



ACONSELHAMENTO DIETÉTICO EM PACIENTES COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

DIETARY ADVICE IN PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS CONSEJO DIETÉTICO EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNOFICIENCIA HUMANA

Rosângela dos Santos Ferreira¹, Maria Lúcia Ivo², Elenir Rose Jardim Cury Pontes³, Silvia Naomi de Oliveira Uehara⁴, Júnia Elisa Carvalho de Meira⁵, Marcos Antonio Ferreira Júnior⁶

RESUMO

Objetivo: verificar a influência do aconselhamento dietético na manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes recém diagnosticados com o vírus HIV. **Método:** estudo de coorte prospectiva, com participação de 21 sujeitos, acompanhados individualmente no Hospital-Dia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio de avaliação antropométrica do consumo alimentar e aconselhamento dietético durante 12 meses, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo n. 654. **Resultados:** houve maior diferença entre o peso corporal teórico e o peso final naqueles pacientes que não seguiram as orientações nutricionais. O grupo que seguiu as orientações apresentou maior diferença entre peso teórico e final ($p = 0,005$) e reduziram o valor calórico total no final do estudo ($p = 0,030$) e os que não seguiram apresentaram um consumo alimentar aumentados no final ($p = 0,038$). **Conclusão:** os 16 pacientes que seguiram as orientações nutricionais apresentaram melhora no consumo alimentar; e, destes, 7 (43,8%) não utilizavam terapia antirretroviral, fato que favoreceu a adesão ao aconselhamento dietético ($p = 0,029$). **Descritores:** Avaliação Nutricional; Estado Nutricional; Aconselhamento; Terapia Nutricional; Sorodiagnóstico da AIDS.

ABSTRACT

Objective: to verify the influence of dietary advice in the maintenance or recovery of the nutritional status of patients newly diagnosed with HIV. **Method:** prospective cohort study, with the participation of 21 subjects, followed individually in the Day Hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul, through anthropometric assessment of food consumption and dietary advising for 12 months after approval of the project by the Research Ethics Committee Protocol 654. **Results:** greater difference between the theoretical body weight and final weight in those patients who did not follow the nutritional guidelines. The group followed the guidelines presented the greatest difference between theoretical and final weight ($p=0.005$) and reduced the total caloric value at the end of the study ($p=0.030$) and those who did not follow it, presented a food increased in the final consumption ($p=0.038$). **Conclusion:** the 16 patients who followed the nutritional guidelines, showed improvement in food consumption; although 7 (43.8%) were not using antiretroviral therapy, a fact which favored adherence to dietary advice ($p=0.029$). **Descriptors:** Nutritional Evaluation; Nutritional Status; Advising; Nutritional Therapy; AIDS Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: verificar la influencia del consejo dietético en el mantenimiento o recuperación del estado nutricional de pacientes recién diagnosticados con el virus HIV. **Método:** estudio de cohorte prospectivo, con participación de 21 sujetos, acompañados individualmente en el Hospital-Día de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, por medio de evaluación antropométrica del consumo alimentar y consejo dietético durante 12 meses, luego de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo n. 654. **Resultados:** hubo mayor diferencia entre el peso corporal teórico y el peso final en aquellos pacientes que no siguieron las orientaciones nutricionales. El grupo que siguió las orientaciones presentó mayor diferencia entre peso teórico y final ($p=0,005$) y redujeron el valor calórico total en el final del estudio ($p=0,030$) y los que no siguieron, presentaron un consumo alimentar aumentado en el final ($p=0,038$). **Conclusión:** los 16 pacientes que siguieron las orientaciones nutricionales, presentaron mejora en el consumo alimentar; de estos, 7 (43,8%) no utilizaban terapia antiretroviral, hecho que favoreció la adherencia al consejo dietético ($p = 0,029$). **Descritores:** Evaluación Nutricional; Estado Nutricional; Consejo; Terapia Nutricional; Serodiagnóstico de SIDA.

