

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL E ALIMENTAR DE PORTADORES DO HIV¹

NUTRITIONAL AND FOOD HABITS PROFILE ASSESSMENT OF PATIENTS WITH HIV

Emanuellen Cardoso RODRIGUES², Rozinéia de Nazaré Alberto MIRANDA³ e Aldair da Silva GUTERRES⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar o perfil alimentar e nutricional de portadores de HIV. **Método:** estudo transversal de 150 pacientes, de 18 a 59 anos de ambos os sexos, atendidos entre novembro de 2011 a fevereiro de 2012. Para a realização do estudo utilizou-se formulário para o levantamento das características socioeconômicas e frequência alimentar. A avaliação do estado nutricional foi realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC) e da adequação da Prega Cutânea Tricipital (PCT) e Circunferência do Braço (CB). **Resultados:** o perfil nutricional, segundo o IMC, demonstra prevalência de eutrofia, porém observa-se significativo percentual de sobrepeso. Em relação à PCT e a CB a maioria dos pacientes avaliados apresenta desnutrição. Referente ao perfil socioeconômico verifica-se que 60% são do sexo masculino e 40% pertencem ao sexo feminino. Os pacientes pertencem a um nível socioeconômico baixo, apresentando também baixa escolaridade. A maioria relata ser solteiro. Quanto à frequência alimentar verifica-se elevado consumo de alimentos energéticos, consumo significativo de alimentos construtores e baixo consumo de alimentos reguladores. **Considerações finais:** ressalta-se a importância da terapia nutricional aos portadores de HIV/AIDS, pois através desta terapia é possível educar e fornecer aos pacientes uma nutrição adequada para a manutenção ou melhora do seu estado nutricional.

DESCRITORES: HIV, estado nutricional, frequência alimentar, aspecto socioeconômico.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida caracteriza-se por ser uma manifestação clínica cujo agente etiológico é o vírus da imunodeficiência humana (HIV, *humanimmunodeficiency virus*). O HIV é um retrovírus, e o seu ácido nucléico é formado por ácido ribonucleico (RNA, *ribonucleic acid*) que replica-se por ação de uma enzima chamada de transcriptase reversa. São conhecidos, por distinção molecular, dois tipos de HIV: o HIV-1, de distribuição universal, e o HIV-2, restrito a África Ocidental¹.

O estado nutricional de portadores do HIV caracteriza-se por ser um aspecto preocupante, pois os portadores de HIV/AIDS apresentam apetite diminuído e ingestão energética insuficiente associada a um gasto energético de repouso aumentado. A desnutrição leva a uma supressão da função imune celular, perpetuando, com isso, o aparecimento das infecções oportunistas, a causa primária de morte nos pacientes com HIV/AIDS². Observa-se ainda, que indivíduos infectados pelo HIV apresentam deficiência de micronutrientes, e a carência destes comprometem ainda

¹ Local de realização do trabalho: Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPA.

² Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Pará- UFPA

³ Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Pará/UFPA. Professora Dra. Faculdade de Nutrição/ICS/UFPA.

⁴ Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Pará/UFPA. Doutoranda em Biologia dos Agentes Infecciosos e Parasitários/HUJBB/UFPA.

mais o funcionamento do sistema imunológico³.

Outra manifestação clínica presente em pacientes portadores de HIV está associada ao uso da terapia antirretroviral, a lipodistrofia, a qual é caracterizada por aumento nos níveis séricos de colesterol, triglicérides e glicemia, associada à resistência a insulina, e mudança na distribuição corporal⁴.

Orientar uma alimentação saudável significa promover melhoria da qualidade de vida, dessa forma, as pessoas que vivem com HIV/AIDS, por sua condição de imunodeficiência, encontram-se mais vulneráveis aos agravos à saúde, assim, uma alimentação saudável para esses pacientes, adequada às necessidades individuais, contribui para o aumento dos níveis dos linfócitos T CD4+, melhora a absorção intestinal, diminui os agravos provocados pela diarreia, perda de massa muscular, síndrome da dislipidemia e outros sintomas característicos da doença, os quais podem ser minimizados ou revertidos por meio de uma alimentação adequada⁵.

