

A large, stylized red ribbon graphic is positioned diagonally across the cover, starting from the top left and extending towards the bottom right. The background is a solid dark red color.

Adesão: o presente e o futuro na luta para o controle do HIV/aids

ORGANIZADORES

Valdes Roberto Bollela

Lilian Pereira Primo

Rivian Christina Lopes Faiolla Mauriz

Karen Mirna Loro Morejón



FUNPEC-Editora

O desafio da adesão:
A perspectiva da nutrição

Rebeca Antunes Beraldo
Anderson Marliere Navarro
Maria Cristina Foss de Freitas

Com os avanços da terapia antirretroviral (TARV) para o manejo da síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) tem sido possível observar benefícios inquestionáveis para as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), entretanto o uso das medicações pode ocasionar toxicidades específicas que incluem alterações morfológicas e do metabolismo lipídico, glicídico e de cálcio.

Dentre as alterações morfológicas, a redistribuição de gordura corporal é a mais importante, enquanto que as alterações metabólicas mais importantes são a elevação dos níveis séricos de colesterol total (CT) e triglicerídeos (TG), a redução das lipoproteínas de alta densidade (HDL), o aumento das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e o aumento da resistência à insulina e o diabetes mel-litus. Esse conjunto de alterações é denominado de síndrome da lipodistrofia ou síndrome metabólica do HIV que constitui um perfil sabidamente aterogênico, elevando os riscos para desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Importante salientar que a etiologia da síndrome da lipodistrofia é multifatorial, pois as alterações metabólicas resultam de uma interação complexa entre fatores relacionados ao próprio vírus e fatores ligados aos agentes antirretrovirais.

Está bem estabelecido que o acúmulo de tecido gorduroso intra-abdominal tem forte associação com as desordens metabólicas e neuroendócrinas. Estudos recentes revelam que em indivíduos portadores do HIV a mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares é maior do que a relacionada à aids. Dados mostram um aumento desproporcional de doenças cardiovasculares e diabetes como causa de óbito em portadores do HIV em relação à população não portadora do vírus.

Além disso, tem sido descrita a presença de efeitos adversos da TARV no metabolismo de cálcio, levando o indivíduo a desenvolver doenças ósseas, osteopenia e osteoporose. Estima-se que a prevalência de osteoporose é três vezes maior em portadores do HIV do que entre pessoas não infectadas. Sendo assim, a terapia nutricional tem papel crucial na prevenção e tratamento das alterações metabólicas da lipodistrofia e de doenças ósseas, melhorando a qualidade de vida e prevenindo complicações cardiovasculares futuras.

Importância do tratamento nutricional

O acompanhamento nutricional é crucial para melhora do estado de saúde dos indivíduos portadores do HIV. O planejamento realizado por um nutricionista deve ser iniciado o quanto antes, se possível, logo em seguida do diagnóstico da infecção.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que as intervenções nutricionais devem fazer parte de todos os programas de controle e tratamento direcionado para PVHA. A importância da combinação da terapia medicamentosa e terapia nutricional já está bem estabelecida, pois elas favorecem significativamente a melhora do estado de saúde geral. Embora as deficiências nutricionais

não sejam consideradas como a principal causa da desordem imunológica, vários nutrientes atuam como cofatores importantes, influenciando no sistema imunológico e na sobrevivência de indivíduos portadores do HIV.

Além de promover o funcionamento adequado do organismo e a preservação do sistema imunológico, a alimentação saudável fornece os nutrientes necessários para melhorar as alterações metabólicas da lipodistrofia, melhorar a tolerância e absorção dos antirretrovirais, prevenir os efeitos colaterais dos medicamentos, e também melhorar o desempenho físico e mental dos pacientes.

O cuidado nutricional completo envolve uma equipe multiprofissional que em conjunto colabora para que os resultados desejados sejam alcançados, e obviamente o envolvimento do paciente é fator determinante para o sucesso do tratamento.