¹Nutricionista, Serviço de Nutrição e Dietética, Hospital Universitário, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: rosangela@nin.ufms.br; ²Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: ivoms@terra.com; ³Odontóloga, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: elenirpontes@nin.ufms.br; ⁴Médica, Mestre Infectologista do Hospital Universitário, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: siuehara@gmail.com; ⁵Nutricionista, Serviço de Nutrição e Dietética, Hospital Universitário, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: junia.elisa@nin.ufms.br; ⁶Enfermeiro, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF/UFRN. Natal(RN), Brasil. E-mail: marcosjunior@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

Os pacientes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) necessitam melhorar o estado nutricional como forma de garantir uma vida com qualidade, uma vez que as desordens nutricionais, as quais ocorrem em “cascata”, e o rápido consumo de massa corporal magra são situações comuns.¹

Na prática clínica, observa-se que a desnutrição e os efeitos colaterais da terapia antirretroviral interferem diretamente no estado nutricional dos pacientes que vivem com o HIV/AIDS (PVHA), sejam eles assintomáticos ou na vigência de AIDS. É recomendável que a terapia nutricional seja instituída logo após o diagnóstico de infecção pelo HIV. Essa vigilância contribui, sobretudo, para sobrevida, ao retardar a imunodepressão de origem nutricional e a ocorrência de infecções oportunistas.²

Estudos classificados pelo grau de recomendação e pela força da evidência clínica demonstram que a perda de peso e a depleção da massa celular corporal identificam características precoces da infecção pelo HIV.^{3,4} Particularmente, a perda da massa celular metabolicamente ativa está associada ao aumento da mortalidade, a aceleração da progressão da doença na diminuição da força muscular e piora do estado funcional.⁵⁻⁷

A identificação das alterações nutricionais no estágio inicial da infecção, por meio da avaliação antropométrica e física sistematizada, evita que repercussões clínicas relacionadas à perda de massa magra e à desnutrição ocorram.⁸ A ingestão de nutrientes, quando inadequada em pessoas infectadas pelo vírus HIV, desempenha um relevante papel como facilitador do desenvolvimento da AIDS, pois a alimentação não só afeta a saúde, mas a resposta ao tratamento.⁹

Assim, a avaliação do estado nutricional, por ser fundamental para o adequado diagnóstico da desnutrição energético-proteica ou para a identificação de fatores de risco, demonstra o quanto é imprescindível a instituição efetiva da terapia nutricional. Uma vez concluído o processo de avaliação, as informações obtidas desse processo serão utilizadas como base para traçar o plano de cuidado nutricional.^{10,11}

As técnicas apropriadas de avaliação detectam a deficiência nutricional nos estágios iniciais do desenvolvimento da

doença, o que possibilita a melhora da ingestão de alimentos por meio do apoio e aconselhamento dietético individualizado.¹²

Evidências apontam que o aconselhamento dietético somado ao processo de ensino, ao treinamento e facilitação por meio de uma linguagem entendível, quando as trocas de informações relacionadas à nutrição, podem favorecer a adesão de um novo comportamento alimentar. Dessa forma, os indivíduos são efetivamente auxiliados a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida.¹³

Os programas de controle e tratamento da AIDS devem contemplar o aconselhamento dietético, uma vez que a dieta saudável e equilibrada é vital para a sobrevivência de todos os indivíduos, independente do “status” evolutivo da doença, inclusive pela influência da alimentação e nutrição na melhoria da adesão e efetividade da terapia medicamentosa.¹⁴

Todavia, se recomenda na fase estável da doença, quando a necessidade proteica gira em torno de 1,2 g/kg peso atual/dia e a necessidade energética para paciente assintomático em torno de 30-35 kcal/kg/dia.

Na fase aguda, a necessidade de proteínas aumenta para cerca de 1,5 g/kg de peso/dia. Em pacientes sintomáticos com a doença propriamente dita, ou seja, AIDS e CD4 inferior a 200 células, a necessidade energética é de 40 kcal/kg/dia. As necessidades especiais de micronutrientes: vitaminas A, B, C, E, zinco e selênio que não devem ser inferiores a 100% das ingestas dietéticas de referência (*Dietary Reference Intakes* - DRIS).²

A necessidade de líquidos deve estar entre 30 a 35 ml/kg, com quantidades adicionais para compensar as perdas decorrentes de diarreia, náuseas e vômitos, suor noturno e febre prolongada. A reposição de eletrólitos (sódio, potássio e cloreto) na presença de vômito e diarreia também é recomendada.¹⁰

