ao centro de saúde em caso de febre que persista por vários dias e não baixe com aspirina; perda de consciência, dor corporal grave; olhos amarelos; diarreia grave; e convulsões

Doença	Dieta	Práticas de Tratamento
NÁUSEAS E VÔMITOS	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer refeições pequenas e frequentes • Comer alimentos como sopas e papas de aveia sem açúcar, e frutos como banana • Comer alimentos um pouco salgados e secos, tais como bolachas salgadas, para acalmar o estômago • Beber líquidos, como, por exemplo, água fervida limpa • Evitar alimentos muito condimentados e gordos. • Evitar cafeína (por exemplo, café, chá) e álcool • Evitar alimentos excessivamente doces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar deitar se imediatamente depois de comer; esperar pelo menos vinte minutos para evitar vomitar • Descansar entre as refeições • Evitar ter o estômago vazio; as náuseas pioram quando não se tem nada no estômago. • Fazer refeições pequenas e frequentes.
AFTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Comer alimentos ligeiros em puré, tais como cenoura, ovos mexidos, puré de batata, banana, sopas, papas de aveia • Se disponível, usar uma colher ou chávena para comer pequenas quantidades de alimentos • Comer alimentos frios ou à temperatura ambiente. • Beber muitos fluidos • Evitar alimentos muito condimentados, ou grudentes; estes alimentos podem irritar as feridas na boca. • Evitar alimentos açucarados; podem fazer com que aumentem os fungos • Evitar citrinos e sumos fortes que possam irritar as feridas na boca. • Evitar álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar tratamento médico • Bochechar com água salgada morna depois de comer para reduzir a irritação e manter limpas as áreas infectadas para que o fungo não se possa desenvolver. • Inclinar a cabeça para trás ao comer para a ajudar a engolir.
ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> • Comer mais alimentos ricos em ferro e ácido fólico, tais como produtos animais (por exemplo, ovos, peixe, carne, fígado), vegetais com folhas verdes (por exemplo, couves, espinafre), legumes (por exemplo, feijões, lentilhas, amendoim), e cereais fortificados • Consumir alimentos ricos em vitamina C (por exemplo, citrinos, vegetais com folhas verdes) às refeições, para melhorar a absorção de ferro • Não beber chá, café, leite, ou cacau à hora das refeições; inibem a absorção de ferro • Tomar suplementos de ferro conforme recomendado por um trabalhador de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar tratamento para a malária e para a ancilostomíase

Doença	Dieta	Práticas de Tratamento
PERDA DE MASSA MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a ingestão de alimentos, aumentando a quantidade de comida e a frequência de consumo • Aumentar proteínas comendo produtos animais, cereais e legumes. • Melhorar a qualidade e aumentar a quantidade de alimentos proporcionando uma alimentação variada. • Fazer pequenas e frequentes refeições. Comer alimentos líquidos ligeiros caso haja feridas na boca. • Introduzir lentamente gordura na dieta. • Aumentar a ingestão de alimentos ricos em amido em cereais e outros alimentos básicos. • Utilizar alimentos fortificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer exercício regularmente. É a única forma de criar músculos.
OBSTIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Beber água, sumos, e néctares todos os dias. • Comer mais alimentos ricos em fibras, tais como milho, pão integral, vegetais verdes e frutos lavados com casca. • Beber muitos líquidos, incluindo água fervida. • Evitar alimentos processados ou refinados 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer exercício regularmente.
INCHAÇO/ ARDOR NO ESTÔMAGO	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer refeições pequenas e frequentes. • Evitar alimentos que formam gases (por exemplo, couves, sodas) e alimentos muito condimentados. • Beber fluidos entre as refeições. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comer muito tempo antes de dormir para que os alimentos possam ser digeridos. • Evitar deitar-se imediatamente depois de comer
TUBERCULOSE	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir alimentos ricos em proteínas, energia, ferro e vitaminas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar pessoal médico sobre ingerir alimentos com medicamentos. • Se está a tomar isoniazid para tratamento, tomar um suplemento de vitamina B6 para evitar deficiência deste micronutriente.
PERDA DE PALADAR E/OU PALADAR ANORMAL	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar realçadores de sabor (por exemplo, sal, condimentos, ervas, limão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mastigar bem os alimentos e revolvê-los na boca para estimular os receptores.

Fonte: Fanta 2004

ANEXO III: MEDICAMENTOS MODERNOS E EFEITOS COLATERAIS

55

Medicação	Finalidade	Recomendações sobre nutrição	Alimentos/ Bebidas/ Ervas a Evitar	Possíveis Efeitos Colaterais *
Sulfonamides: Sulfamethoxazole Cotrimoxazole (Bactrim®, Septra®)	Antibiótico para tratamento de pneumonia e toxoplasmose	Tomar com comida		Náuseas, vômitos, dor abdominal
Rifampin	Tratamento de tuberculose	Com estômago vazio uma hora antes ou duas horas depois das refeições	Álcool	Náuseas, vômitos, diarreia, perda de apetite
Isoniazid	Tratamento de tuberculose	Uma hora antes ou duas horas depois das refeições Suplementar diariamente com 10 mg de vitamina B6	Álcool	Anorexia, diarreia; pode eventualmente provocar reacções com alimentos como banana, cerveja, abacate, fígado, peixe fumado ou em conserva, levedura ou iogurte; pode interferir com o metabolismo de vitamina B6, requerendo portanto suplemento de vitamina B6 para prevenir neuropatia periférica e anemia
Quinino	Tratamento de malária	Com comida		Dor abdominal ou de estômago, diarreia, náuseas, vômitos, mais baixo teor de açúcar no sangue
Sulfadoxine e Pyrimethamine (Fansidar®)	Tratamento de malária Pyrimethamine é também utilizado para tratar toxoplasmose	Com comida e grandes quantidades de água Suplementar diariamente com o Acido Fólico (leucovorin), a forma activa de folato (5-10 mg/dia)		Náuseas, vômitos, perda de paladar e diarreia; não recomendado em caso de deficiência de folato; não recomendado para mulheres a amamentar
Chloroquine	Tratamento de malária	Com comida		Dor de estômago, perda de apetite, náuseas, vômitos; não recomendado para mulheres a amamentar
Fluconazole	Tratamento de aftas/sapinhos	Com comida		Náuseas, vômitos, diarreia; pode ser utilizado durante a amamentação
Nystatin®	Tratamento de aftas	Com comida		Infrequente ocorrência de diarreia, vômitos, náusea

Medicação	Finalidade	Recomendações sobre nutrição	Alimentos/ Bebidas/ Ervas a Evitar	Possíveis Efeitos Colaterais *
Medicamentos anti-retrovirais				
Didanosine (ddl) NNRTI	Anti-retroviral	Pode ser tomado sem relação com a comida	Álcool, sumo	Anorexia, diarreia, náuseas, vômitos, dores, dor de cabeça, fraqueza, insónia, erupções na pele, boca seca, perda de paladar, obstipação, estomatite, anemia, febre, vertigem, pancreatite, não tomar com antiácido contendo alumínio ou magnésio
Lamivudinen (3TC) NNRTI	Anti-retroviral	Pode ser tomado sem relação com a comida	Álcool	Náuseas, vômitos, dor de cabeça, vertigem, diarreia, dor abdominal, sintomas nasais, tosse, fadiga, pancreatite, anemia, insónia, dor muscular, e erupções cutâneas
Stavudine (d4T) NNRTI	Anti-retroviral	Pode ser tomado sem relação com a comida	Limitar o álcool	Náuseas, vômitos, diarreia, neuropatia periférica, calafrios e febre, anorexia, estomatite, diarreia, anemia, dor de cabeça, erupções cutâneas, medula óssea/, e pancreatite
Tenefavir (DTF) NNRT	Anti-retroviral	Com comida	Álcool	Dores abdominais, dor de cabeça, fadiga e vertigens
Zinovidine (AZT) NNRTII	Anti-retroviral	Pode ser tomado com comida, mas não com uma refeição rica em gordura	Álcool	Anorexia, anemia, náuseas, vômitos, Supressão de medula óssea, dor de cabeça, fadiga, obstipação, vertigens de febre, dispneia, insónia, dor muscular, erupções cutâneas
Efavirenz NRTI	Anti-retroviral	Pode ser tomado com comida, mas não com uma refeição rica em gordura	Álcool	Elevados níveis de colesterol no sangue, elevados níveis de triglicéridos, erupções na pele, vertigens, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, dispepsia, dor abdominal, flatulência
Nevirapine (NVP) NRTI	Anti-retroviral	Pode ser tomado sem relação com a comida	Erva de São João	Náuseas, vômitos e erupções cutâneas, febre, dor de cabeça, reacções na pele, fadiga, estomatite, dor abdominal, sonolência, parestesia; elevada hepatotoxicidade

Medicação	Finalidade	Recomendações sobre nutrição	Alimentos/ Bebidas/ Ervas a Evitar	Possíveis Efeitos Colaterais *
Indinavir (IDV) PI	Anti-retroviral	Tomar o medicamento uma hora antes ou duas horas depois da refeição. Beber pelo menos 1500 ml de fluidos diariamente	Erva de São João	Náuseas, dor abdominal, dor de cabeça, pedras nos rins, alterações no paladar, vômitos, diarreia, insónia, edemas, fraqueza, vertigens; pode aumentar o risco de lipodistrofia; não consumir toranja pois pode baixar o nível do medicamento no sangue
Nelfinavir PI	Anti-retroviral	Tomar com a refeição ou com alguma comida	Erva de São João	Diarreia, flatulência, náuseas, dor abdominal, erupções cutâneas; pode aumentar o risco de lipodistrofia
Ritonavir PI	Anti-retroviral	Tomar com a refeição se possível	Erva de São João	Náuseas, vômitos, diarreia, hepatite, icterícia, fraqueza, anorexia, dor abdominal, febre, diabetes, dor de cabeça, vertigens; pode aumentar o risco de lipodistrofia
Saquinavir	Anti-retroviral	Tomar com a refeição ou com alguma comida; Tomar até 2 horas após uma refeição rica em gordura e em teor de cálcio.	Suplementos de alho Erva de São João	Úlceras na boca, alterações no paladar, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, obstipação, flatulência, fraqueza erupções cutâneas, dor de cabeça; pode aumentar o risco de lipodistrofia