Avaliação nutricional

A atenção dietoterápica é definida pela Associação Americana de Diabetes (ADA) como um processo que vai ao encontro das necessidades nutricionais de um indivíduo, o que inclui a avaliação do seu estado nutricional, a identificação das suas necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de ações dietéticas e a avaliação da atenção dietoterápica.

A avaliação nutricional deve ser completa para que todos os aspectos que interfiram na saúde sejam avaliados minuciosamente. Deve-se realizar a anamnese alimentar, a avaliação da composição corporal, o exame físico (com ênfase na deficiência de micronutrientes e lipodistrofia), a avaliação dos exames bioquímicos e da história clínica e nutricional do paciente. Os antecedentes familiares para doenças cardiovasculares são de grande importância em pacientes com síndrome da lipodistrofia.

O planejamento alimentar deve ser individualizado, considerando todas as particularidades do indivíduo. Vários fatores devem ser levados em conta no planejamento alimentar como o estágio da infecção, as patologias associadas (diabetes, hipertensão, obesidade, lipodistrofia), o estilo de vida, a prática de atividade física, as preferências alimentares, as condições socioeconômicas, as condições de preparo das refeições e aspectos culturais. A Tabela 1 apresenta os fatores que podem influenciar o hábito alimentar de pacientes portadores do HIV.

A avaliação da atenção dietoterápica deve ser realizada a cada retorno para que novos objetivos sejam restabelecidos em conjunto, entre nutricionista e paciente.

Tabela 1. Fatores que podem influenciar o consumo alimentar de indivíduos portadores do HIV

Categorias de risco	Fatores de risco
Social	Escolaridade; condições de habitação (número de moradores do domicílio, preparo e local da alimentação)
Econômico	Trabalho, renda e acesso a alimentos
Cultural	Religião, hábitos/tabus
Antecedentes familiares	Antecedentes familiares de doenças crônicas: diabetes, hipertensão, dislipidemia, doenças cardiovasculares
Patologias prevalentes	Tuberculose, infecções oportunistas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis
Medicamentos em uso	Terapia antirretroviral, tratamento para doenças oportunistas, suplementos, vitaminas e as possíveis interações entre eles.
Capacidade funcional	Locomoção, visão, audição, necessidades e disponibilidade de cuidado
Uso de drogas	Álcool, fumo, ilícitas
Condição emocional	Distúrbios emocionais (depressão, ansiedade, compulsão, anorexia), aceitação da soropositividade, abertura do diagnóstico no ambiente social e familiar
Condições do aparelho digestivo	Boca, mastigação, deglutição, náuseas/vômitos, diarreia, obstipação
Atividade física	Ocupação, tipo de exercício físico, frequência e quantidade
Composição corporal	Excesso, redução e redistribuição de gordura corporal

Fonte: Brasil, 2006

Diagnóstico da lipodistrofia

Grandes discrepâncias na incidência de lipodistrofia relatadas em diferentes estudos ocorrem devido a uma ausência de homogeneidade de critérios para o seu diagnóstico. A falta de padronização de valores de distribuição de gordura na população em geral e a heterogeneidade das manifestações clínicas que ocorrem acabam complicando ainda mais a obtenção de um consenso para se firmar este diagnóstico.

A maioria dos estudos define lipodistrofia com base no autorrelato de perda de gordura periférica pelo paciente confirmada pelo exame clínico realizado pelo

examinador, acompanhada ou não por lipohipertrofia. Com o intuito de propor um método objetivo, Bonnet e colaboradores (2005) propuseram pela primeira vez um índice utilizando a técnica de *dual-energy X-ray absorptiometry* (DXA) para identificar a lipodistrofia que foi denominado “*Fat mass ratio*” (FMR), que permite um diagnóstico preciso e mais precoce.

