

AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL E SUA RELAÇÃO COM INSEGURANÇA ALIMENTAR EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA

Ingryd Lorryne Rodrigues Rêgo (1); Nadjenny Ingrid Galdino Gomes (2); Jeffrey Nickollas Cavalcanti da Silva (1); Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima (3)

(1) *Graduanda em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, ingrydlorryayne@gmail.com*

(2) *Mestranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba.*

(3) *Orientadora, Docente do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba.*

Resumo: Estima-se que no mundo há cerca de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). Uma pessoa portadora da síndrome do HIV/Aids pode ter dificuldades em conseguir assegurar uma boa nutrição por diversos fatores inerentes à própria doença e até mesmo ao seu tratamento. O risco nutricional está relacionado ao risco de morbimortalidade decorrente do estado nutricional. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do risco nutricional em pessoas vivendo HIV/Aids e a relação dessa prevalência com a Insegurança Alimentar. Trata-se de um estudo de corte transversal envolvendo PVHA que estão em acompanhamento em um hospital público de Doenças Infectocontagiosas do município de João Pessoa- PB. Para a avaliação do risco nutricional dos participantes foi aplicado o Questionário Nutricional Simplificado de Apetite (QNSA) que avalia perda de apetite e consequente perda peso serem condições frequentes e eventos importantes em indivíduos adultos e idosos. Para análise da Insegurança Alimentar foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar que é capaz de avaliar a percepção familiar de insegurança alimentar considerando aspectos psicológicos, sociais e as dificuldades do acesso ao alimento em si. Foram avaliadas 479 pessoas vivendo com HIV/Aids das quais pode-se observar 302 PVHA encontram-se em situação de IA e destas, 117 estão em risco nutricional. Quanto à classificação da EBIA foi observado que a medida que a situação de Insegurança Alimentar se agrava, maior é o risco de perda de peso. Conclui-se que existe associação significativa entre o risco nutricional e a insegurança alimentar na população estudada.

Palavras-chave: Insegurança alimentar, Risco nutricional, HIV/Aids.

Introdução

A II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2004, estabeleceu que a segurança alimentar nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base, práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômica e ambientalmente sustentáveis (SANTOS et al., 2007).

Partindo do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), é possível compreender o conceito de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) como violação do direito exposto pela SAN.

Fatores socioeconômicos como renda, acesso ao saneamento básico e acesso aos programas de auxílio do governo estão fortemente associados à IAN, como observado por VOICI (2011).

Para Barbosa et al. (2002) o risco aumentado de morbimortalidade como consequência do estado nutricional pode ser denominado risco nutricional. O Conselho Federal de Nutrição (CFN), define risco nutricional como condição do estado nutricional que se caracteriza pela vulnerabilidade de desenvolvimento de doenças associadas à nutrição, ou seja, o momento em que o indivíduo passa a ter sua saúde prejudicada devido ao seu estado nutricional pode ser considerado como risco nutricional (BARBOSA, 2002).

Segundo o relatório epidemiológico do Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS/WHO) de 2010, desde o início da epidemia de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) /SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em 1981, mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus e quase 30 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas, o que torna esta epidemia uma das mais destrutivas da história.

Os avanços na terapia antirretroviral (TARV) possibilitaram a supressão da replicação viral, a melhora da qualidade de vida e da longevidade de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), revelando reduzidas taxas de morbimortalidade associadas à infecção. Por outro lado, uma variedade de anormalidades metabólicas tem sido associada à TARV e à própria infecção pelo HIV, tais como dislipidemia, mudanças na distribuição de gordura corporal e resistência à insulina (SILVA et al., 2010). Segundo dados da UNAIDS (2017), estima-se que no mundo há cerca de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids e dessas, apenas aproximadamente 20,9 milhões têm acesso à TARV.

Uma pessoa com HIV/Aids pode ter dificuldades em conseguir assegurar uma boa nutrição por um conjunto de razões. Tanto o próprio vírus HIV como os medicamentos utilizados para combatê-lo podem causar uma multiplicidade de problemas que em última instância afetam a saúde nutricional da PVHA (DE PAULA et al., 2011).

O risco nutricional se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional (CARUSO, 2011). A terapia nutricional proporciona uma melhora no estado nutricional, na sobrevivência e na qualidade de vida desses portadores que, com frequência, são acometidos por distúrbios nutricionais, resultando em uma importante perda de massa corporal magra (BARBOSA, 2003).

A partir do exposto, o presente estudo visa avaliar a prevalência do risco nutricional em pessoas vivendo HIV/Aids e a relação dessa prevalência com a insegurança alimentar.