*Nota: Esta lista não é exaustiva. Para gestão nutricional de efeitos colaterais, consultar os anexos II e IV

Fonte: FANTA 2004

ANEXO IV: FORMAS TRADICIONAIS DE LIDAR COM DOENÇAS E SINTOMAS COMUNS DE SIDA

58

Doença/ Sintoma	Formas Tradicionais de Lidar com a Doença ou Sintoma	Quando Procurar Assistência de Serviços de Saúde Modernos
DIARREIA	<ul style="list-style-type: none"> • Comer frutos como, por exemplo, banana madura • Beber água de arroz branco cozido e papas ligeiras feitas de milho e mandioca. • Preparar sopa de arroz. Ferver uma chávena de arroz em cinco ou seis chávenas de água e um pouco de sal por uma hora. Beber a sopa enquanto quente • Beber leite fermentado 3 a 4 vezes por dia. O leite fermentado não contém lactose, um açúcar que pode ser associado a dor abdominal durante a diarreia. • Beber chá de alho. Picar 3 ou 4 dentes de alho e juntar a uma chávena de água fervida. Ferver em lume brando por dez minutos e deixar arrefecer um pouco antes de beber. Beber o chá 3 a 4 vezes por dia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se houver sangue nas fezes • Se a diarreia for acompanhada por febre que não possa ser aliviada com aspirina ou tratamento caseiro • Se o doente estiver demasiado fraco para comer ou muito desidratado e os esforços para o hidratar não resultarem • Se a diarreia não desaparecer passados dois a três dias.
FEBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Beber sumo de citrinos (por exemplo, limão, laranja) várias vezes ao longo do dia • Esmagar casca de limão ou laranja com uma pequena quantidade de água. Esfregar nas costas do paciente e acrescentar à água do banho antes do banho. • Esmagar folhas de árvore que produz goma/eucalipto num almofariz com uma pequena quantidade de óleo de cozinha. Esfregar o óleo no peito do doente. Ou colocar um grande número de folhas de árvore que produz goma numa panela de água a ferver. Deixar a panela no quarto do doente para que os vapores possam ser inalados. • Cortar um ramo fresco de uma margosa (isto é, <i>Azadirachta indica</i>). Retirar as folhas e fazer com que o doente masque a casca; ou ferver alguma água com a casca e fazer com que o doente beba o chá 	<ul style="list-style-type: none"> • Se a febre demorar mais de três dias • Se o doente estiver muito quente ou a delirar • Se a febre for acompanhada de outros sinais de doença grave
TOSSE	<ul style="list-style-type: none"> • Esmagar algumas folhas de árvore que produz goma frescas e pô-las em água a ferver. Quando a água estiver a ferver, tirar a panela do lume. Pôr uma toalha por cima da cabeça da pessoa, que deverá reclinar-se sobre a panela para respirar os vapores. • Colocar 3 a 4 folhas de árvore que produz goma secas numa chávena de água quente e ferver por dez minutos. Deixar o chá arrefecer ligeiramente antes de beber. O chá deve ser tomado 2 a 3 vezes por dia. • O chá também pode ser feito com folhas de limoeiro ou goiabeira 	<ul style="list-style-type: none"> • Se a pessoa estiver a escarrar sangue ou saliva espessa com mau cheiro • Se a tosse demorar mais de duas semanas

Doença/ Sintoma	Formas Tradicionais de Lidar com a Doença ou Sintoma	Quando Procurar Assistência de Serviços de Saúde Modernos
DOR DE CABEÇA	<ul style="list-style-type: none"> • Esmagar algumas folhas de lavanda com um pouco de óleo de cozinha até se formar uma pasta. Esfregar nas têmporas e na nuca. Esfregar também algumas folhas de lavanda nas mãos e cheirá-las frequentemente enquanto descansa. • Fazer chá de alho e cebola. Picar dois a três dentes de alho e meia cebola. Pôr o alho e a cebola picados numa chávena de água quente. Deixar a água ferver em lume brando durante dez minutos. Passados dez minutos deixar arrefecer ligeiramente antes de beber. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se o pescoço do doente estiver rígido • Se o doente também tiver febre alta • Se a dor de cabeça não desaparecer passados 2 a 3 dias
INFLAMAÇÃO NA GARGANTA	<ul style="list-style-type: none"> • Esmoer um limão inteiro e misturar com mel. Tomar uma grande colher de sopa conforme o necessário. • Misturar uma solução forte de sal e água quente. Gargarejar com esta solução várias vezes ao dia. • Comer alho cru ou fazer chá de alho. Picar 3 a 4 dentes de alho. Juntar os dentes de alho picados a uma chávena de água a ferver. Deixar a água a ferver em lume brando por dez minutos. Deixar arrefecer antes de beber. Se disponíveis, acrescentar mel ou açúcar para adocicar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se o doente não conseguir engolir ou não respirar devidamente • Se o doente tiver febre que não possa ser aliviada com aspirina ou tratamento caseiro • Se o doente desenvolver erupções cutâneas • Se a inflamação na garganta persistir por mais de duas semanas
ESTOMATITE (AFTAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Comer 1 a 2 cabeças de alho cada 3-4 horas se disponível. Se o alho for muito forte, esmagar os dentes e misturar com uma pequena quantidade de água fervida limpa. Bochechar com esta mistura e depois engolir o resto. Repetir cada 3 a 4 horas. • Beber leite azedo ou fermentado. Ajudará a evitar o desenvolvimento dos fungos. • Comer papaia verde ou papaia como condimento ou acompanhamento • Gargarejar com água ligeiramente salgada, quente, limpa. • Evitar alimentos doces e bebidas açucaradas (por exemplo, refrigerantes com gás), que agravam a sensação de dor e ajudam os fungos a crescerem. Evitar açúcar e mel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em presença de febre que não possa ser aliviada com aspirina ou tratamento caseiro • Se não houver melhoria passados alguns dias. • Se a dor provocar total perda de apetite.

Fonte: FANTA 2004

ANEXO V: TÓPICOS DE SEGURANÇA ALIMENTAR, HIGIENE E SANEAMENTO PARA EDUCAÇÃO NO DOMÍNIO DO HIV/SIDA

60

Apresenta-se abaixo uma lista de directrizes para como lidar com água, produtos animais, frutos e vegetais e guardar a comida, bem como algumas orientações gerais de higiene.

Água

- Assegurar-se de que a água é potável. A norma relativa ao tempo de fervura da água para beber e preparar alimentos varia desde água a ferver vigorosamente por apenas alguns segundos até dez minutos.
- Manter a água fervida guardada num reservatório limpo e coberto.
- Não mergulhar as mãos nem chávenas no reservatório. Em vez disso, verter a água do reservatório.
- O melhor reservatório é o que tem uma torneira.
- Lavar sempre as mãos com sabão antes e depois de tocar na comida e de utilizar a latrina.

Produtos animais

- Cozinhar todos os produtos animais (isto é, carne, galinha, carne de porco, peixe e ovos) até ficarem completamente cozidos e bem passados.
- Não comer carne que ainda tenha suco vermelho.
- Não comer ovos pouco cozidos, ovos crus, ovos quebrados ou quaisquer alimentos que contenham ovo cru.
- Lavar completamente as mãos e todos os utensílios e superfícies que tenham tocado alimentos não cozinhados, particularmente carnes, antes de lidar com outros alimentos.
- Cobrir a carne, aves e peixe com uma tampa ou pano limpo. Manter a carne, as aves e o peixe separados dos outros alimentos para evitar contaminação com bactérias e outros agentes causadores de doença.

Frutos e vegetais

- Usar água fervida, limpa, para lavar cuidadosamente todos os frutos e vegetais que sejam para comer crus.
- Não havendo possibilidade de lavar os frutos e vegetais devidamente, retirar a casca para evitar contaminação.
- Revolver as partes feridas dos frutos e vegetais para retirar qualquer bolor e bactérias que nelas se desenvolvam.
- Ferver vigorosamente, mas não cozer em excesso os vegetais para não se perderem as vitaminas.

Armazenagem e manuseio gerais de alimentos

- Garantir que todas as áreas de preparação e consumo de alimentos estejam livres de moscas e outros insectos.
- Manter limpas todas as superfícies de preparação de comida.
- Utilizar pratos e utensílios limpos para guardar e preparar alimentos e para comer.
- Cobrir e guardar a comida em recipientes para evitar a contaminação.
- Manter quente a comida quente e fria a comida fria antes de comer.
- Deitar fora alimentos que tenham ficado deteriorados ou que tenham passado consideravelmente a data de validade ou limite recomendado para venda.
- Evitar guardar restos a menos que possam ser mantidos em lugar fresco ou na geleira. Reaquecê-los sempre a temperatura elevada. Ferver sempre os restos por pelo menos cinco minutos antes de comer.
- Não guardar comida crua, principalmente carne, perto de alimentos cozinhados.
- Armazenar os alimentos em local fresco ou na geleira.
- Ter muito cuidado no que respeita a comer alimentos preparados por ou comprados a vendedores nos mercados.