O FMR é definido como a razão da porcentagem de massa gorda do tronco pela porcentagem de massa gorda dos membros inferiores obtidos pelo DXA, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{FMR} = \% \text{ gordura do tronco} \div \% \text{ gordura da perna}$$

As principais razões para a escolha desse índice é o resultado da perda de massa gorda subcutânea e/ou acumulação de gordura visceral. Em um estudo nacional, para identificação da lipodistrofia, foi utilizado o FMR, com o valor de 1,26 de ponto de corte, e um índice utilizando medidas antropométricas, as quais são mais práticas e acessíveis de serem realizadas. O índice trata da razão cintura coxa (circunferência da cintura dividida pela circunferência da coxa) e seu ponto de corte é de 1,74.

Como o aumento de gordura central está associado ao aumento do risco cardiovascular, deve ser realizado o acompanhamento de medidas de adiposidade dessa região através da aferição da circunferência da cintura.

Tratamento nutricional

Não há um regime dietético específico utilizado no tratamento da lipodistrofia associada ao HIV. Uma nutrição adequada e exercício físico regular podem resultar em melhoria modesta na lipodistrofia e na obesidade central.

A dietoterapia para dislipidemia e intolerância à glicose ou diabetes possui as mesmas bases que a da população não infectada pelo HIV. O seu objetivo principal é reduzir as anormalidades metabólicas. O aporte energético da dieta deve ser ajustado para adequação do peso corporal saudável. A necessidade pode ser determinada pelo cálculo do gasto energético basal (GEB) através de equação, acrescentando os fatores térmicos, atividade e fator injúria quando internados (1.3 a 1.7).

A equação de Melchior é a mais adequada para portadores do HIV. Entretanto, se não houver informação da quantidade de massa magra, a equação de Schofield é a segunda opção que melhor estima GEB em portadores do HIV:

- *Equação de Melchior:*
GEB (kj/dia) = 1.379 + 123 x massa magra em quilogramas.
É necessário dividir por 4,18 para obter o resultado em kcal/dia

- *Equação de Schofield para 18 a 30 anos*
 $GEB \text{ (kcal/dia)} = [(0,062 \times \text{Peso em quilogramas}) + 2,036] \times 239$
- *Equação de Schofield para 30 a 60 anos*
 $GEB \text{ (kcal/dia)} = [(0,034 \times \text{Peso em quilogramas}) + 3,538] \times 239$

A fórmula de bolso também pode ser utilizada para um cálculo mais rápido, para pacientes assintomáticos, para os quais se recomenda 25-30 kcal/Kg de peso atual por dia e, para pacientes sintomáticos, de 35-40 Kcal/Kg de peso atual por dia.

A recomendação de proteínas é de 0,8-1,0 g/Kg/dia para manutenção de peso, e caso haja necessidade de ganhar peso recomenda-se de 1-1,2 g/Kg/dia. Se o paciente for assintomático a recomendação é de 0,8-1,25 g/Kg/dia, e se for sintomático de 1,5-2,0 g/Kg/dia.

Recomenda-se que um consumo de carboidratos seja em torno de 50% a 60% do valor calórico total (VCT) da dieta dando preferência aos carboidratos complexos e evitando os carboidratos simples.

Os ácidos graxos saturados e colesterol proveniente da dieta refletem diretamente nos níveis lipídicos plasmáticos, principalmente na colesterolemia. A substituição isocalórica dos ácidos graxos saturados por ácidos graxos polinsaturados (ômega 3 e ômega 6) e monoinsaturados (ômega 9- oleico) reduz o CT e LDL séricos.

Não há consenso em relação à quantidade máxima permitida do consumo de ácidos graxos trans, no entanto, recomenda-se que a ingestão deva ser menor que 1% das calorias totais da dieta, pois eles aumentam o LDL e reduzem o HDL.

As fibras são carboidratos complexos não digeríveis, classificadas em solúveis e insolúveis. As fibras solúveis são capazes de reduzir o tempo de trânsito intestinal e a absorção enteral de colesterol. Já as fibras insolúveis aumentam a saciedade, auxiliando na redução da ingestão calórica. Além disso, o consumo de alimentos fontes de fibras contribui para a melhora da sensibilidade à insulina, reduzindo o risco de desenvolver diabetes. Recomenda-se uma ingestão total de fibras de 20 a 30 g/dia sendo de 5 a 10g de fibras solúveis.

