

Dislipidemias em pacientes HIV/AIDS

JANICE CHENCINSKI

CRN-3 0204

VÂNIA REGINA SALLES GARCIA

CRN-3 1633

Nutricionistas dos SAEs Campos Eliseos e Butantã da PMSP e membros do GENA - Grupo de Estudos de Nutrição em AIDS



Dislipidemia é uma condição prevalente que atinge pessoas infectadas pelo HIV, principalmente em uso de medicação anti-retroviral (4).

Desde 1996, com a introdução da terapia anti-retroviral altamente ativa “TARV” (em inglês, HAART), conhecida popularmente como “coquetel”, houve um aumento significativo na sobrevivência das pessoas com HIV/AIDS. Este avanço no tratamento permitiu a diminuição na incidência de infecções oportunistas e da síndrome consumptiva ou “Wasting Syndrome”.

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente em todo o Brasil há cerca de 170.000 pacientes em uso da TARV. Nas unidades especializadas em DST/AIDS da Prefeitura de São Paulo a média mensal é de 7.598 pacientes em uso destas medicações.

No entanto, o uso da TARV trouxe como efeitos adversos não só as dislipidemias (aumento do LDL-Colesterol, redução de HDL-Colesterol e elevação de Triglicérides) (3), como a resistência à insulina, hiperglicemia e diabetes mellitus tipo II.

As combinações destas alterações se assemelham às anormalidades observadas na “síndrome metabólica X” e com isso há maior risco de doença arterial coronária prematura (2). Além destas alterações do metabolismo, há também, em alguns casos, a modificação do padrão de distribuição da gordura corpórea chamada lipodistrofia.

As dislipidemias são encontradas em cerca de 50 a 70 % dos indivíduos em uso de terapia com Inibidores de Protease (IP). Alguns estudos já encontraram aumentos de 7 a 15 vezes nas concentrações séricas de triglicérides e 5 a 19 vezes de colesterol, associadas aos IPs (1).

Embora as implicações da dislipidemia nesta população não sejam bem conhecidas, a frequência, o tipo e a magnitude das alterações lipídicas aumentam a morbidade cardiovascular (4), que tem sido a principal causa de morte no Brasil (7).

Diretrizes preliminares têm sido adotadas para avaliação e manejo da dislipidemia em pacientes HIV/AIDS, em uso da TARV (Tabela1).

Tabela 1 - Colesterol - Decisão de tratamento baseada no LDL – Adaptado do NCEP (4)

	Interv. Dieta	Medicação	Meta p/LDL
Sem DCV e menos de 2 fatores de risco*	>=160	>=190	<160
Sem DCV e com 2 ou + fatores de risco*	>=130	>=160	<130
Com DCV	>=100	>=130	<100

*Fatores de Risco: homens >= 45 anos; mulheres >= 55 anos ou menopausa prematura sem terapia c/estrógeno; história familiar de DCV (parente de primeiro grau masculino com DCV antes dos 55 anos de idade ou primeiro grau feminino antes dos 65 anos de idade), fumante, hipertensão arterial, HDL baixo (<35 mg), diabetes mellitus.
•Para HDL >= 60mg, subtrair um fator de risco.

**O
nutricionista
tem papel relevante
na equipe multidisciplinar,
contribuindo de forma decisiva
no tratamento e na melhoria da
qualidade de vida das pessoas
com HIV/AIDS**

Triglicérides

Meta análise de estudos indica que a hipertrigliceridemia é um fator de risco independente para Doença Cardiovascular. A prescrição de dieta e exercícios diminuem a morbidade e devem iniciar quando TG > 200mg (5).

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia preconizam como níveis desejáveis de TG plasmáticos valores abaixo de 150mg/dL (6).

Atuação do nutricionista

Nas unidades municipais especializadas em DST/AIDS, após diagnóstico da infecção pelo HIV, recomenda-se que o paciente passe por uma avaliação precoce e contínua com o nutricionista para identificação de possíveis deficiências nutricionais, delineando um plano alimentar individualizado. É de fundamental importância a preservação e restauração de massa muscular desde o início do tratamento.

