

Prevenção da transmissão do VIH

A nível individual, o VIH e a má nutrição enfraquecem o sistema imunitário, e combinam-se para aumentar a susceptibilidade a infecções conjuntas e acelerar a progressão de doenças relacionadas com o VIH.¹³ Um estado nutricional fraco também pode aumentar o risco de transmissão do VIH de mãe para filho.¹⁴ A falta de segurança alimentar dificulta as escolhas em relação a trabalho e a educação, e pode levar a aumento da mobilidade em relação a trabalho. Mobilidade e escolhas limitadas para ganhar a vida podem por sua vez levar a comportamentos de grande risco tais como escolher parceiros sexuais em troca de comida ou dinheiro.^{15,16}

Existe uma associação positiva entre educação e redução do risco de VIH. Crianças com melhor educação têm mais probabilidades de absorver informações de prevenção e de adoptar comportamento mais seguros.¹⁷ Completar a escolaridade secundária, especialmente entre raparigas, pode diminuir o risco de infecção por VIH.¹⁸ Contudo, acontece que agregados familiares com

insegurança alimentar são muitas vezes forçados a tirar as crianças da escola para as fazer trabalhar para suplementar a renda da família perdida devido a doença e/ou morte dos pais.^{19,20}

Tratamento

Segurança alimentar e nutrição são fundamentais para o tratamento do VIH. Há cada vez mais provas de que pacientes que iniciam a terapia anti-retroviral sem nutrição adequada têm taxas de sobrevivência mais baixas.²⁷ O consumo de rações alimentares adequadas é essencial para obter todos os benefícios do tratamento.²⁸ A própria terapia anti-retroviral pode fazer aumentar o apetite e, se certos medicamentos forem tomados com alimentos, é possível diminuir alguns dos efeitos secundários e promover a adesão ao tratamento.²⁹ Dada a importância de tal adesão para retardar a resistência do vírus aos medicamentos de primeira linha, o apoio nutricional torna-se ainda mais importante com o decorrer do tempo para manter o tratamento anti-retroviral.

¹³ Macallan DC et al. (1995). Energy expenditure and wasting in human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 333(2):83-88. Babameto G, Kotler DP (1997). Malnutrition in HIV infection. *Gastroenterology Clinics of North America* 26(2):393-415; Macallan DC et al. (1993). Prospective analysis of patterns of weight change in stage IV human immunodeficiency virus infection. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 58(3):417-424; Semba & Tang (1999), op. cit. 8.

¹⁴ Gillespie & Kadiyala (2005), op. cit. 3; Piwoz E (2004). *Nutrition and HIV/AIDS: evidence, gaps and priority actions*. United States Agency for International Development; Friis (2006), op. cit. 5; Piwoz & Preble (2000), op. cit. 8.

¹⁵ Sobre a relação entre segurança alimentar e comportamento de grande risco, ver Weiser SD et al. (2007). Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 4(10):1589-1598. Para mais informações sobre a mulher em relações sexuais e transacções, ver: Bryceson D, Fonseca J. (2006). An enduring or dying peasantry? In: Gillespie S, ed. *AIDS, poverty and hunger*; Dunkle KL et al. (2004). Transactional sex among women in Soweto, South Africa: prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Social Science & Medicine*, 59(8):1581-1592; Greig FE, Koopman C (2003). Multilevel analysis of women's empowerment and HIV prevention: quantitative survey. Results from a preliminary study in Botswana. *AIDS and Behavior*, 7(2):195-208.

¹⁶ Para mais informações sobre mobilidade e migração, ver: WFP (2006). *HIV/AIDS and transporters: putting the brakes on transmission*. Junho 2006; Singh S (2003). Food crisis and AIDS: the Indian perspective. *Lancet*, 362(9399):1938-1939; Sopheab H et al. (2006). HIV-related risk behaviors in Cambodia and effects of mobility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(1):81-86; Lagarde E et al. (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, 32(5):744-752; Lurie MN et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149-156; Zuma K et al. (2003). Risk factors for HIV infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases. *International Journal of STD & AIDS*, 14(12):814-817.

