

Efeito da orientação alimentar sobre o perfil nutricional em pessoas vivendo com AIDS

Effect of dietary guidance on the nutritional profile of people living with AIDS

DOI:10.34117/bjdv7n8-055

Recebimento dos originais: 04/07/2021

Aceitação para publicação: 04/08/2021

Jessica Figueira Lima Fernandes

Acadêmica de Nutrição

Universidade Federal do Pará

Endereço: Cidade nova 8, we 29, número 422

CEP:67133-120

E-mail: figueira712@gmail.com

Vanessa Vieira Lourenço Costa

Doutorado em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará

Endereço: Rua Augusto Corrêa, 01, Campus IV. Faculdade de Nutrição, Setor de Saúde.

CEP: 66075-900

E-mail: vanessacosta@ufpa.br

Marília Brasil-Xavier

Doutorado em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará

Universidade Federal do Pará

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro 92, Núcleo de Medicina Tropical, Laboratório de Clínica e epidemiologia de doenças endêmicas, Umarizal, Belém, Pará

E-mail: mariliabxavier@gmail.com

Orquídea Vasconcelos dos Santos

Doutorado em Tecnologia Bioquímico-Farmacêutica pela Universidade de São Paulo

Universidade Federal do Pará

Endereço: Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, rua Augusto Corrêa - 937-lado ímpar, Guamá.

E-mail: orquideavs@ufpa.br

RESUMO

Com os avanços da terapia antirretroviral, pacientes HIV frequentemente apresentam ao longo da doença uma série de problemas nutricionais, dentre elas a perda de peso, redistribuição de gordura corporal, obesidade, dentre outras. É indispensável a educação nutricional como suporte para esses pacientes, a fim de corrigir algum déficit nutricional identificado. O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito da orientação alimentar sobre o perfil nutricional em pacientes que vivem com aids. Consiste em um estudo de intervenção realizado em um hospital universitário na cidade de Belém-Pa, onde foram avaliados 25 pacientes em uso da TARV. Foram coletados dados sociodemográficos e antropométricos, realizado no momento inicial e 3 meses depois. A intervenção nutricional se deu no momento inicial da coleta de dados, através de orientação alimentar com base nas diretrizes do Guia Alimentar para a população brasileira. Os resultados

mostraram redução apenas na variável IMC, um importante instrumento para classificar estado nutricional. Concluiu-se que se faz necessário aplicar outras intervenções mais efetivas, como um plano alimentar individualizado, além de outros instrumentos de orientação, para que assim, haja mudança em mais variáveis.

Palavras-Chave: Orientação nutricional, AIDS, Antirretroviral.

ABSTRACT

With the advances in antiretroviral therapy, HIV patients often present a series of nutritional problems throughout the disease, including weight loss, redistribution of body fat, obesity, among others. Nutritional education as a support for these patients is essential in order to correct any identified nutritional deficit. The objective of this work was to evaluate the effect of dietary guidance on the nutritional profile in patients living with aids. It consists of a intervention study conducted at a university hospital in the city of Belém-Pa, where 25 patients using ART were evaluated. Sociodemographic and anthropometric data were collected, performed at the beginning and 3 months later. The nutritional intervention took place at the initial moment of data collection, through food guidance based on the guidelines of the Food Guide for the Brazilian population. The results showed a reduction only in the BMI variable, an important instrument for classifying nutritional status. It was concluded that it is necessary to apply other more effective interventions, such as an individualized food plan, in addition to other guidance instruments, so that there is a change in more variables.

Keywords: Nutritional Guidance, AIDS, Antiretroviral.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi inicialmente descrita pelo Centro de Controle de Doenças (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) em 1981, quando foram narradas infecções oportunistas incomuns em alguns adultos jovens, como pneumonia, citomegalovírus, candidíase e Sarcoma de Kaposi, todas relacionadas a depressão severa no sistema imune. Mais tarde, em 1983, o vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana) foi isolado por Barre-Sinoussi (BURGOS; DIAS, 2019).

O HIV é um vírus citopático e não oncogênico, com genoma RNA da família Retroviridae (retrovírus) e subfamília Lentivirinae. Seu ácido nucleico é formado por ácido ribonucleico (RNA) e replica-se por ação da enzima transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia de DNA, que pode então, integrar-se ao genoma hospedeiro (BORGES et al., 2010; CUPPARI, 2014).

O HIV se espalha através de fluidos corporais e ataca o sistema imunológico, células específicas conhecidas como linfócitos T CD4+. Com o ataque frequente, as células de defesa passam a funcionar com menor eficiência até serem destruídas. Com o organismo fraco e a baixa imunidade, ocorre o aparecimento de doenças oportunistas,

levando ao estágio mais avançado da doença, a aids. Estatísticas globais mostram que, até o fim de 2019, havia mais de 38 milhões de pessoas no mundo vivendo com HIV, com incidência de 1,7 milhão (BRASIL, 2006; UNAIDS, 2020).