Higiene Geral

- Lavar sempre as mãos com água limpa e sabão ou cinza antes, durante e após a preparação de comida, antes de comer ou depois de ir à latrina.
- Cobrir todas as feridas para prevenir a contaminação de alimentos durante a preparação e manuseio.
- Utilizar uma latrina e mantê-la limpa e livre de moscas.
- Manter limpas as áreas em volta das latrinas e das zonas de preparação de alimentos e onde se come.
- Lavar em água quente e sabão a roupa, a roupa de cama e as superfícies que possam ter sido contaminadas com fezes.

Fonte: FANTA 2004

ANEXO VI: AUMENTO DE PESO RECOMENDADO DURANTE A GRAVIDEZ

62

Categoria pré-gravidez IMC	Aumento total recomendado (kg)	Aumento de peso semanal recomendado, segundo e terceiro trimestres
IMC inferior a 19,8	12,5 a 18,0	pouco mais de 0,5 kg
IMC 19,8 a 25,9	11,5 a 16,0	0,5 kg
IMC 26,0 a 29,0	7,0 a 11,5	0,3 kg
IMC superior a 29,0	menos de 7	0,3 kg

Fonte: IOM 1990

ANEXO VII: DEFINIÇÃO DE AVASS: ACEITÁVEL, VIÁVEL, ACESSÍVEL, SUSTENTÁVEL E SEGURA

63

ACEITÁVEL: A mãe não vê qualquer obstáculo à alimentação de substituição. Os obstáculos podem ser razões de ordem cultural ou social, ou devidos a receio de estigma ou discriminação. A mãe não está sob nenhuma pressão social ou cultural para não usar alimentação de substituição. É apoiada pela família e pela comunidade na opção por alimentação de substituição, ou está á capaz de enfrentar a pressão da família e dos amigos para amamentar, e pode lidar com possível estigma ligado a ser vista com alimentação de substituição.

VIÁVEL: A mãe ou a família têm tempo adequado, conhecimento, competências, e outros recursos para preparar a alimentação de substituição e alimentam o bebé mais de 12 vezes em 24 horas. A mãe pode compreender e seguir as instruções para a preparação de leite em pó para bebé e, com o apoio da família, pode preparar correctamente alimentos de substituição suficientes todos os dias e noites, apesar das quebras na preparação de comida para a família ou outro trabalho.

ACESSÍVEL: A mãe e a família, com o apoio da comunidade ou do sistema de saúde, se necessário, podem pagar o custo da compra/produção, preparação e utilização da alimentação de substituição, incluindo todos os ingredientes, combustível, água limpa, sabão e equipamento, sem comprometer a saúde e a alimentação da família. Este conceito inclui também acesso a cuidados médicos para diarreia, se necessário, e capacidade para cobrir o custo desses cuidados.

SUSTENTÁVEL: Disponibilidade de um fornecimento contínuo e ininterrupto e de um sistema fiável de distribuição de todos os ingredientes e produtos necessários para uma alimentação de substituição segura por tanto tempo quanto o bebé dela necessitar, até um ano de idade ou mais. Há pouco risco de o leite em pó deixar de estar disponível ou ficar inacessível, e outra pessoa não só está disponível para alimentar a criança em caso de ausência da mãe mas também pode preparar e dar alimentos de substituição.

SEGURA: Os alimentos de substituição são correcta e higienicamente preparados e guardados e dados em quantidades nutricionamente adequadas, com mãos limpas e utilizando utensílios limpos, de preferência com chávena. Este conceito significa que a mãe ou quem presta cuidados:

- Tem acesso a fornecimento fiável de água segura (por exemplo, de uma fonte canalizada ou bem protegida);
- Prepara alimentos de substituição que sejam nutricionalmente fortes e livres de elementos patogénicos;
- Está capaz de lavar cuidadosamente as mãos e os utensílios com sabão e de ferver regulamentos os utensílios para os esterilizar;
- Pode ferver água para preparar cada uma das refeições do bebé; e
- Pode guardar alimentos não preparados em recipientes limpos, cobertos, e protegê-los de roedores, insectos e outros animais.

Fonte: Piwoz, E

ANEXO VIII: EXEMPLOS DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR INTEGRADA EM PROGRAMAS DE HIV/SIDA

64

Actividade	Objectivo	Critério de Entrada de Beneficiários	Portas de Entrada	Alimentos e Outros Recursos Necessários
Alimentação terapêutica (Instalações de internamento ou apoio a programas de alimentação terapêutica baseados na comunidade)	Reabilitação nutricional de crianças gravemente subnutridas (incluindo COVs) e adultos a viver com HIV, de acordo com protocolos-padrão nutricionais da OMS para tratamento de subnutrição grave	<p>CRIANÇAS: Peso / peso < 3 DP ou < 70 por cento da média</p> <p>ADULTOS: Perda de peso superior a 10 por cento da massa corporal; ou circunferência braquial (circunferência da parte superior do braço - PB) ≤ 160 mm, independentemente de sinais clínicos; ou PB 161–185 mm mais critérios de estágio 2 ou 3 da OMS</p>	PTV, ATV, ARV, cuidados domiciliários e paliativos	<p>Formação e avaliação nutricional contínua</p> <p>Logística</p> <p>Assistência técnica para a supervisão do programa</p> <p>Alimentos terapêuticos (por exemplo, leite terapêutico F100, F75, Plumpynut®)</p>
Alimentação suplementar (em instalações de tratamento ambulatorio)	Reabilitação nutricional de crianças moderadamente subnutridas (incluindo COVs) e adultos a viver com HIV, de acordo com protocolos-padrão nutricionais e médicos da OMS	<p>CRIANÇAS: Peso / peso < 2 DP ou 70-80 por cento da média</p> <p>ADULTOS: Perda de peso superior a 10 por cento da massa corporal; ou PB ≤ 161–185 mm;</p> <p>MULHERES GRÁVIDAS E A AMAMENTAR : Deterioração nutricional ou não aumento de peso com ARV e/ou tratamento de infecções em qualquer dos grupos acima</p>	PTV, ATV, ARV, cuidados domiciliários e paliativos	<p>Formação e assistência técnica nutricional contínua para a supervisão do programa</p> <p>Alimentos suplementares (por exemplo, CSB - mistura de milho, soja e nutrientes -, óleo, outros artigos de produção local)</p>
Alimentação suplementar(em instalações de tratamento ambulatorio)	Dar incentivos para frequência regular de seguimento a pessoas que vivem com HIV ainda não qualificadas para ARV	Contagem de CD4 200 -500/mm ³	ARV	<p>Formação e assistência técnica nutricional contínua para supervisão do programa</p> <p>Alimentos suplementares (exemplo CSB - mistura de milho, soja e nutrientes -, óleo, outros alimentos de produção local)</p>
Pacote de cuidados 'preventivos'	Melhorar a participação e a gestão de sintomas	Os participantes recebem redes tratadas com insecticida (RTIs), sistemas de água segura, e cotrimoxazole. Estes não são critérios de selecção	Cuidados domiciliários e cuidados paliativos	Formação e assistência técnica e artigos nutricionais (por exemplo, CSB - mistura de milho, soja e nutrientes -, óleo, outros alimentos de produção local)

Fonte: FANTA 2004

HIV/SIDA, NUTRIÇÃO E SEGURANÇA ALIMENTAR O QUE PODEMOS FAZER

ANEXO IX: EXEMPLOS DE UTILIZAÇÃO DA AJUDA ALIMENTAR PARA APOIAR POPULAÇÕES AFECTADAS PELO HIV

65

Grupo-alvo	Usos de Alimentos
TRATAMENTO	
PVHS, incluindo crianças	Alimentos para melhorar a adesão a TARV Alimentos para melhorar a eficácia do tratamento Alimentos para ajudar a gerir efeitos colaterais de medicamentos
PREVENÇÃO	
PVHS e membros do agregado familiar	Alimentos como transferência de rendimentos e protecção de património Alimentos para prevenir ou reduzir comportamentos de alto risco ou confiança em estratégias negativas para lidar com a situação Alimentos como incentivo para aconselhamento e testagem voluntária Alimentos como incentivo para participação em PTV e PTV +
Comunidades em áreas de elevada prevalência ou alto risco	Alimentos como incentivo para participar em consciencialização em matéria de HIV e programas de mudança comportamental Alimentos como transferência de rendimentos e protecção de património e para prevenir ou reduzir comportamentos de alto risco ou confiança em estratégias negativas para lidar com a situação
CUIDADOS E APOIO	
PVHS	Alimentos para suplementar as necessidades nutricionais diárias e necessidades dietéticas especiais, tais como maiores necessidades energéticas Alimentos para apoiar a gestão nutricional de sintomas de infecções oportunistas (por exemplo, anorexia, diarreia, náuseas) Alimentos para utilizar em hospitais e Instituições que cuidam de doentes na fase terminal como parte de cuidados paliativos Alimentos para fornecer uma rede de segurança e transferências de rendimento Alimentos como transferência de rendimentos e protecção de património Alimentos para treinar habilidades para a vida, planificação da vida, estratégias alternativas relativas a modos de subsistência
Agregados familiares afectados e COVs	Alimentos para suplementar as necessidades nutricionais diárias de COVs e outros membros de agregados familiares afectados Alimentos para proporcionar uma rede de segurança e transferência de rendimentos para agregados familiares afectados e tutores Alimentos por educação como suplemento nutricional, transferência de rendimentos, e incentivo para tutela. Alimentos como transferência de rendimentos e protecção de património Alimentos como transferência de rendimentos para encorajar a frequência escolar Alimentos por formação em habilidades para a vida, planificação da vida, estratégias alternativas relativas a modos de subsistência Alimentos como ponte para a adopção de novas tecnologias e práticas ou para o estabelecimento de novas estratégias relativas a modos de subsistência
COVs em instituições	Alimentos para suplementar as necessidades nutricionais diárias Alimentos como transferência de rendimentos para assistir com custos de cuidados, apoio monetário incondicional para a provisão de outros serviços fundamentais, e para facilitar a frequência escolar e programas de formação
Crianças da rua	Alimentos para suplementar as necessidades nutricionais Alimentos para encorajar a participação em sessões de desenvolvimento de habilidades ou aconselhamento
Comunidade em áreas de elevada prevalência ou alto risco	Alimentos como transferência de rendimentos ou para cobrir custos de oportunidade para responsáveis voluntários de cuidados Alimentos para responsáveis voluntários de cuidados Alimentos como ponte para estabelecer redes de segurança social baseadas na comunidade (por exemplo, bancos alimentares) e cuidados e serviços de apoio Alimentos como transferência de rendimentos e protecção de património e para prevenir ou reduzir comportamentos de alto risco ou confiança em estratégias negativas para lidar com a situação