A Tabela 2 apresenta as recomendações nutricionais para pacientes soropositivos para HIV.

Devido às alterações no metabolismo de cálcio, deve-se dar atenção especial à ingestão desse mineral e da vitamina D. A recomendação de ingestão diária (RDA) de cálcio para homens e mulheres, na faixa etária de 19 a 70 anos de idade, é de 1000mg/dia e acima de 70 anos é de 1.200mg/dia. Na gravidez e no período da lactação, a recomendação para a faixa etária de 14 a 18 anos de idade é 1.300mg/dia de cálcio, e para a de 19 a 50 anos é 1000mg/dia. A RDA de vitamina D para ambos os sexos, na faixa etária de 9 a 70 anos de idade é de 15 µg/dia, acima de 70 anos é de 20µg/dia.

Tabela 2. Composição dietética para o tratamento e prevenção das dislipidemias

Nutriente	Recomendação de Ingestão
Carboidrato	50 a 60% do VCT
Proteína	Aproximadamente 15% do VET
Gordura Total	25 a 35% do VCT
Gordura Saturada	≤ 7% do VCT
Gordura Poli-insaturada	≤ 10% do VCT
Gordura Mono-insaturada	≤ 20% do VCT
Colesterol	< 200mg/d
Fibras	20 a 30g/d
Calorias	Ajustadas ao peso desejável

Fonte: IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 88, Suplemento I, Abril 2007.

Outros compostos de importância à saúde

Fitoesteróis

Os fitoesteróis possuem funções análogas ao do colesterol e, portanto, competem com a absorção deste na luz intestinal, reduzindo sua absorção. São encontradas somente em alimentos vegetais. Uma ingestão de 2g de fitoesterol reduz de 10-15% o LDL. Além disso, os alimentos de fonte vegetal também são fontes de substâncias antioxidantes, importantes para a manutenção da saúde. Entre eles podemos destacar os flavonoides.

Os flavonoides são compostos fenólicos que exercem uma potente ação antioxidante. Têm importante papel na prevenção e tratamento da aterosclerose, pois atuam como agentes antiaterogênicos, reduzindo a oxidação do LDL e diminuindo os efeitos citotóxicos. Isso porque os polifenóis, e em particular os flavonoides possuem estrutura ideal para o sequestro de radicais, sendo antioxidantes mais efetivos que as vitaminas C e E.

Experiência prática: O suco de uva é rico em flavonoides como catequinas, epicatequinas, quercetinas e antocianinas. Um estudo realizado em nosso serviço teve como objetivo avaliar o perfil metabólico de pacientes com lipodistrofia antes e após a suplementação de 500ml de suco de uva integral sem conservantes e sem adição de sacarose por 15 dias. Os resultados indicaram uma melhora do perfil lipídico (redução de TG e LDL), sugerindo que a suplementação de suco de uva pode trazer benefícios a pacientes com lipodistrofia, entretanto são neces-

sários mais estudos para se identificar com precisão a dosagem e tempo em que essa suplementação ainda mantém seus benefícios.

Experiência prática: A linhaça é um alimento funcional rico em fibras (tanto fibras solúveis quanto insolúveis) e ácidos graxos essenciais. Apresenta elevado teor de lipídios (32 a 38%), sendo que metade é ácido graxo insaturado α -linolênico (ALA), pertencente à família ômega 3. Contém ainda ácido linoleico (da família ômega 6) e ácidos graxos monoinsaturados e saturados. Vários estudos têm demonstrado a eficiência da linhaça como hipoglicemiante, hipocolesterolêmica e hipotrigliceridêmica. Existe consenso entre os pesquisadores que o consumo diário de 12 gramas de linhaça triturada (1 colher de sopa) já são suficientes para obter os benefícios. Em nosso atendimento nutricional para indivíduos infectados pelo HIV com dislipidemia, tem sido orientada a adição de 1 colher de sopa cheia de linhaça triturada nas grandes refeições (almoço e jantar) e aqueles que têm uma adesão boa apresentam resultados muito positivos (principalmente na redução dos triglicérides séricos). Vale ressaltar que a linhaça triturada deve ser mantida sob refrigeração e em recipiente fechado para prevenir a oxidação dos ácidos graxos insaturados.

