

Unidade 4.2 – Perda de Peso, Emagrecimento e Desnutrição no Doente HIV+

Introdução

A desnutrição ou perda de peso no doente HIV+ podem ser indicadores de uma condição de estadio II, III, ou IV. O controlo do peso e do índice de massa corporal (IMC) são importantes porque o seu aumento pode ser um indicador de uma resposta positiva ao tratamento (de SIDA, de IO, e/ou de deficiências nutricionais) e a sua diminuição pode indicar o desenvolvimento de uma IO, falência terapêutica ou outra complicação. O Técnico de Medicina deve seguir uma abordagem sistemática para avaliar, diagnosticar e tratar da desnutrição e perda de peso no doente seropositivo.

Nesta unidade serão apresentados os seguintes conteúdos:

- Desnutrição e mortalidade em doentes HIV+
- Definições da desnutrição usadas na atenção às pessoas seropositivas
- Componentes do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN)
- Causas da desnutrição no doente HIV+
- Consequências da desnutrição no doente HIV+
- Abordagem para avaliação e manejo da desnutrição e baixo peso
- Uso do algoritmo de baixo peso e desnutrição

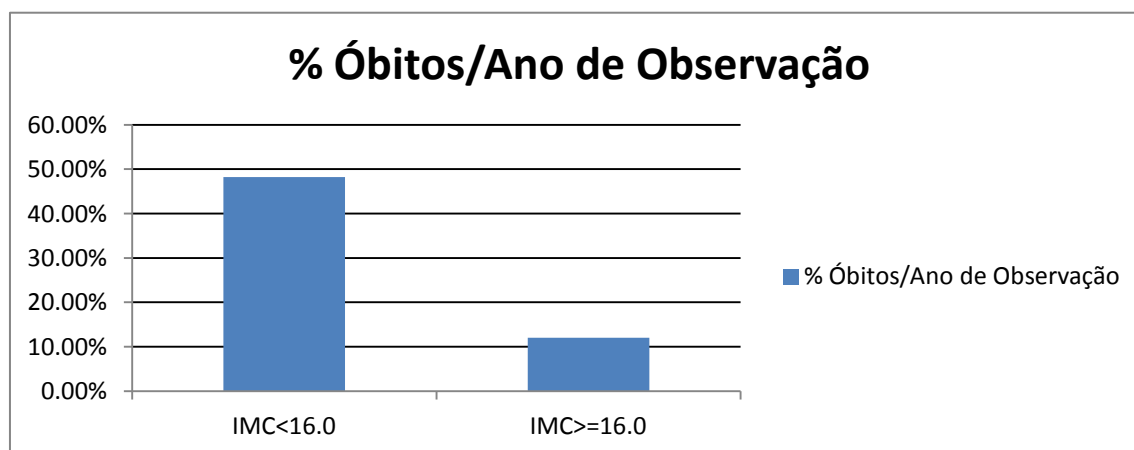
Desnutrição e Mortalidade em Doentes HIV+

A pessoa seropositiva com desnutrição grave corre mais risco de morrer de SIDA, com ou sem tratamento anti-retroviral

A desnutrição é comum nos doentes seropositivos, e a presença de desnutrição grave aumenta o risco de morte e de outras complicações do SIDA.

Em muitas pesquisas, as pessoas com desnutrição grave no momento de iniciar TARV morrem com maior frequência do que as pessoas com melhor estado nutricional. Por exemplo, num estudo realizado na Zâmbia, foi comparada a mortalidade nos doentes severamente malnutridos (ou seja, com $IMC < 16,0$ kg/m²) e com a dos doentes sem desnutrição grave¹, após ambos grupos terem iniciado o TARV:

Fig. 1: Mortalidade dos doentes seropositivos e sua relação com IMC



Interpretação do gráfico sobre o estudo realizado na Zâmbia:

As pessoas com desnutrição grave e severa ($IMC < 16 \text{ kg/m}^2$), apesar de terem iniciado o TARV o seu risco de mortalidade foi aproximadamente quatro vezes mais alto do que o risco de mortalidade de pessoas com melhor nutrição ($IMC \geq 16,0 \text{ kg/m}^2$). Neste estudo, os doentes com desnutrição severa também correram mais risco de falência terapêutica a ARVs.

