



Organização
Mundial da Saúde

Diretriz:

Suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto

Diretriz:

**Suplementação de
vitamina A em mulheres
no pós-parto**



Catálogo-na-fonte: Biblioteca da OMS:

Diretriz: suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto.

1.Vitamina A – administração e dosagem. 2.Deficiência de vitamina A – prevenção e controle. 3.Período pós-parto. 4.Nutrição materna. 5.Guia. I.Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978 92 4 850 177 7

(NLM classification: WD 110)

© **Organização Mundial da Saúde 2013**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no sitio web da OMS (www.who.int) ou podem ser compradas a Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS – seja para venda ou para distribuição sem fins comerciais - devem ser endereçados a Publicações da OMS através do sitio web da OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Projeto e layout: Alberto March

Citação sugerida

OMS. *Diretriz: Suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

Índice	Agradecimentos	VI
	Suporte financeiro	VI
	Resumo	1
	Escopo e objetivo	2
	Histórico	2
	Resumo das evidências	3
	Recomendação	4
	Observações	5
	Disseminação	5
	Implicações para futuras pesquisas	5
	Processo de desenvolvimento da diretriz	5
	<i>Grupos de Aconselhamento</i>	5
	<i>Escopo da diretriz, avaliação das evidências e tomada de decisões</i>	6
	Gestão de conflitos de interesse	7
	Planos de atualização desta diretriz	9
	Referências	10
Anexo 1	Tabelas “Resumo das descobertas” GRADE	12
Anexo 2	Membros do Comitê Diretor de Diretrizes sobre suplementação de vitamina A da OMS/UNICEF	14
Anexo 3	Membros do Grupo de Suplementação de Vitamina A, Secretaria e especialistas externos da OMS	15
Anexo 4	Membros do Painel de Especialistas e Colaboradores Externos	18
Anexo 5	Questões no formato População, Intervenção, Controle, Resultados (PICO)	21
Anexo 6	Resumo das considerações dos membros do NUGAG para determinar o impacto da recomendação	22



Agradecimentos

Esta diretriz foi coordenada pela Dra. Lisa Rogers sob a supervisão do Dr. Juan Pablo Peña-Rosas, com a participação técnica do Dr. Rajiv Bahl, Dra. Luz Maria de Regil, Sra. Tracey Goodman e Dr. Jose Martines. Sinceros agradecimentos à Dra. Regina Kulier e sua equipe junto à Secretaria do Comitê Revisor de Diretrizes pelo apoio ao longo de todo o processo. Estendemos também agradecimentos à Dra. Davina Gheri pela orientação técnica e auxílio no preparo das consultas técnicas desta diretriz e ao Sr. Issa T. Matta e Sra. Chantal Streijffert Garon do Escritório de Aconselhamento Jurídico da Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo apoio com os procedimentos de gestão dos conflitos de interesses. A Sra. Grace Rob e a Sra. Paule Pillard, da Unidade de Micronutrientes, Departamento de Nutrição em prol da Saúde e Desenvolvimento, contribuíram com suporte logístico.

A OMS agradece imensamente a colaboração técnica dos membros do Comitê Diretor do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)/ OMS ao Grupo da Diretriz de Suplementação de Vitamina A e ao Painel de Especialistas e Colaboradores Externos. A OMS também agradece à Cochrane Editorial Unit pelo suporte coordenando a atualização das revisões sistemáticas utilizadas para substanciar esta diretriz e o resumo das descobertas de evidências.

Agradecemos a atenção e o apoio técnico dispensados pela Unidade Técnica de Saúde Familiar da OPAS/Brasil pela revisão da tradução dos guias para o idioma em português.

Suporte financeiro

A OMS agradece ao Governo de Luxemburgo por fornecer suporte financeiro para este trabalho.

Resumo

Cerca de 1000 mulheres morrem em função de complicações na gravidez e no parto no mundo, todos os dias. A deficiência de vitamina A também afeta cerca de 19 milhões de gestantes, a maior parte delas nas regiões da África e Sudeste da Ásia, segundo a divisão territorial da Organização Mundial da Saúde (OMS). A vitamina A tem papel importante para a visão, crescimento e desenvolvimento físico, e também para a função imune. Os Estados Membros solicitaram orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os efeitos e a segurança da suplementação de vitamina A para mulheres no pós-parto como estratégia de saúde pública.

A OMS desenvolveu estas recomendações substanciadas com evidências utilizando os procedimentos apresentados no [guia OMS para desenvolvimento de diretrizes](#). Os passos deste processo incluem: (i) identificação de questões prioritárias e resultados; (ii) obtenção de evidências; (iii) avaliação e síntese das evidências; (iv) formulação de recomendações, incluindo prioridades de pesquisa; e (v) planejamento para disseminação, implantação, avaliação de impactos e atualização da diretriz. A metodologia de Análise, Desenvolvimento e Avaliação da Classificação de Recomendações [GRADE](#) foi utilizada para preparar perfis de evidências relacionados aos tópicos pré-selecionados, com base em revisões sistemáticas atualizadas. Um grupo de especialistas internacionais multidisciplinares participou das duas consultas técnicas da OMS, realizadas em Genebra, na Suíça, de 19-20 de outubro de 2009 e de 16-18 de março de 2011, para revisar e discutir as evidências e minuta de recomendação, e para votar sobre o impacto da recomendação, levando em consideração: (i) efeitos desejados e indesejados desta intervenção; (ii) qualidade da evidência disponível; (iii) valores e preferências relacionadas à intervenção, em diferentes cenários; e (iv) o custo das opções disponíveis de funcionários da área de saúde em diferentes cenários. Todos os membros do grupo da diretriz preencheram um Formulário de Declaração de Interesses antes de cada reunião. Um Painel de Especialistas e Colaboradores Externos participou de todo o processo.

A suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto não é recomendada como uma intervenção de saúde pública para prevenção da morbidade e mortalidade materna e infantil (forte recomendação). A qualidade das evidências disponíveis para mortalidade materna, morbidade materna e efeitos adversos foi considerada baixa ou muito baixa. A qualidade das evidências para mortalidade infantil por causas generalizadas foi considerada alta e para mortalidade e morbidade infantil por causas específicas foi considerada muito baixa. As mulheres no pós-parto devem continuar recebendo nutrição adequada, que é mais bem obtida pelo consumo de uma dieta alimentar saudável e equilibrada.

¹ Esta publicação é uma diretriz da OMS. Uma diretriz da OMS é um documento, independente de seu título, que contém recomendações da OMS sobre intervenções de saúde, sejam elas intervenções clínicas, de saúde pública ou de políticas. Uma recomendação traz informações sobre aquilo que deverá ser feito pelos desenvolvedores de políticas, fornecedores de serviços de saúde ou pacientes. Ela traz uma escolha entre diferentes intervenções que tenham um impacto sobre a saúde e que tenham ramificações para o uso de recursos. Todas as publicações que contêm recomendações da OMS são aprovadas pelo Comitê Revisor de Diretrizes da OMS.