Fonte: FANTA 2004

ANEXO X: RESULTADO DA AUSCULTAÇÃO DA OMS SOBRE NUTRIÇÃO E HIV/SIDA EM ÁFRICA

66

DECLARAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DURBAN, ÁFRICA DO SUL, 10-13 DE ABRIL DE 2005

1. O HIV/SIDA está a afectar na África Oriental e Austral mais gente que a que os frágeis sistemas de saúde dos países atingidos podem tratar, a lançar no desespero um número de crianças superior ao que os nossos sistemas de educação podem estimular, a criar órfãos para além dos de que as comunidades podem cuidar, a destruir famílias e a ameaçar sistemas alimentares. A epidemia do HIV/SIDA é cada vez mais conduzida por factores que também levam a desnutrição, especialmente a pobreza, emergências e as desigualdades. Para além desse facto o HIV/ SIDA contribuir para os factores acima citados.
2. Em resposta urgente a esta situação, apelamos para a integração de nutrição nos pacotes essenciais de cuidados, tratamento e apoio para pessoas que vivem com HIV/SIDA e para esforços no sentido de se prevenir a infecção.
3. Nós, representantes de 20 países da África Oriental e Austral e outros participantes, de organizações no sistema das Nações Unidas, agências bilaterais, grupos regionais, organizações não-governamentais, academias e outros organismos, *reconhecemos que*
 - (1) têm de ser dados passos de longo alcance para inverter as actuais tendências de desnutrição, infecção por HIV e insegurança alimentar na maior parte dos países na região, para se alcançarem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
 - (2) uma nutrição adequada não pode curar a infecção do HIV, mas é essencial para manter o sistema imunitário da pessoa, para sustentar níveis saudáveis de actividade física, e para uma qualidade de vida óptima;
 - (3) uma nutrição adequada é também necessária para assegurar os melhores benefícios do uso de tratamento anti-retroviral, essencial para prolongar as vidas das pessoas infectadas com HIV e para prevenir a transmissão do HIV da mãe para a criança;
 - (4) proliferam no mercado dietas e terapias dietéticas não comprovadas, com exploração de receios, geradoras de falsas esperanças e que empobrecem ainda mais os infectados e afectados pelo HIV e pela SIDA;
 - (5) são necessárias medidas de excepção para assegurarem a saúde e o bem-estar de todas as crianças afectadas e vulneráveis pelo HIV/SIDA, estando especialmente em risco as raparigas;
 - (6) o conhecimento do estatuto de HIV é importante para que se façam escolhas informadas de saúde reprodutiva e alimentação da criança.
4. Tendo nós analisado evidências científicas e discutido a experiência programática no domínio de nutrição e HIV/SIDA, chegámos às seguintes conclusões.

MACRONUTRIENTES

- Os adultos e as crianças infectados pelo HIV têm mais necessidade de energia do que os adultos e as crianças não infectados. É necessário um incremento energético de 10 por cento em adultos e crianças assintomáticos infectados por HIV, e, em adultos em estágios mais avançados da doença, até 20% a 30%. Para crianças infectadas com HIV com perda de peso, o incremento energético tem de se situar entre os 50 e 100%.

- Não há evidências que comprovem a necessidade de um maior consumo de proteína por pessoas infectadas por HIV para além do necessário numa dieta equilibrada para satisfazer as necessidades energéticas (12% a 15% do total de energia ingerida).
- Perda de apetite e uma dieta deficiente são importantes causas de perda de peso associada a infecção por HIV. Têm de ser desenvolvidas e documentadas formas efectivas de melhorar o consumo dietético.

MICRONUTRIENTES

- 5.** Estão frequentemente presentes em adultos e crianças infectados por HIV deficiências em micronutrientes.
 - Têm de ser assegurados em adultos e crianças infectados consumos de micronutrientes a níveis recomendados diariamente através do consumo de dietas diversificadas, alimentos fortificados e suplementos em micronutrientes consoante as necessidades.
 - As recomendações da OMS relativas a vitamina A, zinco, ferro, folato e suplementos múltiplos de micronutrientes permanecem as mesmas.
 - Os suplementos em micronutrientes não são uma alternativa ao tratamento abrangente de HIV incluindo terapia com agentes anti-retrovirais.
 - São necessários mais estudos para se compreender melhor a relação entre a suplementação em micronutrientes e potenciais benefícios de saúde para pessoas infectadas com HIV.

GRAVIDEZ E ALEITAMENTO

- A gravidez e o aleitamento não precipitam a progressão da infecção de HIV para SIDA.
- Nas mulheres infectadas por HIV, uma nutrição óptima durante a gravidez e o aleitamento aumentam o peso adquirido e melhoram a gravidez e os resultados do parto
- As mulheres grávidas infectadas com HIV ganham menos peso e experimentam mais frequentemente deficiências em micronutrientes do que as mulheres grávidas não infectadas.

CRESCIMENTO

- A infecção por HIV prejudica o crescimento da criança nos primeiros tempos de vida. Observam-se muitas vezes perturbações no crescimento mesmo antes do início da infecção sintomática do HIV. Associa-se crescimento deficiente a maior risco de mortalidade.
- A carga viral, diarreia crónica e infecções oportunistas dificultam o crescimento em crianças infectadas por HIV. O crescimento e a sobrevivência de crianças infectadas com HIV melhoram com uso profilático de cotrimoxazole, terapia anti-retroviral e prevenção e tratamento precoce de doenças oportunistas.
- Uma dieta equilibrada é essencial para permitir que a criança recupere peso perdido depois de infecções oportunistas.

ALIMENTAÇÃO DE BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS

- Para mães não infectadas com HIV e mães que não conhecem o seu estatuto de HIV, a amamentação exclusiva por seis meses é a prática ideal, dados os seus benefícios para melhor crescimento, desenvolvimento e reduzida incidência de infecções na infância. Recomenda-se alimentação complementar segura e apropriada e amamentação continuada por 24 meses e mais.

- O risco de transmissão de HIV através do leite do peito é constante em todo o período de amamentação, e é maior em mulheres recentemente infectadas ou com doença de HIV avançada.
- A amamentação exclusiva é menos associada a transmissão de HIV do que a amamentação mista.
- A OMS e o UNICEF recomendam que as mães infectadas com HIV evitem a amamentação quando a alimentação de substituição é aceitável, factível, acessível, sustentável e segura. Estas condições, no entanto, não são facilmente atingidas pela maior parte das mães na região.
- Com apoio adequado, a segurança da alimentação dos bebés pode ser melhorada, mas os sistemas de saúde e as comunidades não estão a dar esse apoio.
- É recomendado que mães infectadas com HIV e seus bebés parem precocemente a amamentação. A idade para parar a amamentação depende das circunstâncias individuais das mães e seus bebés. Têm de ser urgentemente estudadas as consequências de paragem precoce na transmissão, na mortalidade, no crescimento e no desenvolvimento. É premente a necessidade de se avaliarem formas adequadas de satisfazer as necessidades nutricionais de bebés e crianças pequenas que deixam de ser amamentadas.

INTERACÇÃO ENTRE A NUTRIÇÃO E O TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL.

- São claramente reconhecidos os benefícios da terapia anti-retroviral para salvar vidas. Para se alcançarem plenos benefícios desse tratamento, é essencial que se tenha uma dieta adequada.
- A avaliação dietética e nutricional é parte fundamental de cuidados de HIV abrangentes, tanto antes como durante o tratamento anti-retroviral.
- O uso prolongado de agentes anti-retrovirais pode ser associado a complicações do metabolismo (por exemplo, doença cardiovascular, diabetes e problemas relacionados com os ossos). Apesar disso, o valor da terapia ultrapassa em muito os riscos, devendo as complicações dietéticas ser geridas de forma adequada. O desafio é como aplicar melhor em África a ampla experiência clínica na gestão deste tipo de desordens no metabolismo de adultos e crianças infectados com HIV.
- Têm de ser investigadas as interacções entre o estado nutricional e o tratamento anti-retroviral em populações cronicamente malnutridas, crianças gravemente malnutridas, e mulheres grávidas e a amamentar .
- Têm de ser avaliados os efeitos de medicamentos e suplementos dietéticos tradicionais na segurança e eficácia de agentes anti-retrovirais.

Recomendações para a acção

- 6.** Com base nas conclusões científicas acima, é urgente que todas as partes envolvidas façam da nutrição parte integrante da sua resposta ao HIV/SIDA. Recomendamos o seguinte para implementação imediata a todos os níveis.

