

## Estado Nutricional, Padrão Alimentar e Socioeconômico de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Rio Verde, Goiás

### Nutritional Status, Food and Socioeconomic Standard of Positive HIV/AIDS Patients at a Public Health Service in Rio Verde City/Goiás

Mariana Buranelo Egea<sup>a\*</sup>; Carla Daniela Gomes Ataíde<sup>b</sup>; Josemar Gonçalves de Oliveira Filho<sup>cd</sup>; Daiane Costa dos Santos<sup>e</sup>; Arianne Soares Alves<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Tecnologia de Alimentos e Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Agroquímica. GO, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade de Rio Verde. GO, Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Alimentos e Nutrição. SP, Brasil;

<sup>d</sup>Instituto Federal de Brasília. DF, Brasil.

<sup>e</sup>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano. GO, Brasil.

\*E-mail: [mariana.egea@ifgoiano.edu.br](mailto:mariana.egea@ifgoiano.edu.br)

---

#### Resumo

A AIDS é caracterizada por uma infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e os principais problemas relativos ao estado nutricional nestes pacientes são a redistribuição de gordura corporal, a obesidade ou a desnutrição. O presente trabalho trata-se um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa que teve como objetivo avaliar o perfil nutricional de pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidos em um Serviço de Atendimento Especializado de Rio Verde – GO. A amostra foi composta por 30 pacientes portadores do vírus HIV/AIDS de ambos os sexos, com faixa etária de 18 a 59 anos. Foram coletadas informações sociodemográficas, antropométricas e frequência alimentar mediante questionário. Os resultados obtidos demonstraram que não houve prevalência de um sexo sobre o outro, sendo que os pacientes eram em sua maioria solteiros, desempregados e com baixo nível de escolaridade. Em relação ao estado nutricional, o grupo estudado apresentou prevalência de sobrepeso, que maior entre as mulheres. Quanto a análise do consumo alimentar ficou evidente preferência por alimentos como arroz, pães e similares, vegetal A, carne bovina, margarina e café, em contrapartida, verificou-se baixa frequência no consumo de raízes, tubérculos e alimentos ricos em fibras, como aveia e frutas. Conclui-se que é necessária uma atenção individualizada, com enfoque em orientações nutricionais que conscientizem os pacientes quanto à importância da manutenção de uma alimentação correta e equilibrada, a fim de se otimizar a imunidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Nutrição. Alimentação Saudável. Qualidade de Vida.

#### Abstract

*AIDS is characterized by an infection by the Human Immunodeficiency Virus and main problems related to nutritional status in these patients are redistribution of body fat, obesity or malnutrition. The present work is a cross-sectional descriptive study with a quantitative and qualitative approach that aimed to evaluate the nutritional profile of people living with HIV/AIDS attended at a Specialized Care Service in Rio Verde - GO. A sample of 30 patients with HIV/AIDS virus of both sexes, with ages ranging from 18 to 59 years. Sociodemographic, anthropometric and food frequency information were collected through a questionnaire. The results showed that there was no prevalence of one sex over the other, and the patients were mostly single, unemployed and with low level of schooling. Regarding nutritional status, the studied group presented a prevalence of overweight, which was higher among women. Regarding the analysis of food consumption, food, such as rice, breads and similar products, vegetable A, beef, margarine and coffee, showed a low frequency of consumption of roots, tubers and fiber-rich foods, such as oats and fruits. It is concluded that individualized attention is needed, focusing on nutritional guidelines that make patients aware of the importance of maintaining a correct and balanced diet in order to optimize immunity and improve the quality of life of patients.*

**Keywords:** Nutrition. Healthy Eating. Quality of Life.

---

#### 1 Introdução

A AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) é caracterizada por uma infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causando disfunções a nível celular, humoral e principalmente de caráter imunológico, com consequente redução nos níveis de Linfócitos T CD4, o que torna o indivíduo portador do vírus mais suscetível as doenças oportunistas (FÉVRIER *et al.*, 2011).

A desnutrição energético-proteica é de ocorrência comum em pacientes adultos HIV positivo e um dos principais dilemas a ser enfrentado, pois diminuirá ainda mais a imunidade do

paciente e aumentará os níveis de morbidade e mortalidade (BARBOSA; FURNES, 2003).