Escopo e objetivo

Esta diretriz traz recomendações globais e baseadas em evidências para com o uso de suplementos de vitamina A em mulheres no pós-parto para reduzir a morbidade e a mortalidade materna e infantil.

A diretriz irá auxiliar os Estados Membros e seus parceiros em suas ações para tomada de decisões informadas sobre as ações nutricionais adequadas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial a redução da mortalidade infantil (MDG 4) e melhora da saúde materna (MDG 5). A diretriz é voltada para um vasto público, inclusive desenvolvedores de políticas, seus conselheiros especializados, e equipe técnica e de programação em empresas participantes do projeto, implantação e aprimoramento das ações nutricionais para saúde pública.


Este documento apresenta a recomendação principal e um resumo das evidências de suporte. Outros detalhes sobre a base comprobatória estão apresentados no Anexo 1 e nos demais documentos relacionados nas referências.

Histórico

Cerca de 1000 mulheres morrem em função de complicações na gravidez e no parto no mundo, todos os dias (1). Quase todas essas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, e a maioria poderia ser evitada com a prevenção de complicações como sangramento severo (hemorragia), infecções e alta pressão arterial, e doenças como malária, anemia e vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) durante a gestação e no pós-parto (2). As mortes neonatais respondem por 36% das mortes de crianças menores que 5 anos de idade em todo o mundo (3, 4). Essas mortes resultam principalmente pela pré-maturidade e baixo peso no nascimento (31%), infecções neonatais (26%), asfixia no nascimento (falta de oxigênio no nascimento) e trauma no nascimento (23%). Uma proporção importante de neonatos morre em função de anomalias congênitas (6,8%), outras causas perinatais não infecciosas (5,7%), tétano (5%) e doenças relacionadas à diarreia (2,6%).

A deficiência de vitamina A também continua sendo um problema de saúde pública entre mulheres e crianças, afetando cerca de 190 milhões de crianças em idade pré-escolar e 19 milhões de gestantes (5), a maioria delas das regiões da África e Sudeste da Ásia, segundo a divisão territorial da Organização Mundial da Saúde (OMS). Durante a lactação, a vitamina A é essencial para a saúde materna e para a visão (6). A ingestão nutricional recomendada de vitamina A para mulheres no pós-parto é de 850 µg e equivalentes de retinol (RE)/dia (7), o que pode ser difícil de atingir somente com a dieta em algumas áreas. As fontes alimentares de pró-vitamina A incluem vegetais como cenoura, abóbora, mamão e óleo de palma vermelha; os alimentos de origem animal ricos em vitamina A pré-formada incluem laticínios (leite integral, iogurte, queijo), fígado, óleos de peixe e leite humano (6, 7).

Geralmente os bebês nascem com baixas reservas de vitamina A. O leite materno de mães bem nutridas é rico em vitamina A e é a melhor fonte para o bebê (8). Portanto, aconselha-se que as mães alimentem seus filhos exclusivamente com a amamentação durante os primeiros 6 meses pós-parto. A concentração de vitamina A no leite materno é mais alta nos primeiros 21 dias pós-parto, ou seja, no colostro durante os primeiros 4-6 dias e no leite transitório nos próximos 7-21



dias (9). Depois disso, em países industrializados, a concentração de vitamina A geralmente permanece estável durante o restante da lactação (10).


Em áreas nas quais é comum haver deficiência de vitamina A, as mães podem produzir leite materno com menores concentrações de vitamina A (9). Todavia, se a mãe não pode atender ao aumento na necessidade de vitamina A durante a lactação por meio da alimentação, seu corpo tentará compensar os baixos níveis de vitamina A no leite materno utilizando as reservas de vitamina A do fígado (11). A Vitamina A tem papel importante na visão, crescimento e desenvolvimento físico, e na função imune e a deficiência de vitamina A aumenta o risco de ocorrerem condições como cegueira noturna e outras condições oculares como xerofalmia (12), principalmente durante os momentos em que os índices de ocorrência de doenças infecciosas estão altos e/ou durante as estações em que há escassez das fontes alimentares ricas em vitamina A (13).

A ingestão alimentar materna é um importante determinante para as concentrações de vitamina A no leite materno e para o nível de vitamina A do bebê (9, 14). Programas como suplementação pós-parto, diversificação da dieta e fortificação de alimentos com vitamina A têm sido utilizados para melhorar o nível de vitamina A das mulheres e para aumentar o teor de vitamina A no leite materno (15). Essas iniciativas protegem as reservas de vitamina A das lactantes e ao mesmo tempo aborda a questão das baixas ingestões de vitamina A do leite materno pelos bebês (16).

Os suplementos de vitamina A são, em sua maioria, bem tolerados pelas mulheres no pós-parto (17); todavia, a suplementação materna com altas doses (mais que 50 000 UI) pode ter efeitos colaterais como náusea, dor de cabeça, febre, vômitos, aumento da pressão do fluido cerebrospinal, visão turva, tontura e falta de coordenação muscular (18). Entretanto, geralmente esses sintomas são passageiros e não apresentam efeitos adversos de longo prazo (19).

Resumo das evidências

Três revisões sistemáticas (20-22) trataram dos efeitos e segurança da suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto. A primeira revisão avaliou o efeito de suplementos de vitamina A na saúde materna e infantil (20). Essa revisão incluiu 12 estudos que compararam a suplementação materna de vitamina A (β -caroteno ou palmitato de retinila ou formulação miscível em água) isoladamente ou combinada com outros micronutrientes, com placebo, ausência de intervenção ou administração de outros micronutrientes ou dose menor de vitamina A, iniciando a qualquer momento durante o período pós-parto (em 24 horas após o parto até 6 semanas após o parto). Os estudos incluíram mães que vivem em locais de baixa renda na Índia, Bangladesh, Indonésia, Tanzânia, Gâmbia, Zimbábue, Quênia, Gana e Peru. Assim, as mulheres apresentavam probabilidade de ter baixos níveis de vitamina A e também baixa condição nutricional. Um estudo avaliou a mortalidade materna aos 12 meses pós-parto e não relatou efeito significativo da administração de 400.000 UI de vitamina A nas 24-96 horas após o parto (taxa de perigo (TP) 1,11; 95% intervalo de segurança (IS) 0,81-1,51). Somente um estudo avaliou os efeitos adversos e não encontrou diferença na incidência de vômitos nas 30 horas após a administração de uma dose única de 400.000 UI de vitamina A ou de placebo (taxa de risco relativo (RR) 0,33; 95% IS 0,03-3,14). Quatro estudos não relataram diferença geral



na mortalidade infantil após a suplementação de vitamina A na comparação com o placebo (RR 1,14; 95% IS 0,84-1,57).