A prevenção e tratamento da desnutrição são elementos chaves na atenção dos doentes seropositivos.

Definições de Desnutrição Usadas na Atenção às Pessoas Seropositivas

Definições usadas no estadiamento do SIDA:

Perda de Peso de Estadio II:

- Perda de peso inexplicada e moderada ($< 10\%$ do peso corporal total), sem outra explicação, além do HIV.

Perda de Peso de Estadio III

Duas definições alternativas:

- História de perda de peso involuntária e inexplicada *com* emagrecimento visível do rosto, cintura e membros *ou* $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, sem outra explicação além do HIV.

Ou

- Perda de peso documentada $> 10\%$ do peso corporal total, sem outra explicação além do HIV.

“Síndrome de Caquexia da SIDA”: Estadio IV

Duas definições alternativas:

- Perda de peso $> 10\%$ de peso com emagrecimento visível, ou $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, e diarreia 3x/dia por mais de um mês, sem outra explicação além do HIV (a diarreia não responde ao tratamento com antibióticos).

Ou

- Perda de peso $> 10\%$ de peso com emagrecimento visível, ou $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, e febre ou suores noturnos por mais de um mês, sem outra explicação além do HIV (a febre não responde ao tratamento com antibióticos nem antimaláricos, e o doente não tem tuberculose).

Importante: “Síndrome de Caquexia do SIDA” é uma doença específica do estadio IV; não é qualquer caso de caquexia. A pessoa com caquexia causada por cancro ou tuberculose não reúne os critérios para “síndrome de caquexia”. A pessoa seropositiva com IMC baixo mas sem febre, suores noturnos, ou diarreia crónica não reúne os critérios para “síndrome de caquexia do SIDA”.

Definições Usadas para Estabelecer Elegibilidade para Suplementação Alimentar e/ou Reabilitação Nutricional

Através dos indicadores nutricionais, como mostra a **Tabela 1** de Parâmetros de Classificação da Desnutrição Aguda nos adolescentes e adultos pode ser classificada em moderada ou grave. A desnutrição aguda grave pode apresentar-se sem complicações clínicas ou com complicações clínicas e cada situação recebe um tratamento diferente, como será apresentado mais adiante.

Tabela 1: Parâmetros de Classificação da Desnutrição Aguda

Indicadores Nutricionais	Edema Bilateral	IMC (Kg/m ²)	IMC/Idade	Perímetro Braquial (PB) (cm)
Desnutrição aguda grave (DAG)	Presente	< 16,0	< -3 DP	< 19,0
Desnutrição aguda moderada (DAM)	Ausente	≥ 16,0 e < 18,5	≥ -3 e < -2 DP	≥ 19,0 e < 22,0

Componentes do Programa e Reabilitação Nutricional (PRN):

A **Reabilitação Nutricional** para tratamento da desnutrição inclui os seguintes componentes:

- Envolvimento comunitário
- Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)
- Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)
- Suplementação alimentar
- Educação nutricional e demonstrações culinárias

Quando existe:

- ✓ **Desnutrição Aguda Grave com complicações médicas ou em mulheres grávidas ou nos 6 meses pós-parto** se fasse **Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)**.
- ✓ **Desnutrição Aguda Grave sem complicações médicas** (tem apetite, está alerta e consegue engolir), pode-se fazer **Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)** com produtos como Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU) (PlumpyNut) em dose de acordo com peso.
- ✓ **Desnutrição Aguda Moderada (DAM)** deve-se dar **Suplementação Alimentar** com Mistura Alimentícia Enriquecida (MAE) (por exemplo "CSB +", uma mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais). Se MAE não existir dar ATPU (Plumpy Nut) dose fixa diária

Todos os doentes com Desnutrição Aguda **deverão se beneficiar da Educação nutricional** demonstrações culinárias para a prevenção da desnutrição

Causas de Desnutrição no Doente HIV+

Além dos problemas que afectam a população geral, existem outras duas categorias de causas de desnutrição e perda de peso no doente infectado pelo HIV:

1. Aumento dos requisitos nutricionais do organismo: o doente seropositivo precisa de mais energia e nutrientes para resistir à infecção pelo HIV, para resistir às IOs, e para reconstruir o sistema imune (uma vez que inicia o TARV).
2. Redução na quantidade de nutrientes ingeridos pelo doente, ou perda de nutrientes já ingeridos: na presença de IOs e outras complicações de SIDA (por exemplo, a depressão psicológica, ou as reacções adversas a medicamentos), o doente pode perder o apetite, ou pode ter dificuldade para mastigar, engolir ou digerir alimentos. O doente também pode perder nutrientes já ingeridos devido a vômitos, diarreias, ou má absorção intestinal.