A transmissão pelo vírus pode acontecer através do sangue, advir de compartilhamento de agulhas, secreções vaginais ou sêmen durante relação sexual desprotegida, o lactente é infectado durante a amamentação através do leite materno da mãe infectada (SANTOS; MONOCHIO; MAGRIN, 2020)

A terapia antirretroviral (TARV) de alta potência foi introduzida na década de 1990, tem como principal objetivo retardar o avanço da imunodeficiência e/ou restaurar a imunidade da pessoa infectada. Sofreu alterações em sua indicação ao longo dos anos, alcançando avanços importantes como introdução de novas combinações de medicamentos com diferentes mecanismos de ação, diminuição dos efeitos danosos, dentre outros. Teve sua eficácia comprovada no aumento da sobrevida de pacientes (DUTRA; LIBONATI, 2008; GUIMARÃES et al, 2017).

Com os avanços da TARV, pacientes HIV frequentemente apresentam ao longo da infecção uma série de problemas nutricionais como perda de peso, redistribuição de gordura corporal (lipodistrofia), obesidade, resistência à insulina, hiperglicemia, dislipidemia, entre outras. A educação nutricional é indispensável no suporte nutricional, logo, recomendações como alimentação saudável e aceitação do paciente ao tratamento são primordiais, bem como a importância do gerenciamento de balanço energético pelos pacientes através do acompanhamento nutricional, visto que estes estão naturalmente vulneráveis a alterações de peso (DUTRA; LIBONATI, 2008).

Ao se avaliar o estado nutricional do paciente, observam-se as deficiências isoladas ou globais de nutrientes e classifica esses indivíduos quanto ao seu estado nutricional, que passa a servir como um instrumento para a intervenção dietética, com o principal objetivo de tentar corrigir o déficit diagnosticado (LADEIRA; SILVA, 2012).

Ao investigar deficiências nutricionais nestes indivíduos, o profissional utiliza índices antropométricos, o peso e a altura são utilizados para observar o índice de massa corporal do paciente. As pregas cutâneas tricipital e circunferência do braço representam o déficit severo da reserva adiposa em relação ao padrão para sexo e idade desses indivíduos (SENA; FREITAS; PONTES, 2014).

A desnutrição e o HIV têm efeito negativo um sobre o outro, agindo como coadjuvantes sobre o sistema imunológico e, como resultado, afetando a qualidade de vida. Na população em geral, menores medidas antropométricas não estão associadas

somente a uma menor qualidade de vida, mas o sobrepeso, obesidade ou circunferência da cintura elevada também estão associados a morbidade e a prejuízos da qualidade de vida (CARVALHO; POLICARPO; MOREIRA, 2017).

O estudo de Silva et al. (2010), mostra que há maior consumo de alimentos considerados ‘‘não protetores’’ para ocorrência de doenças cardiovasculares. São apontados: fontes de colesterol, gordura saturada e trans, sódio e carboidratos simples, e menor consumo de alimentos considerados ‘‘protetores’’ como cereais e produtos derivados, tubérculos, hortaliças, leguminosas, oleaginosas, frutas, sucos naturais e vitaminas de frutas.

Independente do estágio da doença na qual se encontram, pessoas vivendo com HIV (PVHIV) estão em risco nutricional. O estado nutricional e a ingestão alimentar inadequados desempenham papéis fundamentais no desenvolvimento da aids. Logo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a intervenção nutricional participe de todos os programas de controle e tratamento para a melhora da adesão e efetividade da TARV, visto que a nutrição tem um papel fundamental na vida de portadores HIV/Aids, pois contribui na diminuição de infecções oportunistas, ajuda a manter o sistema de defesa do organismo, conferindo uma boa qualidade de vida ao indivíduo (LADEIRA; SILVA, 2012; CUPPARI, 2014; BURGOS; DIAS, 2019).

Vale ressaltar que uma alimentação saudável e adequada contribui para a melhora da qualidade de vida do paciente. Porém, existe ainda ausência de recomendações específicas para esse público. Destaca-se logo, a importância da orientação aos pacientes com HIV/Aids sobre a melhoria na sua alimentação em geral (PEREIRA et al, 2019). Faz-se necessário dar maior ênfase na redução da gordura saturada, além de aumento no consumo de fibras e gorduras boas (JOY et al., 2007). Com base nas informações sobreditas, o objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito da orientação alimentar sobre o perfil nutricional em pessoas vivendo com aids.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de intervenção com pessoas vivendo com aids, o qual foi parte da tese de doutorado intitulada "Efeito do consumo da castanha-do-Brasil sobre o perfil clínico-nutricional e de estresse oxidativo, em pessoas com aids". A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará, nº CAAE: 80641817.0.0000.5172.