Com o início da terapia medicamentosa contra o vírus, há uma redução significativa na incidência de infecções oportunistas e aumento da expectativa de vida desses pacientes, porém, existem relatos indicando que o uso prolongado da terapia antirretroviral pode contribuir para a obesidade central, assim como alterações no perfil lipídico e metabolização da glicose (CUNHA *et al.*, 2015).

Diante disso, torna-se evidente, a relação entre Nutrição e AIDS, sendo que o acompanhamento nutricional com as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) desde o início e

durante o tratamento poderá otimizar o sistema imunológico, auxiliar os pacientes na maneira de lidar com complicações relacionadas a patologia e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos mesmos (PAULA *et al.*, 2010).

Este estudo justifica-se pela possibilidade de identificar aspectos que necessitam de intervenção nutricional ou da equipe multidisciplinar local, dada a importância de avaliar o perfil nutricional para posteriormente programar ações que possam prevenir ou corrigir os aspectos falhos, sendo que, a terapia nutricional não deve ser considerada uma terapia alternativa e sim uma terapia adjuvante, essencial para melhorar o prognóstico da doença. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil nutricional e o padrão alimentar de pacientes que vivem com HIV/AIDS atendidos em um serviço de atendimento especializado de Rio Verde - GO.

## 2 Material e Métodos

### 2.1 Delineamento e população estudada

Trata-se de um recorte específico de estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, envolvendo pacientes com diagnóstico de HIV e AIDS atendidos em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Rio Verde – GO, que fornece atendimento interdisciplinar a população infectada com Doenças Sexualmente Transmissíveis e hepatites virais, no período de setembro/2012 a outubro/2012.

Constituíram critérios de inclusão na pesquisa: pacientes adultos cadastrados no SAE, portadores do vírus HIV/AIDS, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes que apresentaram idade inferior a 18 anos ou superior a 59 anos, pacientes não diagnosticados com HIV/AIDS e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. No total, foram utilizados 30 participantes para o desenvolvimento da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FESURV- Universidade de Rio Verde em 04/09/2012, sob o parecer nº 087/2012 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### 2.2 Coleta de Dados

Os dados dos pacientes elegíveis, que aceitaram participar do estudo, foram coletados durante as consultas de rotina. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

Questionário com dados sociodemográficos abordando informações como dados pessoais (idade, sexo, ocupação, escolaridade e ano que contraiu o HIV) e frequência alimentar. Para avaliação da frequência do consumo de alimentos foi aplicado um Questionário de Frequência Alimentar (QFA), obtendo-se informações sobre o consumo habitual de alimentos, a partir de uma listagem de itens alimentares dos diversos grupos, este questionário foi utilizado por

Andrade (2003), adaptado, com o propósito de acrescentar alimentos regionais, e aqueles que mais contribuem com o aporte calórico e retirar alimentos que não condiziam com a realidade do grupo estudado. O questionário foi composto por 38 alimentos, com nove possibilidades de resposta para a frequência do consumo dos alimentos, sendo: uma vez por mês, duas vezes por mês e três vezes por mês, uma vez por semana, duas vezes por semana, três vezes ou mais por semana, uma vez ao dia, duas vezes ao dia e três ou mais vezes ao dia. As frequências de consumo foram classificadas como consumo raro, de uma a três vezes por semana, e de quatro a sete vezes por semana. Como consumo raro foram considerados os consumos: quinzenal, mensal, ocasional, ou a não ingestão. Após aplicação do questionário, foram fornecidas orientações aos pacientes sobre alimentação equilibrada.