Aumento dos requisitos nutricionais do organismo

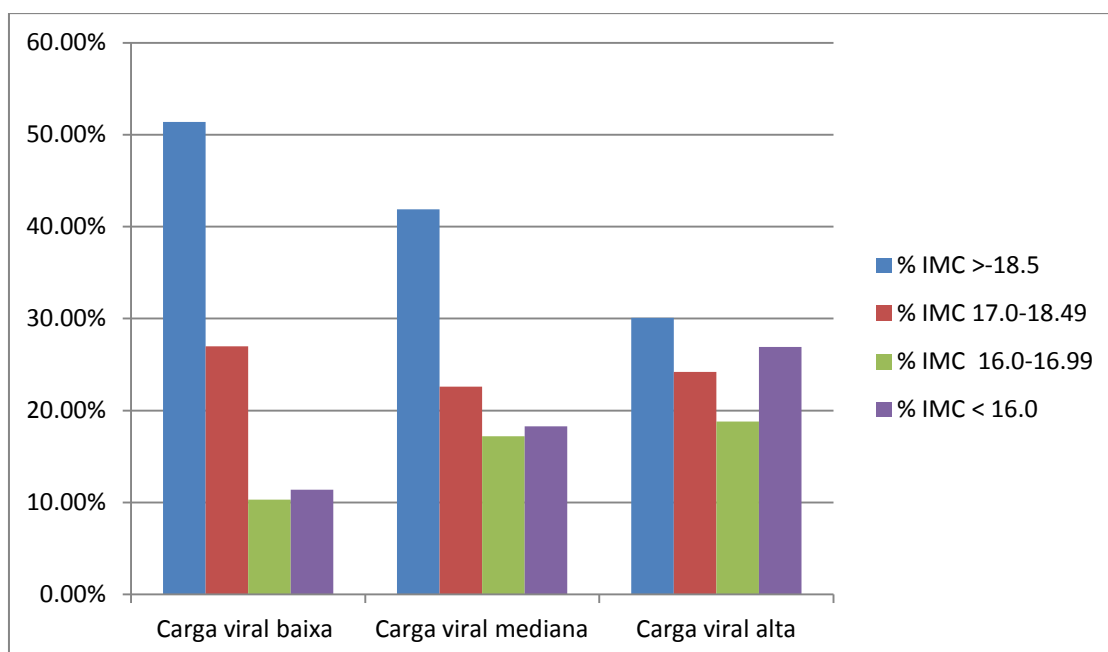
O aumento no requisito diário de energia e micronutrientes varia, dependendo do estado de saúde da pessoa:

- A pessoa HIV+ assintomática precisa de 10% mais de energia (calorias) do que uma pessoa HIV-;
- A pessoa HIV+ com sintomas ou em vias de recuperação após uma IO (ou outra complicação de SIDA) precisa de 20-50% mais de energia.

Na presença de uma carga viral muito alta, o corpo precisa de mais energia, por um lado porque o vírus usa a energia das células hospedeiras para sobreviver/reproduzir, e por outro, o corpo usa a mesma energia para resistir à infecção.

A perda de peso e a desnutrição são mais comuns nos doentes com carga viral muito alta. Por exemplo, num estudo realizado na Zâmbia, a percentagem de doentes seropositivos com desnutrição leve (IMC 17-18,49 kg/m²), moderada (IMC 16-16,99 kg/m²), e severa (IMC <16,0 kg/m²) foi mais alta em relação a percentagem de doentes sem desnutrição (IMC >18,5 kg/m²), que foi baixa, apesar da carga viral destes ser alta²:

Figura 2: Relação entre carga viral e IMC. Estudo em Zâmbia



Redução da quantidade de nutrientes ingeridos

Na presença de IOs e outras complicações, às vezes é difícil beber, comer, e/ou digerir os alimentos. Isso pode acontecer por vários motivos, por exemplo:

- Feridas na boca, esôfago ou estômago que podem provocar dor ao comer/engolir;
- O doente pode ter náuseas ou falta de apetite causada pelo HIV, por infecções oportunistas ou por reacções adversas aos medicamentos;
- A absorção de alimentos pode ser diminuída, por exemplo, quando há diarreia crónica
- O doente pode perder nutrientes por vômitos e diarreia;
- O doente pode ter acesso inadequado aos alimentos por causa de estigma, pobreza, ou porque está tão fraco que não pode trabalhar ou sair de casa para comprá-los;
- Alguns doentes não têm conhecimentos adequados sobre as boas práticas alimentares.

Consequências da Desnutrição no Doente HIV+

Além do risco elevado de mortalidade já discutido na primeira parte desta unidade, a desnutrição pode ter outras consequências negativas na pessoa seropositiva, a saber:

- Desenvolvimento mais rápido do SIDA;
- Maior vulnerabilidade para contrair doenças ou infecções oportunistas (porque a desnutrição interfere no funcionamento do sistema imune);
- Dificuldade para a realização de trabalhos, causando redução dos recursos e agravamento das condições do doente e da sua família;
- Aumento de estigma;

- Depressão, letargia, fraqueza;
- Na criança: atrasos de crescimento, dificuldade para a aprendizagem;
- Na mulher grávida: atrasos no crescimento do feto.

Lembre-se que:

- ✓ Uma boa nutrição é necessária para um bom funcionamento do sistema imunológico
- ✓ Ter SIDA e desnutrição em simultâneo é uma “dose dupla” para acelerar a imunodepressão.

Abordagem para Avaliação e Manejo da Desnutrição e Baixo Peso

1. Diagnóstico da Desnutrição

1.1 Anamnese

Fazer as seguintes perguntas ao doente:

- Está a perder peso? A roupa fica folgada?

Se o doente responde que sim, ou se o processo clínico documenta perda de peso ou IMC baixo, também pergunte:

- Tem febre, tosse, hemoptise, ou suores nocturnos? (Perguntas de rastreio para TB, e também para síndrome de caquexia. Lembre-se que qualquer resposta positiva merece BK e radiografia do tórax)
- Como é o seu apetite?
- Tem náuseas, vómitos ou diarreia? (Lembre-se: a diarreia pode ser infecciosa ou parte do síndrome de caquexia)
- Tem dificuldade ou dor ao engolir ou mastigar?
- Tem dor de estômago?
- Tem alimentos em casa?
- Tem água potável em casa? (Ou seja, água mineral, fervida, clorada ou filtrada)
- O que comeu ontem?

1.2 Exame Físico

- Pesar o doente de cada vez que vem à consulta;
- Na primeira consulta de um adulto, medir e documentar a altura (estatura). No doente internado que não consegue ficar de pé, ou onde não há altímetro, pode ser preciso usar a estatura registada no cartão de identidade como estimativa da altura; Calcular o IMC em cada visita, verificar se está a baixar ou se é inferior à $18,5 \text{ kg/m}^2$ (caso sim, é inferior também à $16,0 \text{ kg/m}^2$);
- Comparar o peso actual ao peso anterior à infecção pelo HIV (se possível), e ao peso da última visita – está a subir ou baixar? Se está a baixar, calcule a percentagem de perda de peso;
- Observar a face e os membros e procurar sinais de emagrecimento;
- Se o peso está a baixar, faça uma avaliação completa para procurar sinais e sintomas de IO.
- Nas mulheres grávidas deve-se fazer medição do Perímetro Braquial e avaliação do ganho de peso mensal.

Tabela 2: Classificação do estado nutricional das mulheres grávidas usando o ganho de peso na gestação:

Ganho de peso	Classificação
< 1kg/mês	Desnutrição moderada
1-2 kg/mês	Normal
> 2kg/mês	Excesso de peso

Como calcular o IMC:

A fórmula para calcular o IMC é: $\text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$

1. Registe o peso em kilogramas e a estatura (altura) em metros.
2. Calcule: $(\text{peso em kilogramas}) / (\text{altura em metros}) / (\text{altura em metros})$ – ou seja, divida o peso pela altura, e logo divida outra vez pela altura.