As outras revisões (21, 22) avaliaram o efeito da suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto com relação à mortalidade, morbidade e efeitos adversos em seus bebês até 1 ano de idade. Sete estudos de países de baixa a média renda (três na Ásia e quatro na África) foram incluídos na meta análise, que não revelou nenhum impacto sobre a mortalidade infantil (RR 1,00; 95% IS 0,94-1,06). Apenas dois estudos clínicos documentaram informações sobre a causa da morte e não houve evidências de redução no risco de morte em função de causas respiratórias (RR 1,59; 95% IS 0,84 a 2,99) ou diarreia (RR 2,57; 95% IS 0,72 a 9,12). O único estudo que relatou morbidade não encontrou nenhum efeito para com o risco de diarreia (RR 1,10; 95% IS 0,99-1,23) ou infecção respiratória aguda (RR 0,96; 95% IS 0,85 to 1,08). Dois estudos relataram efeitos adversos, mas em ambos os estudos não foram observados efeitos adverso nem no grupo de intervenção nem no controle durante o acompanhamento. Essas revisões incluíram três estudos que não haviam sido incluídos na primeira revisão mencionada acima (20). Esses estudos adicionais envolveram suplementação com doses menores e semanais de vitamina A antes ou durante a gestação até o parto ou em 12-24 semanas pós-parto. A dose acumulada de vitamina A recebida pela mãe durante esse período foi relatada em um desses estudos como sendo menos que ou igual a o 200.000 UI, e nos outros seis estudos foi superior a 200.000 UI. Não foram identificadas diferenças significativas com relação aos resultados, quando os dados foram estratificados com base na dose total de vitamina A (unidades) recebida pelas mães (menor que ou igual a 200.000 UI versus maior que 200.000 UI) ou pelo número de doses de vitamina A recebidas (única versus múltiplas).

A qualidade geral das evidências disponíveis para mortalidade materna, morbidade materna e efeitos adversos foi classificada como baixa ou muito baixa (Anexo 1). Os dados de mortalidade infantil de causas generalizadas foram classificados como de alta qualidade, todavia, a qualidade das evidências para mortalidade e morbidade infantil de causas específicas foi classificada como muito baixa.

Recomendação

A suplementação de vitamina A em mulheres pós-parto não é recomendada para prevenção de morbidade e mortalidade materna e infantil (*forte recomendação*²).

² Uma forte recomendação é aquela que o grupo de desenvolvimento da diretriz acredita que os efeitos desejados da aderência superam os efeitos indesejados. Ela pode ser tanto a favor como contra a intervenção. As implicações de uma forte recomendação para pacientes são de que a maioria das pessoas nessas condições desejariam o procedimento recomendado e somente uma pequena porção não desejaria. As implicações para os médicos são que a maioria dos pacientes deveria receber o procedimento recomendado e que a aderência a esta recomendação é uma medida razoável de assistência de boa qualidade. Com relação aos desenvolvedores de políticas, uma forte recomendação significa que ela pode ser adaptada como uma política na maioria dos casos.



Observações

- Esta diretriz substitui e atualiza recomendações prévias sobre a suplementação de vitamina A em mães para prevenir a deficiência de vitamina A (23) e para melhorar o nível de vitamina A das mães e seus bebês (8).
- As mulheres no período pós-parto devem ser estimuladas a receber nutrição adequada, que é mais bem obtida pelo consumo de uma dieta saudável e equilibrada, e a consultar as diretrizes sobre alimentação saudável durante a lactação (24).
- As recomendações para o tratamento de xeroftalmia não foram tratadas nesta diretriz. Nesses casos, recomenda-se consultar as diretrizes existentes sobre o tratamento de xeroftalmia em mulheres em idade reprodutiva (23).

Disseminação

A diretriz atualizada será disseminada por meios eletrônicos, como por exemplo, apresentações de slides, CD-ROMs e a World Wide Web, seja por meio de listas de correspondência da área de Micronutrientes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Permanente de Nutrição das Nações Unidas ([SCN](#)) ou pelo [website de nutrição da OMS](#). O Departamento de Nutrição em prol da Saúde e Desenvolvimento está desenvolvendo a e-Biblioteca de Evidências para Ações em Nutrição [eLENA](#) da OMS. Esta biblioteca visa compilar e exibir as diretrizes da OMS relacionadas à nutrição, juntamente com documentos complementares tais como revisões sistemáticas e demais evidências que substanciam as diretrizes, fundamentos biológicos e comportamentais, e recursos adicionais produzidos pelos Estados Membros e parceiros mundiais.

Implicações para futuras pesquisas


- É necessário realizar pesquisas sobre os efeitos dos suplementos de vitamina A (200.000 UI) com relação às concentrações de retinol no leite materno quando administrado especificamente a 6 semanas pós-parto para mulheres que estão amamentando (em contraste com imediatamente após o parto).
- Também há necessidade de pesquisas sobre o metabolismo de uma alta dose de vitamina A (200.000 UI) administrada a mulheres no pós-parto. Ademais, é necessário obter informações sobre como a dose de vitamina A é distribuída dentro do corpo (por exemplo, ela fica armazenada ou é secretada no leite materno) e como é excretada.

Processo de desenvolvimento da diretriz

Esta diretriz foi desenvolvida de acordo com os procedimentos de desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências da OMS, da forma estabelecida no [manual de desenvolvimento de diretrizes da OMS](#) (25).

Grupos de Aconselhamento

O Comitê Diretor para Desenvolvimento de Diretrizes sobre Suplementação de Vitamina da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi criado em 2009 com representantes dos seguintes departamentos da OMS: Saúde e Desenvolvimento



de Crianças e Adolescentes; Imunizações, Vacinas e Biológicos; Aumentando a Segurança da Gestação; Nutrição para Saúde e Desenvolvimento; Saúde e Pesquisas em Reprodução; e Seção de Nutrição da UNICEF (Anexo 2). O Comitê Diretor liderou o desenvolvimento desta diretriz e forneceu supervisão geral para o processo de desenvolvimento da diretriz. Foram formados dois outros grupos: um grupo de aconselhamento para a diretriz e um Painel de Especialistas e Colaboradores Externos.

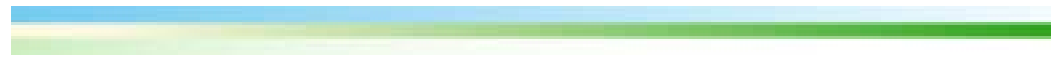
O Grupo da Diretriz sobre Suplementação de Vitamina A incluiu especialistas de diversos painéis de aconselhamento especializado da OMS e daqueles identificados por meio de convocações abertas de especialistas, levando em consideração uma mistura equilibrada de gêneros, diversas áreas de especialização disciplinar e representação de todas as regiões da OMS (Anexo 3). Buscou-se incluir especialistas em conteúdos, metodologistas, representantes de colaboradores potenciais (como gerentes ou outros profissionais de saúde envolvidos no processo de assistência à saúde) e consumidores. Os representantes de organizações comerciais não poderão ser membros de grupos de diretrizes da OMS. A função do grupo da diretriz foi a de aconselhar a OMS sobre a escolha de resultados importantes para a tomada de decisões e interpretação das evidências.

O Painel de Especialistas e Colaboradores Externos foi consultado sobre o escopo da diretriz, perguntas feitas, e a escolha de resultados importantes para a tomada de decisões, bem como com relação à revisão de uma minuta de diretriz completa (Anexo 4). Isso foi feito por meio das listas correspondências de Micronutrientes da OMS e da SCN que, juntas, incluem mais de 5500 assinantes, e por meio do [website de nutrição da OMS](#).