Avaliação antropométrica onde foram aferidos peso, altura e circunferência da cintura. O paciente foi colocado ereto, braços estendidos ao longo do corpo e calcanhares juntos ao lado de uma parede sem rodapé de onde foi aferida a altura utilizando estadiômetro vertical. A altura e a massa foram utilizadas para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) =  $\text{massa}/(\text{altura})^2$  (ANDRADE *et al.*, 2014). A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio curva padrão de IMC preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), sendo que o IMC menor que 16 kg/m<sup>2</sup> classifica Desnutrição Grau III; IMC entre 17 e 18,49 kg/m<sup>2</sup> classifica Desnutrição Grau II; IMC entre 17 e 18,49 kg/m<sup>2</sup> classifica Desnutrição Grau I; IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup> classifica indivíduo Eutrófico; IMC entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> classifica Sobrepeso; IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup> classifica Obesidade Grau I; IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> classifica Obesidade Grau II; e, IMC maior que 40,0 kg/m<sup>2</sup> classifica Obesidade Grau III. Em seguida, foi aferida a circunferência da cintura (na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca) com auxílio de uma fita métrica flexível e inelástica e o resultado expresso em cm. Os resultados foram classificados quanto ao risco, sendo que para o sexo masculino até 94 cm é considerado normal, maior que 94 cm é considerado aumentado e, maior que 102 cm considerado muito aumentado; e, para o sexo feminino até 80 cm é considerado normal, maior que 80 cm é considerado aumentado e, maior que 88 cm é considerado muito aumentado (WHO, 2017).

Toda a coleta de dados foi realizada individualmente evitando qualquer tipo de inconveniente, e todos os voluntários tiveram o anonimato de suas identidades na divulgação e redação dos resultados.

### 2.3 Análise estatística

O software Microsoft Excel® 2010 foi utilizado para tabular os resultados obtidos e o software Biostat® software 5.8.4 para a análise estatística (AYRES *et al.*, 2007). A comparação de duas variáveis numéricas, expressas em média

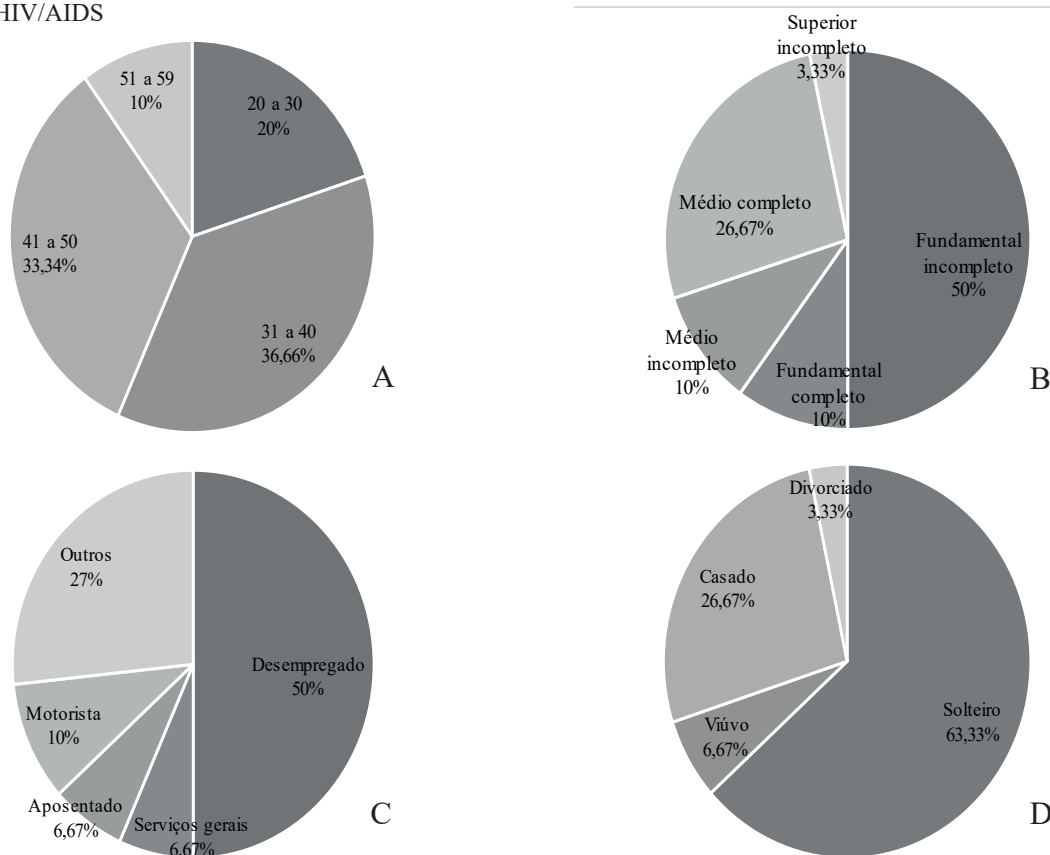
com desvio padrão, com distribuição normal foi feita pelo teste t de *Student* e as diferenças entre as variáveis foram consideradas significativas quando  $p < 0,05$ .