(1) FORTALECER O COMPROMISSO POLÍTICO E MELHORAR O LUGAR OCUPADO PELA NUTRIÇÃO EM POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS

- Usar instrumentos de advocacia existentes, e desenvolver novos instrumentos para sensibilizar quem toma decisões para a urgência do problema, as consequências nas metas de desenvolvimento de se negligenciar o papel da nutrição e da sua não inclusão no pacote global de cuidados e apoio, e para a oportunidade de se melhorarem os cuidados.

- Advogar uma maior afectação de recursos e apoio para melhor nutrição, em geral, e tentar resolver as necessidades nutricionais de populações afectadas e infectadas pelo HIV.
- Dar prioridade às necessidades de crianças afectadas e vulnerabilizadas pelo HIV/SIDA.
- Clarificar melhorar a colaboração e coordenação multisectorial entre os sectores de agricultura, saúde, acção social, educação e nutrição.

(2) DESENVOLVER INSTRUMENTOS E DIRECTRIZES PRÁTICAS PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL BASEADA AGREGADO FAMILIAR, NA COMUNIDADE, EM INSTALAÇÕES DE SAÚDE E PROGRAMAS DE EMERGÊNCIA

- Validar instrumentos simples para avaliar dietas e o uso de suplementos, incluindo terapias tradicionais e alternativas, estado nutricional e segurança alimentar por forma a que o apoio nutricional proporcionado no âmbito de programas de HIV seja apropriado para as necessidades de cada um.
- Desenvolver directrizes-padrão específicas para cuidados nutricionais de indivíduos, e implementação de programas a nível de instalação de saúde e das comunidades.
- Rever e actualizar directrizes existentes para incluir considerações de nutrição e HIV (por exemplo, directrizes sobre a gestão integrada de doenças em adolescentes e adultos, tratamento anti-retroviral, e nutrição em emergências).

(3) EXPANDIR INTERVENÇÕES EXISTENTES PARA MELHORIA DA NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DO HIV

- Acelerar a implementação da Estratégia Global para a alimentação de bebés e crianças pequenas.
- Renovar o apoio à iniciativa Hospital Amigo da criança.
- Acelerar a fortificação de alimentos básicos com micronutrientes essenciais.
- Implementar protocolos da OMS para suplementos de vitamina A, ferro, folato, zinco e micronutrientes múltiplos e gestão de desnutrição grave.
- Acelerar a formação em e o uso de directrizes e instrumentos de aconselhamento sobre alimentação do bebé e nutrição materna em programas para prevenir a transmissão do HIV da mãe para a criança.
- Expandir o acesso a aconselhamento e testagem de HIV para que cada um possa tomar decisões informadas e receber aconselhamento e apoio apropriado em matéria de nutrição, inclusivamente em situações de emergência.

(4) FAZER PESQUISA OPERACIONAL E CLÍNICA SISTEMÁTICA PARA APOIAR PROGRAMAS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS

- Desenvolver e implementar pesquisa operacional e clínica para identificar intervenções e estratégias efectivas de melhoramento da nutrição de adultos e crianças infectados ou afectados pelo HIV.
- Documentar e publicar resultados e assegurar acesso a lições aprendidas a todos os níveis.
- Incentivar jornais científicos a darem mais oportunidade à publicação de pesquisa operacional e registos de boas práticas.

(5) FORTALECER, DESENVOLVER E PROTEGER CAPACIDADES E COMPETÊNCIAS HUMANAS

- Incluir financiamento para o desenvolvimento de capacidade em nutrição em planos para tratamento e cuidados alargados para pessoas que vivem com e afectadas pelo HIV/SIDA.
- Incorporar a nutrição na formação, inclusivamente na formação pré-exercício, de trabalhadores de saúde, da comunidade e que prestem cuidados domiciliários, com o desenvolvimento de competências específicas como avaliação e aconselhamento nutricional, e monitorização e avaliação do programa. Essa formação não deve favorecer interesses comerciais particulares.
- Fortalecer a capacidade do Estado e da sociedade civil para desenvolver e monitorizar sistemas reguladores para prevenir o marketing comercial de dietas, medicamentos e terapias para adultos e crianças infectados com HIV.
- Melhorar as condições do serviço e da cobertura de trabalhadores saúde, especialmente dietistas e nutricionistas, para prestar serviços no domínio da nutrição.
- Identificar e utilizar conhecimento especializado local para melhorar a resposta a condições de emergência.

(6) INCORPORAR INDICADORES DE NUTRIÇÃO NOS PLANOS DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO HIV/SIDA

- Incluir indicadores apropriados para medir o progresso rumo à integração da nutrição em programas de HIV e o impacto de intervenções nutricionais na apresentação dos resultados de vigilância clínica e a nível da comunidade e na apresentação de relatórios de progresso aos níveis nacional, regional e internacional.

GLOSSÁRIO

71

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA): A mais grave manifestação da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os Centros de Controlo e Prevenção da doença (CCP) alistaram diversas infecções oportunistas e cancros que, na presença de infecção de HIV, constituem um diagnóstico de SIDA. Em 1993, os CCP expandiram os critérios de diagnóstico de SIDA em adultos e adolescentes para incluir a contagem de células T CD4+ em ou abaixo de 200 células por microlitro em presença de infecção de HIV. Em pessoas (com cinco ou mais anos de idade) com sistemas imunológicos funcionando normalmente, as contagens de células T CD4+ variam normalmente de 500 a 1.500 células por microlitro. As pessoas que vivem com SIDA muitas vezes têm infecções nos pulmões, no cérebro, nos olhos, e em outros órgãos, e sofrem frequentemente de perda de peso debilitante, diarreia, e um tipo de cancro chamado Sarcoma de Kaposi.

ADERÊNCIA: Conformidade com um regime medicamentoso, no que respeita a tomar medicamentos correctamente e a tempo. Engloba a participação activa do doente no seu próprio posto de saúde, procurando aconselhamento médico, mantendo as consultas, seguindo recomendações concernentes a estilo de vida, bem como cumprindo regimes medicamentosos.

SIDA: Ver síndrome da imunodeficiência adquirida.

ANEMIA: Número de glóbulos vermelhos abaixo do normal e ou diminuição da concentração de hemoglobina (a substância que transporta o oxigénio) nos glóbulos vermelhos.

ANOREXIA: A falta ou a perda de apetite que leva a significativa diminuição de peso.

ANTICORPO: Uma proteína que é fabricada por linfócitos (um tipo de glóbulo branco) para neutralizar um antigénio ou proteína estranha. Bactérias, vírus e outros microrganismos contêm normalmente muitos antigénios.

MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS (ARV): Substâncias utilizadas para matar ou inibir a multiplicação de retrovírus como o HIV.

ANTIVIRAL: Uma substância ou processo que destrói um vírus ou anula a sua réplica (isto é, a sua reprodução).

ARV: Ver medicamentos anti-retrovirais.

TARV: Terapia anti-retroviral.

ASSINTOMÁTICO: Sem sintomas. Normalmente utilizado na literatura sobre HIV/SIDA para descrever uma pessoa com reacção positiva a um ou vários testes de anticorpos de HIV mas que não apresente sintomas clínicos da doença.

BIODISPONIBILIDADE: Medida em que uma medicação oral é absorvida no trato digestivo e alcança a corrente sanguínea, permitindo assim o acesso ao local de actuação.

FLUIDOS CORPORAIS: Qualquer fluido no corpo humano, tal como sangue, urina, escarro, saliva, lágrimas, sêmen, leite materno, secreções vaginais. Apenas o sangue, o sêmen, o leite materno, e secreções vaginais estão associadas à transmissão do HIV.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC): Uma medida de gordura corporal com base na altura e no peso que se aplica a homens e mulheres adultos.

MEDULA ÓSSEA: Tecido mole localizado nas cavidades dos ossos onde as células, tais como os eritrócitos (glóbulos vermelhos), leucócitos (glóbulos brancos) e plaquetas, se formam.

SUPRESSÃO DE MEDULA ÓSSEA: Um efeito colateral de muitos medicamentos anticancerígenos e antivirais, incluindo o AZT. Conduz a uma diminuição de glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas. Tais reduções, por sua vez, resultam em anemia, infecções bacteriológicas e sangramentos espontâneos/hemorragias espontâneas ou em excesso.

SUBSTITUTO DO LEITE MATERNO: Qualquer alimento que esteja a ser comercializado ou de outra forma apresentado como substituição parcial ou total de leite materno, seja ou não adequado para tal propósito.

CANDIDA: Fungo do tipo levedura que normalmente se encontra na flora normal da boca, da pele e do trato intestinal, que pode tornar-se clinicamente infeccioso em pessoas com problemas imunológicos.

CANDIDÍASE: Uma infecção por um fungo do tipo levedura da família Candida, geralmente Candida albicans. A candidíase do esôfago, da traqueia, dos brônquios ou dos pulmões é um indicador de doença relacionada com a SIDA. A infecção por cândida oral ou cândida vaginal recorrente é um sinal precoce de deterioração do sistema imunológico.

CÉLULAS CD4 (T4) OU CD4: Um tipo de células envolvido na protecção contra infecções virais, fúngicas e protozoárias. Estas células normalmente orquestram a resposta imunológica, indicando a outras células do sistema imunitário que realizem as suas funções especiais. Também conhecidas como células T mediadoras. Os alvos preferidos do HIV são células que têm uma molécula de ancoragem designada "cluster designation 4" (CD4) nas suas superfícies. As células com esta molécula são conhecidas por células CD4 positivas (ou CD4+). A destruição de linfócitos CD4+ é a principal causa da deficiência imunológica observada na SIDA, e níveis de linfócitos CD4+ decrescentes parecem ser o melhor indicador do desenvolvimento de infecções oportunistas. Apesar de a contagem de CD4 decair, o total do nível de células T continua razoavelmente constante no decorrer da doença de HIV, devido a um concomitante aumento nas células CD8+. O rácio células CD4+ por CD 8+ é, portanto, uma importante medida da progressão da doença.