Metodologia

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal envolvendo Pessoas Vivendo com HIV/Aids que estão em acompanhamento em um hospital público de Doenças Infectocontagiosas do município de João Pessoa- PB. Os dados foram coletados por meio de abordagem individual, no momento em que as PVHA aguardavam consulta médica.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, sob o número de Protocolo 45477215.6.0000.5188 do CAAE, e segue as normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, constantes da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A abordagem foi realizada por profissionais de saúde devidamente treinados e capacitados que relataram o objetivo do estudo aos participantes da pesquisa. Os critérios de inclusão utilizados para selecionar os participantes da pesquisa foram: apresentação de infecção comprovada pelo HIV; idade mínima de 18 anos; estar usando TARV (por no mínimo seis meses). Aqueles que se encaixavam nos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa e concordaram com a participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a avaliação do risco nutricional dos participantes foi aplicado o Questionário Nutricional Simplificado de Apetite (QNSA) que, além de ser bem validado para a PVHA, é a mais recomendada para uso clínico. O QNSA foi desenvolvido pelo Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care para avaliar a perda de apetite em pacientes adultos e idosos e está bem correlacionado com o instrumento padrão ouro para avaliação nutricional, o Mini-Nutritional Assessment (MNA). O QNSA é composto por quatro itens, agrupados em um único domínio. Cada questão apresenta cinco opções de respostas. As questões são pontuadas baseadas na seguinte escala: A = 1, B = 2, C = 3, D = 4 e E = 5. Quando somadas, estas geram o escore total do questionário, que pode variar de 4 a 20. Quanto menor, maior é o risco de perda de peso (STIES et al., 2012). A utilização desta ferramenta é importante visto a perda de apetite e consequente perda peso serem condições frequentes e eventos importantes em indivíduos adultos e idosos (WILSON et al., 2005).

Quanto à avaliação da insegurança alimentar, esta foi realizada através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). A EBIA é uma escala capaz de avaliar a percepção familiar de

insegurança alimentar considerando aspectos psicológicos, sociais e as dificuldades do acesso ao alimento em si. A escala possui 14 questões e sua pontuação pode caracterizar em Segurança Alimentar (SA) com escore de 0 ponto para domicílios com menores de 18 anos e 0 ponto para domicílios sem menores de 18 anos; Insegurança Alimentar Leve (IAL) com escore de 1 a 5 pontos em domicílios com menores de 18 anos e de 1 a 3 pontos em domicílios sem menores de 18 anos; Insegurança Alimentar Moderada (IM) com escore de 6 a 9 pontos em domicílios com menores de 18 anos e de 4 a 5 pontos em domicílios sem menores de 18 anos; Insegurança Alimentar Grave (IG) com escore de 10 a 14 pontos em domicílios com menores de 18 anos e de 6 a 8 em domicílios sem menores de 18 anos (MDS, 2014).

Os dados analisados foram digitados e armazenados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21. Os resultados das variáveis sócio demográficas foram descritos através da utilização de medidas de tendência central e dispersão. Para avaliar a associação entre o risco nutricional e a insegurança alimentar, por se tratar de duas variáveis qualitativas e com respostas dicotômicas foi utilizado o teste de associação ou de independência Qui-quadrado. Foram considerados significativos os testes que obtiveram um nível de significância menor que 5%, p-valor <0,05.

Resultados e Discussão

Foram avaliadas 479 pessoas vivendo com HIV/Aids atendidas em hospital público de Doenças Infectocontagiosas do município de João Pessoa- PB das quais, 52,6% têm idade até 44 anos e 47,4% têm mais de 44 anos, 40,1% são do sexo feminino e 59,9% do sexo masculino, a renda per capita de maior prevalência é de até $\frac{1}{2}$ salário 53,4% enquanto a renda maior que $\frac{1}{2}$ salário mínimo é de 46,6%. Quanto à escolaridade dessas pessoas 65,7% possuem ensino fundamental incompleto, enquanto 34,3% possuem fundamental completo ou mais como representado na Tabela 1.

Os resultados deste trabalho corroboram com os resultados de outros trabalhos realizados com PVHA no Brasil. A exemplo da prevalência de pessoas do sexo masculino como visto por Rasteiro e Oliveira (2014) e Costa et al. (2018), assim como, a faixa etária mais frequente que é de 20 a 34 anos (MS, 2016). Quanto à escolaridade, Tyiou (2012) relaciona a baixa escolaridade a maior risco de IA, entre os que possuem apenas o ensino fundamental incompleto, 72,8% estão em insegurança alimentar e entre os que possuem ensino fundamental completo ou mais esse percentual é de apenas 43,6.

