



Declaração do IVACG

Os Acordos de Annecy para Avaliação e Controlo da Deficiência de Vitamina A

Sumário das Recomendações e Clarificações

O Grupo Consultivo Internacional da Vitamina A (IVACG) levou a cabo uma revisão abrangente das recomendações para o controlo da deficiência de vitamina A, criadas ao longo dos últimos 20 anos, sendo esta a primeira revisão desta natureza ao longo deste período. O IVACG encomendou aos especialistas uma série de estudos que foram apresentados numa reunião em Annecy, França, em Outubro de 2000 na presença de um painel de peritos. As recomendações, baseadas em evidências, foram seleccionadas com base nas deliberações em Annecy e apresentadas para aprovação final durante a XX Reunião do IVACG, realizada em Hanói, Vietname, em Fevereiro de 2001. Os estudos dos especialistas e um extenso sumário preparado pelo Dr. Alfred Sommer e pela Dr^a Frances R. Davidson foram publicados no *The Journal of Nutrition* (2002;132[9S]:2843S–2990S).

Segue-se um sumário das recomendações para o controlo da deficiência de vitamina A, intitulado Os Acordos de Annecy.

Para clarificar a descrição da deficiência de vitamina A, foi introduzida uma nomenclatura padrão.

O termo “doenças por deficiência de vitamina A” (DDVA) foi introduzido para cobrir todos os distúrbios fisiológicos causados pela falta de vitamina A, incluindo os seus sinais e sintomas clínicos. A “Deficiência de Vitamina A” é definida como reservas de vitamina A no fígado $< 20 \mu\text{g/g}$ ($0.07 \mu\text{mol/g}$) e seus substitutos. A DDVA cobre o que anteriormente eram chamadas manifestações “subclínicas” (e.g. mobilização insuficiente de ferro, distúrbios de diferenciação celular, redução da resposta imunitária) ou clínicas (aumento da morbidade e mortalidade por infecções, atraso no crescimento, anemia, xerofthalmia).

As manifestações assintomáticas, não oculares da DVA são muitas vezes erradamente chamadas “subclínicas”, o que pode sugerir que são menos importantes. Estas manifestações fisiológicas, contudo, podem ser graves e estão associadas a um aumento marcante do risco de morte. O termo “subclínico” deve ser abandonado.

Novos critérios podem determinar de forma mais precisa a extensão e gravidade da DVA numa população.

Cegueira materna nocturna O relato de uma mulher que afirma ter tido cegueira nocturna (XN) durante a sua última gravidez com nado vivo é considerado mais preciso do que perguntar aos pais se os filhos em idade pré-escolar têm tido sintomas de cegueira nocturna. Logo, um critério mínimo de prevalência de 5% de XN nestas mulheres é considerado um indicador de DVA na população em geral.

Serum retinol. A concentração de Serum retinol como indicador de DVA aumentou para $< 20 \mu\text{g/dL}$ ($0.70 \mu\text{mol/L}$), o dobro da concentração inicialmente adoptada em 1980. A taxa de DVA nas crianças em idade pré-escolar como indicador DVA aumentou de $> 5\%$ para $> 15\%$. A ‘cromatografia líquida de elevada performance’ (HPLC) é considerada a única técnica laboratorial fiável para a realização de medições rotineiras do serum retinol. Quando as medições HPLC não forem possíveis, a avaliação da DVA deve basear-se em critérios clínicos.

Taxa de mortalidade infanto-juvenil. As populações cujas crianças menores de 5 anos de idade têm taxas elevadas de mortalidade, invariavelmente têm índices significativos de DVA. Assim, países com taxas de mortalidade infanto-juvenil > 50 por 1 000 nados vivos é provável que tenham problemas de DVA. Países com taxas de mortalidade infanto-juvenil entre 20-50 por 1,000 nados vivos talvez tenham problemas, e a sua presença ou ausência necessita de ser documentada.

As estratégias de intervenção foram clarificadas.

A diversificação da dieta é considerada por si só inadequada para normalizar o nível de vitamina A.

O Instituto de Medicina dos EUA concluiu recentemente que a biodisponibilidade do β -caroteno, a fonte primordial de provitamina A nas plantas, é apenas metade da que se pensava previamente. Estudos adicionais utilizando dados de países em desenvolvimento estimam que é necessário 21 μg β -caroteno de uma dieta que inclua uma mistura típica de vegetais e frutas para render o equivalente a 1 μg retinol. Por isso, nos países em desenvolvimento, onde as populações continuam dependentes da dieta convencional com base em vegetais, é virtualmente impossível corrigir a DVA generalizada apenas com a dieta. A suplementação das mães e das crianças de tenra idade continua a ser uma intervenção essencial nas populações com DVA.