CO-INFEÇÃO: A infecção de HIV/SIDA em simultâneo com outra doença, normalmente hepatite.

TERAPIA COMBINADA: Dois ou mais medicamentos ou tratamentos utilizados conjuntamente para se atingirem resultados óptimos contra a infecção do HIV e/ou a SIDA. A terapia de

medicamentos combinados provou ser mais efectiva na diminuição da carga viral que a monoterapia (terapia de um único medicamento). Um exemplo de terapia combinada seria o uso de dois medicamentos nucleosídeos análogos mais um inibidor da protease ou inibidor de transcriptase reversa não-nucleosídea.

MISTURA DE MILHO E SOJA (CSB): Uma mistura alimentar naturalmente saudável contendo 69,5% de farinha de milho, 2,8% de farinha soja, uma mistura prévia de 3,0% de minerais e antioxidante vitamínico, e 5,5% de óleo de soja. É altamente nutritiva e pré-cozinhada para fácil uso e maneiio.

DIABETES MELLITUS (DM): Uma desordem do metabolismo de hidratos de carbono caracterizada por elevados níveis de glicose no sangue (açúcar no sangue) e na urina, resultante de inadequada produção ou utilização de insulina. A insulina é a hormona que permite que a glicose saia da corrente sanguínea e penetre em células do corpo onde é utilizada para produção de energia ou armazenagem para o uso futuro. A *diabetes mellitus* pode também conduzir a complicações a longo prazo que incluem o desenvolvimento de neuropatia (inchaço e destruição dos nervos), retinopatia (distúrbio não edematoso do olho), nefropatia (inchaço ou degeneração dos rins), alterações degenerativas generalizadas em grandes e pequenos vasos sanguíneos, e maior susceptibilidade a infecções.

DIARREIA: Movimentos intestinais não controlados, frouxos e frequentes causados por dieta, infecção, medicação e irritação ou inflamação do intestino. Diarreia grave ou prolongada pode conduzir a perda de peso e desnutrição. A perda excessiva de fluido que pode ocorrer com diarreia relacionada com HIV pode pôr a vida em causa. Há muitas causas possíveis de diarreia em pessoas com SIDA. Outras bactérias e parasitas que causam sintomas de diarreia em pessoas saudáveis podem provocar diarreia mais grave, prolongada ou recorrente em pessoas com a HIV ou SIDA.

INTERACÇÃO ENTRE MEDICAMENTOS: Uma modificação do efeito de um medicamento quando administrado com outro medicamento. O efeito pode ser um aumento ou uma diminuição na acção de uma ou da outra substância, ou um efeito adverso que não é normalmente associado a nenhum dos medicamentos.

FEBRE: Uma subida da temperatura do corpo acima do normal (98 graus Fahrenheit ou 37 graus Celsius).

INTERACÇÃO ALIMENTO-MEDICAMENTO: quando o alimento afecta os ingredientes numa medicação, impedindo que o medicamento funcione como deve funcionar. Alguns nutrientes podem afectar o modo como certos medicamentos metabolizam ligando-se a ingredientes de medicamento, reduzindo dessa forma a sua absorção ou acelerando a sua eliminação. Tomar medicamentos com comida pode interferir com a absorção do medicamento pelo estômago e pelos intestinos.

SEGURANÇA ALIMENTAR: Quando todas as pessoas a qualquer altura têm acesso físico e económico a alimentos suficientes para satisfazer as suas necessidades dietéticas para uma

vida produtiva e saudável. Para terem segurança alimentar, os agregados familiares e os indivíduos têm de ter alimentos disponíveis, acesso aos alimentos, e competência para os utilizar plenamente quando são consumidos.

ALIMENTOS FORTIFICADOS: A adição de nutrientes a alimentos para assegurar a equivalência nutricional de alimentos substitutos.

HEPATITE: Uma inflamação do fígado que pode ser causada por agentes vários, incluindo vírus e toxinas. A hepatite é caracterizada por icterícia, aumento do fígado, febre, fadiga e testes anormais de funcionamento do fígado.

DOENÇA DO HIV: Durante a infecção inicial com HIV, quando o vírus entra em contacto com a superfície de mucosa e encontra células T susceptíveis, o primeiro local em que há uma produção verdadeiramente massiva do vírus é o tecido linfático. Isto conduz ao irromper de uma viremia massiva, com ampla disseminação do vírus por órgãos linfáticos. A resposta imunológica resultante para eliminar o vírus é apenas parcialmente bem sucedida, pelo que alguns vírus escapam. O resultado pode ser uma elevada produção viral que conduz a destruição do sistema imunológico. A doença do HIV, é, portanto, caracterizada por uma deterioração gradual das funções imunológicas. No decorrer da infecção, células imunológicas fundamentais, designadas células T CD4+, são neutralizadas e mortas, e o seu número diminui progressivamente.

CARGA VIRAL DE HIV: Ver teste de carga viral.

ANCILÓSTOMO: Um parasita nemátodo que suga o sangue e que possui partes bucais aduncas para se agarrar à parede do intestino.

VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: O retrovírus isolado e reconhecido como um agente etiológico (isto é, causador ou contribuinte para a causa de uma doença). O HIV é classificado como um lentivírus de um subgrupo de retrovírus. O material genético de um retrovírus como o HIV é o próprio ARN (Ácido Ribo-Nucleico). O HIV insere o seu próprio ARN no ADN (Ácido Desoxirio-Nucleico) da célula hospedeira, impedindo que esta realize as suas funções naturais e transformando-a num fábrica de HIV.

IMUNODEFICIÊNCIA: Falência ou incapacidade de algumas partes do sistema imunológico funcionarem, tornando assim a pessoa susceptível a certas doenças que, em condições normais, não desenvolveria.

INFECÇÃO: O estado ou condição em que o corpo (ou parte do corpo) é invadido por um agente infeccioso (por exemplo, uma bactéria, um fungo, ou um vírus), que se multiplica e produz um efeito danoso (infecção activa). No que respeita ao HIV: a infecção começa tipicamente quando o HIV encontra uma célula CD4+. A proteína de superfície de HIV o gp120 liga-se estreitamente à molécula CD4 na superfície da célula. As membranas do vírus e a célula fundem-se, um processo regido pelo gp41, outra proteína de superfície. O núcleo viral, contendo ARN de HIV, proteínas e enzimas é libertado para dentro da célula.

INTERACÇÃO: Ver interacção medicamento-medicamento.

LESÃO: Um termo geral para descrever uma área de tecido alterado (por exemplo, a área infectada ou inflamada (ou dolorosa) numa doença de pele). Lesões nos mamilos podem aumentar a probabilidade de transmissão de HIV de mãe infectada para a criança durante a amamentação.

LÍPIDO: Qualquer de um grupo de gorduras e compostos do género, incluindo esteróis, ácidos gordos e muitas outras substâncias.

LIPODISTROFIA: Um distúrbio na forma como o corpo produz, utiliza, e distribui a gordura. A lipodistrofia é também designada como *buffalo hump*, *protease paunch*, ou *Crixivan potbelly*. Na doença do HIV, lipodistrofia tem designado um grupo de sintomas que parecem estar relacionados com o uso de inibidor de protease e medicamentos NRTI. Ainda não se sabe como os inibidores de protease e os NRTIs podem provocar ou despoletar a lipodistrofia. Os sintomas da lipodistrofia envolvem a perda da camada fina de gordura sob a pele, fazendo as veias parecerem salientes; definhamento da face e dos membros; e acumulação de gordura no abdómen (tanto sob a pele como dentro da cavidade abdominal) ou entre as omoplatas. As mulheres podem também registar estreitamento das coxas e alargamento dos seios. A hiperlipidemia e a resistência à insulina são frequentemente associados à lipodistrofia. Também designado por síndrome de lipodistrofia, pseudo-síndrome de Cushing, etc.

BAIXO PESO À NASCENÇA (BPN): Peso do bebé ao nascer inferior a 2500 g. Medida sensível de saúde e nutrição da mãe durante e antes da gravidez. Quanto mais abaixo de 2500 gramas se situar o peso do bebé, maior é a sua vulnerabilidade a infecções e outros problemas e maior o risco de doença e morte.

SÍNDROME DE MAL ABSORÇÃO: Absorção intestinal diminuída resultando em perda de apetite, dor muscular e perda de peso. Ver Síndrome de emagrecimento do HIV SIDA.

MALÁRIA: Doença infecciosa causada por protozoários parasitas que são transmitidos por mordedura de mosquito *Anopheles* infectado; caracterizada por ataques repentinos de calafrios e febre.

MASTITE: Uma infecção da mama. Ocorre normalmente em mulheres que estão a amamentar os seus bebés. No processo, não acostumadas ao forte puxão da sucção do bebé, os mamilos podem ficar magoados, rachados ou ligeiramente irritados. Cria-se assim uma minúscula aberta no peito, através da qual podem entrar bactérias. A presença de leite, com alto teor de açúcar, dá à bactéria uma excelente fonte de nutrição. Sob estas condições, as bactérias estão capazes de se multiplicar até serem suficientemente abundantes para causar uma infecção na mama. Normalmente a mastite tem início mais de duas a quatro semanas após o parto. A mastite pode aumentar as hipóteses de transmissão do HIV da mãe infectada para a criança durante a amamentação.