### 3 Resultados e Discussão

A Figura 1 apresenta os dados referentes a caracterização

sócio demográfica da população amostral. Entre os 30 participantes da pesquisa, 50% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino, a faixa de idade geral foi de 20 a 59 anos (Figura 1A), sendo que no sexo masculino a média de idade foi 40,53 ( $\pm 9,53$ ) e no sexo feminino 38,53 ( $\pm 10,86$ ), sem diferença significativa entre as faixas etárias ( $p = 0,596$ ).

**Figura 1** - Dados sociodemográficos, sendo (A) faixa etária, (B) escolaridade, (C) profissão e (D) estado civil de pacientes que vivem com HIV/AIDS



Fonte: Dados da pesquisa.

Neste estudo, não houve prevalência de sexo, diferente do que havia sido relatado por Burgos *et al.* (2010) que 64,5% da amostra de 31 pacientes correspondiam ao sexo masculino. Outros pesquisadores, haviam relatado percentuais próximos ao que foi encontrado neste trabalho para o sexo masculino de 45 (FERREIRA *et al.*, 2011) e 57,69 (ENGELSON *et al.*, 1999).

Caracterizando a população avaliada quanto a escolaridade (Figura 1B), 50% da população estudada não concluiu o ensino fundamental, 50% encontrava-se desempregado (Figura 1C) e 63,33% apresentou estado civil solteiro (Figura 1D). Dutra *et al.* (2011) estudando 39 pacientes com idade média foi de 46,85 ( $\pm 9,42$ ) anos, sendo 59% homens e 41% mulheres e 79% encontraram-se solteiros, e, quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos pacientes (62%) havia cursado somente o ensino médio completo.

Quintaes e Rosa (1999), em um estudo feito em um ambulatório de um hospital com 33 pacientes com sorologia

positiva, verificou-se que mais da metade da amostra (54,5%) possuía ensino fundamental incompleto, 12,1% completo, 18,2% tinha o ensino médio incompleto e 9,1% o ensino médio completo e apenas 6,1% possuíam ensino superior incompleto.

Os resultados demonstrados neste trabalho, juntamente com o que foi relatado por outros autores para dados nacionais, demonstraram baixa escolaridade dos pacientes com HIV/AIDS, indicando progressiva disseminação da epidemia para os estratos sociais de menor escolaridade. O nível educacional tem a capacidade de expressar diferenças entre as pessoas quanto ao acesso à informação, às perspectivas e possibilidades de se beneficiar com novos conhecimentos Rocha e Schuch (2009).

O Quadro 1 apresenta as características clínicas do grupo estudado. O consumo habitual de bebidas alcoólicas foi baixo, tanto em mulheres (6,66%) quanto em homens (13,33%). Quanto ao tabagismo notou-se que 33,33% dos

homens relataram ter o hábito de fumar. Em relação a prática de atividade física, percebeu-se que 66,66% das mulheres e 73,33% dos homens relataram estar fisicamente inativas. Quanto ao tempo de uso de terapia anti-retroviral (TARV) a média foi de 5,92 ( $\pm$  4,14) anos, sendo que as mulheres apresentaram um tempo de uso maior (7,07  $\pm$  4,00), em relação aos homens (5,23  $\pm$  4,02).

**Quadro 1** - Características clínicas do grupo de portadores de HIV/AIDS

Variáveis	Grupo de Estudo		Total	p*
	Masculino	Feminino		
Idade (anos)	40,53 $\pm$ 9,53	38,53 $\pm$ 10,86	39,53 $\pm$ 10,09	0,59
Tempo de uso de TARV (anos)	5,23 $\pm$ 4,02	7,07 $\pm$ 4,00	5,92 $\pm$ 4,14	0,25
Ingestão de bebidas alcoólicas (%)	13,33	6,66	20	0,38
Tabagismo (%)	33,33	6,66	20	0,07
Fisicamente inativos (%)	73,33	66,66	70	0,70

Valores expressos em Média  $\pm$  Desvio Padrão. \*Média diferente entre sexos quando  $p < 0,05$ .