A Tabela 3 ilustra algumas orientações dietéticas para a seleção adequada de alimentos em pacientes com hipercolesterolemia.

Tabela 3. Recomendações nutricionais para tratamento e prevenção de dislipidemias.

Alimentos	Preferir	Consumir com moderação	Ocasionalmente em pouca quantidade
Cereais	Grãos integrais	Pão refinado, arroz e massas, biscoitos, cereais açucarados	Pães doces, bolos, tortas, croissants
Vegetais	Vegetais crus e cozidos		Vegetais preparados na manteiga ou creme
Legumes	Todos, incluindo soja e proteína de soja		
Frutas	Frescas ou congeladas	Frutas secas, geleia, compotas, sorvetes	
Doces e adoçantes	Adoçantes não calóricos	Mel, chocolates, doces	Bolos e sorvetes
Carnes e peixes	Peixe magro e oleoso, frango sem a pele	Cortes de carne bovina magra, carne de porco, frutos do mar	Salsichas, salames, toucinho, costelas, vísceras

continua

Alimentos lácteos e ovos	Leite e iogurte desnatados, clara de ovos	Leite semidesnatado, queijos brancos e derivados magros	Queijos amarelos e cremosos, gema de ovo, leite e iogurte integrais
Molhos para temperar e cozinhar	Vinagre, ketchup, mostarda, molhos sem gordura	Óleos vegetais, margarinas leves, molhos de salada, maionese	Manteiga, margarinas sólidas, gorduras de porco e trans, óleo de coco
Nozes e sementes		Todas	Coco
Preparo dos alimentos	Grelhados, cozidos e no vapor	Assados e refogados	Fritos

Fonte: V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 101, Suplemento I, Outubro 2013.

Adesão, estratégias e ferramentas de estímulo à adesão

A adesão dietoterápica desempenha papel crucial no sucesso do tratamento. O processo multifatorial que se estabelece mediante o vínculo entre o profissional da saúde e o paciente abrange aspectos que refletem na adesão ao tratamento.

No caso de doentes crônicos, a adesão se apresenta reduzida, uma vez que, os esquemas terapêuticos são muitas vezes complexos, exigem grande empenho do paciente, e devem ser seguidos ininterruptamente.

Estudo mostra que a estatística de retorno dos pacientes soropositivos para HIV a consulta de nutrição é baixa (50 a 60%), o que corrobora com estudos de grupos populacionais com presença de alterações metabólicas, como obesos. Foi encontrado também que pacientes em acompanhamento com intervalos mais longos de retornos (trimestrais) apresentam maior adesão ao tratamento nutricional do que os pacientes sob acompanhamento mensal.

É crucial o estabelecimento de relações de confiança, respeito e sintonia entre o nutricionista e o paciente, durante o tratamento, com o objetivo de melhorar a humanização e o vínculo terapêutico. O processo de humanização da nutrição é a capacidade de oferecer cuidado nutricional de forma integral e qualificado, valorizando o diálogo e a escuta em suficiência na relação profissional-paciente, e articulando o conhecimento técnico e científico da nutrição com princípios ético-humanísticos, com aspectos psicossocioculturais do ser humano, acolhimento e melhoria do ambiente de cuidado.

Como já sabido, a sorologia positiva para HIV e a lipodistrofia causam efeitos sobre o bem-estar psicológico, ressaltando que as mudanças corporais e a estigmatização social podem resultar em níveis importantes de depressão e ansiedade, além da não adesão ao tratamento. Pelo exposto, o entendimento da

complexidade desses problemas remete à necessidade de o nutricionista considerar também outros elementos semiológicos do paciente (emocional, sentidos, significados, valores, memória alimentar etc.) na elaboração do plano alimentar. A desconsideração desses fatores por parte do profissional pode interferir negativamente na adesão ao tratamento nutricional.