¹⁷ WFP (2006). *HIV/AIDS school feeding: children at risk*. June 2006.

¹⁸ Estudos sobre educação e risco de VIH incluem: Glynn JR et al. (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? A study in four African cities. *Tropical Medicine & International Health*, 9:4-14; de Walque D et al. (2005). Changing association between schooling levels and HIV-1 infection over 11 years in a rural population cohort in south-west Uganda. *Tropical Medicine & International Health*, 10:993-1001; World Bank study (2004) cited in WFP (2006), op. cit. 17.

¹⁹ Em certos casos, esta insegurança alimentar é uma consequência da infecção por VIH.

²⁰ Para uma análise actualizada, ver Greenblatt K, Greenaway K (2006). *OVC, HIV, food security and nutrition: a look at where we stand*. For WFP and UNICEF. Novembro 2006

²¹ FAO Committee on World Food Security (2001). *The impact of HIV/AIDS on food security* (<http://www.fao.org/docrep/meeting/003/y0310E.htm>).

²² Para mais informações sobre a relação entre direitos a bens e mulheres, ver Strickland RS (2004). *To have and to hold: women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. International Center for Research on Women (http://www.icrw.org/docs/2004_paper_haveandhold.pdf).

²³ Coon K et al. (2007). *Transcending boundaries to improve the food security of HIV-affected households in rural Uganda: a case study*. July 2007. New Horizons publication (<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/UgandaFoodSecurity.pdf>); Pan American Health Organization (2000). Fact Sheet on Gender and Food Security; FAO Committee on World Food Security (2001), op. cit. 21.

²⁴ WFP (2006). *HIV/AIDS & care and treatment: food in the response to AIDS*. Junho 2006.

²⁵ Gillespie & Kadiyala (2005), op. cit. 3.

²⁶ WHO Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban, South Africa, 10-13 April 2005. *Participants' statement*.

²⁷ Paton et al. (2006), op. cit. 4; este estudo realizado em Singapura conclui que os pacientes que iniciam a terapia anti-retroviral sem nutrição adequada tem seis vezes mais probabilidades de morrer. Outros argumentam ainda não haver provas suficientes para tirar conclusões. Ver: Friis (2006), op. cit. 5; Drain P et al. (2007). Micronutrients in HIV-positive persons receiving highly active antiretroviral therapy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85:333-345.

²⁸ Op. cit. 26; Seume-Fosso et al. (2004), op. cit. 9; Castleman T, Seumo-Fosso E, Cogill B (2004). *Food and nutrition implications of antiretroviral therapy in resource limited settings*. Washington, DC, Food and Nutrition Technical Assistance Project. Academy for Educational Development. May 2004.

²⁹ Seume-Fosso et al. (2004), op. cit. 9; World Bank (2007), op. cit. 9.

A mulher, a segurança alimentar e o VIH

Do ponto de vista biológico, social e económico, a mulher é mais vulnerável ao VIH do que o homem.²¹ As pessoas sem acesso a alimentação adequada, renda e terras, especialmente mulheres e raparigas, têm mais probabilidades de ser empurradas para situações que as colocam a risco de infecção por VIH. Situações a grande risco podem incluir migração e mobilidade para procura de trabalho (acontece também que as comunidades migrantes e itinerantes têm muitas vezes muito pouco acesso a cuidados de saúde), relações sexuais para trocas ou comércio, ou suportar relações sexuais de grande risco ou abusivas devido a dependência económica ou social.²²

A mulher está normalmente implicada em produção, compra e preparação de alimentos. Quando uma mulher é seropositiva, a segurança alimentar da família é afectada quando estas responsabilidades são transferidas para os membros femininos mais jovens e mais inexperientes. As mulheres são também prestadoras essenciais de cuidados. Cuidar de familiares doentes significa menos tempo disponível para produção e preparação de alimentos.²³