Escopo da diretriz, avaliação das evidências e tomada de decisões

Um conjunto de questões iniciais (e os componentes das questões) a ser tratado por esta diretriz foi o ponto crítico inicial para formular a recomendação, as perguntas foram preparadas pelo corpo técnico na Unidade de Micronutrientes, Departamento de Nutrição em prol da Saúde e Desenvolvimento, em colaboração com o Setor de Nutrição da UNICEF, com base nas necessidades de orientação sobre políticas e programas dos Estados Membros e seus parceiros. Foi utilizado o formato de população, intervenção, controle, resultados (PICO) (Anexo 5). As perguntas foram discutidas e revisadas pelo Comitê Diretor e foi obtido feedback de 45 colaboradores.

A primeira reunião do grupo da diretriz aconteceu de 19-20 de outubro de 2009 em Genebra, Suíça, para finalizar o escopo das questões, e classificar os resultados críticos e população alvo. Os membros do grupo da diretriz discutiram a relevância das perguntas e realizaram as modificações necessárias. Eles classificaram a importância relativa de cada resultado de 1 a 9 (onde 7-9 indicava que o resultado era essencial para uma decisão, 4-6 indicava que era importante e 1-3 indicava que não era importante). A pergunta chave final sobre a suplementação de vitamina A para bebês de 1-5 meses de vida, juntamente com os resultados que foram identificados como sendo críticos e importantes para a tomada de decisões estão apresentados no formato PICO no Anexo 5.



A [Cochrane Collaboration](#) ficou encarregada de buscar, revisar e gerar revisões sistemáticas, perfis de evidências e a tabela “Resumo das Descobertas”¹ (Anexo 1). Uma revisão sobre a suplementação de vitamina A para bebês de 6 meses de vida ou menos foi preparada e o arquivo atualizado do Review Manager Software (RevMan), obtido da Cochrane Editorial Unit, foi customizado a fim de refletir os resultados essenciais previamente identificados (os resultados que não foram relevantes para esta diretriz foram excluídos). O arquivo RevMan foi exportado para o software formador de perfis GRADE para preparar os resumos das evidências de acordo com a abordagem de Análise, Desenvolvimento e Avaliação da Classificação de Recomendações ([GRADE](#)) para avaliar a qualidade geral das evidências (26) (Anexo 1). A GRADE leva em consideração: o projeto do estudo; as limitações do estudo em termos de sua condução e análise; a consistência dos resultados entre os estudos disponíveis; a objetividade (ou aplicabilidade e validade externa) da evidência com relação às populações, intervenções e cenários em que a intervenção proposta poderá ser utilizada; e a precisão da estimativa resumida do efeito.


Tanto as revisões sistemáticas como os perfis de evidência GRADE para cada um dos resultados críticos foram utilizados no preparo desta diretriz. Uma segunda reunião do grupo foi realizada de 16-18 de março de 2011 em Genebra, Suíça, para revisar as evidências, discutir a minuta da recomendação e determinar da recomendação levando em consideração: (i) efeitos desejados e indesejados desta intervenção; (ii) qualidade da evidência disponível; (iii) valores e preferências relacionadas à intervenção, em diferentes cenários; e (iv) o custo das opções disponíveis de funcionários da área de saúde em diferentes cenários (Anexo 6). Os participantes chegaram a um consenso pela maioria simples dos membros do grupo da diretriz. A equipe da OMS presente na reunião, bem como outros especialistas técnicos externos envolvidos na coleta e classificação das evidências não tiveram direito ao voto. Não houve grandes divergências entre os membros do grupo da diretriz.

Novamente, o Painel de Especialistas e Colaboradores Externos foi consultado sobre a minuta da diretriz. Foi recebido feedback de 12 colaboradores. A equipe da OMS pôde então finalizar a diretriz e submetê-la para liberação da OMS antes de sua publicação.

Gestão dos conflitos de interesses

De acordo com as regras estabelecidas nos [Documentos Básicos](#) da OMS (27), todos os especialistas que participam de reuniões da OMS devem declarar todos os interesses relevantes à reunião antes de sua participação. As declarações de conflitos de interesse de todos os membros do grupo da diretriz foram revisadas pelo administrador técnico responsável e pelos departamentos relevantes antes de finalizar a formação do grupo e do convite para participar de uma reunião de grupo da diretriz. Todos os membros do grupo da diretriz e participantes das reuniões de desenvolvimento da diretriz submeteram um Formulário de Declaração de Interesses juntamente com seu curriculum vitae antes de cada reunião. Além disso, declararam verbalmente potenciais

¹ Como parte do processo editorial pré-publicação da Cochrane, recomenda-se obter revisões de colegas externos (um editor e dois juízes externos à equipe editorial) e do conselheiro estatístico do grupo (<http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>). O [manual de revisões sistemáticas de intervenções da Cochrane](#) descreve detalhadamente o processo de preparo e manutenção de revisões sistemáticas da Cochrane sobre os efeitos de intervenções na área de saúde.



conflitos de interesses no início de cada reunião. Os procedimentos para gestão dos conflitos de interesse seguiram criteriosamente as Diretrizes da OMS para declaração de interesses (especialistas da OMS) (28). Os potenciais conflitos de interesses declarados pelos membros do grupo da diretriz estão resumidos abaixo.

- O Professor Michael Clarke declarou ser Diretor do UK Cochrane Centre e membro da The Cochrane Collaboration. O Professor Clarke não foi envolvido pessoalmente no preparo ou gestão das revisões sistemáticas da suplementação de vitamina A utilizadas para esta diretriz, embora alguns de seus colegas tenham sido.
- A Dra. Jean Humphrey declarou que sua unidade de pesquisa recebeu doações de 1996 a 2009 para o Projeto de Vitamina A para Mães e Bebês do Zimbábue (ZVITAMBO) de diversas organizações, incluindo a Nestlé Foundation, BASF e da Pediatric AIDS Foundation, que recebe seus principais recursos de diversas organizações, incluindo a Johnson & Johnson e o Abbott Fund. Sub-estudos também foram apoiados por Support for Analysis and Research in Africa (SARA) e Linkages Projects, ambos gerenciados pela Academy for Educational Development (AED). No nosso entender, exceto pela BASF, nenhuma dessas empresas e tampouco seus patrocinadores comerciais produzem direta ou indiretamente suplementos de vitamina A.
- O Dr. Charles Stephensen declarou que recebeu fundos de pesquisa da OMS para realizar um estudo humano sobre a eficácia de suplementação de vitamina A em recém-nascidos para melhorar a função imune e do United States National Institutes of Health para realizar estudos sobre a vitamina A e função imune em camundongos.
- A Dra. Sherry Tanumihardjo declarou que recebeu remuneração como consultora técnica da International Atomic Energy Agency (IAEA) e como membro honorário da HarvestPlus. Também recebeu apoio para pesquisa de: HarvestPlus para um estudo sobre a eficácia da vitamina A em crianças da Zâmbia alimentadas com milho laranja e para um estudo da banana em gerbils (ratos do deserto) para determinar o valor de vitamina A de carotenoides de provitamina A; United States National Institutes of Health para desenvolver um teste de diluição de isótopos de retinol ¹³C; United States Department of Agriculture (USDA) para o uso de a-retinol como um marcador de quilomícrons em ratos e porcos; e OMS para estudos mecanicistas para entender a suplementação neonatal de vitamina A utilizando o modelo da díade porca-leitão. Ademais, ela recebeu reembolso de despesas de viagem de IAEA, HarvestPlus e OMS pela participação em reuniões. No nosso entender, nem HarvestPlus e tampouco seus patrocinadores comerciais produzem direta ou indiretamente suplementos de vitamina A.