O calendário de suplementação para novas mães e seus bebês foi revisto.

Um estudo recente realizado em vários países e patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (1998; *Lancet* 352[9136]:1257-1263) indicou que o calendário de suplementação actualmente recomendado é inadequado para as mulheres em situação pós-parto e para os bebês de tenra idade, e é pouco provável que mantenha ou mesmo melhore o nível de vitamina A das crianças com mais de 6 meses de idade. A quantidade e a frequência das doses aumentou da seguinte forma:

Calendário para a suplementação de rotina, as populações com deficiência, com doses elevadas de vitamina A

População	Quantidade de vitamina A a ser administrada	Período de administração
Bebês 0-5 meses	150.000 UI em três doses de 50.000 UI com pelo menos 1 mês de intervalo entre as doses	Em cada contacto DTP (6, 10, e 14 semanas) (ou em outras oportunidades)
Bebês 6-11 meses	100.000 UI como dose única a cada 4-6 meses	Em qualquer oportunidade (e.g., imunização do sarampo)
Crianças com 12 meses ou mais	200.000 UI como dose única cada 4-6 meses	Em qualquer oportunidade
Mulheres pós-parto	400.000 UI em duas doses de 200.000 UI cada com pelo menos 1 dia de intervalo	Logo que possível após o parto e nunca depois de seis semanas após o parto
	e/ou 10.000 IU diariamente ou 25.000 IU semanalmente	e/ou durante os primeiros 6 meses após o parto

A fortificação pode reduzir a DVA. A fortificação dos produtos alimentares mais consumidos por um subgrupo populacional em risco de DVA pode reduzir significativamente a prevalência e a gravidade de DVA. Contudo, para que tenham sucesso, estes programas muitas vezes têm de fazer face a barreiras políticas, comerciais e regulamentares.

A monitoria e avaliação minuciosas são essenciais. Quaisquer que sejam as estratégias de vitamina A que sejam implementadas, a avaliação rigorosa e repetida é necessária para assegurar que a intervenção atinja o seu objectivo.

O IVACG oferece estas recomendações como o culminar das melhores evidências disponíveis neste momento, e num esforço para gerar programas de controlo da DVA mais efectivos e eficazes. Estas pretendem ser mais práticas e prestar mais ajuda do que as actuais recomendações, que estas vêm agora substituir.

Sobre o IVACG

Criado em 1975, o Grupo Consultivo Internacional da Vitamina A lidera as actividades internacionais para redução da deficiência de vitamina A no mundo. O IVACG concentra os seus esforços no estímulo e disseminação de novos conhecimentos, tradução desses novos conhecimentos para permitir a sua aplicação prática e na definição e autorização de políticas e de recomendações, que outros possam utilizar para desenvolver programas de prevenção e controlo apropriados.

Comité Directivo do IVACG

David Alnwick, M.Sc.
Omar Dary, Ph.D.
Frances R. Davidson, Ph.D.,
Secretário do IVACG

Alfred Sommer, M.D., M.H.Sc.,
Presidente do Comité Directivo do IVACG
Kraisid Tontisirin, M.D., Ph.D.
Suttalak Smitasiri, Ph.D.
Clive E. West, Ph.D., D.Sc.
Keith P. West, Jr., Dr.P.H.

Equipa do Secretariado do IVACG

Suzanne S. Harris, Ph.D.

Veronica I. Triana, M.P.H.

A publicação desta declaração foi possível com o apoio da Micronutrient Global Leadership, um projecto do The Office of Health, Infectious Disease and Nutrition, Bureau for Global Health, U.S. Agency for International Development, ao abrigo do Cooperative Agreement Number HRN-A-00-98-00027-00. A tradução em português foi feita pela Helen Keller International.

Agosto 2003

Impresso no Estados Unidos da América.



Cópias individuais adicionais deste documento e de outras publicações do IVACG são grátis para os países em desenvolvimento e US\$3.50 para os países desenvolvidos. Muitas publicações do IVACG podem ser “downloaded” gratuitamente em: <http://ivacg.ilsii.org>. As cópias podem ser requisitadas ao Secretariado do IVACG:

IVACG Secretariat
ILSI Research Foundation
One Thomas Circle, NW, 9th floor
Washington, DC 20005-5802, USA

Tel: 202-659-9024
Fax: 202-659-3617
E-mail: hni@ilsii.org
Internet: <http://ivacg.ilsii.org>

Grupo Consultivo Internacional da Vitamina A (IVACG)

O ILSI Research Foundation's Human Nutrition Institute funciona como o Secretariado do IVACG