Cerca de 90% das crianças seropositivas ao VIH contraem o vírus através da mãe durante a gravidez, o parto ou a amamentação.²⁴ Um estado nutricional inadequado pode aumentar o risco de transmissão vertical do VIH por influenciar os factores da mãe e da criança relacionados com a transmissão.²⁵ As mães seropositivas também necessitam de acesso a informação apropriada e opções de alimentação de substituição para o bebé, a fim de minimizar o risco de transmissão durante a amamentação.²⁶

Cuidados, apoio e atenuação do impacto

A má nutrição aumenta a fadiga e diminui a actividade física das pessoas que vivem com o VIH³⁰ e, devido a capacidade reduzida para trabalhar e ganhar um salário para compra de comida, provoca a erosão dos meios de subsistência da família. Numa economia agrária, isto também significa resultados agrícolas reduzidos devido a diminuição da produtividade, doença e morte de trabalhadores agrícolas, e uma perda possível de transferência de conhecimentos agrícolas entre gerações. A infecção por VIH resulta em alterações nos bens familiares disponíveis à medida que as famílias têm de enfrentar grandes custos em cuidados e médicos.

Os cuidados a pessoas que vivem com o VIH são normalmente prestados a domicílio pela família ou outros voluntários.³¹ Melhorar a segurança alimentar, aumentando a produção ou fornecendo assistência alimentar, pode assegurar a alimentação de famílias inteiras e ajudar a tratar indivíduos doentes. Manter activas e produtivas as pessoas seropositivas também assegura a sua contribuição à renda da família e da comunidade mais larga.³² Em meios rurais afectados pelo VIH, em zonas onde a agricultura é uma das principais fonte de emprego, assegurar

a transferência de conhecimentos entre gerações e medidas para manter ou melhorar a produtividade agrícola será importante para atenuar os problemas.

Quando em contextos humanitários há rotura da estabilidade social, a vulnerabilidade à infecção pelo VIH e o risco desta mesma infecção podem aumentar. Crises, especialmente as relacionadas com conflitos, podem originar fragmentação das estruturas sociais normais e apoiar mecanismos e maior insegurança alimentar. Estas vulnerabilidades e riscos também podem aumentar quando serviços de prevenção do VIH e outros serviços públicos, incluindo educação, são interrompidos. Contudo, outros factores podem retardar a propagação do VIH em emergências, como os relacionados com uma diminuição em trocas sexuais devido a limitação da mobilidade e acessibilidade, e a uma redução em urbanização.^{33,34}

Posição política

A Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2001 *Declaration of Commitment on HIV/AIDS* e a *Political Declaration on HIV/AIDS* de 2006, ambas aprovadas por todos os Estados Membros das Nações Unidas, reconheceram que a segurança alimentar e a nutrição estão ligadas com o VIH. O Artigo 28 da Declaração Po-

³⁰ Piwoz & Preble (2000), p. ix, op. cit. 8.

³¹ Para um relatório sobre apoio em nutrição e produtividade antes da terapia anti-retroviral e seus efeitos positivos nas estratégias de luta, ver Catholic Relief Services *SUCCESS palliative care nutritional supplementation targeted evaluation. Final report, Maio 2007*.

³² Samuels F, Simon S (2006). *Food, nutrition and HIV: what next?* Agosto 2006 (Overseas Development Institute briefing paper).

³³ WFP (2006). *HIV/AIDS & emergencies: compounding crises*. June 2006. Foi demonstrado que a prevalência do VIH em emergências complexas não aumenta necessariamente ao mesmo nível em países em paz relativa. Um artigo recente de Spiegel et al. (2007) mostra que a prevalência do VIH não é mais alta, e é muitas vezes mais baixa, entre refugiados do que entre as populações locais. *Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. Lancet*, 369:2187-2195.