Profissionais externos foram convidados a participar das reuniões como observadores e a fornecer informações técnicas, mas não participaram do processo de tomada de decisões.




**Planos para
atualização desta
diretriz**

A recomendação contida nesta diretriz será revisada em 2014. Caso novas informações sejam disponibilizadas até essa ocasião, será formado um grupo de revisão de diretrizes para avaliar as novas evidências e revisar a recomendação, se necessário. O Departamento de Nutrição em prol da Saúde e Desenvolvimento na sede da OMS em Genebra, com seus parceiros internos, ficará responsável por coordenar a atualização da diretriz seguindo o [guia de procedimentos para desenvolvimento de diretrizes formal da OMS](#) (25). A OMS está aberta para receber sugestões sobre outras questões para avaliar a diretriz, quando esta estiver pronta para revisão.

Referências

1. WHO et al. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Ginebra, Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf, acessado em 27 de maio de 2011).
2. Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006, 367: 1066-1074.
3. *World health statistics 2009*. World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/index.html>, acessado em 27 de maio de 2011).
4. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, acessado em 27 de maio de 2011).
5. *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005. WHO Global Database on Vitamin A Deficiency*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598019_eng.pdf, acessado em 27 de maio de 2011).
6. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Vitamin A. En: *Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc*. Washington, DC, National Academy Press, 2001:82-146.
7. WHO, FAO. *Vitamin and mineral requirements in human nutrition*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546123.pdf>, acessado em 25 de maio de 2011).
8. WHO, Micronutrient Initiative. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. *Recommendations and report of a consultation*. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.4_eng.pdf, acessado em 27 de maio de 2011).
9. Newman V. *Vitamin A and breastfeeding: a comparison of data from developed and developing countries*. San Diego, Wellstart International, 1993.
10. Stoltzfus R, Underwood BA. Breastmilk vitamin A as an indicator of vitamin A status of women and infants. *Bulletin of the World Health Organization*, 1995, 59(suppl):517S-24S (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486808/pdf/bullwho00409-0137.pdf>, acessado em maio de 2011).
11. Allen LH, Haskell M. Vitamin A requirements of infants under six months of age. *Food and Nutrition Bulletin*, 2001, 22:214-234.
12. Sommer A, West KP Jr. *Vitamin A deficiency: health, survival and vision*. New York, Oxford University Press, 1996.
13. Underwood BA. Prevention of vitamin A deficiency. In: Howson C, Kennedy E, Horwitz A, eds. *Prevention of micronutrient deficiencies: tools for policy makers and public health workers*. Washington, DC, National Academy Press, 1998:103-166.
14. Haskell MJ, Brown KH. Maternal vitamin A nutrition and the vitamin A content of human milk. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 1999, 4:243-257.
15. Stoltzfus RJ, Humphrey JH. Vitamin A and the nursing mother-infant dyad: evidence for intervention. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2002, 503:39-47.
16. Miller M et al. Why do children become vitamin A deficient? *Journal of Nutrition*, 2002, 132: 2867S-2880S.
17. Iliff PJ et al. Tolerance of large doses of vitamin A given to mothers and their babies shortly after delivery. *Nutrition Research*, 1999, 19:1437-1446.

- 
18. Bauernfeind JC. *The safe use of vitamin A: a report of the International Vitamin A Consultative Group (IVACG)*. New York, Nutrition Foundation, 1980.
 19. Underwood BA. Vitamin A in animal and human nutrition. In: Sporn MB, Roberts AB, Goodman DS, eds. *The retinoids*. Vol 1. New York, Academic Press, 1984:281-392.
 20. Oliveira-Menegozzo JM et al. Vitamin A supplementation for postpartum women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (10):CD005944 (http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005944/pdf_fs.html, acessado em 27 de maio de 2011).
 21. Gogia S, Sachdev HS. Maternal postpartum vitamin A supplementation for the prevention of mortality and morbidity in infancy: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39:1217-1226 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/39/5/1217.long>, acessado em maio de 2011)
 22. Gogia S, Sachdev HS. Vitamin A supplementation for the prevention of morbidity and mortality in infants six months of age or less. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007480.pub2/abstract>, acessado em maio de 2011).
 23. WHO, UNICEF, IVACG Task Force. *Vitamin A supplements. A guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization 1997, (<http://whqlibdoc.who.int/publications/1997/9241545062.pdf>, acessado em 27 de maio de 2011).
 24. WHO Regional Office for Europe. *Healthy eating during pregnancy and breastfeeding*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/120296/E73182.pdf, acessado em 27 de maio de 2011).
 25. *WHO Handbook for guideline development*. Guidelines Review Committee. Draft March 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.
 26. Atkins D et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2004, 328:1490.
 27. *Basic documents*, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://apps.who.int/ab/bd/>, acessado em 19 de maio de 2011).
 28. *Guidelines for declaration of interests (WHO experts)*. Geneva, World Health Organization, 2010.

Anexo 1 Tabelas “Resumo das descobertas” GRADE

Suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto

Pacientes ou população: mulheres no pós-parto

Pacientes ou população: mulheres no pós-parto

Intervenção: Suplementação de Vitamina A

Resultados	Efeito relativo (95% IS)	Número de participantes (estudos)	Qualidade da evidência (GRADE)*	Comentários
Mortalidade materna Seguimento: média de 12 meses	HR: 1,11 (0,81-1,51)	8 577 (1 estudo)	⊕⊕⊖⊖ baixa ^{1,2}	Este resultado foi relatado por apenas um estudo
Morbidade materna: infecções (total de dias de doença por dias de acompanhamento) Acompanhamento: média de 3 meses		50 (1 estudo)	⊕⊖⊖⊖ muito baixa ³⁻⁶	30 episódios de 2281 dias de acompanhamento (vitamina A) versus 28/2281 (placebo); sem comparação estatística realizada no estudo Este resultado foi relatado por apenas um estudo
Efeitos adversos maternos após a administração: Vômitos	RR: 0,33 (0,03-3,14)	786 (1 estudo)	⊕⊕⊖⊖ baixa ^{5,7,8}	Este resultado foi relatado por apenas um estudo
Efeitos adversos maternos após a administração: Náusea	RR: 1,38 (0,44-4,31)	786 (1 estudo)	⊕⊕⊖⊖ baixa ^{5,7,8}	Este resultado foi relatado por apenas um estudo
Efeitos adversos maternos após a administração: dor de cabeça	RR: 1,21 (0,74-1,99)	786 (1 estudo)	⊕⊕⊖⊖ baixa ^{5,7,8}	Este resultado foi relatado por apenas um estudo

IS, intervalo de segurança; RR, taxa de risco relativo; TP, taxa de perigo

*Classificações das evidências do Grupo de Trabalho GRADE:

Alta qualidade: Estamos certos de que o efeito real está próximo do efeito estimado.