OBJETIVO

Avaliar o perfil alimentar e nutricional de portadores do HIV e AIDS, levando em consideração as condições socioeconômicas e culturais na promoção de uma alimentação saudável, de pacientes atendidos no SAE/HUJBB/ Universidade Federal do Pará.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, de coleta prospectiva, realizado a partir de informações obtidas através da coleta de dados dos pacientes portadores do HIV, atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital Universitário João Barros Barreto (HUJBB).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HUJBB da Universidade Federal do Pará de acordo com as normas da resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil. Somente os pacientes que leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participaram da mesma.

A amostra de estudo constitui-se de 150 pacientes atendidos no SAE, de ambos os sexos e na faixa etária de 18 a 59 anos, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012. Para a realização do estudo foi utilizado, durante a coleta de dados, formulário próprio, para o levantamento das características socioeconômicas, verificação das medidas antropométricas: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), Prega Cutânea Tricipital (PCT) e Circunferência

do Braço (CB) e para coleta de informações da frequência alimentar dos pacientes.

O perfil socioeconômico foi analisado através das informações respondidas pelo próprio paciente, cujas respostas foram obtidas dos formulários utilizados durante a orientação nutricional, que contém perguntas sobre o estado civil, renda familiar e escolaridade dos pacientes

Para a avaliação do estado nutricional foi utilizado o índice de massa corporal (IMC). O IMC foi obtido pela relação: peso atual (kg)/ altura² (m) e a classificação do estado nutricional dos pacientes seguirá os parâmetros do *World Health Organization* (WHO) que considera o IMC < 18,5 Kg/m² baixo peso, entre 18,5-24,9Kg/m² eutrofia, 25-29,9 Kg/m² pré-obeso e ≥30 Kg/m² obesidade⁶.

O peso atual (PA) foi obtido pela medida realizada na balança FILIZOLA, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 gramas. O PA foi comparado com o peso ideal (PI) do paciente e com seu peso usual (PU) para chegarmos a uma classificação do indivíduo em relação a uma possível alteração nutricional⁷. A técnica para mensuração do peso, segundo o BRASIL⁷ consiste em calibrar a escala da balança para zero e o paciente deverá estar vestido com roupas leves e sem sapatos permanecendo de pé sobre a balança; as medidas deverão ser anotadas com exatidão, sendo que a medida atual deverá ser comparada com as medidas de peso prévias para detectar possíveis mudanças de peso.

A aferição da estatura foi realizada no estadiômetro acoplado à balança tipo plataforma. A técnica utilizada, segundo WAITZBERG⁸, consiste em utilizar o estadiômetro de metal da própria balança. O paciente deve estar sem sapatos ou chapéu e deve permanecer de pé sobre a plataforma da balança, com os calcanhares juntos, para trás, e o corpo mais reto possível, as medidas devem ser anotadas e registradas cuidadosamente.

A PCT é a mais utilizada na prática clínica para o monitoramento do estado nutricional, pois se considera que a região do tríceps seja a mais representativa da camada subcutânea de gordura. Esta medida é mensurada na parte posterior do braço, que deve estar relaxado e estendido ao longo do corpo, sendo necessário localizar o ponto médio entre o acrômio e o olecrânio com o braço flexionado junto ao corpo, formando um ângulo de 90°. Esta medida deve ser comparada com padrões de referência, neste estudo será utilizada a tabela de Frisancho⁶.

A CB representa a soma das áreas constituídas pelos tecidos ósseo, muscular e gorduroso do braço. Esta medida destaca-se por ser muito utilizada, já que a sua combinação com a PCT permite, através da aplicação de fórmulas, calcular a circunferência muscular do braço

(CMB), área muscular e adiposa do braço (AMB), que são medidas utilizadas para diagnosticar alterações da massa muscular corporal total e, assim, o estado nutricional protéico⁶. Também pode ser utilizada como indicador isolado de magreza ou adiposidade. A aferição desta medida é realizada após se localizar o ponto médio do braço, entre o acrômio e o olecrânio e seus valores serão comparados com a tabela de Frisancho⁹.

O questionário de frequência alimentar consiste em uma lista definida de alimentos ou grupos alimentares para os quais os pacientes deverão indicar a frequência de consumo em um período determinado (diário, semanal, mensal ou anual)⁶. Os dados referentes à frequência alimentar foram obtidos através do questionamento sobre o consumo de alimentos pertencentes aos grupos da pirâmide alimentar, verificando a frequência do consumo diário, semanal, mensal, raro ou a ausência de consumo destes alimentos. Na avaliação da frequência alimentar foram utilizados questionamentos que possibilitem verificar a preferência alimentar e cultural dos pacientes, objetivando, dessa forma, analisar a dieta habitual e verificar a frequência relativa da ingestão de alimentos energéticos, construtores e reguladores.