³⁴ As directivas da Comissão Permanente Interagências sobre o VIH/SIDA em situações de emergência fazem recomendações específicas para respostas apropriadas em tais contextos (ver pp. 46–57 of the guidelines, http://data.unaids.org/Publications/External_Documents/IASC_Guidelines-Emergency-Settings_en.pdf). A Comissão foi estabelecida em Junho de 1992 em resposta à Resolução 46/182 da Assembleia Geral das Nações Unidas que pedia coordenação reforçada da assistência humanitária. Ver também UNHCR, UNICEF, WFP (2004). *Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings: specific programme strategies*. Dezembro 2004.

lítica determina em particular “integrar apoio alimentar e nutricional” na resposta ao VIH “com o objectivo de que todas as pessoas venham a ter sempre acesso a alimentos nutritivos, seguros e em quantidade suficiente, de maneira a satisfazer as suas necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida activa e saudável, como parte de uma resposta abrangente ao VIH/SIDA”.³⁵

Os governos também aprovaram unanimemente certos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio³⁶ relacionados com alimentação e VIH. O primeiro Objectivo visa reduzir a metade a proporção de pessoas sofrendo de fome, enquanto o sexto Objectivo parará e principiará a inverter a propagação do VIH em 2015.³⁷ Em certas zonas, tais como na África subsariana, um objectivo não pode ser atingido independentemente do outro e será preciso abordar questões específicas ao VIH ligadas a segurança alimentar e a nutrição.

A 59ª Assembleia Mundial da Saúde, composta de ministros da saúde de 192 países, também aprovou uma resolução em Maio de 2006 pedindo aos países para incluírem a nutrição como uma parte integrante da resposta global ao VIH identificando intervenções em nutrição para integração imediata em programas de luta contra o VIH.^{38,39}

ONUSIDA, o Programa Mundial para a Alimentação e a Organização Mundial da Saúde recomendam que todos os actores, incluindo governos, organizações internacionais e sociedade civil apoiem intervenções eficazes em segurança alimentar e nutrição, como parte de uma resposta abrangente e multisectorial ao VIH. Especificamente, UNUSIDA, o Programa Mundial para a Alimentação e a Organização Mundial da Saúde recomendam as seguintes acções.

Acções para governos

- Utilizar estratégias de redução da pobreza, políticas de protecção social e planos de sector, distritais e locais – incluindo planos de prevenção para agir em caso de desastre – para manter meios de subsistência e integrar abordagens a segurança alimentar e nutrição em respostas ao VIH.

- Incorporar indicadores de nutrição em actividades de monitorização e avaliação do VIH, incluindo monitorização e avaliação da estratégia nacional de luta contra a SIDA.^{40,41}
- Trabalhar com todos os departamentos e sectores e com a sociedade civil e pessoas vivendo com o VIH para atingir as mais vulneráveis, assegurando que a assistência alimentar e nutricional é relevante, adequada e não implica estigma nem discriminação.
- Integrar programas de luta contra o VIH e de alimentação e nutrição, por exemplo:
 - alargar o apoio a nutrição, incluindo para mulheres grávidas e aleitando e crianças, realçando a alimentação apropriada de bebés como parte da prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho;
 - apoiar alimentação dietética e nutricional como parte de programas de tratamento bem sucedidos, incluindo aconselhamento sobre nutrição e encaminhamento de pessoas para serviços.⁴²
- Levar o sector privado a desenvolver iniciativas locais capazes de originar renda destinadas a fortalecer alimentos e a ligar tais iniciativas a intervenções de tratamento.
- Assegurar que políticas e programas agrícolas lutam contra o VIH, por exemplo:
 - melhorando as possibilidades de ganhar a vida na comunidade ou perto, reduzindo assim a necessidade de emigrar;
 - integrando informações sobre o VIH em programas de extensão agrícola;
 - dando a agregados familiares afectados a possibilidade de participar na produção e comércio de produtos agrícolas conciliando a necessidade de estar perto de casa para cuidar de familiares doentes;
 - utilizando cooperativas e organizações de lavradores para introduzir actividades de reconforto, cuidados e apoio, tais como estabelecer fundos comunitários de seguros de saúde ou fundos sociais para prestação de cuidados e apoio a órfãos e outras crianças tornadas vulneráveis devido à SIDA.⁴³

³⁵ Op. cit. 6.