Fonte: Dados da pesquisa.

Rocha e Schuch (2009) verificaram em um estudo com 128 pacientes, que mais de 50% dos pacientes indicaram não realizar nenhum tipo de exercício físico; o hábito de fumar foi relatado em 30,6% dos indivíduos e 32,3% dos participantes consumiam bebidas alcoólicas com a frequência mínima de uma vez por semana.

A atividade física pode amenizar alguns efeitos adversos associados a TARV. Mendes *et al.* (2013) relataram redução no percentual de gordura corporal, massa gorda corporal, gordura total, gordura central e gordura subcutânea periférica e aumento da massa corporal magra, da força e aptidão cardiorrespiratória em pacientes infectados pelo HIV que realizaram exercício de resistência com componente aeróbio (REAC).

Braga e Silva (2010) em um estudo realizado 70 pacientes averiguaram que o tempo de uso do esquema TARV foi de 34,5 ( $\pm$ 16,5) meses para a população geral, sendo 36,3 ( $\pm$ 17,3) meses para o sexo masculino e 32,9 ( $\pm$ 15,5) meses para o sexo feminino. Estes valores foram menores do que o que foi encontrado neste trabalho que foi de 5,92 anos em média.

O Quadro 2 apresenta a distribuição da população segundo seu estado nutricional por sexo e estes resultados apontaram que houve prevalência de sobrepeso. O IMC médio foi de 25,35 ( $\pm$ 5,15), sendo que na distribuição por sexo, os indivíduos do sexo masculino apresentaram uma média de 23,89 ( $\pm$  4,52), ou seja, grande parte dos pacientes avaliados são classificados como eutróficos. Já no sexo feminino, a média do IMC foi de 26,81 ( $\pm$ 5,48), maior do que do que a observada para o sexo masculino. A obesidade abdominal, avaliada por meio da

circunferência da cintura, apresentou uma discreta associação com sexo, sendo que nas mulheres a sua prevalência foi superior em relação aos homens. A associação entre sexo e obesidade apresentou-se no limite de significância estatística ( $p=0,061$ ), sendo que as mulheres apresentaram maior frequência de desvios do estado nutricional, baixo peso e sobrepeso, quando comparadas aos homens.

**Quadro 2** - Dados antropométricos dos grupos de portadores de HIV/AIDS

Variáveis	Sexo		Total	p
	Masculino	Feminino		
Peso (kg)	71,45 $\pm$ 12,61	68,11 $\pm$ 14,71	68,91 $\pm$ 13,99	0,51
Estatura (cm)	172,26 $\pm$ 8,02	159,2 $\pm$ 6,68	166,3 $\pm$ 9,65	0,00
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	23,89 $\pm$ 4,52	26,81 $\pm$ 5,48	25,35 $\pm$ 5,15	0,06
CC (cm)	84,73 $\pm$ 12,50	85,8 $\pm$ 13,48	85,26 $\pm$ 12,78	0,41

CC: circunferência da cintura

Fonte: Dados da pesquisa.

Silva *et al.* (2010a) estudando indivíduos com a mesma média de idade observaram resultado semelhante ao obtido neste estudo. A maior parte dos participantes do estudo, com e sem TARV, apresentou-se eutrófica, com média de índice de massa corporal 24,4 ( $\pm$  4,3) e 24,3 ( $\pm$  3,5) kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. A relação cintura-quadril foi maior entre homens em TARV que entre aqueles sem TARV.

A distribuição dos indivíduos de acordo com a CC apontou uma média total de 85,26 ( $\pm$ 12,78), sendo que a média para o sexo masculino foi de 84,73 ( $\pm$ 12,50) e no sexo feminino a média encontrada foi 85,8 ( $\pm$ 13,48). No geral, os valores de circunferência da cintura se encontraram acima dos pontos de corte da OMS para o sexo feminino.

Boa parte da população masculina avaliada apresentou estado nutricional adequado quando o IMC foi avaliado. Guillén *et al.* (2007), quando avaliaram 1.200 crianças infectadas pelo vírus HIV verificaram que após a introdução da TARV ocorreu um aumento do peso e da estatura, mas sem alteração do IMC.