Tabela 1: Avaliação das variáveis sócio demográficas, econômicas e de saúde de PVHA de acordo com a situação de insegurança alimentar em PVHA no Estado da Paraíba.

Variáveis sócio demográficas, econômicas e de saúde	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		Amostra Total		P-valor
	n	%	n	%	N	%	
Idade							
Até 44 anos	84	33,2	169	66,8	253	52,6	0,034
Maior que 44 anos	95	41,7	133	58,3	228	47,4	
Sexo							
Feminino	56	29,0	137	71,0	193	40,1	0,002
Masculino	123	42,7	165	57,3	288	59,9	
Renda Per Capita							
Até ½ Salário mínimo	59	23,0	198	77,0	257	53,4	0,000
Mais que ½ Salário mínimo	120	53,6	104	46,4	224	46,6	
Escolaridade							
Até fundamental incompleto	86	27,2	230	72,8	316	65,7	0,000
Fundamental completo ou mais	93	56,7	72	43,6	165	34,3	

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 2, pode-se observar que as pessoas em situação de insegurança alimentar possuem maior risco de perda de peso, sendo 85,5% a partir da avaliação feita pelo QNSA. Do total das 479 pessoas, 302 PVHA encontram-se em situação de IA. Os dados da associação se apresentaram altamente significativos ($p < 0,00$).

O HIV é um vírus que se espalha através de fluídos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como células CD4, ou células T. Sem o tratamento antirretroviral, o HIV afeta e destrói essas células específicas do sistema imunológico e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças. Quando isso acontece, a infecção por HIV leva à AIDS (UNAIDS, 2017). Em pessoas com infecção pelo HIV, a perda de peso, está associada a aumento da mortalidade, aceleração da progressão da doença, perda de massa corporal magra, diminuição da força muscular e piora do estado funcional (KOTLER, 1999).

A insegurança alimentar em PVHA pode estar relacionada ao estado nutricional do paciente, uma vez que essas apresentam risco elevado para desnutrição devido à redução da ingestão de energia em decorrência da anorexia e da saciedade precoce. A insegurança alimentar relaciona-se também aos efeitos sistêmicos das co-infecções; da deglutição prejudicada por infecções oportunistas orais; e da incapacidade progressiva, o que pode levar ao desemprego e, conseqüentemente, à dificuldade em adquirir alimentos. Além disso, a própria infecção pelo vírus aumenta as necessidades metabólicas e

está associada à má absorção de gordura e carboidratos, o que piora a relação entre a desnutrição e a progressão da doença (WEISER et al., 2011).

Segundo o estudo de Akilimali et al. (2016) PVHA podem ter dificuldades em conseguir assegurar uma boa nutrição por um conjunto de razões em virtude de o próprio vírus HIV e os medicamentos utilizados para o seu combate causarem uma multiplicidade de complicações que em última instância afetam a saúde nutricional. Náuseas crônicas, alteração do paladar, perda de apetite, dificuldades em mastigar ou engolir e, até mesmo, a falta de dinheiro para comprar alimentos são fatores que podem levar esses indivíduos a não conseguirem atender às suas necessidades nutricionais de forma satisfatória.

Tabela 2: Avaliação do Risco Nutricional de acordo com a situação de insegurança alimentar em PVHA no Estado da Paraíba.

Risco nutricional e insegurança alimentar	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		Amostra Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Risco de perda de peso	17	14,5	100	85,5	117	100	0,000
Normal	160	44,2	202	55,8	362	100	0,000
Total	177	37	302	63	479	100	0,000

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 3 demonstra o risco nutricional de acordo com a classificação da EBIA, a qual apresenta 14,5 % em Segurança Alimentar, 23, 9% em Insegurança Alimentar Leve, 29,1%, 29,1% em Insegurança Alimentar Moderada e 32,5% em Insegurança Alimentar Grave. É possível perceber que quanto maior a situação de Insegurança Alimentar maior é o risco de perda de peso.

Os problemas de insegurança alimentar localizam-se, sobretudo, nos segmentos sociais cujo acesso aos alimentos é precário ou custoso. Seja por insuficiência de renda, seja por incapacidade de produção para autoconsumo, o acesso inadequado aos alimentos afeta mais diretamente os chamados grupos vulneráveis. Tal inadequação pode ser agravada quando associada à baixa escolaridade, menor acesso aos serviços de saúde e precárias condições de moradia e saneamento (FACCHINI et al., 2014).

Agravado pela crise financeira mundial, o contingente de aproximadamente 870 milhões de pessoas vulneráveis à fome em todo o mundo não deverá apresentar redução expressiva na próxima década, conforme projeções do Programa Mundial de Alimentos da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO/ONU).