2.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), na cidade de Belém, Pará.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

Foram avaliados 25 pacientes. Como critérios de inclusão foram inseridos adultos de ambos os sexos que vivem com aids com lipodistrofia, em uso de TARV, com carga viral indetectável, com contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm³, e que moram em Belém, Pará, pacientes que compreenderam e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo CEP. Como critérios de exclusão adotados para participação dos indivíduos foram os pacientes que não tem capacidade cognitiva para compreender as orientações nutricionais, crianças e idosos que vivem com aids, pacientes com sintomas decorrentes dos efeitos colaterais da medicação antirretroviral, como náuseas, vômitos, empachamento (má digestão), pirose, diarreia, constipação intestinal, febre, dificuldade de deglutição, inflamação na boca e/ou esôfago por *Candida albicans* (candidíase) ou outras infecções, mudança na sensação do gosto, pacientes com infecções oportunistas ativas, presença de imunodepressão grave (contagem de LT-CD4+ < 100), gestantes, alcoólatras.

2.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em dois momentos, no momento inicial, denominado de fase 1 (T0) e 3 meses depois, denominada de fase 2 (T3).

No momento inicial, foi avaliado hábitos sociais e características sócio demográficas através de um questionário com informações como idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e aspectos comportamentais, que envolvem hábitos tabágicos e etílico, além de atividade física. Para avaliar o estado nutricional, foi realizada a avaliação antropométrica através do IMC (Índice de massa corporal), pregas cutâneas tricípital (PCT), e circunferência do braço (CB). Para as avaliações foi utilizada balança calibrada, do tipo plataforma, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g, no paciente em pé, descalço e com roupas leves. A prega cutânea tricípital (PCT) foi aferida com auxílio do adipômetro científico, marca Sanny, com três medições das pregas, para posterior cálculo da média aritmética. A aferição foi realizada na face posterior do braço direito, paralelamente ao eixo longitudinal, no ponto que compreende a distância média entre o acrômio e o processo do olécrano da ulna. Para aferição da estatura foi utilizado o

estadiômetro fixado à balança, com capacidade de 1,90 metros, posicionando o indivíduo em pé, descalço, com os calcanhares juntos, pernas e costas retas e braços estendidos ao longo do corpo, para posterior medição.

2.5 INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

A intervenção nutricional se deu após a coleta de dados da fase 1. Os pacientes receberam orientação nutricional com base nas diretrizes do Guia Alimentar da População Brasileira de 2014.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

A maioria dos pacientes é do sexo masculino, 17 (68,0%), e a faixa etária mais prevalente está entre 35 e 50 anos, com renda de um a dois salário mínimos. Quanto à situação conjugal, a maioria dos homens e das mulheres não tinha companheiro. Em relação à escolaridade, os homens tinham ensino médio completo e as mulheres ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos de pessoas que vivem com HIV/aids (n=25), estratificados por sexo, em Belém, Pará.

Aspectos sóciodemográficos	Pacientes (n=25)			Total
	M (n=17)	F (n=8)	p-valor	
Faixa etária				
< 20 anos	1(5.9%)	-		1(4.0%)
20 - 35 anos	2(11.8%)	1(12.5%)	0,82	3(12.0%)
35 - 50 anos	8(47.1%)	3(37.5%)		11(44.0%)
> 50 anos	6(35.3%)	4(50.0%)		10(40.0%)
Situação conjugal				
Com companheiro (a)	8(47.1%)	3(37.5%)	0,98	11(44.0%)
Sem companheiro (a)	9(52.9%)	5(62.5%)		14(56.0%)
Renda				
< 1 SM	3(17.6%)	1(12.5%)		4(16.0%)
> 1 - 2 SM	13(76.5%)	5(62.5%)	0,47	16 (64.0%)
> 2 - 4 SM	1(5.9%)	2(25.0%)		3(12.0%)
> 4 - 7 SM	-	-		-
> 7 - 10 SM	-	-		-
> 10 SM	-	-		-

Escolaridade

Analfabeto	-	-	-
EFI	3(17.6%)	4(50.0%)	7(28.0%)
EFC	1(5.9%)	-	1(4.0%)
EMI	2(11.8%)	2(25.0%)	0,20 4(16.0%)
EMC	7(41.2%)	-	7(28.0%)
ESI	1(5.9%)	-	1(4.0%)
ESC	3(17.6%)	2(25.0%)	5(20.0%)

(M) Masculino; (F) Feminino; (SM) Salário mínimo; (EFI) Ensino fundamental incompleto; (EFC) Ensino fundamental completo; (EMI) Ensino médio incompleto; (EMC) Ensino médio completo; (ESI) Ensino superior incompleto; (ESC) Ensino superior completo; (-) Dados numéricos igual a zero; Teste G (Contingência), $p \leq 0,05$.

No que diz respeito aos aspectos comportamentais, entre os sexos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis frequência de quem consome álcool ($p=0,07$), tabagismo ($p=0,33$), atividade física ($p=0,98$) e frequência da atividade física ($p = 0,78$). Em relação ao tempo de TARV, observa-se que a predominância foi superior a cinco anos, porém sem diferença estatística entre os sexos ($p=0,46$) (Tabela 2).

Tabela 2. Aspectos comportamentais de pessoas que vivem com aids (n=25), estratificados por sexo, em Belém, Pará.

