

Adesão ao aconselhamento nutricional em pacientes soropositivos HIV-1: relato de caso

Adherence to nutritional counseling in hiv-positive patients: a case report

Nathalia Sernizon Guimarães¹, Sônia Maria de Figueredo²

DOI: 10.5935/2238-3182.20140114

RESUMO

¹ Nutricionista. Mestranda do Programa de Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto-UFOP. Ouro Preto, MG – Brasil.

² Nutricionista. Professora da Escola de Nutrição da UFOP. Ouro Preto, MG – Brasil.

Como estratégia de prevenção de sintomas e controle de sinais em portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o acompanhamento nutricional possui papel coadjuvante no tratamento medicamentoso. Este estudo objetivou relatar o caso clínico de portador de HIV-1 em que o aconselhamento nutricional foi avaliado. Observou-se diminuição de medidas antropométricas (17,2% de peso, 11% de circunferência da cintura e 11% de circunferência do braço). A substituição de alimentos fonte de açúcares simples por frutas e verduras, diminuição da ingestão de carboidratos em 31,7%, controle de enzimas hepáticas (transaminase glutâmico oxalacética e transaminase glutâmico pirúvica) e equilíbrio de bilirrubina levou ao desaparecimento da icterícia na conjuntiva escleral. Verificaram-se também assiduidade nas consultas e manutenção da medicação (terapia antirretroviral). Esses resultados reforçam a importância da abordagem nutricional no tratamento da AIDS.

Palavras-chave: Terapia Nutricional; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/terapia; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/dietoterapia; Adesão à Medicação; HIV.

ABSTRACT

As a strategy for the prevention of symptoms and control of signals in patients with the Human Immunodeficiency Virus (HIV), the nutritional monitoring features a supporting role to drug treatment. This study aimed to report the clinical case of an HIV-1 carrier with the evaluation of nutritional counseling. A decrease in anthropometric measurements was observed (17.2% in weight, 11% in waist circumference, and 11% in arm circumference). The replacement of foods that are source of simple sugars with fruits and vegetables, decreased intake of carbohydrates in 31.7%, control of liver enzymes (glutamic oxaloacetic transaminase and glutamic pyruvic transaminase), and bilirubin balance has led to the disappearance of scleral conjunctiva jaundice. Frequency to consultations and maintenance of medications (antiretroviral therapy) were also observed. These results reinforce the importance of a nutritional approach in the treatment of Aids.

Key words: Nutrition Therapy; Medication Adherence; Acquired Immunodeficiency Syndrome/therapy; Acquired Immunodeficiency Syndrome/diet therapy; HIV.

Recebido em: 03/07/2012
Aprovado em: 05/01/2014

Instituição:
Escola de Nutrição da UFOP
Ouro Preto, MG – Brasil

Autor correspondente:
Nathalia Sernizon Guimarães
E-mail: nasernizon@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) acomete aproximadamente 34,2 milhões de pessoas no mundo¹ e a sua taxa de incidência variou de 14:1 para 1,68:1 infecções masculinas para femininas nos últimos 30 anos.²⁻⁴

A mortalidade da infecção pelo HIV diminuiu nos últimos anos devido à evolução da terapia antirretroviral (TARV).⁵ No entanto, essa terapia associou-se a eventos metabólicos adversos caracterizados por dislipidemia, alterações na composição corporal (lipodistrofia), resistência insulínica/intolerância à glicose e hipertensão arterial sistêmica.^{6,7} A condição de viver com HIV ou com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) assumiu características semelhantes a outras doenças crônicas não transmissíveis, exigindo modificações nos hábitos de vida, manejo farmacológico para prevenção de eventos cardiovasculares, entre outros.