Os dados da pesquisa foram compilados e armazenados em um banco de dados do programa Epi Info, versão 6.04d. e posteriormente analisados no programa software Bioestat 5.0¹⁰. Tabelas e gráficos foram elaborados no programa Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

O resultado do estudo nutricional em relação ao IMC demonstra que a maioria da amostra apresentou estado de eutrofia: 54,4%, (sexo masculino) e 51,7% (sexo feminino), seguido de percentual significativo de sobrepeso, 37,8 % (sexo masculino) e 23,3% (sexo feminino). Nos resultados referentes à adequação da PCT predominou o diagnóstico de magreza com 68,9% (sexo masculino) e 81,9% (sexo feminino), enquanto que nos resultados da CB foi encontrado predominância de magreza (54,4% - sexo masculino) e eutrofia (46,7% - sexo feminino). Na aplicação do teste estatístico para verificação de significância estatística entre os sexos foi encontrado os seguintes resultados: Significância estatística para o IMC (p-valor=0,0197) e para a CB (p-valor=0,001), conforme Tabela I.

Referente ao perfil socioeconômico dos portadores do HIV verifica-se que a maioria dos pacientes, 60%, é do sexo masculino e 40% pertencem ao sexo feminino. A escolaridade da maioria dos pacientes, 44%, é o ensino fundamental incompleto. A renda mensal de 52% dos pacientes esta entre 1 a 2 salários mínimos mensais e a maioria, 54,7%, relata ser solteiro. Valores encontrados na Tabela II.

Analisando a frequência alimentar, de acordo com a frequência relativa da ingestão de alimentos construtores, observa-se que esta amostra de portadores do HIV, em relação ao grupo de leite e derivados, consomem diariamente leite e a maioria dos pacientes referem consumir raramente queijo. Referente ao grupo de carne e ovos, os portadores apresentam um consumo semanal de carne bovina, aves, peixe e ovos e maioria relata nunca consumir vísceras. No grupo das leguminosas observa-se que o consumo de feijão é diário, porém a maioria dos pacientes relata não consumir soja. Esta amostra do estudo relata em sua maioria não consumir alimentos enlatados e industrializados, já o consumo de alimentos embutidos é semanal. Tabela III.

Acerca da frequência relativa da ingestão de alimentos energéticos, no consumo do grupo de cereais, tubérculos e massa, é evidente o consumo diário de arroz, pão e farinha e o consumo semanal de batata, macarrão e biscoito. O consumo de tapioca entre essa amostra de portadores do HIV é raro. Em relação ao grupo de açúcares, gorduras e bebidas o consumo de balas, doces e chocolate é realizado raramente, a amostra do estudo não consome azeite de oliva e a maioria dos pacientes refere nunca consumir manteiga, já o maior consumo de margarina relatado é diário. O consumo de refrigerante é semanal. Tabela V.

Referente à frequência relativa da ingestão de alimentos reguladores, observa-se que o consumo de frutas é diário, ressaltando que o consumo de açaí é semanal entre os portadores do HIV. Porém o consumo de frutas regionais é baixo, sendo que cerca 50% dos pacientes relatam consumo raro destas frutas, sendo mais expressivo o consumo de açaí, manga, cupuaçu e pupunha. Em relação ao consumo de hortaliças estes pacientes mencionam consumo semanal de verduras e legumes. Valores referenciados na tabela IV e no Gráfico 1.

TABELA I. Distribuição percentual do estado nutricional, segundo sexo, de portadores de HIV, HUIBB, Belém- PA

Estado Nutricional	Masculino (n=90)		Feminino (n=60)		Total (n=150)		p – valor*
	N	%	N	%	N	%	
IMC (kg/m²)							
Desnutrição	4	4.4	7	11.7	11	7.3	0.0197
Eutrofia	49	54.4	31	51.7	80	53.4	
Sobrepeso	34	37.8	14	23.3	48	32.0	
Obesidade	3	3.3	8	13.3	11	7.3	
PCT (mm)							
Magreza	62	68.9	49	81.7	111	74.0	0.0538
Eutrofia	14	15.6	9	15.0	23	15.3	
Adiposidade	14	15.6	2	3.3	16	10.7	
CB (cm)							
Magreza	49	54.4	21	35.0	70	46.7	0.001
Eutrofia	39	43.3	28	46.7	67	44.7	
Adiposidade	2	2.2	11	18.3	13	8.7	

*Qui-quadrado.