Qualidade moderada: Temos confiança moderada no efeito estimado. O efeito real provavelmente está próximo do efeito estimado, mas existe possibilidade de que seja substancialmente diferente.

Qualidade baixa: Nossa confiança no efeito estimado é limitada. O efeito real pode ser substancialmente diferente do efeito estimado.

Qualidade muito baixa: Temos pouca confiança no efeito estimado. O efeito real provavelmente é substancialmente diferente do efeito estimado.

¹ Estimativas de risco do grupo de controle deduzidas a partir dos dados apresentados no relatório do estudo.

² Resultado compatível com os danos e benefícios.

³ Não foram realizadas análises dos dados brutos.

⁴ Roy (1997): ocultação da alocação incerta e grupo de controle não cego (sem placebo).

⁵ Como só existe um estudo na análise, a inconsistência é desconhecida ao invés de não observada.

⁶ Dados esparsos no estudo original.

⁷ Grupo de Estudo ZVITAMBO: Não está claro por que apenas 766 mulheres de 14.110 mulheres randomizadas foram incluídas na avaliação dos efeitos adversos.

⁸ Os intervalos de segurança sobre o efeito combinado são compatíveis com os danos e benefícios.

Para obter detalhes sobre os estudos incluídos na revisão, consulte a referência (20-22)

Suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto**Pacientes ou população:** mulheres no pós-parto**Cenários:** Países onde a deficiência de vitamina A pode ser um problema de saúde pública**Intervenção:** Suplementação de Vitamina A

Resultados	Efeito relativo (95% IS)	Número de participantes (estudos)	Qualidade da evidência (GRADE)*	Comentários
Mortalidade infantil (causas generalizadas) no primeiro ano de vida Acompanhamento: 6-12 meses	RR: 1,00 (0,94-1,06)	59 402 (7 estudos)	⊕⊕⊕⊕ alta	
Mortalidade infantil relacionada a IRA no primeiro ano de vida Autópsia verbal ou relatório leigo Acompanhamento: 12 meses	RR: 1,59 (0,84-2,99)	5 207 (2 estudos)	⊕⊖⊖⊖ muito baixa ¹⁻³	
Mortalidade infantil relacionada a diarreia no primeiro ano de vida Autópsia verbal ou relatório leigo Acompanhamento: 12 mese ⁵	RR: 2,57 (0,72-9,12)	5 207 (2 estudos)	⊕⊖⊖⊖ muito baixa ^{1,3,4}	
Mortalidade infantil relacionada a sarampo no primeiro ano de vida	Não estimável	0 (0 estudos)		Este resultado não foi relatado por nenhum estudo
Morbidade infantil devido a infecções respiratórias agudas Acompanhamento: média de 12 meses	Taxa Proporcional 0,96 (0,85-1,08)	598 (1 estudo)	⊕⊖⊖⊖ muito baixa ^{5,6}	Não havia estimativas de morbidade disponíveis de fontes externas Este resultado foi relatado por apenas um estudo
Morbidade infantil devido a diarreia Acompanhamento: média de 12 meses	RR: 1,10 (0,99-1,23)	598 (1 estudo)	⊕⊖⊖⊖ muito baixa ^{5,6}	Não havia estimativas de morbidade disponíveis de fontes externas Este resultado foi relatado por apenas um estudo

IS, intervalo de segurança; RR, taxa de risco relativo; TP, taxa de perigo

*Classificações das evidências do Grupo de Trabalho GRADE:

Alta qualidade: Estamos certos de que o efeito real está próximo do efeito estimado.**Qualidade moderada:** Temos confiança moderada no efeito estimado. O efeito real provavelmente está próximo do efeito estimado, mas existe possibilidade de que seja substancialmente diferente.**Qualidade baixa:** Nossa confiança no efeito estimado é limitada. O efeito real pode ser substancialmente diferente do efeito estimado.**Qualidade muito baixa:** Temos pouca confiança no efeito estimado. O efeito real provavelmente é substancialmente diferente do efeito estimado.¹ Um estudo apresentou ocultação de alocação inadequada. Nenhum dos estudos avaliou adequadamente os dados faltantes.² O intervalo de segurança incluiu redução de 16% e aumento de 300% (perigo substancial) no risco de morte relacionada a IRA.³ Somente dois estudos relataram este resultado e a meta análise pode ser afetada pela não divulgação de mortalidade por causa específica nos outros estudos.⁴ O intervalo de segurança incluiu redução de 28% (benefício substancial) e aumento de 900% (perigo substancial) no risco de morte relacionada a diarreia.⁵ Somente um estudo, em que não foram descritos o procedimento de randomização e a ocultação da alocação, e a não-totalidade dos dados do resultado não foi tratada adequadamente.⁶ Um pequeno e único estudo relatou este resultado.

Para obter detalhes sobre os estudos incluídos na revisão, consulte a referência (20-22)



Anexo 2 **Membros do Comitê Diretor de Diretrizes sobre suplementação de vitamina A da OMS/UNICEF**

OMS

Dr. Rajiv Bahl

Diretor Médico
Newborn and Child Health and Development Unit
Department of Child and Adolescent Health and Development

Sra. Tracey Goodman

Diretora Técnica
Expanded Programme on Immunization Plus Unit
Department of Immunization, Vaccines and Biologicals

Dr. Matthews Mathai

Diretor Médico
Norms and Country Support Cooperation Unit
Department of Making Pregnancy Safer

Dr. Mario Meriardi

Coordenador
Improving Maternal and Perinatal Health Unit
Department of Reproductive Health and Research

Dr. Juan Pablo Peña-Rosas

Coordenador
Micronutrients Unit
Department of Nutrition for Health and Development

Dra. Lisa Rogers

Diretora Técnica
Micronutrients Unit
Department of Nutrition for Health and Development

UNICEF

Sr. Arnold Timmer

Conselheiro Sênior
Micronutrients Unit
UNICEF Nutrition Section

Anexo 3 **Membros do Grupo de Diretrizes sobre Suplementação de Vitamina A, Secretaria e especialistas externos da OMS**

A. Membros do Grupo da Diretriz sobre Suplementação de Vitamina A

(Observação: as áreas de especialidade de cada membro do grupo da diretriz aparecem em itálico)

Professor Hany Abdel-Aleem

Assiut University Hospital
Assiut, Egypt
Ginecologia e obstetria

Dr. Rintaro Mori

University of Tokyo
Tokyo, Japan
Pediatria

Professor Michael Clarke

University of Oxford
Oxford, England
Métodos

Dra. A. Catherine Ross

Pennsylvania State University
University Park, United States of America
Vitamina A, imunologia