As características da prescrição têm sido citadas como um dos fatores mais importantes na adesão, sendo sua complexidade o mais significativo. Como na maioria das vezes os pacientes apresentam inúmeros erros alimentares, modificar drasticamente a dieta de uma só vez prejudica a adesão dos pacientes devido a dificuldades de adaptar a nova dieta à rotina diária. Portanto, é importante que em conjunto nutricionista-paciente sejam estabelecidas metas de mudanças de hábitos alimentares a serem cumpridas até o próximo retorno. Assim, com modificações graduais o tratamento se torna menos árduo, mais eficaz, e as melhorias no estilo de vida se tornam permanentes.

Cabe aos profissionais da área da nutrição fornecer ferramentas que proporcionem a instrumentalização para o controle da doença, para que o paciente, por meio de seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam a sua escolha alimentar adequada, como, por exemplo, através da leitura de rótulos de alimentos e através do conhecimento de técnicas dietéticas para substituição de ingredientes. A elaboração do receituário dietético na clínica sem a incorporação dos aspectos socioculturais da alimentação pode resultar no sofrimento do paciente, em desgostos e rupturas do cotidiano com seus valores e crenças culinárias. Portanto, nas prescrições os alimentos devem ser tratados da maneira mais próxima à realidade do paciente. Além disso, é crucial que as prescrições sejam entregues aos pacientes por escrito de forma bem clara, além de todos os itens serem explicados detalhadamente. O profissional deve garantir que o paciente finalize a consulta sem qualquer tipo de dúvida quanto às orientações que deve seguir. Nos casos de pacientes que apresentem dificuldade para interpretação (déficit cognitivo ou não alfabetizados) se torna fundamental lançar mão de outros recursos para uma orientação de forma prática.

Dinâmicas em grupos e oficinas culinárias são excelentes ferramentas para educação nutricional desses pacientes. Os encontros desenvolvem reflexões com objetivo de identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemáticas que dificultam a adesão ao tratamento nutricional. Além disso, a culinária pode auxiliar nas escolhas, técnicas de preparo e melhora da qualidade sensorial dos alimentos. O ambiente acolhedor funciona também como motivação para o tratamento por possibilitar compartilhar as dificuldades e buscar alternativas para solucionar os problemas.

Outro ponto importante é sempre parabenizar o paciente pelas metas atingidas e mostrar os benefícios que as mudanças trouxeram. Mesmo que as modificações tenham sido pequenas, valorizá-las irá estimulá-lo a melhorar cada vez mais.

Como a falta de acesso a alimentos apropriados pode interferir no tratamento nutricional, é importante que os nutricionistas sempre forneçam informações sobre safras e entressafras das frutas, verduras e legumes para os pacientes. Além disso, deve ser orientado sobre a utilização total desses alimentos, buscando o máximo aproveitamento de folhas, talos, cascas e sementes.

Alguns sintomas comuns nesses pacientes acabam por interferir na escolha alimentar adequada e na adesão ao tratamento dietoterápico, levando a uma piora do estado geral de saúde. Abaixo seguem algumas orientações práticas que devem ser abordadas com os pacientes quando apresentarem alguns sintomas comuns. Essas orientações irão contribuir para melhora do quadro e, consequentemente, influenciam positivamente para adesão ao tratamento.

Recomendações em caso de náuseas e vômitos:

- Não deixar de se alimentar, porque o estômago vazio pode piorar as náuseas;
- Fracionar a dieta a cada 2 ou 3 horas;
- Se acordar com náusea e/ou vômito, comer alimentos secos como torradas e biscoitos de água e sal;
- Não beber líquidos ao mesmo tempo em que estiver consumindo alimentos sólidos;
- Beber líquidos meia hora antes ou uma hora após as refeições;
- Evitar alimentos gordurosos (incluindo frituras), muito temperados ou muito doces e bebidas gasosas;
- Conversar com o médico a respeito das náuseas e vômitos, pois às vezes eles podem ser controlados com medicação.