TABELA II. Distribuição percentual dos aspectos socioeconômicos de portadores de HIV, HUIBB. Belém- PA.

Variável(n =150)(n = 100)N	%		
Sexo Masculino	90	60	
Estado Civil	Feminino	60	40
	Solteiro	82	54,7
	Casado	39	26
	Outros	29	19,3
Escolaridade	Analfabeto	08	5,3
	EFI	66	44
	EFC	13	8,7
	EMI	25	16,7
	EMC	29	19,3
	ESI	06	04
	ESC	03	02
Renda própria	< 1 SM	19	12,7
	1-2 SM	78	52
	2-3 SM	11	7,3
3 ou mais	07	4,7	
	Sem renda	35	23,3

Tabela III. Consumo de Alimentos Construtores entre portadores de HIV, HUIBB. Belém- PA

Alimentos construtores Variável (n= 150)	Diário		Semanal		Mensal		Raramente		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leite	100	66,7	23	15,3	6	4	13	8,7	8	5,3
Queijo	12	8	23	15,3	27	18	64	42,7	24	16
Carne bovina	18	12	123	82	5	3,3	3	2	1	0,7
Frango	7	4,7	132	88	4	2,7	5	3,3	2	1,3
Peixe	7	4,7	86	57,3	36	24	15	10	6	4
Ovo	22	14,7	67	44,6	19	12,7	27	18	15	10
Víscera	0	0	0	0	36	24	48	32	66	44
Enlatados	4	2,7	42	28	21	14	35	23,3	48	32
Embutidos	8	5,4	60	40	17	11,3	24	16	41	27,3
Feijão	85	56,7	57	38	2	1,3	4	2,7	2	1,3
Soja	0	0	7	4,7	5	3,3	31	20,7	107	71,3

TABELA IV. Consumo de Alimentos Reguladores entre portadores de HIV, HUIBB. Belém- PA

Alimentos Reguladores Variável (n=150)	Diário		Semanal		Mensal		Raramente		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FRUTAS	69	46	59	39,3	9	6	7	4,7	6	4
FRUTAS Regionais	15	10	27	18	19	12,7	75	50	14	9,3
Legumes	38	25,3	80	53,3	9	6	15	10	8	5,4
Verduras	32	21,3	87	58	8	5,3	16	10,7	7	4,7

TABELA V. Consumo de Alimentos Energéticos entre portadores de HIV, HUIBB. Belém- PA.

Alimentos Energéticos Variável (n= 150)	Diário		Semanal		Mensal		Raramente		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Margarina	92	61,3	19	12,7	0	0	13	8,7	26	17,3
Manteiga	34	22,7	8	5,3	4	2,7	31	20,7	73	48,6
Azeite de Oliva	19	12,7	17	11,3	3	2	24	16	87	58
Refrigerante	27	18	66	44	16	10,7	27	18	14	9,3
Doces, chocolate	17	11,3	28	18,7	16	10,7	54	36	35	23,3
Tapioca	3	2	45	30	19	12,7	67	44,6	16	10,7
Biscoito	24	16	52	34,7	17	11,3	35	23,3	22	14,7
Pão	108	72	19	12,7	8	5,3	8	5,3	7	4,7
Macarrão	33	22	80	53,3	14	9,3	13	8,7	10	6,7
Farinha	115	76,7	13	8,7	5	3,3	5	3,3	12	8
Batata	29	19,3	85	56,7	8	5,3	15	10	13	8,7
Arroz	133	88,7	14	9,3	0	0	3	2	0	0