³⁶ Os oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – que vão desde erradicação da pobreza extrema a interrupção da propagação do VIH e prestação de educação primária universal, até 2015 – formam um plano de trabalho aceite por todos os países do mundo e todas as principais organizações mundiais em prol do desenvolvimento (<http://www.un.org/millenniumgoals/>).

³⁷ Estes empenhos apoiam-se nos direitos humanos fundamentais consagrados pela *Declaração Universal dos Direitos Humanos* de 1948 (Artigo 25) e explicados na *Convenção Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais* (1966), sublinhando “o direito de qualquer pessoa a ... alimentação adequada” e especificando “o direito fundamental de não ter fome”. O Artigo 12 reconhece o direito de todos a gozar “o mais alto padrão de saúde física e mental”.

³⁸ Alimentação e boa nutrição são necessidades imediatas e essenciais das pessoas que vivem com o VIH. A Assembleia da Saúde também apoiou a OMS a elaborar um plano de cinco anos para acesso universal a tratamento para o VIH/SIDA 2010. Ver WHA59.11 *Nutrition and HIV/AIDS* (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R11-en.pdf).

³⁹ Isto apoia-se numa recomendação da Consulta da OMS sobre Nutrição e VIH/SIDA na África, 2005, realizada em Durban, África do Sul, que analisou provas existentes sobre nutrição e VIH e que fez recomendações para formar a base da política futura da OMS.

⁴⁰ Isto deve estar de acordo com os princípios dos “Três Uns” (uma estrutura aprovada de acção contra a SIDA, uma autoridade nacional de coordenação da luta contra a SIDA, e um sistema aprovado de monitorização e avaliação a nível de país). Isto pode tomar a forma de um departamento de nutrição e VIH e SIDA tal como no Malawi.

⁴¹ Tal como determinado na Consulta da OMS sobre Nutrição e VIH/SIDA na África, realizada em Durban, África do Sul, 10–13 Abril, 2005, incorporar indicadores de nutrição em planos de monitorização e avaliação do VIH.

⁴² Para orientação mais detalhada, ver Banco Mundial (2007), op. cit. 9.

⁴³ Para mais informações sobre adaptação de políticas agrícolas em contextos relacionados com o VIH, ver Jayne TS et al. (2005). HIV/AIDS and the agricultural sector: implications for policy in eastern and southern Africa. *The Electronic Journal of Agricultural and Development Economics*, 2(2):158–181.

Acções para parceiros internacionais

- Financiar e apoiar programas multissetoriais de luta contra o VIH que incorporem intervenções eficazes em prol de alimentação e nutrição como uma maneira de reduzir a vulnerabilidade à infecção por VIH e de aumentar a capacidade de resistência à SIDA.
- Reconhecer e apoiar (com ajuda técnica e financiamento) iniciativas destinadas a contextos específicos do tipo fornecimento de alimentação em escolas,⁴⁴ hortas caseiras ou comunais, transferências de fundos,⁴⁵ actividades geradoras de renda e acções destinadas a aumentar a produção agrícola.
- Apoiar os governos em programas que incorporem nutrição e alimentação e segurança em meios de subsistência, em sintonia com a expansão do acesso universal a prevenção, tratamento, cuidados e apoio em 2010.