Portanto, a dieta deverá conter todos os grupos alimentares, sem excessos e também sem exclusões; variar os tipos de cereais, carnes, verduras, legumes, frutas e leguminosas, de forma a manter tanto as características de acessibilidade física e financeira, quanto do sabor, variedade, harmonia, cor e segurança aos aspectos higiênico-sanitários, pois são grandes os riscos às infecções gastrointestinais.^{15,16}

São vários os fatores que interferem no resultado da intervenção nutricional, o que torna imprescindível que as PVHA assumam a corresponsabilidade no tratamento pelas

FerreiraRS, Ivo ML, Pontes ERJC et al.

mudanças que estão ao seu alcance, como aquelas relacionadas aos hábitos alimentares e estilos de vida. Dessa maneira, a avaliação e o processo de aconselhamento dietético são considerados estratégicos por fazerem parte de medidas de apoio que devem ser instituídas tão logo quanto possível e durante o curso da doença.^{17,18}

Ao considerar que o comportamento alimentar das PVHA poderá ser melhorado se houver acompanhamento nutricional desde o início ao diagnosticar o HIV, bem como durante todo o tratamento, esse estudo tem como objetivo:

- Verificar a influência do aconselhamento dietético na manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes recém diagnosticados com o vírus HIV.

MÉTODO

Estudo quantitativo, de abordagem epidemiológica, com desenho de uma coorte prospectiva, realizado no Hospital-Dia Prof.^a Esterina Corsini, pertencente ao Núcleo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HU/UFMS).

A população do estudo se tratava dos pacientes diagnosticados infectados pelo HIV, em acompanhamento pelo serviço em estudo. A amostra foi composta por sujeitos de ambos os sexos, recém-diagnosticados com HIV/AIDS, totalizando 21 participantes.

Foram incluídos aqueles com 18 anos ou mais de idade, que não realizam nenhum tipo de tratamento antirretroviral na data da inclusão no estudo e que aceitaram participar após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A condição principal para a inclusão foi o fato de serem recém-diagnosticados para avaliação desde o início do diagnóstico. Foram excluídas as gestantes, os indígenas, com uso de terapia antirretroviral e aqueles pacientes que não receberam acompanhamento nutricional durante os 12 meses.

Os pacientes quando incluídos no estudo foram submetidos à entrevista, a qual objetivou esclarecer os procedimentos utilizados durante os 12 meses de acompanhamento nutricional. Nas consultas nutricionais, os pacientes foram avaliados quanto à antropometria, consumo alimentar e adesão às orientações dietéticas.

O estudo teve como variáveis pesquisadas os aspectos sociodemográficas; peso corporal, macronutrientes e valores calóricos das dietas no início e final de 12 meses de

Aconselhamento dietético em pacientes com vírus...

acompanhamento comparados com as necessidades teóricas.

Para a avaliação antropométrica, o peso foi medido em balança antropométrica de plataforma, da marca *Welmy* para adultos, com precisão de 100 gramas e capacidade até 150 quilos. Os pacientes foram colocados no centro da plataforma, em posição ereta, descalços, com uso de suas próprias vestimentas, retirados os casacos, com braços pendentes ao lado do corpo e olhar na linha do horizonte.¹⁹

Para o cálculo do peso teórico, utilizou-se o método do tipo físico e, para o cálculo das necessidades energéticas, utilizou-se o método da Taxa de Metabolismo Basal a partir do Peso Corporal e do Tipo de Atividade Física.^{20,21}

A avaliação antropométrica ocorreu desde a primeira consulta. Por meio dos relatos sobre a rotina alimentar foi verificado se houve adesão ou não às orientações dietéticas realizadas nas consultas anteriores.