Aspectos comportamentais	Pacientes (n=25)			Total
	M (n=17)	F (n=8)	p-valor	
Consumo de álcool				
Sim	10 (58.8%)	1(12.5%)	0,07	11(44,0%)
Não	7 (41.2%)	7(87.5%)		14(56,0%)
Consumo de álcool				
Não bebe	7(41.2%)	7(87.5%)	0,61	14(56,0%)
Diário	-	-		-
Semanal	6(35.3%)	-		6(24,0%)
Mensal	3(17.6%)	1(12.5%)		4(16,0%)
Raro	1(5.9%)	-		1(4,0%)
Tabagismo				
Fumante	2(11.8%)	-	0,33	2(8,0%)
Ex-fumante	10(58,8%)	3(37.5%)		13(52,0%)
Nunca fumou	5(29,4%)	5(62.5%)		10(40,0%)
Atividade física				
Sim	7(41.2%)	4(50.0%)	0,98	11(44,0%)

Não	10(58.8%)	4(50.0%)		14(56,0%)
Frequência da atividade física				
Não pratica	9(52.9%)	4(50.0%)		13(52,0%)
Todos os dias	5(29.4%)	2(25.0%)		7(28,0%)
2 a 3 vezes por semana	2(11.8%)	2(25.0%)	0,78	4(16,0%)
1 vez por semana	1(5.9%)	-		1(4,0%)
Mensal	-	-		-
Raro	-	-		-
Tempo de TARV				
Até 5 anos	6(35.3%)	1(12.5%)	0,46	7(28,0%)
> 5 anos	11(64.7%)	7(87.5%)		18(72,0%)

(M) Masculino; (F) Feminino; (-) Dados numéricos igual a zero. Teste G (Contingência), $p \leq 0,05$.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Em relação ao estado nutricional, não houve diferenças estatísticas, entre sexos, nas variáveis nutricionais IMC ($p=0,49$), CB ($p=0,19$), PCT ($p=1,00$) e CMB ($p=0,13$). No entanto, observou-se que a maioria do sexo masculino foi classificada como eutrófico e sobrepeso, enquanto as mulheres, com sobrepeso.

Na variável CB, em ambos os sexos, a maior parte dos pacientes foram classificados como eutróficos. Na variável PCT, ambos os sexos, na sua maioria, estavam com obesidade, e na variável CMB, a maioria, em ambos os sexos, estavam com desnutrição leve (Tabela 3).

Tabela 3. Estado nutricional de pessoas que vivem com aids ($n=25$), estratificados por sexo, em Belém, Pará.

Estado nutricional	Pacientes ($n=25$)			TOTAL
	M ($n=17$)	F ($n=8$)	p-valor	
IMC (kg/m²)				
Magreza grau I	-	-		-
Magreza grau II	-	-		-
Magreza grau III	1(5,9%)	-		1(4,0%)
Eutrófico	8(47,0%)	2(25,0%)	0,49	10(40,0%)
Sobrepeso	7(41,2%)	4(50,0%)		11 (44,0%)
Obesidade grau I	1(5,9%)	2(25,0%)		3(12,0%)
Obesidade grau II	-	-		-
Obesidade grau III	-	-		-
Média \pm DP	24,22 \pm 4,20	26,67 \pm 3,68		25,01 \pm 4,13
CB (cm)				
Desnutrição grave	-	-	0,19	-