Acções para a sociedade civil

- Promover políticas e programas incorporando intervenções eficazes em prol de alimentação e nutrição, em sintonia com a expansão do acesso universal a prevenção, tratamento, cuidados e apoio em 2010.
- Aumentar a transmissão em rede e a troca de informações sobre as interacções entre VIH e segurança alimentar e nutrição para promover uma compreensão precisa da maneira como alimentação e nutrição correctas podem reduzir a vulnerabilidade à infecção por VIH e aumentar a capacidade de resistência face à SIDA.⁴⁶
- Trabalhar com o governo e as pessoas que vivem com o VIH para atingir as mais vulneráveis, assegurando que a assistência, incluindo assistência alimentar, está de acordo com as necessidades e capacidades das pessoas beneficiárias e aborda questões de estigma e discriminação.

Melhor prática

Modelo académico para Prevenção e Tratamento do VIH (AMPATH)

No Quénia, como parte de AMPATH – que principiou em 2002 – o apoio a nutrição está a ser prestado em 19 sítios, a pacientes que segundo os critérios do programa têm falta de segurança alimentar. Nos princípios de 2008, calculava-se terem sido atingidas 50.000 pessoas vivendo com o VIH.⁴⁷ Em qualquer sítio, calcula-se que 20-50% das pessoas vivendo com o VIH estão a ter acesso a apoio alimentar através de HAART⁴⁸ e Harvest Initiative de AMPATH.

Um estudo realizado em 2006 verificou que os pacientes inscritos no programa de nutrição suplementar e seguindo o tratamento anti-retroviral tinham maior adesão ao seu tratamento, menos efeitos secundários relacionados com a alimentação e uma maior capacidade para satisfazer apetite crescente. A maioria dos pacientes tinha aumentado de peso, recuperado força física e retomado actividades de trabalho.⁴⁹

Proporciona-se alimentação a indivíduos e seus dependentes durante seis meses a partir do início da terapia anti-retroviral. Os pacientes incapazes de satisfazer as suas necessidades alimentares depois deste período podem entrar para um programa de preparação que proporciona alimentação e treino tendo por objectivo reforçar a segurança alimentar a longo prazo.

⁴⁴ WFP, (2006), op. cit. 17. A alimentação em escolas tem sido utilizada para atrair e manter as crianças escolarizadas, aumentar o rendimento académico e apoiar famílias afectadas pelo VIH com rações para levar para casa que também têm o objectivo de lutar contra as disparidades sexistas em abandono escolar resultante de insegurança alimentar. A longo prazo, isto pode melhorar a capacidade de recuperação das famílias aumentando as oportunidades económicas graças à educação.

⁴⁵ Para exemplos específicos em Uganda e Etiópia, ver <http://www.worldbank.org/aids>

⁴⁶ Exige estar familiarizado com os recursos existentes aqui enumerados e principalmente a Comissão Permanente sobre Nutrição (<http://www.unsystem.org/SCN/Default.asp>).

⁴⁷ O número de pessoas no programa aumenta mensalmente de cerca de 2000 (<http://medicine.iupui.edu/kenya/hiv.aids.html>).

⁴⁸ Terapia anti-retroviral grandemente activa.

⁴⁹ Byron E, Gillespie S, Nangamib M (2006). *Linking nutritional support with treatment of people living with HIV: lessons being learned in Kenya* (<http://ifpri.org/newal/pdf/brKenya.pdf>); <http://medicine.iupui.edu/kenya/hiv.aids.html>

Opiniões de decisores

Dra. Mary Shawa, Secretária Principal para Nutrição, VIH e SIDA, Escritório do Presidente e Gabinete, Malawi

Má nutrição, escassez alimentar crónica e VIH são importantes problemas no Malawi. Estudos realizados em 2001 sobre micronutrientes mostraram que 25% de adultos estavam desnutridos, dos quais 75% eram seropositivos. Reconhecendo que o VIH, a má nutrição e a segurança alimentar são desafios nacionais importantes e interrelacionados que estão a entrar o desenvolvimento do país em capital humano e económico, Sua Excelência o Dr. Bingu wa Mutharika, Presidente da República do Malawi, empenhou-se em 2004 em encontrar uma solução criando o Departamento de Nutrição, VIH e SIDA para prestação de orientação política, controlo, coordenação e monitorização e avaliação das respostas nacionais a nutrição, VIH e SIDA.