Neste momento, busca-se a conscientização do indivíduo sobre a importância da nutrição para a sua saúde e imunidade. Quanto mais precoce for a intervenção dietética, mais significativa é a melhora do estado nutricional.

Para avaliação nutricional, além do recordatório alimentar e de frequência alimentar, utilizam-se dados antropométricos (peso, estatura e prega cutânea de tríceps), circunferência cintura, quadril, busto e avaliação bioquímica.

Tanto na hipertrigliceridemia quanto na hipercolesterolemia a terapia nutricional segue os guias para a população em geral.

Na hipertrigliceridemia recomenda-se dieta restrita em carboidratos e álcool e rica em alimentos fontes de ômega 3. Nos casos de obesidade, é prescrita dieta hipocalórica.

Na hipercolesterolemia, recomenda-se dieta baixa em gorduras saturadas e colesterol, aumento de fibras solúveis, maior consumo de alimentos funcionais ricos em carotenóides, flavonóides, vitaminas antioxidantes C e E.

Além do manejo da dislipidemia, deverá ser realizado o controle do conjunto de fatores de risco para a aterosclerose, como por exemplo o tabagismo, sedentarismo, obesidade e hipertensão arterial.

O nutricionista incentiva a mudança no estilo de vida como a prática

de exercícios físicos aeróbicos e de força muscular.

Desafios do nutricionista

Muitas vezes o profissional se depara com fatores psicossociais e econômicos que dificultam a adesão ao tratamento dietético e/ou medicamentoso, como isolamento social, preconceito (o diagnóstico é mantido em segredo para familiares e amigos), distúrbios emocionais (angústia, depressão), desemprego e baixa renda. Além disso, há a cultura de que “ser gordo é estar bem, e ser magro é estar doente”, levando muitas vezes o paciente a não aderir à dieta hipocalórica, quando esta se faz necessária.

Embora a terapêutica nutricional seja desafiante, o nutricionista tem papel relevante, desde o início da epidemia, na equipe multidisciplinar, contribuindo de forma decisiva no tratamento e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS. 🌿

Referências Bibliográficas:

- 1 CHEN D, MISRA A, GARG A. CLINICAL REVIEW 153: LIPODYSTROPHY IN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS-INFECTED PATIENT. J CLIN ENDOCRINOL METAB. 2002; 87: 4845-56.
- 2 VAN DER VALK M, REISS P. LIPID PROFILES ASSOCIATED WITH ANTIRETROVIRAL DRUG CHOICES. CURR OP INFECT DISEAS 2003; 16:19-23.
- 3 GRINSPOON, S., CARR A. CARDIOVASCULAR RISK AND BODY-FAT ABNORMALITIES IN HIV INFECTED ADULTS. N. ENGLAND J MED. 2005; 352: 48-62.
- 4 PRELIMINARY GUIDELINES FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF DYSLIPIDEMIA IN HIV-INFECTED ADULTS RECEIVING ANTIRETROVIRAL THERAPY. RECOMMENDATIONS OF THE ADULT ACTG CARDIOVASCULAR DISEASE FOCUS GROUP. VERSION 1.0. 05/25/00.
- 5 HOKANSON J E, AUSTIN M A. PLASMA TRIGLYCERIDE LEVEL IS A RISK FACTOR FOR CARDIOVASCULAR DISEASE INDEPENDENT OF HDL CHOLESTEROL LEVEL: A META-ANALYSIS OF POPULATION-BASED PROSPECTIVE STUDIES. J CARDIOVASC RISK 1996; 3:213-9.
- 6 DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS E DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE DO DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. ARG. BRÁS CARDIOL 2001; 77 (SUPL III): 1-48.
- 7 WWW.DATASUS.GOV.BR

Conselhos reafirmam compromisso com a saúde em anúncio na Folha de São Paulo

Uma das primeiras ações dos Conselhos Regionais Fiscalizadores de Saúde do Estado de São Paulo, após a assinatura do Termo de Cooperação (sobre o assunto ler a página 5 desta edição), foi a campanha para o Dia Mundial da Saúde, realizada em 07 de abril. Leia, a seguir, o que os Conselhos anunciaram no Jornal Folha de São Paulo sobre o assunto.