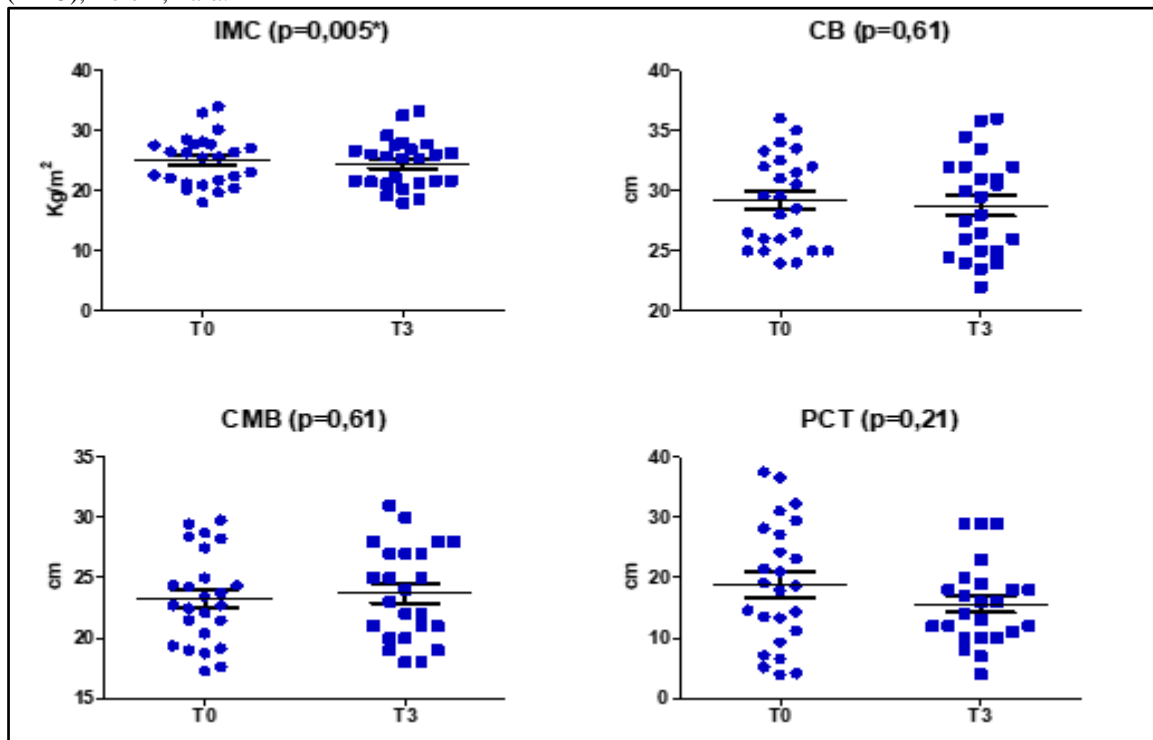
Desnutrição moderada	4(23,5%)	-		4(16,0%)
Desnutrição leve	4(23,5%)	1(12,5%)		5(20,0%)
Eutrofia	9(53,0%)	6(75,0%)		15(60,0%)
Sobrepeso	-	1(12,5%)		1(4,0%)
Obesidade	-	-		-
Média ± DP	28,92±3,90	29,75±3,57		29,19±3,74
PCT (mm)				
Desnutrição Grave	5(29,4%)	2(25,0%)		7(28,0%)
Desnutrição Moderada	-	-		-
Desnutrição Leve	-	1(12,5%)		1(4,0%)
Eutrofia	2(11,8%)	2(25,0%)	1,00	4(16,0%)
Sobrepeso	2(11,8%)	-		2(8,0%)
Obesidade	8(47,0%)	3(37,5%)		11(44,0%)
Média ± DP	16,79±10,94	23,25±7,19		18,86±10,21
CMB				
Desnutrição grave	2(11,8%)	1(12,5%)		3(12,0%)
Desnutrição moderada	4(23,5%)	-		4(16,0%)
Desnutrição leve	6(35,3%)	3(37,5%)	0,13	9(36,0%)
Eutrofia	5(29,4%)	1(12,5%)		6(24,0%)
Sobrepeso	-	1(12,5%)		1(4,0%)
Obesidade	-	2(25,0%)		2(8,0%)
Média ± DP	23,65±3,54	22,45±4,40		23,27±3,78

(M) Masculino; (F) Feminino; Índice de massa corporal (IMC); Circunferência do braço (CB); Prega cutânea tricípita (PCT). Circunferência muscular do braço (CMB). (-) Dados numéricos igual a zero. Teste G (Contingência), $p \leq 0,05$.

3.3 EFEITO DA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

A orientação nutricional foi efetiva para melhora do estado nutricional, considerando o IMC ($p=0,004$), porém, não mostrou mudança significativa nos outros parâmetros (Figura 1).

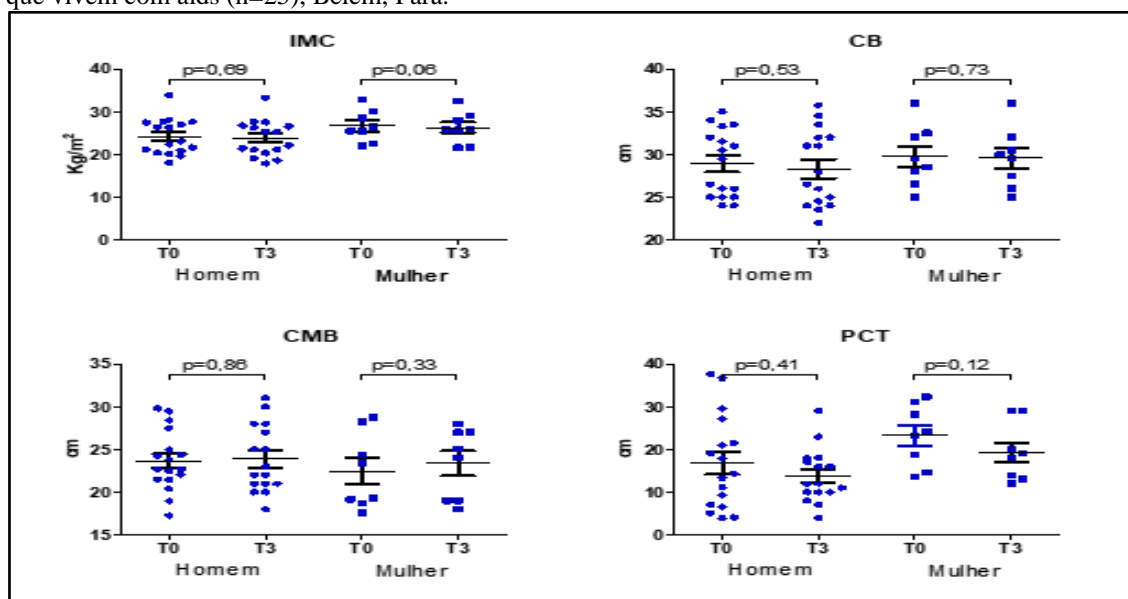
Figura 1. Estado nutricional, após a intervenção (orientação nutricional), de pessoas que vivem com aids (n=25), Belém, Pará.