A estratégia abrangente do Malawi 'The Malawi Development and Growth Strategy: From Poverty to Prosperity 2006-2011', identificou como uma das áreas prioritárias a prevenção e tratamento de distúrbios de nutrição, VIH e SIDA. Abordar a interacção entre nutrição e VIH é essencial, e tal como a Estratégia sublinha, "o Governo do Malawi está empenhado em melhorar e diversificar o regime alimentar das pessoas que vivem com o VIH, e aumentar a prestação de intervenções sobre nutrição em relação com o VIH".

O programa de tratamento anti-retroviral do Malawi é um exemplo, graças ao qual, entre as 175.000 pessoas consideradas em 2004 como aceitáveis para tratamento, mais de 150.000 estão a receber gratuitamente medicamentos anti-retrovirais. Entre as pessoas cobertas pelo programa, mais de 60.000 estão a receber apoio nutricional e mais de 50.000 recebem subsídios para fertilizantes destinados a ajudar a sua própria produção de alimentos. A nutrição não é um tratamento para o VIH, mas é um aspecto muito importante para um tratamento eficaz.

O Malawi também está a planear formar 8.000 agentes comunitários e 360 especialistas em nutrição, VIH e dietética, para apoiar alterações de comportamento positivas e restabelecer o bem sucedido Programa de Artesanato Caseiro. Os agentes comunitários serão responsáveis por prestar, porta a porta, aconselhamento e detecção do VIH, diagnóstico de má nutrição e seguimento para assegurar a adesão à terapia anti-retroviral. Ao mesmo tempo, promoverão a produção e o acesso a alimentos muito ricos em nutrientes para um regime alimentar variado e nutritivo.

Dr. Praphan Phanuphak, Director, Centro de Investigação sobre a SIDA da Cruz Vermelha da Tailândia

A infecção pelo VIH pode ter um impacto negativo sobre a segurança alimentar e a nutrição, o que por sua vez afecta a progressão da doença e os resultados do tratamento. Há dois anos que estou a realizar intervenções sobre o VIH e a nutrição, e como testemunha directa, tenho observado como o aconselhamento e apoio em nutrição ajuda muitos pacientes recebendo tratamento anti-retroviral, incluindo redução dos efeitos secundários, melhor conformidade com o tratamento e melhoria geral da saúde e do estado nutricional.

Como Co-Director da Colaboração Tailândia-Austrália sobre Nutrição e VIH, uma parceria entre o Centro de Investigação sobre a SIDA da Cruz Vermelha da Tailândia, o Centro Albion Street e o Instituto de Nutrição, Universidade Mahidol, eu vejo nos enfermeiros, dietistas, adultos e crianças do nosso programa, os efeitos positivos directos do aconselhamento e da educação sobre nutrição. Prestamos conselho sobre nutrição a mais de 300 pacientes vivendo com o VIH. Insisto junto dos países para que ponham de lado uma certa percentagem do seu orçamento ART para intervenções sobre nutrição, e forneçam aos pacientes meios para compra de alimentos para consumo próprio e das suas famílias na fase inicial do tratamento, quando poderão ainda não estar suficientemente fortes para voltar ao trabalho. Abordar o estigma e a discriminação também ajudará as pessoas vivendo com o VIH a encontrar emprego e a mantê-lo, e assim poder satisfazer as suas próprias necessidades nutricionais.

UNAIDS

20 avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Suisse

T (+41) 22 791 36 66

F (+41) 22 791 48 35

distribution@unaids.org

www.unaids.org