Luta pela qualidade da saúde. Essa é a nossa missão!

Os Conselhos Regionais dos profissionais da saúde de São Paulo se unem para lembrar que a defesa da vida é o nosso compromisso com a sociedade.

Para nós, que defendemos a ampliação da oferta de serviços de saúde, este é o momento de lembrar a necessidade da construção de políticas governamentais voltadas para o acesso e para a promoção da saúde à população.

Acreditamos que o respeito mútuo e a união entre os profissionais de saúde é a melhor forma de servir à vida.

Neste Dia Mundial da Saúde, reafirmamos nosso compromisso com a sociedade.

**A promoção da qualidade de vida das pessoas é nossa profissão.
Saúde é a nossa missão.**

7 de abril – Dia Mundial da Saúde



Conselhos Regionais do Estado de São Paulo de: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Nutricionistas, Odontologia, Psicologia e Técnicos de Radiologia.

Parâmetros de avaliação nutricional da gestante

O processo gravídico é reconhecido como o período de maior vulnerabilidade biológica do ciclo reprodutivo da mulher, devido às alterações fisiológicas nele presentes (Ribeiro et al, 2002).

A assistência pré-natal tem papel decisivo no resultado da gestação. Na sua ausência, a mortalidade perinatal é cinco vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal regular (Rezende, 1998). Trata-se, portanto, de uma ação básica de saúde, que tem como objetivos acolher a mulher desde o início da gravidez, prevenir, diagnosticar e tratar problemas que possam ocorrer, visando promover a sua saúde.

É fato reconhecido que o estado nutricional da gestante influi sobre a saúde materna e do feto, que devido à dependência da mãe para seu crescimento e desenvolvimento, sofre influência em seu peso ao nascer, prematuridade, mortalidade e morbidade neonatal (Coelho et al, 2002).

A avaliação do estado nutricional e monitoramento do peso na gestação são cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) através da antropometria. Este método é recomendado mundialmente, por não ser invasivo, ter baixo custo, pouca tecnologia e facilidade de aplicação (Engstrom, 2002).

Histórico dos métodos de Avaliação Nutricional de Gestantes

É amplo o debate sobre a escolha de indicadores para avaliação nutricional da gestante. Na América Latina, um grupo de especialistas do Instituto de Nutrição do Centro-América e Panamá (INCAP), em 1961, elaborou um modelo gráfico que considerava as diferenças de estatura materna e o aumento de peso segundo idade gestacional, demarcando limites inferiores e superiores de normalidade. Este método foi amplamente utilizado em países da América Central (Coelho, 2002). No entanto, o gráfico não considera o estado nutricional pré-gestacional e, conseqüentemente, recomenda o mesmo padrão de ganho de peso para as gestantes, independente de serem obesas, eutróficas ou desnutridas.

DRA. RITA MARIA MONTEIRO GOULART
CRN-3 3893



Tabela 1 – Recomendações de ganho de peso para gestantes do IOM, 1990.

Estado nutricional inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: Institute of Medicine. National Research Council. Food and Nutrition Board. Nutrition During Pregnancy. Part I: Weight Gain. Part II: Nutrient Supplements. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

Em 1977, um grupo de pesquisadores em São Paulo propôs e testou uma modificação no modelo gráfico do INCAP (Curva de Siqueira), utilizando o peso pré-gestacional, além do peso durante a gestação, relacionando-o com o peso ao nascer do recém-nascido (RN). No entanto, tratava-se de um modelo conceitual definido por consenso e com pontos de corte estabelecidos por convenção, sem a validação necessária (Coelho, 2002).

Posteriormente, Rosso (1985) propôs uma curva de referência baseada em cálculos do aumento proporcional de peso, supondo que o aumento ponderal total deveria ser de 20% do peso ideal esperado para altura no início da gravidez, pois este ganho assegura o máximo crescimento do feto. O instrumento gráfico proposto utilizava o percentual de adequação do peso esperado para altura, conforme a idade gestacional.