Índice de massa corporal (IMC); Circunferência do braço (CB); Circunferência muscular do braço (CMB); Prega cutânea tricípital (PCT). Avaliação inicial (T0); Avaliação após três meses (T3). Teste t Student (Pareado), $p \leq 0,05$.

Quando estratificado por sexo, considerando o estado nutricional, não houve reduções significativas após a intervenção com a orientação nutricional (Figura 2).

Figura 2. Estado nutricional, estratificado por sexo, após a intervenção (orientação nutricional), de pessoas que vivem com aids (n=25), Belém, Pará.



Índice de massa corporal (IMC); Circunferência do braço (CB); Circunferência muscular do braço (CMB); Prega cutânea tricípital (PCT); Avaliação inicial (T0); Avaliação após três meses (T3). Teste t Student (Pareado), $p \leq 0,05$.

4 DISCUSSÃO

Foi observado número superior de homens na amostragem, da mesma forma como comprovaram o Sinan (BRASIL, 2018), Kauffmann et al. (2017) e Araújo et al. (2020). Leite (2020) mostra em seu estudo descritivo retrospectivo realizado com dados secundários que apesar da epidemia da aids acometer mais o sexo masculino, desde o seu início, a diminuição da razão masculino/feminino de caso ao longo dos anos, mostra que a feminização da aids é uma realidade, pois estas ainda vivem num contexto de vulnerabilidade social. A faixa etária mais prevalente, entre 35 e 50 anos, em homens e mulheres, difere dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) que mostram maior concentração dos casos de aids entre os jovens, de 25 a 39 anos, assim como também no estudo de Araújo et al. (2020) no qual a média de idade foi de 29 anos.

A baixa renda observada pode ter influenciado na má alimentação e estado nutricional inadequado dos pacientes estudados. Odwee et al. (2020) apontam em seu estudo que baixo status socioeconômico pode tornar o acesso a uma dieta balanceada desafiador. Sena, Freitas e Pontes (2014) ressaltam que o papel do nutricionista é traçar um plano dietético que esteja adequado a cada população e sua patologia a partir do contexto socioeconômico. A situação conjugal, onde a maioria dos homens e mulheres não tinham companheiros, é similar aos observados por Kauffmann et al. (2017), bem como a renda familiar, entre um e três salários mínimos. Em relação à escolaridade, os resultados foram semelhantes aos de Guerrero et al (2019), onde a maioria afetada possui ensino médio completo. Neste estudo as mulheres apresentaram em sua maioria ensino fundamental incompleto, semelhante aos resultados do estudo de Ladeira e Silva (2012), onde mais da metade dos indivíduos estudados apresentaram baixa escolaridade. As autoras apontam ainda, que a baixa escolaridade pode influenciar na propagação do vírus, pois a falta de informação sobre a doença e sobre as formas de transmissão pode ser considerada um fator de risco para a doença. Segundo Willig, Wright e Galvin (2018) a compreensão da doença e tratamento, bem como o nível educacional são barreiras que devem ser consideradas para adaptar a orientação nutricional

O consumo de bebida alcoólica nos homens, provavelmente, interfere no seu estilo de vida, pois mais da metade não pratica atividade física. Pacientes que consomem álcool tendem a manter estilos de vida mais instáveis, além disso, observou-se que a contagem de CD4 era menor e a carga viral maior em indivíduos que consumiam bebidas alcoólicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O uso de álcool tem sido associado à redução na adesão da TARV ou descontinuidade do tratamento. Essa tendência foi relatada em

estudos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), os quais mencionam que a adesão em pessoas que vivem com HIV/Aids e que não consomem álcool é elevada, até 76%; enquanto entre aqueles que consomem bebidas alcoólicas, varia entre 22% e 57%. O consumo de álcool em pacientes com HIV está associado a disfunções no fígado, fato comprovado por Conigliaro et al. (2003), onde esse hábito estava associado ao desenvolvimento de complicações decorrentes da infecção pelo HIV, distúrbios hepáticos e anemia. A integridade da microbiota intestinal também é afetada com o consumo de alto teor de álcool, como aponta Willig, Wright e Galvin (2018).

No presente estudo, é considerado muito positivo o fato da maioria de homens e mulheres não fumarem. Costa e colaboradores (2018) mostram em seu estudo um alto índice de hábitos tabágicos, e concluem que o consumo de tabaco se associa negativamente à supressão viral, tem sido relacionado a piores resultados clínicos, entre eles o aumento da carga viral, redução dos níveis de linfócitos T-CD4+ e maior ocorrência de infecções oportunistas.