As intervenções nutricionais e/ou aconselhamento nutricional devem fazer parte dos programas de controle e tratamento do HIV/AIDS, pois dieta e nutrição podem melhorar a adesão e efetividade da terapia antirretroviral, além de contribuir com melhoria das alterações metabólicas.^{8,9} Os principais objetivos dietoterápicos em pacientes com HIV/AIDS constituem em evitar a desnutrição, preservar a massa magra, reduzir complicações e sintomas de infecções oportunistas e efeitos colaterais de drogas que interfiram na ingestão e absorção de nutrientes, assim como melhoria da qualidade de vida dos pacientes.^{10,11} Entretanto, não há consenso sobre o efeito do aconselhamento nutricional ou da terapia nutricional em pessoas com HIV/AIDS sob TARV.¹²⁻¹⁵

A desistência do tratamento do HIV/AIDS chega a atingir 30 a 35%.^{16,17} Vários fatores implicam a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e dietoterápico, especialmente falta de motivação, ausência de apoio familiar, solidão, depressão e ignorância dos efeitos benéficos do tratamento em relação à não progressão da doença.¹⁵

Novas estratégias de atendimento nutricional devem ser desenvolvidas para promover a prevenção de recaídas e aquisição de habilidade para resolver problemas relacionados à alimentação, condições importantes para o enfrentamento da convivência com HIV/AIDS.¹³⁻¹⁵

O objetivo deste estudo foi relatar o caso clínico de portador de HIV-1, em que o aconselhamento nutricional foi avaliado.

RELATO DE CASO

MLP, feminino, 55 anos de idade, acompanhada desde 2005 pelo Serviço de Infectologia da Unidade Básica de Saúde para acompanhamento de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1). Foi encami-

nhada para o Serviço de Nutrição com diagnóstico de obesidade, circunferência abdominal caracterizando lipodistrofia abdominal, dislipidemia e hipotireoidismo controlado, polidipsia, diarreia aguda, candidíase, herpes labial e hipogeusia. Em uso contínuo de levotiroxina, atazanavir, ritonavir, zidovudina e lamivudina.

Apresentou, em primeira consulta, peso de 85,1 kg e índice de massa corporal (IMC) referente à classificação de obesidade grau I; e na última consulta apresentou peso de 70,4 kg e IMC de 28,0 kg/m². A Tabela 1 descreve as variáveis antropométricas: peso, IMC, circunferência da cintura (CC) e circunferência do braço (CB) durante as consultas. Viúva, natural de Belo Horizonte (MG), negava relações sexuais desde falecimento do cônjuge, há cinco anos. Trabalhava como auxiliar de limpeza e vendedora de doces, residindo com mais cinco pessoas em moradia alugada com saneamento básico. Negou tabagismo e etilismo. Mãe portadora de doença cardiovascular hipertensiva sistêmica sem outras doenças familiares. Consumo diário de café, doces, carnes vermelhas, laticínios, verduras/legumes, frutas/sucos e, três vezes por semana, óleo vegetal, massas, cereais, pães e biscoitos. Fazia uso de adoçante à base de sacarina e ciclamato à base de sódio. A carga viral para HIV-1 era indetectável, com contagem de linfócitos T CD4+ de 202 células/mm³, T CD8+ de 498 células/mm³ e T CD4+/CD8+ de 0,25.

Manteve-se assídua nas consultas mensais nutricionais após seis meses de acompanhamento. A análise de assiduidade é um dos métodos de avaliação da adesão ao acompanhamento nutricional ambulatorial.¹⁶

Quanto à avaliação da adesão do acompanhamento nutricional por parâmetros nutricionais indicativos, observou-se diminuição de medidas antropométricas, 17,2% de peso (14,7 kg), 11% da medida de CC (11,5 cm) assim como a mesma porcentagem para a CB (4 cm) (Tabela 1).

Após orientações nutricionais, com o auxílio do recordatório de 24 horas, notou-se que a paciente diminuiu a ingestão de carboidratos em 31,7% e conseguiu aderir à substituição de açúcares simples por frutas e verduras (Tabela 2).

As variáveis laboratoriais mostraram aumento de LT CD4 de +456 células/mm³ (25,74%) e manutenção do controle da carga viral; redução nos valores das enzimas hepáticas (transaminases), especialmente na relação transaminase glutâmico oxalacética (TGO)/transaminase glutâmico pirúvica (TGP) (inicial de 4,7 e final 2,7, redução de 55,3%); e redução

dos valores de bilirrubina direta, indireta e total (inicial de 4,2 mg/dL e final de 1,2 mg/dL). O aconselhamento nutricional direcionado para a redução de gorduras saturada e trans com incentivo ao consumo de vegetais verde-escuros e gorduras monoinsaturadas associou-se à redução dos valores da bilirrubina para níveis normais, com desaparecimento da icterícia. Na consulta subsequente a paciente apresentou-se mais motivada, pela redução da icterícia na conjuntiva escleral e pele, sem necessidade de modificação da TARV, à que já estava bem adaptada.