A análise do consumo alimentar foi avaliada através do instrumento Recordatório de sete dias e 24 h, método que define e quantifica todos os alimentos e bebidas ingeridas no período anterior à consulta de nutrição. Esses dados foram comparados com as informações qualitativas e quantitativa fornecidas pelo método de Frequência Alimentar.²²

Para avaliação da ingesta alimentar habitual, foi aplicado o método de História Alimentar, por informar os hábitos alimentares, número de refeições, tamanho das porções, preferências e aversões alimentares, que forneceu dados sobre a qualidade da dieta habitual e possibilitou identificar as alterações nutricionais provenientes da ingestão dietética inadequada.²²

O cálculo do consumo alimentar na primeira e última consultas de nutrição foi realizado com uso do programa Diet Pro 4.0 profissional.

O aconselhamento dietético foi realizado por meio das técnicas de educação nutricional, com orientação individual dos pacientes para modificação de seus padrões alimentares.

Na primeira consulta de nutrição, realizou-se o atendimento dietoterápico com uso do instrumento denominado Formulário de Atendimento Nutricional, com questões estruturadas e variáveis dirigidas sobre conhecimento de alimentação saudável, cuidados com a higiene e consumo alimentar.

O aconselhamento dietético foi caracterizado como orientação do planejamento alimentar individual, com preceitos básicos de uma alimentação segura e equilibrada, de acordo com os manuais que estabelecem as diretrizes e recomendações das práticas alimentares adequadas às pessoas infectadas pelo HIV.^{14,17}

Nesse estudo, os resultados de ajustes de peso corporal e consumo calórico da dieta no final dos 12 meses foram considerados como adesão ou não ao aconselhamento dietético.

Os dados foram analisados e descrito na forma de estatística descritiva, com uso de um pacote estatístico. Para comparação da diferença entre os pesos teóricos e aferidos do peso corporal e do valor calórico total das dietas (antes e após 12 meses) e para avaliar a frequência de consultas dos pacientes que seguiram e dos que não seguiram a orientação nutricional, foi utilizado o Teste de *Mann Whitney*, após checagem da normalidade das distribuições, ao nível de significância de 5%.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal de Mato Grosso do Sul, aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo protocolo nº 654, conforme resolução Nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), revogada pela resolução Nº. 466/2012 do CNS.

RESULTADOS

Dos 21 pacientes analisados, 16 (76,2%) provavelmente seguiram as orientações nutricionais realizadas pelo aconselhamento dietético, pois atingiram as adequações do peso corporal e/ou valor calórico total da dieta no final de 12 meses de acompanhamento nutricional. Os que não seguiram apresentaram maior diferença entre o peso corporal teórico e o peso final ($p = 0,038$) em relação ao início do estudo. Na comparação com o grupo que seguiu as orientações após 12 meses, também apresentou maior diferença entre peso teórico e final ($p = 0,005$), conforme dados da tabela 1.

Tabela 1. Diferença entre os pesos teórico e corporal (PC) aferidos e valor calórico total das dietas (VCT) antes e após 12 meses de orientação nutricional. Campo Grande/MS - 2006/2007 (n=21).

Variáveis	Orientação nutricional						P
	Seguiram (n=16)			Não seguiram (n=5)			
	Med	Mín	Máx	Med	Mín	Máx	
PC teórico - PC inicial	6,0	0,0	15,2	4,7	0,6	29,5	0,451
PC teórico - PC final	3,6	0,0	16,8	12,5	9,0	37,5	0,005
<i>p</i>		0,214			0,038		-
VCT teórico - VCT inicial	800,8	18,6	1.921,6	232,8	40,8	1.112,8	0,049
VCT teórico - VCT final	402,4	1,3	1.618,9	922,7	235,5	1.604,3	0,020
<i>p</i>		0,030			0,038		-

Nota: MED = mediana; Mín = valor mínimo; Máx = valor máximo. Teste Mann Whitney. Se $p \leq 0,05$ - diferença estatisticamente significativa.

Ao verificar a diferença entre o valor calórico teórico da dieta daqueles que seguiram e não seguiram as orientações nutricionais por 12 meses, observa-se que os pacientes que seguiram reduziram o valor calórico total no final do estudo ($p=0,030$) e aqueles que não seguiram apresentaram um consumo alimentar aumentado no final ($p = 0,038$).