Em 1986, Fescina realizou um estudo no Centro Latino-americano de Perinatologia (CLAP), no Uruguai, sobre o aumento de peso durante a gravidez, com o objetivo de elaborar uma tabela para saber em qualquer momento se o peso está adequado para a idade gestacional, nas mulheres que desconhecem seu peso pré-gestacional. No entanto, as limitações apontadas para o uso deste instrumento dizem respeito ao pequeno número de observações (43 gestantes de raça branca, de classe média e eutróficas, que foram pesadas a cada 7 dias) e ao uso de tabelas de referência, que foram elaboradas na metade do século passado.

No Brasil, em 1987, o Ministério da Saúde adotou e recomendou a Curva de Rosso, para avaliação e monitoramento do estado nutricional da gestante em caráter preliminar. De acordo com Coelho e col (2002), o uso da Curva de Rosso no Brasil mostrou uma discordância em termos epidemiológicos entre a situação nutricional de gestantes e o estado nutricional de mulheres em idade reprodutiva,

avaliadas por IMC, como sendo desnutridas de 35 a 45% das gestantes e 6% das mulheres em idade fértil.

O *Institute of Medicine* (IOM), por intermédio da Academia Americana de Ciências, elaborou um guia para implementação de um método de avaliação do estado nutricional materno, com instruções para situações em que o peso pré-gestacional é conhecido, propondo a classificação do estado nutricional pré-gestacional em categorias do IMC, definidas pelo grupo de especialistas através da conversão do índice de peso ideal para estatura, com base no padrão de referência do *Metropolitan Life Insurance Company*. E, também, uma recomendação para acompanhamento do ganho ponderal materno, em função do estado nutricional prévio ou de ingresso no pré-natal, conforme descrito na Tabela 1.

Atalah et al (1997), baseando-se nos dados do Sistema Nacional de Serviços de Salud (SNSS) do Chile, demonstram que houve redução da prevalência de desnutrição em gestantes e aumento significativo de obesidade entre 1987 e 1993; que a prevalência de gestantes desnutridas contrasta com a baixa proporção de mulheres desnutridas em idade fértil, e que a proporção de baixo peso ao nascer, como indicativo indireto do estado nutricional materno, estava baixa; sugeriram que o uso do método de Rosso para avaliação nutricional das gestantes no país poderia estar contribuindo para superestimar a desnutrição nas gestantes e estimular um aumento de peso maior do que o necessário. Assim, propuseram um novo gráfico de avaliação do estado nutricional da gestante baseando-se no IMC por idade gestacional, considerando que o ganho de peso deve ser diferenciado de acordo com o estado nutricional prévio, conforme descrito a seguir:

Em 2002, a proposta do MS foi realizar a avaliação nutricional inicial, através de IMC pré-gestacional, utilizando a

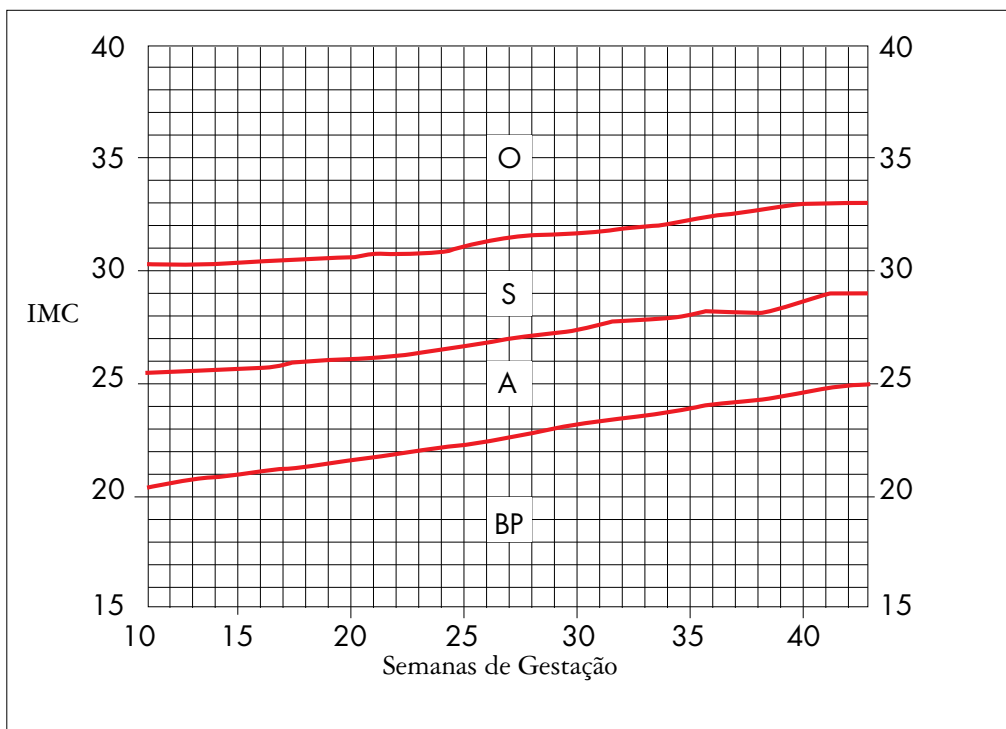
classificação e recomendação do IOM e o gráfico recomendado pelo CLAP, para acompanhamento do ganho ponderal. Quando o peso pré-gestacional fosse desconhecido, deveria-se avaliar e acompanhar o ganho de peso semanal, utilizando de forma complementar a “Tabela de Peso esperado para a Altura segundo Idade gestacional”, confeccionada pelo MS, baseada no gráfico de Atalah (1997).