Recomendações em caso de inapetência:

- É importante alimentar-se mesmo sem apetite;
- Modificar o tempero da comida acrescentando orégano, cominho, alecrim, manjerição ou louro, por exemplo, para que fique mais apetitosa;
- Caso não tenha vontade de comer uma das refeições, substituí-la por uma *vitamina, suco, sopa ou lanche*;
- Tomar líquido entre as refeições e não junto com elas;
- Ter sempre algum alimento disponível para quando sentir fome (bolacha, bolo, fruta)
- Para estimular o apetite, pingar gotas de limão embaixo da língua ou mastigar gelo antes das refeições;

Recomendações em caso de boca seca:

- Tomar pelo menos 6 copos de água por dia;

- Chupar bala do tipo azedinha, bala de gengibre ou mascar chiclete sem açúcar;
- Umedecer os alimentos (pão, torrada e outros) antes de comê-los;
- Dar preferência a alimentos cozidos com caldos ou molhos;
- Enxaguar a boca com frequência, isto ajuda a refrescá-la.

Recomendações em caso de feridas na boca e/ou dor ao engolir:

- Possuir uma dieta branda com preparações úmidas em forma de purês, cremes ou com molhos e alimentos frios;
- Evitar alimentos ácidos e muito temperados/condimentados;
- Na dificuldade de ingestão de alimentos, *mastigação ou quando há dores*, o uso de pomada anestésica local pode contribuir para a aceitação da dieta;
- Evitar alimentos e bebidas muito quentes. Alimentos frios e à temperatura ambiente são melhores.
- Preferir bebidas frias;
- Para consumir alimentos líquidos (sopa, mingau, etc) usar um canudo ou beber em um copo, ao invés de usar a colher;

Recomendações em caso de diarreia:

- Beber bastante líquido entre as refeições: água pura, água de coco, chás, sucos naturais coados e soro oral.
- Dar preferência aos alimentos: pão branco, torradas, bolachas (maisena, água e sal, leite); arroz, macarrão com molho caseiro (tomate sem casca e sem sementes); batata, mandioquinha, cenoura, cará, inhame, mandioca, chuchu, abobrinha sem semente; caldo de feijão ou lentilha; carnes magras em geral (bovina, peixe, frango sem pele), de preferência grelhadas, assadas ou cozidas; leite desnatado, extrato proteico de soja, leite com lactose reduzida, leite sem lactose, iogurte natural desnatado, queijo branco ou ricota; frutas cruas ou cozidas sem casca (maçã, banana, pera, goiaba sem semente); sucos de frutas naturais (limão, maracujá, maçã, goiaba, acerola); gelatina; amido de milho (maisena), tapioca.
- Alimentos que dever ser evitados: alimentos gordurosos (maionese, linguiça, salsicha, toucinho, queijos amarelos, chocolate, sorvetes cremosos e creme de leite); frituras; alimentos industrializados (enlatados em geral, sucos artificiais, goiabada, marmelada, doces em calda e salgadinhos); alimentos formadores de gases (repolho, brócolis, couve-flor, milho, pepino, pimentão, rabanete, nabo, salsaão, cebola, alho-poró e refrigerantes); alimentos ricos em fibras (cereais integrais, legumes e verduras cruas, frutas secas); leite integral.

Recomendações em caso de gases intestinais:

- Evite consumir alimentos que causem gases, tais como: bebidas gasosas, cervejas, doces, brócolis, couve-flor, couve, feijão, batata-doce etc.
- Procure não pular nenhuma refeição, o ideal é seguir os horários com regularidade.
- Procure mastigar os alimentos de boca fechada e não falar enquanto come, pois pode engolir ar demais, aumentando os gases intestinais.
- Reduza o consumo de alimentos ricos em fibras insolúveis como grãos e cereais (milho e grão de bico), casca de frutas e verduras como alface, couve etc.