Jaime *et al.* (2004) em estudo utilizando 223 pacientes HIV positivos observou-se que o sobrepeso foi o principal desvio do estado nutricional na população, atingindo 30,5% dos pacientes. Por outro lado, o estado nutricional eutrófico foi observado na maioria dos homens (69%) enquanto, a média de IMC foi maior nas mulheres quando comparadas aos homens. A obesidade central foi encontrada no público feminino em uma média de 84,26 ( $\pm$ 10,57).

Braga e Silva (2010) relataram que dos 70 pacientes estudados, houve a prevalência de indivíduos eutróficos (60%), seguida pela incidência de sobrepeso (22,8%). Estes autores verificaram que houve associação entre a CC e o sexo do paciente em que a prevalência de valores acima da faixa da normalidade foi maior nas mulheres.

Silva *et al.* (2010b) avaliaram as alterações nutricionais

Continuação.

e metabólicas em 31 pacientes com AIDS em uso de TARV e perceberam que tanto o peso quanto o IMC mantiveram-se normais. Já um estudo realizado por Feitosa e Cabral (2011) com 108 pacientes HIV-positivo, verificou que 18,5% dos pacientes apresentaram um IMC abaixo da faixa de normalidade.

É interessante ressaltar que estudos realizados antes do tratamento anti-retroviral mostraram resultados discrepantes no tocante ao estado nutricional, sendo alta a prevalência de desnutrição no grupo estudado. Isso havia sido relatado por Monteiro *et al.* (2004), que avaliando o estado nutricional de adultos brasileiros HIV positivos, observaram que 51,7% dos pacientes apresentaram baixo peso (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>).

O Quadro 3 apresenta a distribuição de consumo alimentar avaliada para os pacientes portadores de HIV/AIDS. No tocante a frequência do consumo alimentar, os entrevistados relataram consumir com maior frequência os seguintes alimentos dos respectivos grupos alimentares: arroz (cereais), feijão (leguminosas), pães e similares, vegetal A, carne bovina (carnes), margarina (gorduras) e café. Os resultados permitem verificar que as maiores frequências de consumo estavam nos grupos dos cereais e massas, leguminosas, leite e gorduras. Observou-se baixa frequência no consumo de frutas, raízes e tubérculos e alimentos ricos em fibra.

**Quadro 3** - Distribuição de consumo alimentar do grupo de portadores de HIV/AIDS

Continua...

Grupo alimentar	Frequência de consumo (%)		
	Raramente	1 a 3 vezes por semana	4 a 7 vezes por semana
Arroz	NC	10	90
Feijão	6,67	13,33	80
Macarrão	36,68	56,66	6,66
Pães e similares	10	20	70
Quitandas	30	43,33	26,67
Farináceos	56,34	33,66	10
Aveia	96,67	3,33	NC
Frutas	26,67	30	43,33
Suco de frutas	56,67	26,66	16,67
Suco artificial	40	26,67	33,33
Vegetal A	13,34	10	76,66
Vegetal B	16,67	26,66	56,66
Vegetal C	56,67	33,66	6,66
Carne bovina	16,68	6,66	76,66
Carne suína	80	20	NC
Carne de Frango	40	53,33	6,67
Peixe	80	20	NC
Visceras	83,34	16,66	NC
Embutidos	30	60	10
Ovos	46,67	43,33	10
Leite	33,37	23,33	43,33
Derivados	43,34	30	26,66
Doces	36,67	50	13,33
Margarina	30	16,67	53,33
Manteiga	86,67	3,33	10
Banha de porco	NC	NC	16,66

Grupo alimentar	Frequência de consumo (%)		
	Raramente	1 a 3 vezes por semana	4 a 7 vezes por semana
Refrigerantes	30	40	30
Café	20	3,34	76,66
Lanches	33,33	16,66	6,67
Frituras	13,33	50	36,67