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,650$) na quantidade de consultas nutricionais entre os pacientes que seguiram as orientações nutricionais. Dos

pacientes que seguiram as orientações nutricionais (n=16), sete (43,8%) destes não utilizavam Terapia Antirretroviral (TARV). Não houve diferença estatisticamente significativa do peso corporal e valor calórico total das dietas entre os que utilizavam e os que não utilizavam a TARV (Tabela 2). Porém, aqueles que não foram submetidos à TARV apresentaram melhora no consumo alimentar quando comparados no início e final de acompanhamento nutricional durante 12 meses, o que caracteriza a adesão ao aconselhamento dietético ($p = 0,029$).

Tabela 2. Diferença entre os pesos teórico e corporal (PC) e o valor calórico total das dietas (VCT) antes e após 12 meses de orientação nutricional entre pacientes submetidos ou não à Terapia Antirretroviral (TARV). Campo Grande/MS - 2006/2007 (n=16)

Variáveis	TARV						p
	Sim (n=9)			Não (n=7)			
	Med	Mín	Máx	Med	Mín	Máx	
Teórico de PC-inicial de PC	5,9	0,0	15,2	6,0	1,0	14,9	0,479
Teórico de PC-final de PC	3,7	0,5	16,8	3,5	0,0	10,5	0,317
p		0,475			0,166		-
Teórico de VCT-inicial de VCT	568,4	18,6	1.921,6	974,5	117,3	1.693,4	0,214
Teórico de VCT-final de VCT	405,9	1,3	699,4	351,3	4,1	1.618,9	0,317
p		0,241			0,029		-

Nota: Pacientes que aderiram à orientação nutricional (n=16), excluídos os que não aderiram (n=5). MED = mediana; Mín = mínimo de valor; Máx = máximo de valor. Teste Mann Whitney. Se $p \leq 0,05$ - diferença estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

Dos 21 pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS, 12 eram do sexo masculino e nove do feminino. Estes achados corroboram com dados atuais, quando a relação média é de 1,5 homem para 1 mulher, fenômeno este denominado feminização. Esses resultados diferem do início da infecção de HIV/AIDS no Brasil, quando a relação era de 15 casos da doença em homens para uma mulher.²³

Neste estudo, o aconselhamento dietético foi considerado método de intervenção nutricional, com base na comparação do peso corporal e valor calórico total da dieta no início e no final de 12 meses de acompanhamento nutricional. Os resultados encontrados demonstram que 16 pacientes atingiram os ajustes esperados de peso corporal, de acordo com as necessidades individuais, com aumento, manutenção ou diminuição.

Desta forma, foi fundamental que esses pacientes recebessem orientações sobre medidas preventivas e de controle, o que incluiu práticas de higiene que deveriam ser adotadas, a fim de garantir a qualidade sanitária dos alimentos; orientações sobre adoção de bons hábitos alimentares que resultariam em uma melhora ou recuperação do estado nutricional.^{12,24}

A melhoria dos hábitos alimentares e a adoção de medidas de segurança alimentar são resultantes do processo de educação nutricional, o qual deve ser instaurado desde a fase inicial do conhecimento do diagnóstico da doença.¹⁴

Na primeira avaliação nutricional, foi identificado não só o tipo de terapia nutricional a ser empregada mas também sua intensidade. Foi estabelecido quanto o paciente precisaria modificar ou manter seu estado nutricional, com necessidade de adequação deste cuidado a fim de acompanhar a eficácia das terapias empregadas.¹⁰

Nas tabelas 1 e 2, é possível constatar que dos 21 pacientes, 16 (76,2%) provavelmente seguiram as orientações nutricionais realizadas por meio do aconselhamento dietético nas consultas com a nutrição (média=4,9), pois atingiram as adequações do peso corporal e do valor calórico total da dieta no final de 12 meses acompanhamento nutricional. Destes, 7 (43,8%) pacientes não utilizavam terapia antirretroviral, o que indicou que as adequações de pesos corporais e as quantidades de calorias das dietas foram influenciadas pelo aconselhamento dietético.