Tabela 1 - Descrição das variáveis antropométricas em paciente HIV positivo, em atendimento ambulatorial, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Data da consulta	Peso	IMC	CC	CB
	kg	kg/m ²	cm	cm
03/06/2008	85,1	34,5	*	*
13/08/2008	81,9	32,5	104,5	35
12/09/2008	81,4	32,7	107	33
14/10/2010	70,5	28,3	95	29
17/11/2010	70,4	29,3	93	31
14/12/2010	70,4	28,2	93	31

IMC – Índice de Massa Corporal em quilos por metro quadrado; CC – Circunferência da Cintura em centímetros; CB – Circunferência do Braço em centímetros; * não aplicado.

DISCUSSÃO

A presença da paciente em todas as consultas agendadas pela equipe de nutrição permite inferir sobre a adesão em relação à frequência na terapêutica nutricional, sendo observado comportamento favorável da paciente quanto ao uso correto de medicamentos e a adesão às orientações nutricionais, a partir dos favoráveis efeitos antropométricos e bioquímicos.³ Esse fato é tão ou mais importante na doença do HIV/AIDS, pois o uso incorreto da TARV

está relacionado diretamente à falência terapêutica, facilitando a emergência de cepas do HIV resistentes aos medicamentos.¹⁶

Independentemente do longo tempo de seguimento e do baixo perfil socioeconômico, essa adesão decorreu, possivelmente, do interesse em manter as mesmas drogas, pois alterações haviam sido sugeridas pela equipe médica devido à oscilação de resultados bioquímicos e aos efeitos colaterais que poderiam ser agravados com a medicação prescrita.^{3,13,14} Esse resultado realça a importância do compartilhamento do trabalho interdisciplinar e intersetorial,^{1,2,17-20} com resultados surpreendentes,^{19,20} mesmo diante da complexidade da atenção à saúde dos portadores do HIV. Existem poucos estudos analisando as medidas antropométricas^{13,21} em portadores de HIV/AIDS que recebem TARV. E nestes percebe-se tendência a ganho de peso após início da terapia e alterações metabólicas associadas. Neste relato, entretanto, obteve-se redução de peso e IMC.

Apuraram-se também, quanto à alimentação (Tabela 2), diminuição da ingestão de carboidratos e aumento nos consumos energético, proteico e lipídicos. Esses dados se devem ao balanceamento do cardápio em que foi aconselhado à paciente valorizar alimentos fonte de lipídeos monoinsaturados (ômega 3, ômega 6 e ômega 9), por serem nutrientes anti-inflamatórios em contraposição aos que constituem fonte de lipídeos saturados anteriormente ingeridos. Melhor aporte e distribuição calórica foram prescritos quanto aos alimentos proteicos, com o objetivo de contribuir para a produção de linfócitos, citocinas e enzimas. A diminuição da ingestão de carboidratos foi baseada na metabolização desse macronutriente, evidenciando que possivelmente resquícios de açúcar poderiam ser armazenados como triglicérides no organismo da paciente.

Tabela 2 - Descrição das variáveis dietéticas em paciente HIV positivo, em atendimento ambulatorial, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Data	CHO (kcal)	CHO (g)	PTN (kcal)	PTN (g)	LIP (kcal)	LIP (g)	VCT
03/06/2008	1048,38	262,1	120,25	30,06	214,85	23,87	1381
13/08/2008	503,5	125,88	122,36	30,59	140,69	15,63	765
12/09/2008	992,04	248,01	80,28	20,07	141,88	15,76	1214
13/10/2010	779,81	194,95	212,35	53,09	735,94	81,77	1728
17/11/2010	520,1	130,03	172,86	43,22	287,95	31,99	982
14/12/2010	715,9	178,98	256,05	64,01	588,84	65,43	1560

CHO – Carboidrato; PTN – Proteína; LIP – Lipídeo; G. trans – Gordura trans; g – grama; kcal – quilocalorias fornecidas; VCT – valor calórico total.