**Vegetal A:** Abobrinha, alcachofra, acelga, alface, agrião, aipo, aspargo, beralha, berinjela, brócolis, cebola, cebolinha, chicória, couve, coentro, couve-flor, espinafre, funcho, jiló, maxixe, palmito, pepino, pimentão, rabanete, repolho, salsa, tomate; **Vegetal B:** Abóbora, beterraba, cenoura, chuchu, ervilha verde, nabo, quiabo, vagem; **Vegetal C:** Aipim, batata inglesa, batata calabresa, batata doce, batata-baroa, cará, inhame, mandioca, milho verde, pinhão, semente de gergelim. NC: não consumido na frequência avaliada.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Oliveira *et al.* (2008) realizaram um estudo com 218 indivíduos, com objetivo de descrever o perfil nutricional e avaliar os fatores de risco para a obesidade central de pacientes que vivem com HIV/AIDS, em centros de saúde de referência em HIV/AIDS no Distrito Federal. Os autores verificaram quanto ao consumo alimentar que não houve diferença significativa no consumo diário de cereais, tubérculos e raízes entre homens e mulheres. Em relação ao consumo diário, apesar de 98,78% referirem consumo dos alimentos deste grupo diariamente, as mulheres apresentaram consumo insuficiente, a maioria dos pacientes consumiam verduras e legumes diariamente, mas de forma insuficiente, porém não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto ao consumo destes alimentos.

Monteiro *et al.* (2004) destacaram a necessidade da prevenção da obesidade em países em desenvolvimento e da disseminação de informações para a população em geral, sobre os condicionantes e as consequências da obesidade, além da implantação de políticas públicas voltadas ao estímulo de atividade física, ações socioculturais, econômicas e ambientais, para deter o avanço da obesidade nestes países.

Sabe-se dos benefícios da inclusão de produtos de origem vegetal na dieta. Estudo realizado por Marques *et al.* (2016), demonstrou que a inclusão de 30 g farinha de casca de maracujá por 90 dias foi eficaz em melhorar as concentrações plasmáticas de colesterol total, LDL, HDL e triacilglicerídeos em pacientes com HIV/AIDS. Em pacientes portadores de HIV/AIDS o baixo consumo de vegetais e maior consumo de lipídeos esteve associado a prevalência de obesidade abdominal de acordo com estudo realizado por Jaime *et al.* (2004).

Diante disso, nota-se a necessidade de uma atenção individualizada, com enfoque em orientações nutricionais que conscientizem os pacientes quanto a importância da manutenção de uma alimentação correta e equilibrada, a fim de se otimizar a imunidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, implementar ações que favoreçam a adesão ao tratamento e medidas que amenizam os efeitos adversos da medicação. Trabalhos que estudam os riscos

nutricionais e ingestão alimentar são indispensáveis para auxiliar os serviços de saúde a identificar os indivíduos com maior vulnerabilidade do ponto de vista nutricional. Portanto, conclui-se que é de suma importância que se pesquise mais este assunto, a fim de promover um conhecimento aprofundado sobre os efeitos da TARV a curto e a longo prazo tornando-se possível obter melhores perspectivas sobre o futuro destes pacientes.

#### 4 Conclusão

Os pacientes avaliados eram em sua maioria solteiros, desempregados e com baixo nível de escolaridade. Em relação ao estado nutricional, o grupo estudado apresentou prevalência de sobrepeso. Sobre a análise do consumo alimentar ficou evidente preferência por alimentos como arroz, pães e similares, vegetal A, carne bovina, margarina e café, em contrapartida, verificou-se baixa frequência no consumo de raízes, tubérculos e alimentos ricos em fibras, como aveia e frutas. Ficou evidente que o grupo necessita de acompanhamento de um profissional habilitado com finalidade de promover melhorias na dieta.

#### Referências

ANDRADE, F.T. *et al.* Estimativa do percentual de gordura utilizando o IMC. *Rev. Bras. Nutr. Emagrecimento.*, v.8, n.47, p.142-147, 2014.

ANDRADE, R.G.; PEREIRA, R.A.; SICHIERI, R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do município do Rio de Janeiro. *Cad. Saude Publica*, v.19, n.5, p.1485-1495, 2003.

AYRES, M. *et al.* BioEstat 5.0 - Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Bio-Médicas. Belém: ONG Mamiraua.

BARBOSA, R.M.R.; FORNES, N.S. Nutritional assessment in patients infected with Human Immunodeficiency Virus. *Rev. Nutr.*, v.16, p.461-470, 2003.