METABOLISMO: As mudanças químicas em células vivas através das quais é fornecida a energia para processos e actividades vitais e é assimilado novo material.

MORBILIDADE: A condição de estar doente; também a incidência de doença ou taxa de doença.

NÁUSEA: Uma perturbação do estômago com aversão a alimentos e vontade de vomitar.

INIBIDOR DE TRANSCRIPTASE REVERSA NÃO NUCLEOSÍDEO (NNRTI): Um grupo de compostos estruturalmente diversos que se ligam ao local catalítico da transcriptase reversa do HIV-1. São bastante específicos; diferentemente dos inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos, os NNRTIs não têm nenhuma actividade contra o HIV-2. Como inibidores não concorrenciais de transcriptase reversa, a sua actividade antiviral é aditiva ou sinérgica com a maior parte dos outros agentes anti-retrovirais. No entanto, interacções medicamento-medicamento podem ditar ajustes na dosagem com inibidores de protease.

INIBIDOR DE TRANSCRIPTASE REVERSA NUCLEOSÍDEO (NRTI): Um medicamento anti-retroviral nucleosídeo análogo cuja estrutura química constitui uma versão modificada de um nucleosídeo natural. Estes compostos suprimem a replicação de retrovírus interferindo com a enzima transcriptase reversa. Os nucleosídeos análogos provocam término prematuro da cadeia de ADN proviral (precursor viral). Todos os NRTIs requerem fosforilação na célula hospedeira antes da sua incorporação no ADN viral.

INFECÇÕES OPORTUNISTAS: Doenças causadas por vários organismos, alguns dos quais não provocam normalmente doença em pessoas com sistemas imunitários normais. Pessoas que vivem com infecção avançada de HIV sofrem infecções oportunistas nos pulmões, no cérebro, ou nos olhos e outros órgãos. Entre as infecções oportunistas comuns em pessoas diagnosticadas com SIDA encontram-se a *Pneumocytis carinii*; o Sarcoma de Kaposi; a Criptosporidíase; outras infecções de parasitas, virais e fungais; e alguns tipos de cancro.

OSTEOPOROSE: A perda de tecido ósseo, resultando em ossos frágeis e propensos a fracturas. Infecção, ferimento e sinovite (inflamação da membrana em torno de uma articulação), bem como exposição prolongada a microgravidade podem provocar osteoporose.

PALIATIVOS: Um tratamento que proporciona um alívio sintomático mas não uma cura.

CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados paliativos são uma abordagem para doenças crónicas que põem a vida em causa, especialmente nos últimos tempos de vida. Os cuidados paliativos combinam terapias activas e compassivas para confortar e apoiar doentes que estão a viver com doenças terminais e suas famílias. Procuram satisfazer necessidades físicas através do alívio da dor e manutenção da qualidade de vida, realçando simultaneamente os direitos do doente e da família de participar em discussão informada e fazer escolhas. Esta abordagem centrada no doente e na família serve-se de competências de membros de equipas multidisciplinares para proporcionar um *continuum* abrangente de cuidados, incluindo necessidades espirituais e emocionais.

PNEUMONIA (PNEUMOCYSTIS CARINII PNEUMONIA): Uma infecção dos pulmões provocada pelo *Pneumocystis carinii*, que se pensa tratar-se de um protozoário mas que pode estar mais estreitamente relacionado com um fungo. O *Pneumocystis carinii* desenvolve-se rapidamente nos pulmões das pessoas com SIDA e é uma causa de morte frequentemente relacionada com a SIDA. A infecção *P. carinii* pode ocorrer noutras partes do corpo (pele, olhos, baço, fígado ou coração).

PROTEASE: Uma enzima que decompõe as proteínas nos péptidos componentes. A enzima de protease do HIV quebra longos filamentos de proteína viral em proteínas separadas que constituem o núcleo viral. A enzima actua à medida que novas partículas virais se vão formando fora de uma membrana celular. A protease é a primeira proteína de HIV cuja estrutura tridimensional foi caracterizada.

INIBIDORES DE PROTEASE (PI): Medicamentos antivirais que actuam inibindo a enzima protease do vírus, impedindo dessa forma a replicação viral. Especificamente, esses medicamentos inibem a enzima protease de quebrar os longos filamentos de proteínas virais para fazer proteínas mais pequenas, HIV activas, que compreendem o vírion. Se as grandes proteínas HIV não forem quebradas, não se podem reagrupar em novas partículas de HIV funcionais.

RESISTÊNCIA: Redução da sensibilidade de um elemento patogénico a um medicamento particular. Pensa-se que a resistência resulte normalmente de uma mutação genética. No HIV, essas mutações podem alterar a estrutura de enzimas e proteínas virais de modo que um medicamento antiviral deixa de se poder a eles ligar como antes fazia. A resistência que se encontra pelo desenvolvimento sucessivo de culturas laboratoriais do elemento patogénico na presença de um medicamento designa-se “resistência fenotípica”.

RETROVÍRUS: Um tipo de vírus que, quando não infecta uma célula, armazena a sua informação genética numa molécula ARN de filamento único em vez do mais usual ARN de filamento duplo. O HIV é um exemplo de retrovírus. Depois de um retrovírus penetrar numa célula, constrói uma versão de ADN dos seus genes utilizando uma enzima especial designada transcriptase reversa. Este ADN torna-se parte do material genético da célula.

INFECÇÃO SECUNDÁRIA: Uma infecção que ocorre durante ou depois do tratamento de uma infecção primária. Pode resultar do próprio tratamento ou de alterações no sistema imunitário.

SEROCONVERSÃO: Desenvolvimento de anticorpos para um antígeno particular. Quando as pessoas desenvolvem anticorpos ao HIV, convertem-se de anticorpos negativos para anticorpos positivos. Pode demorar desde uma simples semana até vários meses ou mais após a infecção por HIV para os anticorpos do vírus se desenvolverem. Depois de os anticorpos do HIV aparecerem no sangue, a pessoa deverá apresentar testes de anticorpos positivos.

DOENÇA DE TRANSMISSÃO SEXUAL (DTS): Também chamadas de doenças venéreas (VD) (Um termo de saúde pública mais antigo) ou infecções de transmissão sexual (ITS). As doenças de transmissão sexual são infecções propagadas pela transferência de organismos de pessoa para pessoa durante contacto sexual. Para além das DTSs “tradicionais” (sífilis e gonorreia), o espectro

de DTSs inclui agora a infecção do HIV, que provoca a SIDA; e infecções por *Chlamydia trachomatis*; infecção pelo vírus papiloma humano (HPV); herpes genital; cancroide; microplasma genitais; hepatite B; tricomoníase; infecções intestinais; e doenças ectoparasitárias (isto é, doenças causadas por organismos que vivem fora do corpo do hospedeiro). A complexidade e o âmbito das DTSs têm aumentado imenso desde os anos 80; mais de 20 micro-organismos e síndromes são agora conhecidas como pertencendo a esta categoria.

TERAPIA TRÍPLICE: Uma combinação de medicamentos efavirenz, lamivudina, e zidovudina (AZT).

TRANSMISSÃO: No contexto da doença do HIV: O HIV é propagado mais vulgarmente por contacto sexual com um parceiro infectado. O vírus pode entrar no organismo através do revestimento mucosal vaginal, da vulva, do pénis, do recto, ou, raramente, da boca durante a relação sexual. A probabilidade de transmissão é aumentada por factores que podem danificar estes revestimentos, especialmente outras doenças de transmissão sexual que provocam úlceras ou inflamações. O HIV também se propaga através de contacto com sangue infectado, mais frequentemente pela partilha de agulhas ou seringas de droga contaminadas com quantidade diminutas de sangue contendo o vírus. As crianças podem contrair o HIV das suas mães infectadas durante a gravidez ou o parto, ou depois do nascimento, através da amamentação. Em países desenvolvidos, o HIV agora raramente se transmite por transfusão de sangue ou produtos de sangue graças a medidas de triagem.

TUBERCULOSE (TB): Uma infecção bacteriológica provocada por *Mycrobacterium tuberculosis*. As bactérias de TB propagam-se por gotículas aerotransportadas expelidas dos pulmões quando uma pessoa com tuberculose activa tosse, espirra ou fala. A exposição a estas gotículas pode conduzir a infecção nos sacos de ar dos pulmões. As defesas imunitárias de pessoas saudáveis normalmente impedem a infecção de se propagar para além de uma área muito pequena dos pulmões. Se o sistema imunitário do corpo estiver debilitado devido a infecção por HIV, idade avançada, desnutrição, ou outros factores, a bactéria da tuberculose pode começar a propagar-se mais amplamente nos pulmões ou para outros tecidos. A tuberculose regista-se com maior frequência entre pessoas seropositivas. A maior parte dos casos de tuberculose ocorrem nos pulmões (tuberculose pulmonar). No entanto, a doença pode também ocorrer na laringe, nos nódulos enfáticos, no cérebro, nos rins, ou nos ossos (tuberculose extra-pulmonar). Infecções de tuberculose extra-pulmonar são mais frequentes em pessoas que vivem com HIV.

CARGA VIRAL: A quantidade de HIV em circulação no sangue. Monitorizar a carga viral de uma pessoa é importante devido à visível correlação entre a quantidade de vírus no sangue e a gravidade da doença: os pacientes mais doentes geralmente têm mais vírus que os que estão em estágios menos avançados da doença. Um novo teste, sensível, rápido – designado exame da carga viral para a infecção de HIV-1 – pode ser usado para monitorizar a carga viral de HIV. Este procedimento pode ajudar os especialistas clínicos a decidirem quando dar a terapia anti-HIV ou mudar os medicamentos. Pode também ajudar os investigadores a determinarem mais rapidamente se as terapias experimentais de HIV são efectivas.