Se não tem calculadora, pode usar o gráfico abaixo para estimar o IMC.

Em crianças menores de 5 anos, não usamos o IMC. Usamos as normas de diagnóstico e tratamento da desnutrição severa na criança pequena.

Tabela 3: Para Cálculo do IMC e o Grau de Desnutrição

IMC (adaptada de ICAP) ³													
Altura, em metros	Peso, em kilogramas												
	35	37.5	40	42.5	45	47.5	50	52.5	55	57.5	60	62.5	65
1.50	15.6	16.7	17.8	18.9	20	21.1	22.2	23.4	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9
1.52	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.7	23.8	24.9	26.0	27.1	28.1
1.54	14.8	15.8	16.9	17.9	19.0	20.0	21.1	22.1	23.2	24.3	25.3	26.4	27.4
1.56	14.4	15.4	16.4	17.5	18.5	19.5	20.5	21.6	22.6	23.6	24.7	25.7	26.7
1.58	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0
1.60	13.7	14.6	15.6	16.6	17.6	18.6	19.5	20.4	21.5	22.4	23.4	24.4	25.4
1.62	13.3	14.3	15.2	16.2	17.1	18.1	19.1	20.0	21.0	21.9	22.9	23.8	24.8
1.64	13.0	13.9	14.9	15.8	16.7	17.7	18.6	19.5	20.4	21.4	22.3	23.3	24.2
1.66	12.7	13.6	14.5	15.4	16.3	17.2	18.1	19.1	20.0	20.9	21.8	22.7	23.6
1.68	12.4	13.3	14.2	15.1	15.9	16.8	17.7	18.6	19.5	20.4	21.3	22.2	23.0
1.70	12.1	13.0	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.7	22.5
1.72	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0
1.74	11.6	12.4	13.2	14	14.9	15.7	16.5	17.4	18.2	19.0	19.8	20.7	21.5
1.76	11.3	12.1	12.9	13.7	14.5	15.3	16.1	17.0	17.8	18.6	19.4	20.2	21.0
1.78	11.0	11.8	12.6	13.4	14.2	15.0	15.7	16.6	17.4	18.2	18.9	19.8	20.5
1.80	10.8	11.6	12.3	13.1	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.8	18.5	19.3	20.1
1.82	10.6	11.3	12.1	12.8	13.6	14.3	15.1	15.9	16.6	17.4	18.1	18.9	19.6
1.84	10.3	11.1	11.8	12.6	13.3	14.0	14.7	15.6	16.2	17.0	17.7	18.5	19.2
1.86	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.4	15.2	15.9	16.7	17.3	18.1	18.8
1.88	9.9	10.6	11.3	12	12.7	13.4	14.1	14.9	15.6	16.3	17.0	17.7	18.4
1.90	9.7	10.4	11.1	11.8	12.5	13.2	13.9	14.6	15.2	16.0	16.6	17.4	18.0
IMC ≤ 16,0; internar? Se não é preciso internar, dar Plumpy nut e avaliar para condições de estágio III ou IV.													
IMC < 18.5. Avalie para condições de estágio III ou IV. Pacote nutricional se disponível.													

Tabela 4: Classificação do estado nutricional para indivíduos adultos (> 18 anos):

IMC	Classificação
< 16,0	Desnutrição grave
≥ 16,0 a < 18,5	Desnutrição moderada
≥ 18,5 a < 25,0	Normal

Fonte: Adaptado de WHO. 1999. *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*. Geneva.

2. Tratamento da Desnutrição

O tratamento/suporte nutricional dos pacientes com desnutrição aguda é feito através da administração de produtos terapêuticos (leites terapêuticos e ATPU) e de produtos suplementares (MAE/CSB+). Para além do tratamento nutricional deve-se também providenciar um tratamento de rotina

- I. **Desnutrição Aguda Grave e com edema bilateral, complicações médicas ou falta de apetite** (Doente com IMC <16,0 kg/m², malnutrido que não pode comer nem beber, ou com outra patologia importante associada, com sinais de perigo):
- II. Independentemente da idade, todos pacientes diagnosticados com Desnutrição Aguda Grave e **que tenham complicações médicas, edema bilateral ou com falta de apetite** devem ser tratados no internamento:

a) Tratamento inicial:

- Internar e tratar inicialmente com leites terapêuticos (F-75 seguido de F-100)
- Internar e iniciar a alimentação via oral (preferível) ou usando sonda nasogástrica;
- Se for preciso fazer reidratação endovenosa, deve ser feita lentamente para evitar sobre-hidratação e falência cardíaca. *Lembre-se: a caquexia e a desidratação severa são fisicamente parecidas - não se deve deixar confundir;*
- Os princípios de tratamento do adulto com desnutrição severa são os mesmos que os princípios de tratamento da criança com desnutrição severa:
 - ✓ Inicialmente alimente com F-75, seguida da F-100 (quando voltar o apetite). Lembre-se que a F-75 contém 75 quilocalorias/100 cc, e a F-100 contém 100 quilocalorias/100 cc. Estime o número de cc da F-75 ou da F-100 que o doente precisa usando a tabela abaixo e alimente o doente no início do tratamento a cada 1h ou 2h;
 - ✓ Dar antibióticos para tratar a infecção bacteriana oculta (como o protocolo das crianças);
 - ✓ Dar dose única da vitamina A (como o protocolo das crianças);
 - ✓ Tratar hipoglicemia, se presente (como o protocolo das crianças)
- Diagnosticar e tratar infecções oportunistas e outras doenças;
- Procurar sempre sinais e sintomas de tuberculose em qualquer doente com perda de peso e/ou emagrecimento;
- Diagnosticar e tratar condições que possam causar desconforto ao comer (dores na boca, estômago e/ou esófago);
- Em caso de síndrome de caquexia ou outra indicação para o TARV, prepare o doente para o TARV, estabilize-o e, logo em seguida, inicie o TARV;
- Se ainda não está a tomar Cotrimoxazol, avalie indicações para o efeito.

Veja na tabela 5 abaixo a estimativa da quantidade mínima da F-75 ou da F-100 que o doente malnutrido e seropositivo precisa por hora, segundo o peso¹. De seguida, após a estabilização do paciente e retorno do apetite, reabilitar com ATPU, podendo ser no internamento ou no ambulatório.

Tabela 5: Estimativas da Quantidade da F-75 ou da F-100

Peso do adulto malnutrido	Requisitos: kilocalorias por 24 horas, adulto seronegativo	F-75: mínimo cc/hora para cumprir todos os requisitos (o doente HIV+ pode requerer até 50% mais)	F-100: mínimo cc/hora para cumprir todos os requisitos (o doente HIV+ pode requerer até 50% mais)
30-39 kg	1400	80 cc/hora	60 cc/hora
40-49 kg	1800	100 cc/hora	75 cc/hora
50-59 kg	2200	120 cc/hora	90 cc/hora
60-69 kg	2600	140 cc/hora	115 cc/hora

I. Desnutrição Aguda Grave e sem complicações (edema bilateral, complicações médicas, falta de apetite)

- Tratar no ambulatório com ATPU (Plumpy` Nut) dose de acordo com peso. A prioridade na distribuição do ATPU é sempre dada as crianças, os adultos apenas receberão ATPU, se a Unidade Sanitária tiver estoque suficiente para as crianças.
- Educação nutricional e aconselhamento

II. Desnutrição Aguda Moderada

Suplementação Alimentar com MAE (CSB+). Se MAE não existir dar ATPU (Plumpy` Nut) em dose fixa diária.

Tabela 6: Critérios de suspensão da suplementação ou reabilitação nutricional

Grupo populacional	Critérios de Alta
Crianças e Adolescentes até aos 14 anos	<ul style="list-style-type: none"> • P/E \geq -1 DP ou IMC/Idade \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas com intervalo mínimo de 1 mês.
Adolescentes dos 15 aos 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> • IMC/Idade \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas com intervalo mínimo de 1 mês. • OU • PB \geq 23,0 cm
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> • IMC \geq 18.5 kg/m² ou PB \geq 23,0 cm
Mulheres grávidas e lactantes	<ul style="list-style-type: none"> • PB \geq 23,0 cm OU • Criança amamentada ter completado 6 meses

Nota: Par além dos critérios apresentados na tabela, todos os pacientes devem ter bom apetite e não ter nenhuma complicação médica.