Recentemente, em junho de 2004, o MS publicou um documento de orientações básicas para a realização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) nos serviços de saúde. Recomenda neste documento que as gestantes devem ter seu estado nutricional inicial avaliado, utilizando o IMC por idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, seguindo o critério de Atalah (1997). Então, em função deste estado nutricional avaliado, deve ser estimado seu ganho de peso trimestral e total esperado até o final da gestação, seguindo o critério do IOM (MS, 2004).

Conclusão

A avaliação antropométrica da gestante tem como objetivos identificar as gestantes com desvio ponderal no início da gestação; detectar as gestantes com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional em função do estado nutricional prévio; fornecer base para a elaboração de condutas adequadas, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e as condições da criança ao nascer. É importante ressaltar que a avaliação do ganho de peso deve ocorrer em todas as consultas da assistência pré-natal, para orientar o cuidado nutricional (Accioly e col, 2002).

Gráfico para avaliação nutricional de gestante segundo Índice de Massa Corporal (IMC)– Curva de Atalah (1997)



A utilização da Curva de Atalah (1997), conforme recomendado pelo MS, traz como vantagem o fato de que este indicador pode ser utilizado em casos nos quais a gestante não conhece seu peso pré-gestacional, pois se pode realizar o cálculo do IMC em qualquer momento da consulta do pré-natal, marcando o valor no gráfico. Os passos para utilização deste gráfico estão descritos na publicação “Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde”, disponível no site: www.saude.gov.br.

Bibliografia

- 1 ACCIOLY E, SAUNDERS C, LACERDA EMA. NUTRIÇÃO EM OBSTETRICIA E PEDIATRIA. RIO DE JANEIRO: CULTURA MÉDICA, 2002.
- 2 ATALAH ES, CASTILHO CL, CASTRO RS, ALDEA AP. PROPUESTA DE UN NUEVO ESTÁNDAR DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL EM EMBARAZADAS. REV MÉD CHILE 1997; 125:1429-36.
- 3 COELHO KS, SOUZA AI, BATISTA FILHO M. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA GESTANTE: VISÃO RETROSPECTIVA E PROSPECTIVA. REV BRAS SAÚDE MATERINFANT 2002; 2(1): 57-612.
- 4 ENGSTROM EM, ORGANIZADOR. SISVAN: INSTRUMENTO PARA O CONTROLE AOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: O DIAGNÓSTICO COLETIVO. 2ª. ED. RIO DE JANEIRO: FIOCRUZ, 2002.
- 5 REZENDE J. OBSTETRICIA. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 1998.
- 6 RIBEIRO LC, DEVINCENZI UM, GARCIA JN, SIGUEM DM. NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO. REV COMPACTA NUTR 2002; 3(2):7-22.
- 7 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - SISVAN. ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA A COLETA, O PROCESSAMENTO, A ANÁLISE DE DADOS E A INFORMAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004.