O fato da maioria de pessoas que vivem com aids no presente trabalho não praticar atividade física constitui um problema para a vida saudável, pois os exercícios físicos melhoram a composição corporal e a saúde mental, reduzem o estresse e diminuem o risco cardiovascular, frequentes em pacientes com aids, devido ao uso de TARV. Esse tratamento causa lipodistrofia e é fator de risco para doenças coronarianas. Gouvea-e-Silva et al. (2016), também, relataram maioria de sedentários na população com aids. O aumento da atividade física deve ser estimulado em pessoas com infecção pelo HIV, pois sua prática regular é uma das estratégias para a promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, hipertensão arterial, obesidade, depressão e osteoporose (BRASIL, 2012).

Uma possível causa de grande parte dos pacientes do sexo masculino estarem eutróficos deve-se ao fato de possuírem mais massa muscular, o que melhora o seu gasto energético e influencia na perda de gordura corporal, enquanto que as mulheres com sobrepeso, provavelmente, se deve a má alimentação e fatores hormonais, os quais influenciam na composição corporal, através do depósito de gordura. Willig, Wright e Galvin (2018) alegam que, nos Estados Unidos, a proporção de sobrepeso e obesidade tem aumentado de forma constante após a introdução da TARV aumentando o risco de lipodistrofia. Logo, é necessária a avaliação nutricional periódica de PVHIV. Jaime et al. (2004) relataram sobrepeso, em homens e mulheres, e Silva et al. (2014) observaram eutróficos, sem diferenças entre sexos. Resultados semelhantes foram encontrados no

estudo de Ladeira e Silva (2012), onde se observou um número elevado de indivíduos com eutrofia e sobrepeso. No estudo de Diehl et al. (2008), apesar de os homens apresentarem altura e peso maior que as mulheres, não houve diferença em relação ao IMC, onde a maioria apresentou índice de massa corporal normal. As informações das variáveis CB e CMB, de ambos os sexos, classificados como eutróficos, e da PCT, quando ambos os sexos eram considerados obesos, são relatados de forma diferente por Ladeira e Silva (2012), quando apenas nas mulheres as medidas de prega cutânea tricípital eram maiores do que nos homens.

Da mesma forma como foi observado no estudo de Lima, Miranda, Guterrez (2015), quando a intervenção nutricional não influenciou no estado nutricional, composição corporal, colesterol e triglicérides, no presente estudo, a orientação nutricional teve efeitos positivos no estado nutricional, reduzindo IMC, mas sem diminuição em outras variáveis como CB, CMB e PCT. No estudo de Silveira et al. (2020), onde um grupo recebeu aconselhamento nutricional e outro prescrição alimentar individualizada, foi observado que o IMC foi reduzido apenas no grupo de prescrição dietética individualizada, enquanto que no grupo de aconselhamento nutricional houve aumento do IMC, isso mostra a importância de a prescrição alimentar ser apropriada para cada indivíduo, considerando sua necessidade individual. Outrossim, é necessário destacar que a alimentação saudável é ferramenta crucial na manutenção adequada do estado nutricional de PVHIV, e pode ter influenciado na redução de algumas variáveis do estado nutricional.

A orientação nutricional, principalmente na relação entre a alimentação, nutrição, imunidade e saúde, converte-se em um importante instrumento em pessoas que vivem com HIV/aids. Portanto, torna-se fundamental o resgate de práticas e estímulos ao consumo de alimentos saudáveis, sobretudo de alimentos regionais, considerando-se aspectos sociais, culturais, comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares (BRASIL, 2006). A adesão às orientações nutricionais é fundamental no tratamento de inúmeras doenças e influencia no sucesso do seu tratamento, desde que se estabeleça parceria entre o profissional da saúde e o paciente, através da frequência dos atendimentos, até a manutenção da saúde, através de atitudes, hábitos e práticas alimentares saudáveis (ESTRELA et al., 2017).

5 CONCLUSÃO

A orientação alimentar foi efetiva para melhorar o estado nutricional, considerando o IMC, mostrando redução deste parâmetro em pacientes com aids, porém sem efeito nas variáveis CB, PTC, CMB. A orientação alimentar é importante para pacientes com aids, sendo uma ferramenta eficaz para manter e/ou melhorar o estado nutricional, porém, faz-se necessário aplicar outras intervenções, como um plano alimentar individualizado, além de outros instrumentos de orientação, para que, talvez, seja observada mudanças em todos os parâmetros nutricionais.

REFERÊNCIAS

BORGES, I.K.; LIMA, J.E.; MILANEZ, P.A.O.; BERNARDES, S.S.; FELIPE, I.; COSTA, I.C.; SARIDAKIS, H.O.; WATANABE, M.A.E. Participação de células T regulatórias (Tregs) na imunopatogênese da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana 1 (HIV-1). **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v.31, n.2, p. 169-178, Jul/Dez. 2010.