Recomendações em caso de azia ou queimação estomacal (pirose):

- Experimente tomar chás digestivos após as refeições, como por exemplo o chá verde, de hortelã ou boldo.
- Evite condimentos, pimenta de todos os tipos, alimentos gordurosos e café.
- Não se deite após a refeição. Procure descansar sentado ou recostado.
- Evite o consumo de doces.

Recomendações em caso de constipação intestinal:

- Aumente o consumo de fibras na dieta. Utilize alimentos crus e folhas nas saladas. Farelos de trigo, farelo de arroz ou outra fibra integral natural podem ser adicionados às refeições para aumentar o aporte de fibras totais da dieta.
- Aumente a ingestão de água para, pelo menos, 3 litros por dia.
- A baixa ingestão de líquidos pode aumentar a constipação intestinal.
- Pratique alguma atividade física. O movimento estimula a musculatura intestinal.
- Use azeite ou óleo vegetal nas verduras cruas.

Para finalizar, a Tabela 4 sintetiza algumas orientações práticas que foram vivenciadas durante alguns anos no tratamento nutricional de pacientes soropositivos para HIV em nosso serviço e que são de grande importância para adesão do paciente.

Tabela 4. Lições que aprendemos nestes anos trabalhando/pesquisando sobre o cuidado nutricional com pacientes soropositivos para HIV.

Lições Aprendidas sobre cuidado nutricional de pessoas vivendo com HIV/aids

Cabe ao nutricionista estabelecer com o paciente (que muitas vezes se apresenta fragilizado psicologicamente) um vínculo de confiança, respeito e reciprocidade

O profissional deve estimular o desenvolvimento da consciência para o auto cuidado no paciente e fornecer ferramentas para que os pacientes desenvolvam mecanismos que permitam a sua escolha alimentar adequada; para isso e para a troca de experiências as dinâmicas em grupos apresentam ótima eficácia

É crucial que as prescrições dietéticas contenham informações próximas à interpretação que o próprio paciente faz dos alimentos (não informações técnicas e científicas, levando em consideração, também, significados e valores alimentares)

Os intervalos entre retornos não devem ser muito curtos

As modificações de hábitos alimentares devem ocorrer de forma gradual através do estabelecimento de metas a serem cumpridas até o próximo retorno.

É muito importante parabenizar o paciente por cada meta atingida, isso irá incentivá-lo a melhorar cada vez mais

Deve-se sempre adequar o plano alimentar às condições que o pacientes tem de acesso e preparo dos alimentos. Fornecer informações sobre safras de hortifrutis e aproveitamento total dos alimentos tem grande utilidade.

Alguns sintomas comuns nesses pacientes (náuseas, vômitos, inapetência, boca seca, diarreia, constipação) interferem na qualidade de vida e seguimento do tratamento, portanto algumas orientações dietéticas práticas podem solucionar os problemas e melhorar consequentemente a adesão

Referências bibliográficas

- American Dietetic Association. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutritional assessment. *J Am Diet Assoc.* 1994; 94(8):838-9.
- Beraldo RA, Meliski GC, Silva BR, Navarro AM, Bollela VR, Schmidt A, Foss-Freitas MC. Comparing the Ability of Anthropometric Indicators in Identifying Metabolic Syndrome in HIV Patients. *Plos One*, 2016;11: e0149905.
- Beraldo RA, Vassimon HS, Aragon DC, Navarro AM, Paula FJA, Foss-Freitas MC. Proposed ratios and cutoffs for the assessment of lipodystrophy in HIV-seropositive individuals. *European Journal of Clinical Nutrition.* 2015;69: 274-278.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- Freitas MCS, Pena PGL, Fontes GAV, Silva DO, Santos LAS, Mello AO, et al. Uma leitura humanista da nutrição. In: Freitas MCS, Fontes GAV, Oliveira N. Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA; 2008. Unidade 11.