O paciente após a suspensão do alimento terapêutico deverá ser seguido adequadamente de modo a prevenir o retorno a situação anterior.

b) Educação Nutricional e Aconselhamento para a Pessoa HIV+

¹ Adaptado da OMS

A educação nutricional e aconselhamento são parte integrante dos cuidados e suporte das pessoas HIV positivas. Durante estas sessões os seguintes aspectos deverão ser enfatizados:

- Necessidade de pesagem e medição da estatura regular (deve ser feita a cada visita clínica)
- Necessidade de ter uma dieta adequada
- Necessidade de aumentar o consumo energético e manter a ingestão recomendada de proteínas e micronutrientes
- Necessidade de tratar as doenças oportunistas precocemente (pessoas com HIV positivo são susceptíveis a infecções que podem afectar a ingestão de alimentos e do estado nutricional)
- Manejo de sintomas que poderão afectar o consumo de alimentos e acelerar a progressão da doença
- Importância da higiene pessoal, dos alimentos e segurança da água.
- Efeitos do álcool, cigarros e abuso de drogas na ingestão de alimentos, absorção e utilização.
- A dieta do doente HIV+ deve conter “alimentos energéticos” (milho, arroz, mapira, etc.); “alimentos construtores” (feijão, ervilhas, amendoim, peixe, etc.); “alimentos protectores” (vegetais, frutas); óleo ou gordura e muitos líquidos.
- O doente HIV+ tem que comer *mais* e bem para auxiliar o seu sistema imunológico na luta contra o SIDA e as IOs. O doente HIV+ deve consumir alimentos ricos em hidratos de carbono e gorduras para aumentar o teor de energia no organismo. Deve-se evitar comida açucarada ou frita se o doente é realmente obeso, ou se tem problemas de diabetes ou alto nível de colesterol.
- O doente HIV+ deve saber como alterar a sua dieta para responder aos sintomas como falta de apetite, cansaço, náuseas, diarreias, feridas na boca, entre outros.

O que fazer, **sempre que possível, quando a pessoa tem perda de apetite?**

- Comer junto com a família e amigos;
- Comer quando a pessoa tem vontade;
- Comer pequenas porções mais vezes ao dia;
- Comer alimentos que a pessoa goste;
- Evitar o consumo de álcool (o álcool diminui o apetite);
- Tomar bebidas energéticas (leite, maheu, papas fermentadas), que fornecem mais energia;
- Use temperos que realcem o sabor da comida;
- Evite refeições monótonas, dê vida ao seu prato (ter alimentos de várias cores numa refeição);
- Fazer actividade física (caminhadas) para abrir o apetite

O que fazer quando a pessoa tem feridas na boca e/ou na garganta?

- Comer alimentos leves, macios ou húmidos, como papas, puré, massas, sopas, sorvetes etc;
- Evitar comer alimentos pegajosos (muito açucarados), duros (torradas, biscoitos), comidas ásperas;
- Evitar comer alimentos ácidos (tomate, ananás, sumo de fruta cítrica, etc.);

- Prefira bebidas a temperatura ambiente ou geladas;
- Tomar bebidas suaves (sumo de frutas, leite);
- Se necessário usar uma palhinha para beber;
- Mastigar pequenos pedaços de papaia para aliviar a dor;
- Lavar a boca frequentemente (para além de lavar a boca, deve bochechar com água salgada ou bicarbonato);
- Quando suportável beba sumos ricos em vitamina C (Laranja, lima, tangerina), ajudam na cicatrização das feridas;

O que fazer quando a pessoa sofre mudanças no seu paladar?

- Melhorar o sabor dos alimentos através do uso de temperos (salsa, coentros, etc.)
- Adicionar sumo de limão na comida, sempre que não tenha feridas na boca
- Praticar uma boa higiene oral;
- No caso particular da carne, se esta amargar, substitua por outras proteínas, como o feijão, amendoim, leite, aves, etc.
- Consumir líquidos ao longo do dia;
- Umedecer os alimentos (pão, bolachas e outros) antes de consumir;.

O que fazer quando uma pessoa tem diarreia?