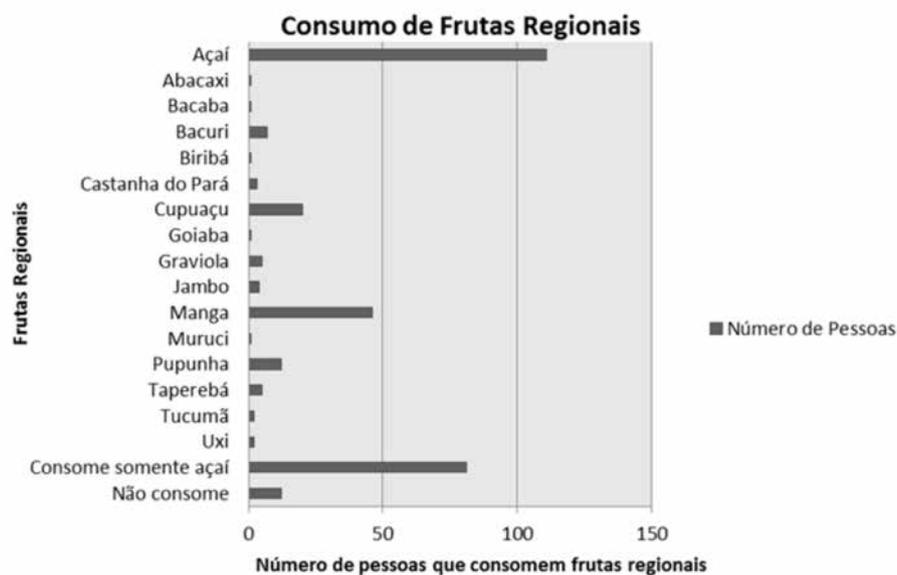


Gráfico 1. Frequência relativa do consumo de frutas regionais, de portadores do HIV, HUIBB. Belém - PA

DISCUSSÃO

O Estado Nutricional de um indivíduo é definido segundo a Associação Americana de Saúde Pública como “*A condição de saúde de um indivíduo influenciado pelo consumo e utilização de nutrientes, e identificada pelo somatório de informações obtidas de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos*”⁷. Por isso, é importante ressaltar a necessidade de conhecer o estado nutricional dos portadores de HIV, através da realização de uma avaliação nutricional, que objetive detectar precocemente possíveis riscos nutricionais, e de uma adequada conduta nutricional que melhore a qualidade de vida desses pacientes.

Segundo os resultados encontrados no IMC, o perfil nutricional dos pacientes com HIV apresentou maior percentual no diagnóstico de peso adequado, porém observou-se também um significativo percentual de pacientes com excesso de peso, demonstrando dessa forma, que há um crescente aumento do sobrepeso entre os portadores do vírus, provavelmente em virtude do uso da terapia antirretroviral que os mesmos fazem uso.

Os resultados encontrados reforçam o estudo de Rocha¹¹ que observou que quanto a composição corporal, a maior prevalência em relação ao IMC foi de eutróficos seguido de sobrepeso. Segundo Marrone et al¹², o uso prolongado de Terapia Antirretroviral, pelos pacientes infectados pelo HIV, tem um impacto importante sobre o estado nutricional como o ganho de peso, a redistribuição da gordura e o estado imunológico do paciente.

Em relação à PCT mais da metade dos pacientes avaliados apresentou desnutrição, resultado que evidencia déficit severo de reserva adiposa nesses pacientes. Já o maior percentual em relação à CB refere-se também ao mesmo diagnóstico, para o sexo masculino, o que representa um déficit nutricional geral. O estudo de Santa et al¹³, também observou modificações na composição corporal dos portadores do HIV, sendo que a metade dos pacientes avaliados apresentou depleção severa ou moderada. Segundo Réquia e Oliveira¹⁴ os pacientes com o vírus sofrem grande redução de massa magra, diminuição de todos os compartimentos corporais e depleção de massa celular.

Quanto ao aspecto socioeconômico dos pacientes da amostra, o resultado encontrado em relação a prevalência por sexo confirma os dados divulgados pelo Ministério da Saúde¹⁵, pois de acordo com o último Boletim Epidemiológico AIDS-DST, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, no Brasil foram notificados 608.230 casos de Aids, dos quais 397.662 (65,4%) são do sexo masculino e 210.538 casos (34,6%) pertencem ao sexo feminino, o que caracteriza que a razão de sexo vem diminuindo ao

longo dos anos.

Os resultados obtidos acerca do perfil socioeconômico demonstram que os pacientes pertencem a um nível social e econômico baixo, apresentando também uma baixa escolaridade. Estes resultados confirmam outros estudos, como por exemplo, os trabalhos de Traebert et al¹⁶ e Silva et al¹⁷ que demonstram que esta patologia acomete principalmente indivíduos que possuem baixa renda e pouca escolaridade. Segundo Barbosa et al¹⁸, na década de 1980 a doença era mais frequente em pessoas com o nível de escolaridade elevada, porém a estatística mudou com o crescente aumento da epidemia que atingiu as camadas mais desfavorecidas da população, fato que traduz a baixa renda, o baixo nível de escolaridade e pouco acesso as informações acerca da doença entre os portadores dos vírus. Evidencia-se ainda que a maioria dos pacientes deste estudo denomina-se solteiro, resultado também encontrado por Traebert et al¹⁶ que ressalta que a maioria dos pacientes com HIV/AIDS denominam-se solteiros ou vivem atualmente sem companheiro(a).