BURGOS, M. G. P. A.; DIAS, C. A. Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). In: ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. (org.). *Tratado de Nutrição e Dietoterapia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 864- 878.

BRASIL. Ministério da Saúde. **135 mil brasileiros vivem com HIV e não sabem**. Publicado em 29/11/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: HIV/AIDS**. Número especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cai o número de casos e mortes causados pela Aids no país**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2012, p.1-86.

CARVALHO, B.; POLICARPO, S.; MOREIRA, A.C. Nutritional status and quality of life in HIV-infected patients. **Nutrição Hospitalar**. 2017; 34(4):923-933

COSTA, J. de O.; CECCATO, M. das G. B.; SILVEIRA, M. R.; BONOLO, P. de F.; REIS, E. A.; ACURCIO, F. de A. Efetividade da terapia antirretroviral na era de medicamentos em dose fixa combinada. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, p. 87, 2018.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no Adulto**. 3ª Ed São Paulo: Manole, 2014.

DIEHL, L.A; DIAS, J.R; PAES, A.C.S; THOMAZINI, M.C; GARCIA, L. R; CINAGAWA, E; WIECHMANN, S. L; CARRILHO, A.J.F. Prevalência da lipodistrofia associada ao HIV em pacientes ambulatoriais brasileiros: Relação com síndrome metabólica e fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, 2008;52/4.

DUTRA, C. D. T.; LIBONATI, R. M. F. Abordagem metabólica e nutricional da lipodistrofia em uso terapia anti-retroviral. **Revista de Nutrição**, Campinas, 21(4):439-446, jul./ago., 2008.

GUERRERO, A. F. H.; SANTOS, L. E. S.; OLIVEIRA, R. G.; SALES, P. S.; HURTADO-GUERRERO, J. C. Perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar de pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016. **Revista de Saúde Pública**. Paraná, 2019 Jul.;2(1):103-11-112.

GUIMARÃES, M. D. C.; CARNEIRO, M; ABREU, D. M. X; FRANÇA, E. B. Mortalidade por HIV/AIDS no Brasil, 200-2015: motivos para preocupação? **Revista brasileira de epidemiologia**. São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 182-190, Mai 2017.

JOY, T.; KEOGH, H. M.; HADIGAN, C.; LEE, H.; DOLAN, S.E.; FITCH, K.; LIEBAU, J.; LO, J.; JOHNSEN, S.; HUBBARD, J.; ANDERSON, E.J.; GRINSPOON, S. Dietary fat intake and relationship to serum lipid levels in HIV-infected patients with metabolic abnormalities in the HAART era. **AIDS**, v. 21 ed. 12, p. 1591-1600.

KAUFFMANN, L. K. O.; MIRANDA, R.N.A.; GUTERREZ, A. S.; PINTO, A.F. Perfil nutricional e alimentar de portadores de HIV-1/AIDS internados em um hospital universitário. **Revista Ciência e Saúde**. 2017;10(2):82-88.

LADEIRA, P. OC.; SILVA, D. C.G. Estado nutricional do perfil alimentar de pacientes assistidos pelo programa de DST/AIDS e hepatites virais de um Centro de Saúde de Itaperuna/RJ. DST - **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. 2012;24:28-31.

LEITE, D.S. A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 8, p. 57382-57395 aug. 2020.

ODWEE, A.; KASOZI, K. I.; ACUP, C. A.; KYAMANYWA, P.; SSEBUUFU, R.; OBURA, R.; AGABA, J. B.; MAKERI, D.; KIRIMUHUZYA, C.; SASIRABO, O.; BAMAIYI, P. H. Malnutrition amongst HIV adult patients in selected hospitals of Bushenyi district in southwestern Uganda. **African health sciences** vol. 20,1, p. 122-131. 2020.

PEREIRA, M. D. et al. Esquema terapêutico e consumo alimentar em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Archives of Health Investigation**. (2019) 8(7):349-356.

SANTOS, D.M; MANOCHIO, M.G; MAGRIN, T.F. Estado nutricional e imagem corporal de pacientes soropositivos para HIV com Lipodistrofia. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n.4,p.21046-21062 apr. 2020.

SENA, E. A.; FREITAS, C. H. S. M.; PONTES, A. L. S; O papel do nutricionista na atenção aos portadores de HIV/AIDS no sistema penitenciário brasileiro: Uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v.18, n.2, p. 169-178, 2014.

SILVA, E.F.R.; LEWI, D.S.L.; VEDOVATO, G.M.V.; GARCIA, V.R.S.; TENORE, S.B.T.; BASSICHETTO, K.C. Estado nutricional, clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/Aids em assistência ambulatorial no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.4, p.677-88, 2010.

UNAIDS. **Estatísticas globais sobre HIV 2020**.

WILLING, A.; WRIGHT, L.; GALVIN, T. A. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition Intervention and Human Immunodeficiency Virus Infection. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, 118(3), 486–498. 2018.