Dra. Anna Coutsoudis

University of KwaZulu-Natal
Durban, South Africa
Vitamina A, doenças infecciosas

Dra. Isabella Sagoe-Moses

Ghana Health Service - Ministry of Health
Accra, Ghana
Gerente de Programa

Dr. M. Monir Hossain

Bangladesh Institute of Child Health and Dhaka
Shishu (Children) Hospital
Sher-e-Bangla Nagar
Dhaka, Bangladesh
Neonatologia

Dr. Claudia Saunders

Instituto de Nutrição Josué de Castro
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
Programas de pesquisa em Vitamina A

Dr. Jean Humphrey

Zimbabwe Vitamina A for Mothers and Babies
Project (ZVITAMBO)
Harare, Zimbabwe
Vitamina A, vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Dr. Prak Sophonneary

National Maternal and Child Health Center
Ministry of Health
Phnom Penh, Cambodia
Gerente de Programa

Dra. Yustina Anie Indriastuti

Indonesian Medical Doctor Nutrition Society
Jakarta, Indonesia
Gerente de Programa

Dr. Charles Stephensen

USDA Western Human Nutrition Research
Center
Davis, United States of America
Vitamina A, imunologia

Dra. Marzia Lazzerini

Institute for Maternal and Child Health
Trieste, Italy
Métodos, pediatria

Dr. Sherry Tanumihardjo

University of Wisconsin
Madison, United States of America
Vitamina A, metabolism

Dr. Pavitra Mohan

UNICEF India Country Office
New Delhi, India
Pediatria

Dr. Khalid Yunis

American University of Beirut
Beirut, Lebanon
Neonatologia, perinatologia



B. OMS

Mr. Joseph Ashong

Residente (relator)
Micronutrients Unit
Department of Nutrition for Health and
Development

Dr. Francesco Branca

Diretor
Department of Nutrition for Health and
Development

Sra. Emily Cercone

Residente (relatora)
Micronutrients Unit
Department of Nutrition for Health and
Development

Dra. Luz Maria de Regil

Epidemiologista
Micronutrients Unit
Department of Nutrition for Health and
Development

Dr. Chris Duncombe

Diretor Médico
Anti-retroviral Treatment and HIV Care Unit
Department of HIV/AIDS

Dra. Davina Gherzi

Líder de Equipe
International Clinical Trials Registry Platform
Department of Research Policy and
Cooperation

Dr. Ahmet Metin Gulmezoglu

Diretor Médico
Technical Cooperation with Countries for
Sexual and Reproductive Health Department
of Reproductive Health and Research

Dra. Regina Kulier

Cientista
Guideline Review Committee Secretariat
Department of Research Policy and
Cooperation

Dr. José Martines

Coordenador
Newborn and Child Health and Development
Unit Department of Child and Adolescent
Health and Development

Sra. Sueko Matsumura

Residente (relatora)
Micronutrients Unit
Department of Nutrition for Health and
Development

Dr. Sant-Rayn Pasricha

Residente (relator)
Micronutrients Unit
Department of Nutrition for Health and
Development

C. Escritórios Regionais da OMS

Dr. Abel Dushimimana

Diretor Médico
WHO Regional Office for Africa
Brazzaville, Congo

Dr. Kunal Bagchi

Conselheiro Regional
Nutrition and Food Safety
WHO Regional Office for South-East
Asia New Delhi, India

Dr. Chessa Lutter

Conselheiro Regional
Unit on Child and Adolescent Health
WHO Regional Office for the Americas/ Pan
American Health Organization
Washington, United States of America

Dr. Ayoub Al-Jawaldeh

Conselheiro Regional
Nutrition
WHO Regional Office for the Eastern
Mediterranean
Cairo, Egypt



Dr. Joao Breda

Cientista
WHO Regional Office for Europe
Copenhagen, Denmark

Dr. Tommaso Cavalli-Sforza

Conselheiro Regional
Nutrition
WHO Regional Office for the Western Pacific
Manila, Philippines

D. Especialistas Externos

Dra. Denise Coitinho Delmue

United Nations System Standing Committee
on Nutrition (SCN) Geneva, Switzerland

Dr. Rafael Flores-Ayala

Centers for Disease Control and Prevention
(CDC)
Atlanta, United States of America

Sra. Alison Greig

Micronutrient Initiative
Ottawa, Canada

Sr. Toby Lasserson

Cochrane Editorial Unit
London, England
Dra. Lynnette Neufeld
Micronutrient Initiative
Ottawa, Canada

Dra. Mathilde Savy

Institut de Recherche pour le Développement
(IRD) Montpellier, France

Dr. David Tovey

Cochrane Editorial Unit
London, England

Anexo 4 **Membros do Painel de Especialistas e Colaboradores Externos**

A. Membros que comentaram sobre as questões prioritárias sobre a suplementação de vitamina A (outubro de 2009)

Engenheiro Alaa I. Abu Rub

Ministry of Health
Palestinian National Authority
Ramallah, West Bank and Gaza Strip

Dr. Clayton Ajello

Vitamin Angels
Santa Barbara, United States of America

Dr. Mohamed Ag Ayoya

UNICEF, India Country Office
New Delhi, India

Professor Hassan Aguenau

Ibn Tofail University
Kénitra, Morocco

Sra. Deena Alasfoor

Ministry of Health
Muscat, Oman

Sra. Maria Theresa Alvarez

Academy for Educational Development
(AED) - A2Z Project
Manila, Philippines

Sr. Ravi Raj Atrey

SOS Children's Villages of India
New Delhi, India

Sr. Shawn Baker

Helen Keller International
Dakar-Yoff, Senegal

Dra. Christine Stabell Benn

Bandim Health Project
Statens Serum Institut
Copenhagen, Denmark

Dr. Djibril Cissé

Helen Keller International
Dakar-Yoff, Senegal

Professor Pradeep Deshmukh

Dr Sushila Nayar School of Public Health
Mahatma Gandhi Institute of Medical
Sciences
Sewagram, India

Dr Amol Dongre

Mahatma Gandhi Institute of Medical
Sciences
Sewagram, India

Dr. Masako Fujita

Michigan State University
East Lansing, United States of America

Dr. Bishan Garg

Dr Sushila Nayar School of Public Health
Mahatma Gandhi Institute of Medical
Sciences
Sewagram, India

Dr. Ajay Gaur

GR Medical College
Gwalior, India

Sra. Alison Greig

Micronutrient Initiative
Ottawa, Canada

Dr. Laurence M. Grummer-Strawn


Centers for Disease Control and Prevention
(CDC)
Atlanta, United States of America

Dra. Maria Claret C.M. Hadler

Universidade Federal de Goiás
Goiânia, Brasil

Dra. Samia Halileh

Institute of Community and Public Health
Birzeit University
Birzeit, West Bank and Gaza Strip



Sra. Nancy J. Haselow
Helen Keller International
Phnom Penh, Cambodia

Dra. Jocelyn A. Juguan
Food and Nutrition Research Institute
Department of Science and Technology
Manila, Philippines