Quanto a análise da ingestão dietética, neste estudo observou-se que o consumo diário de arroz foi relatado por um maior número de pacientes, sendo também relevante o consumo diário do feijão. Este resultado é satisfatório, pois o consumo associado desses alimentos contribui para a ingestão de proteína de alto valor biológico. Em relação aos alimentos construtores, o leite apresenta um consumo diário significante entre os pacientes da amostra, dentre as carnes o maior consumo semanal foi de frango seguido de carne vermelha.

O consumo do grupo de cereais, tubérculos e massas, ou seja, alimentos energéticos, é bastante significativo entre a amostra, ressaltando-se o consumo diário de alimentos como farinha e pão, além do consumo frequente e elevado de massas e biscoitos. O consumo de alimentos gordurosos, frituras e alimentos industrializados também é alto para a maioria dos pacientes da amostra, o que demonstra que estes apresentam hábitos alimentares inadequados que associados com a terapia medicamentosa influenciam na saúde e na mudança corporal das pessoas que vivem com HIV/AIDS. A ingestão em grandes quantidades excedentes e não utilizadas desses alimentos serão estocadas em forma de gordura ou tecido adiposo, e por isso é necessário controlar o consumo desses alimentos, uma vez que pacientes com HIV tendem a apresentar aumento nos níveis séricos de colesterol, triglicerídeos e glicemia⁴.

O consumo de frutas, verduras e legumes, ou seja, alimentos reguladores, é pequeno quando comparados ao consumo recomendado desses alimentos pelo Guia

Alimentar da População Brasileira¹⁹. Ressalta-se, sobretudo que a ingestão das frutas regionais é baixa, com exceção do consumo do açaí. Dessa forma, recomenda-se o consumo desses alimentos aos portadores do HIV, pois estes contêm vitaminas, minerais e fibras e devem estar presentes diariamente nas refeições por auxiliarem na proteção à saúde e diminuir os riscos da ocorrência de doenças, já que estes pacientes se encontram em uma condição de imunodeficiência.

Os resultados encontrados neste presente estudo podem ser comparados com a Pesquisa de Orçamento Familiares (POF)²⁰ realizada pelo IBGE, que indica que as maiores frequências de consumos de alimentos correspondem ao arroz (84%) e feijão (72,8%), pão (63%) e carne bovina (48,7%). A POF, ressalta que a Região Norte apresenta ingestão energética acima das médias nacionais e que nesta região destaca-se o consumo elevado de preparações a base de leite, consumo de farinha de mandioca e açaí, resultados também encontrado neste estudo em que evidencia-se um consumo elevado de alimentos energéticos entre a amostra estudada. Ainda segundo a POF, os homens apresentam menores frequências de consumo de verduras, legumes e frutas, comparando assim, com o baixo consumo

desses alimentos verificados neste estudo, já que 60% da amostra são constituídas por homens.

CONCLUSÃO

Os portadores de HIV/AIDS estudados apresentaram em sua maioria um estado nutricional de eutrofia, porém com depleção de reserva adiposa subcutânea e reserva muscular, caracterizando um diagnóstico de desnutrição em relação às medidas de PCT e CB.

Observa-se ainda uma crescente incidência de sobrepeso, o que expressa uma mudança no perfil nutricional destes pacientes.

Neste estudo o perfil alimentar caracterizou-se por um baixo consumo de alimentos considerados benéficos à saúde, um hábito alimentar inadequado representado pelo consumo elevado de alimentos energéticos e expressivamente baixos de alimentos reguladores.

Portanto, ressalta-se a importância da terapia nutricional aos portadores de HIV/AIDS, pois através da orientação e acompanhamento nutricional é possível educar e fornecer a estes uma nutrição adequada para a manutenção ou melhora do estado nutricional destes pacientes.