BRAGA, L.A.; SILVA, C.A.B. Avaliação nutricional e metabólica de pacientes com HIV em uso da terapia antirretroviral no nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, v.23, n.4, p.368-373, 2010.

BURGOS, M.G; SILVA, M.C.; SILVA, R.A. Alterações nutricionais e metabólicas em pacientes com AIDS em uso de terapia Antirretroviral. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v.22, n.3, p.118-122, 2010.

CUNHA, J. *et al.* Bydlowski Impact of antiretroviral therapy on lipid metabolism of human immunodeficiency virus-infected patients: old and new drugs. *World J Virol*, v.4, p.56-77, 2015.

DUTRA, C.D. *et al.* Avaliação do consumo alimentar em pacientes HIV positivos com lipodistrofia. *Ciênc. Saúde*, v.4, n.2, p.59-65, 2011.

ENGELSON, E.S. *et al.* Fat distribution in HIV-infected patients reporting truncal enlargement quantified by whole-body magnetic resonance imaging. *Am J Clin Nutr.*, v.99, n.6, p.162-9, 1999.

FEITOSA, S.M.C.; CABRAL, P.C.; Anemia em Pacientes HIV-Positivo Atendidos em um Hospital Universitário de Pernambuco – Nordeste do Brasil. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v.23, n.2, p.69-75, 2011.

FERREIRA, J. *et al.* Caracterização do perfil epidemiológico dos usuários do Serviço de atendimento especializado (SAE) de DST/AIDS do Município de JI Paraná/RO: um relato de experiência. *Rev. Cienc. Fac. Ed. Med. Amb.*, v.2, n.1, p.11-13, 2011.

FÉVRIER, M.; DORGHAM, K.; REBOLLO, A. CD4<sup>+</sup> T cell depletion in human immunodeficiency virus (HIV) infection: role of apoptosis. *Viruses*, v.3, n.5, p.586-612, 2011.

GUILLÉN, S. *et al.* Impact on weight and height with the use of HAART in HIV-infected children. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, v.26, n.4, p.334-338, 2007.

JAIME, P. C. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal em indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de terapia antirretroviral de alta potência. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.7, n.2, p.65-72, 2004.

MARQUES, S.D.S.F. *et al.* Evaluation of the effects of passion fruit peel flour (*Passiflora edulis fo. flavicarpa*) on metabolic changes in HIV patients with lipodystrophy syndrome secondary to antiretroviral therapy. *Rev. Bras. Farmacogn.*, v.26, n.4, p.420-426, 2016.

MENDES, E.L. *et al.* Physical training for HIV positive individuals submitted to HAART: effects on anthropometric and functional parameters. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v.19, n.1, p.16-21, 2013.

MONTEIRO, C.A. *et al.* Socioeconomic status and obesity in adult population of developing countries: a review. *Bull World Health Organ.*, v.82, n.12, p.940-946, 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde Obesidade. Prevenção e gestão da epidemia global: relato de uma consulta da OMS. Genebra: OMS, 1998.

OLIVEIRA, O.M.V. *et al.* Perfil nutricional e fatores de risco para obesidade central de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Comun. Ciênc. Saúde*, v.19, n.4, p.305-314, 2008.

PAULA, E.P. *et al.* Considerações nutricionais para adultos com HIV/AIDS. *Rev. Matogr. Enf.*, v.1, n.2, p.148-165, 2010.

QUINTAES, K.D.; ROSA, W.D.G.; Adesão de pacientes HIV positivos à dietoterapia ambulatorial. *Rev. Nutr.*, v.12, n.2, p.175-181, 1999.

ROCHA, P.B.; SCHUCH, I. Perfil alimentar e nutricional dos pacientes HIV positivos atendidos em um serviço público de saúde de Porto Alegre/RS. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.*, v.34, n.3, p.1-15, 2009.

SILVA, E.F.R. *et al.* Estado nutricional, clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/AIDS em assistência ambulatorial no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.13, n.4, p.677-688, 2010a.

SILVA, M.C.A.; BURGOS, M.G.P.; SILVA, R.A. Alterações nutricionais e metabólicas em pacientes com AIDS em uso de terapia antirretroviral. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v.22, n.3, p.118-122, 2010b.

WHO. World Health Organization. *Who Statistical Information System*. Geneva; WHO, 2017.