Dr. Umesh Kapil
All India Institute of Medical Sciences
New Delhi, India

Dr. Chen Ke
Maternal and Children's Health Care Hospital
Chengdu, China

Dr. Klaus Kraemer
Sight and Life
Basel, Switzerland

Sr. Hou Kroen
Helen Keller International
Phnom Penh, Cambodia

Dr. Anand Lakshman
Micronutrient Initiative
New Delhi, India

Sra. Ada Lauren
Vitamin Angels
Santa Barbara, United States of America

Dr. Tingyu Li
Children's Hospital of Chongqing Medical
University
Chongqing, China

Dr. Georg Lietz
Newcastle University
Newcastle upon Tyne, England

Dr. Kurt Long
University of Queensland
Brisbane, Australia

Dr. Zeba Mahmud
Micronutrient Initiative
Dhaka, Bangladesh

Dr. Najat Mokhtar
Ibn Tofail University
Kenitra, Morocco

Dr. Siti Muslimatun
Southeast Asian Ministers of Education
Organization
Tropical
Medicine and Public Health Network
(SEAMEO TROPMED)
Jakarta, Indonesia

Sr. Banda Ndiaye
Micronutrient Initiative
Dakar, Senegal

Dr. Lakshmi Rahmathullah
Family Health and Development Research
Service Foundation Madurai, India

Professor H.P.S. Sachdev
Maulana Azad Medical College
New Delhi, India

Dra. Tina Sanghvi
Academy for Educational Development
Washington, United States of America

Sra. Dimple Save
JICA-MP Reproductive Health Project
Bhopal, India

Dr. Al Sommer
Johns Hopkins Bloomberg School of Public
Health
Baltimore, United States of America

Dra. Lize van Stuijvenberg
Medical Research Council
Cape Town, South Africa

Dr. Hans Verhoef
London School of Hygiene and Tropical
Medicine
London, England

Dra. Sheila Vir
Public Health Nutrition and Development
Centre
New Delhi, India



Dr. Tobias Vogt

St Thomas Home and German Doctors
Committee
Frankfurt, Germany

Dr. Jian Zhang Yang

Columbia University
New York, United States of America

Dr. David L. Yeung

H.J. Heinz Company Foundation
Toronto, Canada

Dr. Xiaoying Zheng

Institute of Population Research, Peking
University
Beijing, China

B. Membros que comentaram sobre a minuta da diretriz sobre a suplementação de vitamina A (março de 2011)

Dra. Christine Stabell Benn

Bandim Health Project
Statens Serum Institut
Copenhagen, Denmark

Professor Hans K. Biesalski

Department of Biological Chemistry and
Nutrition
Hohenheim University
Stuttgart, Germany

Sra. Nita Dalmiya

UNICEF Nutrition Section
New York, United States of America

Sra. Alison Greig

Micronutrient Initiative
Ottawa, Canada

Dr. Roland Kupka

UNICEF Regional Office for West and Central
Africa
Dakar-Yoff, Senegal

Sra. Ada Lauren

Vitamin Angels Alliance
Santa Barbara, United States of America

Dra. Teresa Murguia Peniche

National Center for Child and Adolescent
Health
Mexico City, Mexico

Sra. Anna Roesler

Menzies School of Health Research
Casuarina, Australia

Dr. Amal Saeed

University of Khartoum
Khartoum, Sudan

Dra. Martha Elizabeth van Stuijvenberg

South African Medical Research Council
Cape Town, South Africa

Dra. Sheila Vir Chander

Public Health Nutrition and Development
Centre
New Delhi, India

Dr. Frank Wieringa

Institut de Recherche pour le Développement
Marseilles, France

Anexo 5 Questões no formato População, Intervenção, Controle, Resultados (PICO)

Efeitos e segurança da suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto

- a. Deve-se administrar suplementos de vitamina A a mulheres no pós-parto?
- b. Caso afirmativo, qual a dosagem e em que momento após o parto?

População:

- Mulheres no pós-parto que vivem em países nos quais a deficiência de vitamina A pode ser um problema de saúde pública
- Subpopulações:
 - Por taxas de mortalidade infantil: países com baixas taxas versus altas
 - Por taxas de mortalidade materna: países com baixas taxas versus altas
 - Por prevalência de HIV na população em geral: países com baixa prevalência versus alta
 - Por exposição à vitamina A adicional: mães que receberam suplementação de vitamina A durante a gestação versus outros/ desconhecido

Somente para resultados dos bebês

- Por início da amamentação: início precoce (em 1 hora após o nascimento versus outros)
- Por práticas de amamentação: exclusividade de amamentação até 3 meses versus 6 meses versus outros conforme definido utilizando-se os Indicadores da OMS para avaliar as práticas alimentares de bebês e crianças em idades tenras

Intervenção:

- Qualquer suplemento oral de vitamina A isoladamente
- Suplemento oral de vitamina A administrado em combinação com outros micronutrientes
- Análises do subgrupo:
 - Por dose: 200.000 UI ou 400.000 UI versus outras doses (doses diárias ou semanais)
 - Por momento: imediatamente após o nascimento versus 4-8 semanas pós-parto

Controle:

- Placebo ou ausência de tratamento
 - Suplementos de micronutrientes sem vitamina A (para avaliar o efeito aditivo da vitamina A)

Resultados:

Críticos

Maternos

- Mortalidade durante o primeiro ano pós-parto
- Morbidade, infecções
- Efeitos adversos em 72 horas após receber o suplemento:
 - Vômitos
 - Outros

Infantil

- Mortalidade em 0-6 e 0-12 meses de vida
 - Qualquer causa
 - Infecções respiratórias agudas
 - Diarreia
 - Sarampo
- Morbidade durante 0-6 e 0-12 meses de vida
 - Infecções respiratórias agudas
 - Diarreia

Cenário:

Todos os países



Anexo 7 Resumo das considerações para determinar o impacto da recomendação

Qualidade da evidência:	<ul style="list-style-type: none">• Qualidade de evidência alta somente para mortalidade infantil• Todos os demais resultados críticos evidenciaram muito baixa ou baixa qualidade das evidências
Valores e preferências:	<ul style="list-style-type: none">• É preciso obter mais informações sobre os efeitos adversos
Comparação entre danos e benefícios:	<ul style="list-style-type: none">• Não há benefício relacionado aos resultados críticos revisados• Os potenciais efeitos negativos são incertos (não há como excluir aumento na mortalidade em função de infecções respiratórias ou diarreia)
Custos e viabilidade:	<ul style="list-style-type: none">• Custo mínimo• Viável fornecer suplemento no momento do parto ou logo após o parto para mulheres que dão à luz em instalações médicas/hospitalares. Também é possível alcançar mulheres no pós-parto na primeira consulta de acompanhamento do bebê

Para outras informações, entre em contato com:

Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento

Organização Mundial da Saúde

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27 (Suíça)

Fax: +41 22 791 4156

E-mail: nutrition@who.int

www.who.int/nutrition



ISBN 978 92 4 850 177 7



9 789248 501777