SUMMARY

NUTRITIONAL AND FOOD HABITS PROFILE ASSESSMENT OF PATIENTS WITH HIV

Emanuellen Cardoso RODRIGUES, Rozinéia de Nazaré Alberto MIRANDA e Aldair da Silva GUTERRES

Objective: to evaluate the nutritional and alimentary profile of patients with HIV. **Methodology:** this is a traverse study with 150 patients, from 18-59 years of both sexes, assisted between November 2011 and February 2012. For the realization of the study was used formulary to survey socioeconomic and alimentary frequency information. The assessment of nutritional status was achieved through the IMC and the adequacy of the PCT and CB. **Results:** the nutritional profile of these patients, according to IMC, demonstrates the prevalence of normal weight, however is observed a significant percentage of overweight. In relation the PCT and CB the most patients presented malnutrition. Concerning the socioeconomic profile is verified that 60% of patients are male and 40% are female. The patients have a low socioeconomic level and a low educational level, most patients reported being single. Concerning alimentary frequency is verified high consumption of energy foods, significant consumption of build foods and a low consumption of food regulators. **Conclusion:** the importance of nutrition therapy to patients with HIV/AIDS is emphasized, because through this it is possible educate patients and provide adequate nutrition for the main tenancy or improvement of their nutritional status.

KEY- WORD: HIV, nutritional status, alimentary frequency, socioeconomic aspect

REFERÊNCIAS

1. Silva SMC, Mura JP. Tratado de alimentação, Nutrição e Dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007.
2. Nix SW. Nutrição Básica e Dietoterapia. Tradução de Cristiane Matsuura. 13^o ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
3. Ribeiro CSA. Prevalência de alterações nutricionais e fatores de risco para desnutrição em pacientes hospitalizados por HIV/AIDS. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, 2010.
4. Fernandes APM et. al. Síndrome da lipodistrofia associada com a terapia anti- retroviral em portadores do HIV: Considerações para aspectos psicossociais. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007.
5. Leão LSCS, Gomes MCR. Manual de nutrição clínica: para atendimento ambulatorial do adulto. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
6. Rosa G, Pereira AF et.al. Avaliação Nutricional do paciente hospitalizado: uma abordagem teórico- prática. RJ: Guanabara Koogan; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações básicas do SISVAN. Brasília-DF: 2004.
8. Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na prática clínica. 3 ed. – São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
9. Vitolo MR. Nutrição da gestação ao envelhecimento. RJ: Ed. Rubio; 2008.
10. Ayres M, Ayres JM, Ayres DL, Santos AS. BioEstat 5.0: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. Belém: Sociedade Civil Mamirauá: Brasília CNPq, 364p. 2007.
11. Rocha PB. Perfil Alimentar e Nutricional dos pacientes HIV positivo atendido em um serviço público de saúde de Porto Alegre/RS. Trabalho de conclusão de curso. Porto Alegre, 2007.
12. Marrone L et. al. Nova visão antropométrica em pacientes HIV positivos com uso de antirretrovirais. XVIII Simpósio de Iniciação Científica. UNIFIL, 2010.
13. Santa AG et al. Análise do prognóstico de pacientes infectados com HIV de Londrina/PR e região de acordo com perfil nutricional. Experiência em extensão universitária. Londrina, 2009.
14. Réquia CDC, Oliveira VR. Cuidados Nutricionais em Pacientes HIV+. *Rev.Nutrição em Pauta*. São Paulo, ano XIII, n° 72. mai/Jun 2005.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids-DST. Ano VIII- N° 01. Brasília: 2011.
16. Traebert J et al. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, Sc. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol.39, n° 4, 2010.
17. Silva ES et al. Perfil socioeconômico dos usuários da rede nacional de pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS- Núcleo de Campina Grande-PB. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 2010.
18. Barbosa R, Fornés NS. Avaliação nutricional em pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida. *Rev. Nutr.*, Campinas, 16(4):461-470, out./dez.,2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar da população Brasileira, 2006. Disponível em <http://www.saúde.gov.br/bvs>. Acessado em: 09/05/12
20. IBGE, Pesquisa de orçamento familiares, 2008-2009. Disponível em: http://www1.ibge.gov.br/home/presidência/noticias/noticias_visualiza.php?id_noticia=1788&id_página=1. Acesso em: 07/05/2012.

Endereço para correspondência:

Emanuelen Cardoso Rodrigues
Travessa Major Frederico Gama da Costa N° 124. Centro
CEP:68440-000 Abaetetuba – Pará – Brasil
Telefone: (91)88692630
e-mail:emanuelenrodrigues@yahoo.com.br

Recebido em: 26.03.2013 – Aprovado em: 22.10.2013