Segundo FACCHINI et al. (2014), o nordeste brasileiro é a região com maior risco de insegurança alimentar moderada ou grave. A falta de poder aquisitivo, agravada pela volatilidade e alta dos preços dos alimentos, pode ser mais relevante do que a disponibilidade de alimentos para a permanência do problema.

Tabela 3: Avaliação do Risco Nutricional de acordo com os níveis de insegurança alimentar em PVHA no Estado da Paraíba.

Risco nutricional e níveis de insegurança	Segurança alimentar		IA Leve		IA Moderada		IA Grave		Amostra Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Risco de perda de peso	17	14,5	28	23,9	34	29,1	38	32,5	117	100	0,000
Normal	160	44,2	104	28,7	51	14,1	47	13	362	100	0,000
Total	177	37	132	27,6	85	17,7	85	17,7	479	100	0,000

Fonte: Dados da pesquisa.

Conclusão

Conclui-se que em pessoas vivendo com HIV/Aids a insegurança alimentar é uma realidade e a sua prevalência é elevada o que piora a situação de vulnerabilidade desses indivíduos uma vez que está associada a um maior risco do estado nutricional inadequado e a piores desfechos clínicos entre os indivíduos infectados pelo HIV. Além disso, foi possível constatar que quanto maior o nível de insegurança alimentar, maior será o risco. A partir disso o presente estudo identificou associação entre o risco nutricional e a insegurança alimentar na população estudada.

Referências

AKILIMALI, P. Z. et al. Depressive Symptoms, Loss of Appetite and Under Nutrition among Treated HIV Patients: A Cross Sectional Study in Goma. **J Nutrition Health Food**. The Democratic Republic of Congo. v. 4, n. 2, 2016.

BARBOSA, R. M. R; FORNÉS, S. N. Avaliação nutricional em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida. **Rev. Nutr.** v. 16, n.4, p. 462, 2003.

BARBOSA S., M. C. G., BARROS A. J. D. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. Arq. **Gastroenterol.** São Paulo. v. 39, n. 3, p. 181-187, July, 2002.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, 2006.

BRASIL. Estudo técnico. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. MDS. 2014.

CARUSO, L. **Intervenção Nutricional no Pré e Pós-cirúrgico**. In: SILVA, S. M. C., MURA J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. 2ª ed, p. 834, São Paulo: Roca, 2007.

DE PAULA, E. P. et al. Considerações nutricionais para adultos com HIV/Aids. **Revista matogrossense de enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 163, 2011.

FACCHINI, L. A. et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cad. Saúde Pública**. vol.30, n.1, p.162, 166, 2014.

Food and Agriculture Organization. FAO statistical yearbook 2012: world food and agriculture. Rome: Food and Agriculture Organization, 2012.

KOTLER D.P., TIERNEY A.R., WANG J., PIERSON R.N.J. Magnitude of body –cell-mass depletion and the timing of death from wasting in AIDS. **Am J Clin** 1999.

LADEIRA, O. C. P.; SILVA, G. C. D. Estado Nutricional e Perfil Alimentar de Pacientes Assistidos pelo Programa de DST/Aids e Hepatites Virais de um Centro de Saúde de Itaperuna-RJ. DST - **J bras Doenças Sex Transm** p.28, 2012.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 8, 2000.

SANTOS, S. M. C. dos; SANTOS, L. M. P. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002: 1 - Abordagem metodológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1030, 2007.

SILVA E.F.R., LEWI D.S., VEDOVATO G.M., GARCIA VRS, TENORE S.B., BASSICHETTO K.C. Estado nutricional, clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/AIDS em assistência ambulatorial no município de São Paulo. **Rev bras epidemiol.** p.678, 2010.

TIYOU A., BELACHEW T., ALEMSEGED F., BIADGILIGN S. Food insecurity and associated factors among HIV infected individuals receiving highly active antiretroviral therapy in Jimma zone Southwest Ethiopia. **Nutrition Journal**; 11:51. 2012.

UNAIDS. Cerca de 21 milhões de pessoas vivendo com HIV estão em tratamento, diz novo relatório global do UNAIDS, 2017. Acesso em 24 de abril de 2017.

UNAIDS. Estatísticas. 2017. Acesso em 10 de outubro de 2017.

UNAIDS. Informações básicas. Acesso em 10 de outubro de 2017.

VOCI, S. M. Padrões alimentares, participação em programas sociais e demais fatores associados à insegurança alimentar e nutricional em adolescentes de escolas públicas no município de Piracicaba, São Paulo. Tese de doutorado em Ciências. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011.

WEISER et al. Conceptual framework for understanding the bidirectional links between food insecurity and HIV/AIDS¹²³⁴. **Am J Clin Nutr.** 2011.