TESTE DE CARGA VIRAL: Em relação ao HIV: Teste que mede a quantidade de RNA de HIV no sangue. Os resultados são expressos como número de cópias por mililitro de plasma sanguíneo. Estudos indicam que a carga viral é um melhor indicador de risco de progressão da doença de HIV que a contagem de CD4. Quanto mais baixa for a carga viral, mais distante o momento de diagnóstico de SIDA e mais longo o tempo de sobrevivência. A testagem da carga viral de infecção de HIV está a ser utilizada para determinar quando iniciar e/ou mudar a terapia.

REPLICAÇÃO VIRAL: Há geralmente 6 passos que têm lugar na replicação viral: fixação (ligação à célula hospedeira), penetração, desencapsulamento, replicação do genoma (síntese viral), maturação, e libertação.

SÍNDROME DE EMAGRECIMENTO: Ver Síndrome de emagrecimento do SIDA.

INFECÇÃO POR FUNGOS COMENSAIS (YEAST INFECTION): Ver Candidíase.

Fonte: FANTA 2004

REFERÊNCIAS

- Au J.T., K. Kayitenkore, E. Shutes, E. Karita, P.J. Peters, A. Tichacek, S.A. Allen. 2006. Access to adequate nutrition is a major potential obstacle to antiretroviral adherence among HIVinfected individuals in Rwanda. *AIDS* 20 (16): 2116–2118.
- Castleman, T., E. Seumo-Fosso, and B. Cogill. 2004. Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA Technical Note No. 7. Washington D.C.: Academy for Educational Development.
- Dowling, S., F. Mulcahy, and M.J. Gibney. 1990. Nutrition in the Management of HIV Antibody Positive Patients: A longitudinal study on dietetic out-patient advice. *Eur J Clin Nutr.* 44 (11): 823–829.
- EGGE, K. and S. STRASSER. 2005. Measuring the Impact of TARVgeted Food Assistance on HIV/AIDS-Related Beneficiary Groups: Monitoring and Evaluation Indicators. Gauteng, South Africa: Consortium for Southern Africa Food Security Emergency (C-SAFE).
- FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) Project. 2004. HIV/AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support. 2nd Edition. Washington D.C.: Academy for Educational Development.
- FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) Project and World Food Programme (WFP). 2007. Food Assistance Programming in the Context of HIV. Washington, D.C.: Academy for Educational Development.
- FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) and WHO (World Health Organization). 2002. Living Well with HIV/AIDS: A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Fields-Gardner, C. and P. Fergusson. 2004. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *J Am Diet Assoc.* 104 (9): 1425–1441.
- Gillespie, S. and S. Kadiyala. 2005. HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action. *Food Policy Review* 7. Washington D.C.: International Food Policy Research Institute.
- Gillespie, S. (ed) 2006. AIDS, Poverty and Hunger: Challenges and Responses. Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, 14–16 April 2005. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
- Grant, F. 2006. Nutrition Interventions for PLWHAs and the Use of Ready-to-Use Therapeutic Foods. Presentation at the FANTA Project, Academy for Educational Development, Washington, D.C.

- Greenaway, K., K. Greenblott, and C. Hagens. 2004. *TARVgeted Food Assistance in the Context of HIV/AIDS*. Gauteng, South Africa: Consortium for Southern Africa Food Security Emergency (C-SAFE) Learning Center.
- Haddad, L. and S. Gillespie. 2001. Effective Food and Nutrition Policy Responses to HIV/AIDS: What We Know and What We Need to Know. *J. Int. Dev.* 13 (4): 487–511.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2004. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Geneva, Switzerland: Inter-Agency Standing Committee.
- IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2005. *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. An International Conference, Durban, South Africa, April 14–16, 2005. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
- IFE (Infant and Young Child Feeding in Emergencies) Core Group. 2004. *Infant Feeding in Emergencies Module 2 Version 1.0 for health and nutrition workers in emergency situations*. Oxford, England: Emergency Nutrition Network (EN).
- IOM (Institute of Medicine) of the National Academies. 1990. *Nutrition During Pregnancy: Part I: Weight Gain, Part II: Nutrient Supplements*. Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jamison, D., R. Feachem, M. Makgoba, E. Bos, F. Baingana, K. Hofman, and K. Rogo, eds. 2006. *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. 2nd Edition. Washington D.C.: World Bank.
- Kayira, K., K. Greenaway, and K. Greenblott. 2004. *Food for Assets: Adapting Programming to an HIV/AIDS Context*. Gauteng, South Africa: Consortium for Southern Africa Food Security Emergency (C-SAFE) Learning Center.
- LINKAGES. 2005. *Infant Feeding Options in the Context of HIV*. Washington, D.C.: Academy for Educational Development.
- McKinley, M.J., J. Goodman-Block, M.L. Lesser, and A.D. Salbe. 1994. Improved body weight as a result of nutrition intervention in adult HIV-positive outpatients. *J Am Diet Assoc.* 94 (9): 1014–1017.
- Megazzini, K., S. Washington, M. Sinkala, S. Lawson-Marriott, E. Stringer, D. Krebs, J. Levy, B. Chi, R. Cantrell, I. Zulu, L. Mulenga, J. Stringer. 2006. A pilot randomized trial of nutritional supplementation in food insecure patients receiving antiretroviral therapy (ART) in Zambia. XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 13–18, 2006. Abstract MoAb0401.
- Mshana G.H., J. Wamoyi, J. Busza, B. Zaba, J. Chagalucha, S. Kaluvya, and M. Urassa. 2006. Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program. *AIDS Patient Care STDS* 20 (9): 649–657.

- Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO). 2002. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. Washington D.C.: Pan American Health Organization.
- Paton, N.I., S. Sangeetha, A. Earnest, R. Bellamy. 2006. The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients sTARVting antiretroviral therapy. *HIV Medicine* 7 (5): 323–330.
- Piwoz, E. 2004a. Nutrition and HIV/AIDS: Evidence, Gaps and Priority Actions. Washington D.C.: Academy for Educational Development.
- Piwoz, E. 2004b. What are the Options? Using Formative Research to Adapt Global Recommendations on HIV and Infant Feeding to the Local Context. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Rabeneck, L., A. Palmer, J.B. Knowles, R.J. Seidehamel, C.L. Harris, K.L. Merkel, J.M. Risser, and S.S. Akrabawi. 1998. A Randomized Controlled Trial Evaluating Nutrition Counseling With or Without Oral Supplementation in Malnourished HIV-Infected Patients. *J Am Diet Assoc.* 98 (4): 434–438.
- Uganda, Republic of. Ministry of Health. [2003]. Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS in Uganda: Guidelines for Service Providers. Kampala, Uganda: Ministry of Health.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees), and WFP (World Food Programme). 2006. UNAIDS Best Practice Collection. The development of programme strategies for integration of HIV, food and nutrition activities in refugee settings. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2006. UNHCR Policy Related to the Acceptance, Distribution and Use of Milk Products in Refugee Settings. Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) and WFP (World Food Programme). 2004. Integration of HIV/AIDS Activities with Food and Nutrition Support in Refugee Settings: Specific Program Strategies. Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees.
- WFP (World Food Programme). 2004. Getting STARVted: WFP Support to the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Related Programmes. Rome, Italy: World Food Programme.
- WHO (World Health Organization). 1995. Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes: A WHO Collaborative Study. *Bulletin of the WHO* 73 (Suppl.): 1–98.

- WHO (World Health Organization). 1999. Management of severe malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2001. New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and their Policy Implications: Conclusions and Recommendations. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2003a. Nutrient Requirements for People Living With HIV/AIDS: Report of a Technical Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2003b. HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2004. Nutrition Counseling, Care and Support for HIV-Infected Women: Guidelines on HIV-Related Care, Treatment and Support for HIV-Infected Women and their Children in Resource-Constrained Settings. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2005a. Participants' Statement, WHO Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa: Evidence, Lessons, and Recommendations for Action. Durban, South Africa, April 10–13, 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2005b. The World Health Report: Make Every Mother and Child Count. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2005c. Technical Updates of the Guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (AIMI): Evidence and Recommendations for Further Adaptations. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2005d. Guiding Principles for Feeding Non-Breastfed Children 6-24 Months of Age. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2005e. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2006a. Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a Public Health Approach. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2006b. Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Towards Universal Access. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- WHO (World Health Organization). 2006c. Consensus Statement, WHO HIV and Infant Feeding Technical Consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. Geneva, October 25–27, 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2007. Guidelines for an Integrated Approach to the Nutritional Care of HIV-infected Children (6 months–14 years). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children’s Fund). 2003. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children’s Fund), and IVACG (International Vitamin A Consultative Group) Task Force. 1997. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia. Second Edition. Prepared by a WHO/UNICEF/IVACG Task Force. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children’s Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), and UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2003a. HIV and Infant Feeding: A Guide for Health-Care Manager and Supervisors. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children’s Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), and UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2003b. HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision Makers. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children’s Fund), and USAID (United States Agency for International Development). 2005. HIV and Infant Feeding Counselling Tools: Reference Guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Bank. 2006. Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action. Washington D.C.: World Bank.
- Zambia. Ministry of Health. 2004. Nutrition Guidelines for Care and Support of People Living with HIV/AIDS. Lusaka, Zambia: Ministry of Health, National Food and Nutrition Commission.
- Zachariah R., M. Fitzgerald, M. Massaquoi, O. Pasulani, L. Arnould, S. Makombe, and A.D. Harries. 2006. Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi. *AIDS* 20 (18): 2355–2360.



THE WORLD BANK

1818 H Street NW
Washington DC 20433
USA

Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