Ao discutir o peso corporal teórico, observou-se que houve adesão às orientações nutricionais. Aqueles pacientes que não tinham indicação ao uso de terapia antirretroviral demonstraram modificação em seus hábitos alimentares com adequação da dieta no período de seguimento de 12 meses. Situação essa corroborada pelo estudo que resgata o conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional, como modelo de referencial teórico para a atividade de atendimento, que envolve educação e orientação nutricional.²⁵

Cinco pacientes não seguiram as orientações nutricionais e ao final do acompanhamento deixaram o estado nutricional de eutrofia e atingiram a classificação de sobrepeso, pois embora tivessem comparecido às consultas de nutrição, não modificaram seus hábitos alimentares. Fato também observado no estudo que refere o emprego de método participativo no grupo de intervenção, mas houve dificuldade na alteração significativa nas mudanças dietéticas dos pacientes pesquisados.²⁶

A desnutrição foi uma das primeiras complicações da AIDS, reconhecida como Síndrome Consumptiva, caracterizada pela redução de 10-15% da massa corpórea magra. Por ser uma complicação comum na infecção pelo HIV em todo o mundo, responsável por um aumento na morbimortalidade, considera-

FerreiraRS, Ivo ML, Pontes ERJC et al.

se fundamental para melhorar a evolução do tratamento manter o peso corporal em torno de 95-100% dos níveis de pesos corporais habituais e prevenir perdas de pesos adicionais por meio da intervenção nutricional precoce.²⁷⁻²⁸

Ao considerar os vários sinais e sintomas que acometem as PVHA, em especial aqueles relacionados ao sistema digestório por contribuírem para o desenvolvimento ou agravamento da desnutrição proteico-calórica, a intervenção nutricional deve ser instituída tão logo o diagnóstico da soropositividade como forma de minimizar as consequências adversas da doença.²⁹

Este estudo demonstrou que o aconselhamento centrado no paciente amplia o conhecimento sobre riscos dietéticos, discute fatos nutricionais, aumenta a autoconfiança em introduzir mudanças e melhora a compreensão da adesão ao tratamento.

A intervenção e o acompanhamento nutricional individualizado contribuíram eficazmente também em outro estudo conduzido em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise.³⁰ Estudos confirmam o impacto positivo no emprego de estratégias educativas para melhorar a adesão dos pacientes, demonstrando o efeito do aconselhamento dietético em seus pacientes.³¹⁻³³

Identificou-se melhora significativa nos parâmetros clínicos em pacientes com síndrome metabólica, associado à motivação prévia e ao emprego de intervenção nutricional relacionado à adesão ao tratamento. Pesquisadores corroboram com essa ideia quando mencionam que a intervenção nutricional pode trazer bons resultados à saúde e constitui parte dos cuidados com pessoas que vivem com HIV/AIDS.³⁴

Portanto, o aconselhamento dietético deve ser considerado como medida nutricional integrante dos cuidados de saúde dos PVHA, uma vez que prioriza intervenções dietoterápicas de acordo com a acessibilidade de cada um ao alimento, possibilita melhoria de escolhas em sua rotina alimentar e determina maior atenção e disciplina quanto ao aspecto de higiene e consumo alimentar saudável, de forma a tornar os pacientes menos vulneráveis às carências nutricionais.

CONCLUSÃO

Por meio do aconselhamento dietético atingiu-se uma maior adesão às orientações nutricionais, de acordo com os resultados

Aconselhamento dietético em pacientes com vírus...

obtidos. Vale enfatizar que do total de pacientes deste estudo, sete não fizeram uso da terapia antirretroviral durante todo o período de acompanhamento.

O aconselhamento dietético pode prover ao nutricionista um instrumento teórico que além de permitir o aprimoramento de suas habilidades e competências, pode intervir sobre o comportamento alimentar do paciente, com respeito à sua autonomia e valorização de seu potencial como sujeito histórico.

Cabe então ao nutricionista e demais membros da equipe de saúde atuar desde o início do diagnóstico de HIV/AIDS, por meio de aconselhamento dietético, a fim de prevenir deficiências nutricionais, manter ou restaurar a massa corporal magra e sensibilizar a adesão ao tratamento.