Tabela 3 - Descrição da contagem de transaminases oxalacética, pirúvica e bilirrubina em paciente HIV positivo, em atendimento ambulatorial, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Momentos do aconselhamento nutricional	TGO (U/L)	TGP (U/L)	TGO/TGP (U/L)	Bilirrubina direta (mg/dL)	Bilirrubina indireta (mg/dL)	Bilirrubina total (mg/dL)
Anterior (2008)	19	4	4,75	0,8	3,4	4,2
Durante (2009)	22	6	3,66	0,5	2,6	3,1
Final (2010)	24	9	2,66	0,4	0,8	1,2

TGO – transaminase oxalacética; TGP- transaminase pirúvica.

Existe relação^{14,22-27} entre potencial aterogênico dos alimentos e dislipidemias observadas precocemente entre pacientes em uso de TARV, o que pode aumentar triglicérides e LDL. A importância do tratamento desses distúrbios lipídicos tornou-se evidente com o aumento da expectativa de vida e relatos de complicações cardiovasculares.²⁸ Pode existir também estado de resistência à insulina, principalmente em pacientes com lipodistrofia, hipertrigliceridemia e baixos níveis de HDL,^{7,29} tornando-se o controle alimentar e o aconselhamento nutricional requisitos fundamentais no tratamento. As intervenções e o aconselhamento nutricionais¹³ em HIV/AIDS podem melhorar a defesa contra a infecção, promover a recuperação e adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Houve redução da icterícia na conjuntiva escleral e dos valores bioquímicos. As alterações laboratoriais³⁰ mais frequentes associadas ao uso e à concentração de atazanavir são icterícia, náuseas e diarreia. E as alterações laboratoriais mais frequentes incluem hiperbilirrubinemia indireta (grau 3 ou 4) em 37% dos pacientes (6% grau 4) e elevação de enzimas hepáticas TGO e TGP, sendo recomendada a descontinuação do tratamento.^{31,32}

A carga viral e a contagem de linfócitos em elevação constituem indicadores de boa eficácia quanto à adesão ao tratamento.^{28,33} Neste relato foi necessária atenção especial em relação aos medicamentos, pois houve aumento dos valores de linfócitos CD4 e melhora quanto às instruções de jejum em relação ao uso das drogas após início do acompanhamento nutricional.

Apesar do apoio clínico e nutricional, resultados clínicos favoráveis ao tratamento e minimização da sintomatologia apresentada requerem pesquisas na área e apoio governamental, com o objetivo de melhorar a adesão do paciente ao tratamento. A não adesão ao aconselhamento nutricional, portanto, se constitui em desafio e ameaça para a saúde individual e pública.^{34,35}

Neste relato observa-se a importância da abordagem nutricional no tratamento de pacientes de HIV/AIDS como contribuição à real melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- UNAIDS. Relatório Global do UNAIDS/World AIDS Day Report. Geneva; 2012. [Citado em 2013 Nov 20]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2012. [Citado em 2013 Nov 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2012>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DSTs; 2010. [Citado em 2013 Nov 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf.
- Rodrigues Neto JFR, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silveira MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(1):22-9.
- Tancredi MV. Sobrevida de paciente com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
- Leite LH, Sampaio ABMM. Metabolic abnormalities and overweight in HIV/AIDS persons treated with antiretroviral therapy. Rev Nutr. 2008; 21:277-83.
- Thiébaud R, Daucourt V, Mercié P, Ekouévi DK, Malva D. Lipodystrophy, metabolic disorders, and human immunodeficiency virus infection: Aquitaine Cohort, France, 1999. Clin Infect Dis. 2000; 31(1):1482-7.
- World Health Organization. Reports of a Technical Consultation. Nutrient Requirements for People Living With HIV/AIDS. Geneva, 2003. [Citado em 2013 Nov 20]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/Content_nutrient_requirements.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações Para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV – 2007/2008. [Citado em 2013 Nov 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacao_terapia.pdf.
- Mahan LK, Escott-Stump S, Krause, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. In: Mahan LK. Tratamento nutricional para a doença do vírus da imunodeficiência humana (HIV). 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 991-1020.
- Mann I, Truswell AS. Nutrição, HIV E AIDS. In: Mann I, Truswell AS. Nutrição humana. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 626-38.