Portanto, pode-se concluir que o aconselhamento dietético realizado desde o início do tratamento contribuiu para melhorar o estado nutricional dos pacientes desse estudo por meio do fortalecimento do estado imunológico durante os 12 meses. Assim, recomenda-se a aplicação desta experiência terapêutica positiva em outros serviços de saúde por se tratar de uma terapia de baixo custo capaz de contribuir na prevenção e controle do estado nutricional desses pacientes específicos.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa RMR, Fornés NS. Avaliação nutricional em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida. Rev nutr [Internet]. 2003 [cited 2014 Feb 10];16(4):461-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n4/a09v16n4.pdf>
2. Coppini LZC, Jesus, RP. Terapia Nutricional na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Projeto Diretrizes - Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011. Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volum_e/terapia_nutricional_na_sindrome_da_imunodeficiencia_adquirida_hiv_aids.pdf
3. Mhiri C, Belec L, Di Constanza B, Georges A, Gherardi R. The slim disease in African patients with AIDS. Trans r soc trop med hyg [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 11];86(3):303-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1412662>
4. Serwadda D, Mugerwa R, Sewankambo N. Slim disease: a new disease in Uganda and its

FerreiraRS, Ivo ML, Pontes ERJC et al.

Aconselhamento dietético em pacientes com vírus...

association with HTLV-III infection. *Lancet* [Internet]. 2005 [cited 2014 Feb 11];2(8460):849-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2864575>

5. Thiébaud R, Malvy D, Marimoutou C, Davis F. Anthropometrics indices as predictors of survival in AIDS adults. Aquitaine Cohort, France, 1985-1997. Groupe d-epidemiologie Clinique du Sida em Aquitaine (GECSA). *Eur j epidemiol* [Internet]. 2000 [cited 2014 Feb 13];16(7):633-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11078120>

6. Wheeler DA, Gibert CL, Launer CA, Muurahainen N, Elion RA, Abrams DI, et al. Weight loss as a predictor of survival and disease progression in HIV infection. Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS. *J acquir immune defic syndr hum retrovirol* [Internet]. 2008 [cited 2014 Feb 14];18(1):80-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9593462>

7. Grinspoon S, Corcoran C, Rosenthal D, Stanley T, Parلمان K, Costello M, et al. Quantitative assessment of cross-sectional muscle area, functional status and muscle strength in men with the AIDS wasting syndrome. *J clin endocrinol metab* [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 13];84:201-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9920084>

8. Ribeiro CSA. Prevalência de alterações nutricionais e fatores de risco para desnutrição em pacientes hospitalizados por HIV/AIDS. [dissertação de mestrado]. Bahia: Escola de Nutrição da UFBA; 2010. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/9549>

9. Polacow VO, Scagliusi FB, Furtado LSM, Carré ML, Pereira GM, Avileis CGÇ, et al. Alterações do estado nutricional e dietoterapia na infecção por HIV. *Rev bras nutr clin* [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 18];19(2):79-85. Available from: http://www.sbnpe.com.br/_n1/docs/revistas/volume19-2.pdf

10. Mahan LK, Escott- Stump S, Krause S. Cuidado Nutricional na Infecção por HIV e AIDS. In: *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca; 2002. p. 852-53.

11. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canadian: Nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *J am diet assoc* [Internet]. 2008 [cited 2014 Feb

18]. 104(9):1425-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15354161>

12. Réquia CD, Oliveira VR. Cuidados Nutricionais em pacientes HIV+. *Nutr pauta* [Internet]. 2005 [cited 2014 Feb 18];72(4):213-7. Available from: http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=138

13. Martins C, Riella MC. Aconselhamento Nutricional. In: *Nutrição e o Rim*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 264-82. World Health Organization; Food and Agriculture Organization. Manual sobre cuidados e apoio nutricionais aos enfermos de HIV/AIDS; 2003.

14. World Health Organization. Food and Agriculture Organization. Manual sobre cuidados e apoio nutricionais aos enfermos de HIV/AIDS; 2003.

15. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde. Respostas + Experiências do Programa Brasileiro de AIDS. Brasília; 2005. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/resposta-experiencias-do-programa-brasileiro-de-aids-nov2005-versao-portuguesespanhol>

16. Leite, LHM; Waissmann, WV, Bento A. Reprodutibilidade de um questionário para avaliação de conhecimentos, percepções e práticas em segurança sanitária alimentar de portadores de HIV/AIDS ambulatoriais. *Cad saúde pública* [Internet]. 2007 [cited 2014 Feb 20];23(4):971-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400024

17. Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde. Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; 2006a. Available from: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_clinico_alimentacao_nutricao_aids_hi_v.pdf

18. Jaime PC, Florindo AA, Latorre MRO, Segurado AAC. Obesidade abdominal e consumo alimentar em portadores de HIV/AIDS. *Rev saúde pública* [Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 21];40(4):634-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500012

19. Lohman TG, Roche AF, Martorell R (editores). *Anthropometric standardization reference manual*. USA: Champaign Human Kinetics Books; 2008.

20. Riella MC. Determinação de peso ideal e das necessidades energéticas. In: *Suporte*

FerreiraRS, Ivo ML, Pontes ERJC et al.

nutricional parenteral e enteral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p. 253-9.

21. World Health Organization; Food and Agriculture Organization. Necesidades de energia y proteínas. Ginebra; 1985. Série de Informes Técnicos, p. 724.

22. Fisberg RM, Slater B, Marchioni DM, Martini LA. Métodos de Inquéritos Alimentares. In: Inquéritos Alimentares - Métodos e Bases Científicos. São Paulo: Manole; 2005. p. 4-10.

23. Boletim Epidemiológico AIDS/DST, Ministério da Saúde. Brasília; 2007. Available from:

http://www.agenciabrasil.gov.br/assunto_vie/w/Aids

24. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a população Brasileira Promovendo Alimentação Saudável. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2006b. Available from:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf

25. Rodrigues EM, Soares FPP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev nutr [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 22];18(1):119-28. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100011

26. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho, KMB. Adherence to a nutritional counseling program for adults with excess weight and comorbidities. Rev nutr [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 22];23(3):323-33. Available from:

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13385/1/ARTIGO_AdesaoProgramaAconselhamento.pdf

27. Jones CY, Hogan JW, Snyder B, Klein RS, Rompalo A, Schuman P, et al. Overweight and human immunodeficiency virus (HIV) progression in women: associations HIV disease progression and changes in body mass index in women in the HIV epidemiology research study cohort. Clin infect dis [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 25]; 37(supl 2):69-80. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12942377>

28. Escott-Stump S. Aids e infecção por HIV. In: Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. São Paulo: Manole; 2007. p. 565 - 9.

29. Labrêa MG. Importância da Terapia Nutricional para o tratamento da AIDS. Nutr pauta [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar

Aconselhamento dietético em pacientes com vírus...

5];8(45):28-34. Available from: http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=228

30. Nerbass FB, Cuppari L, Avesani CM, da Luz Filho HA. Diminuição do fósforo sérico após intervenção nutricional hiperfosfatêmicos em hemodiálise. J bras nefrol [Internet]. 2011 [cited 2014 mar 6];30(4):288-93. Available from:

http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=34

31. Ford JC, Pope JF, Hunt AE, Bonnie G. The effect of diet education on the laboratory values and knowledge of hemodialysis patients with hyperphosphatemia. J ren nutr [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 8];14(1):36-44. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14740329>

32. Nisio JM, Bazanelli AP, Kamimura MA, Lopes MGG, Ribeiro FSM, Vasselai P. Impacto de um programa de educação nutricional do controle de hiperfosfatemia de pacientes em hemodiálise. J bras nefrol [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 9];29(3):153-7. Available from:

<file:///C:/Users/Prof.%20Marcos/Downloads/29-03-07.pdf>

33. Cupisti A, D'Alessandro C, Baldi R, Barsotti G. Dietary habits and counseling focused on phosphate intake in hemodialysis patients with hyperphosphatemia. J ren nutr [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 11];14(4):220-5. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15483782>

34. Almeida LB, Jaime PC. Aspectos atuais sobre nutrição e AIDS na era da terapia antiretroviral de alta atividade. J bras aids [Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 13];7(1):1-48. Available from:

<https://www.zotero.org/kcbassi/items/itemKey/MIE693CT>

Submissão: 05/05/2014

Aceito: 26/05/2015

Publicado: 15/06/2015

Correspondência

Marcos Antonio Ferreira Júnior
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Av. Senador Salgado Filho, s/n
Campus Lagoa Nova
CEP 59072-970 – Natal (RN), Brasil