12. Falco M, Castro ACO, Silveira EA. Terapia nutricional nas alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46:737-46.
13. Figueiredo SM, Penido MGG, Guimarães MMM, Machado LJC, Vieira Filho SA, Fausto MA, *et al*. Effects of dietary intervention on lipids profile of HIV infected patients on highly active antiretroviral therapy (ART). *Eur J Scient Res*. 2013; 9:32-49.
14. Guimarães MMM, Greco DB, Garces AHI, Oliveira ARJ, Fóscolo RB, Machado LJC. Coronary Heart Disease Risk Assessment In Hiv-Infected Patients: A Comparison Of Framingham, PROCAM And SCORE Risk Assessment Functions. *Int J Clin Pract*. 2010; 64:739-45.
15. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr*. 2005; 18:119-28.
16. Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Aderência a antirretrovirais em pacientes com HIV. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35:495-501.
17. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Rev Nut Campinas*. 2010; 23:323-33.
18. Martini M, D'Elia S, Paoletti F, Cargnel A, Adriani B, Carosi G, *et al*. Adherence to HIV treatment: results from a 1-year follow-up study. *HIV Med*. 2002; 3:62-4.
19. Gurgel IGD, Borges MJL. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17:147-56.
20. Amorim LDO, Figueiredo SM, Fillipis T, Bruinsma IKA. Identificação de fontes de informação em assistência nutricional às pessoas que vivem com HIV/AIDS e a importância para atuação do profissional de saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20:285-93.
21. Kaaya SF, Blander J, Antelman G, Cyprian F, Emmons KM, Matsumoto K, *et al*. Randomized controlled trial evaluating the effect of an interactive group counseling intervention for HIV-positive women on prenatal depression and disclosure of HIV status. *AIDS Care*. 2013; 25:854-62.
22. Zilversmit DB. Cholesterol index in foods. *J Am Diet Assoc*. 1979; 74:562-5.
23. Ching Yu, Calderaro D, Enéas M, Lima O, Caramelli B. Terapia hipolipemiente em situações especiais - síndrome de imunodeficiência adquirida. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85:58-61.
24. Dubé MP, Stein JH, Aberg JA, Fichtenbaum CJ, Gerber JG, Tashima KT, *et al*. Guidelines for the evaluation and management of dyslipidemia in human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults receiving antiretroviral therapy: recommendations of the HIV Medical Association of the Infectious Disease Society of America and the Adult AIDS Clinical Trials Group. *Clin Infect Dis*. 2003; 37:613-27.
25. Guimarães MMM, Greco DB, Figueiredo SM, Fóscolo RB, Oliveira AR Jr, Machado LJ. High-Sensitivity C-Reactive protein levels in hiv-infected patients treated or not with antiretroviral drugs and their correlation with factors related to cardiovascular risk and hiv infection. *Atherosclerosis (Amsterdam)*. 2008; 201:434-9.
26. Lichtenstein AH. Trans fatty acids, plasma lipid levels, and risk of developing cardiovascular disease. *Circulation*. 1997; 95:2588-90.
27. Rerkpattanapipat P, Wongpraparut N, Jacobs LE, Kotler MN. Cardiac manifestations of acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med*. 2000; 160:602-8.
28. Bonollo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16:261-78.
29. Kris-Etherton PM, Yu-Poth S, Sabaté J, Ratcliffe HE, Zhao G, Etherton TD. Nuts and their bioactive constituents: effects on serum lipids and other factors that affect disease risk. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70:504-11.
30. Reyataz (Sulfato de Atazanavir). Bula Rev 1011. São Paulo: Bristo, 2012. [Citado 2012 jun 20]. Disponível em: <http://www.medicina-net.com.br/bula/4513/reyataz.htm>
31. Nso AP, Larru B, Bellón JM, Mellado MJ, Ramos JT, González MI, *et al*. HIV-infected adolescents: relationship between atazanavir plasma levels and bilirubin concentrations. *J Adolesc Health*. 2011; 48(1):100-2.
32. Andrade BAM. Anormalidades laboratoriais em gestantes infectadas pelo HIV e em uso de antirretrovirais [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
33. Seidl EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:2305-16.
34. Williams M, Clarke T, Williams P, Barton EN. The mean levels of adherence and factors contributing to non-adherence in patients on Highly Active Antiretroviral Therapy. *West Indian Med J*. 2007; 56:171-6.