- Tomar muitos líquidos, entre as refeições e após cada evacuação;
- Repor os sais minerais; para tal poderá comer banana, ananás, melão e batata (fontes de potássio);
- Comer alimentos a base de cereais (arroz, massas, banana), fruta e legumes descascados cozidos;
- Evitar comer determinados tipo de fibras (pão integral, legumes crus, peles de fruta, feijão seco);
- Evitar o leite e laticínios;
- Lave e cozinhe bem os alimentos;
- Comer pequenas porções, mas com maior frequência;
- Reduzir o consumo de gorduras e de açúcares durante o episódio de diarreia;
- Evite o consumo de alimentos formadores de gases como: repolho, brócolis, couveflor, milho, pepino, refrescos e cervejas;
- Consumir ao longo do dia Água de Arroz ou soro de Reidratação Oral (vide receitas abaixo)

Receita de soro caseiro para hidratação oral:

- 1 colher de sopa de açúcar (rasa)
- 1 colher de chá de sal (rasa)
- 1 copo de água filtrada ou fervida (200 ml).

Receita da Água de Arroz:

- 1 colher de sopa de farinha de arroz (cheia)
- 200 ml de água
- ½ colher de chá de açúcar (rasa)

- 1 colher de chá de óleo vegetal
- Dilua a colher de farinha de arroz em 100 ml de água, leve ao fogo e deixe a ferver por 3-4 minutos.
Deixe esfriar, e acrescente o restante da água, o açúcar e o óleo. Misture bem até ficar homogêneo.
Deve Consumir ao longo do dia em pequenas porções.

O que fazer quando uma pessoa tem suores noturnos ou febre?

- Aumentar a ingestão de líquidos, como água, sumos de frutas frescas, sumos de vegetais ou água de coco, para repor os minerais perdidos durante a sudorese intensa (suores) ou a febre. Consuma pelo menos 3 litros de líquidos ao dia.
- Tenha uma alimentação variada, nos horários habituais,
- Aumente o consumo de alimentos energéticos como pães, massas, etc;

O que fazer quando uma pessoa tem lipodistrofia?

- Evitar consumir alimentos gordurosos, frituras e ovos (gemas). Tenha uma alimentação saudável;
- Cuide da saúde emocional; Incorporar aos hábitos de vida a actividade física regular (caminhar, andar de bicicleta, corrida leve e outras).

O Uso do Algoritmo de Baixo Peso e Desnutrição

Orientação geral:

No diagnóstico e classificação da perda de peso ou desnutrição no doente seropositivo, é preciso tomar 6 decisões básicas:

1. Há emergência nutricional? (O doente precisa de internamento?)
2. O doente tem perda de peso confirmada (ou seja, registado no processo clínico) ou não?
3. Na presença de perda de peso documentada, é mais ou menos de 10%?
4. O IMC é mais ou menos de 18,5 kg/m²? Se menos, é menos de 16,0 kg/m²?
5. Na presença de perda de peso ou caquexia documentados, há uma causa provável? Por exemplo, tuberculose, diarreia, falta de apetite, depressão psicológica? Muitas vezes, o doente tem mais de uma causa provável.
6. Na presença de perda de peso ou caquexia documentado, os sinais e sintomas do doente são critérios para diagnósticos de estágio II, III, ou IV?

Passos a seguir

1. Procurar sinais de perigo (caixas 2 e 3):

- O doente com IMC <16,0 kg/m² normalmente deve ser internado porque caquexia deste grau é uma emergência médica;
- O doente com qualquer grau de desnutrição que não consegue comer nem beber, ou cujo estado geral é instável, precisa de internamento.

2. Confirmar perda de peso (se possível) e/ou emagrecimento (caixa 4):

- Pesar o doente e medir a estatura;
- Calcular IMC (veja material acima):
- Comparar o peso actual ao peso anterior, ou ao peso do doente antes da infecção pelo HIV (se possível);
- Calcular a percentagem de perda de peso (se possível);

- Procurar evidência de emagrecimento visível (da face ou membros, por exemplo).

3. Classificar (caixas 5, 6, 7, 8, 9):

- Emagrecimento ou perda de peso importante: IMC $<18,5 \text{ kg/m}^2$ ou perda de peso confirmado $>10\%$ ou perda de peso reportado com emagrecimento visível:
 - ✓ Precisa de mais investigação, ou talvez de mudança de estadio e de aconselhamento nutricional;
 - ✓ Se o IMC $<16,0 \text{ kg/m}^2$, também inicie o tratamento para desnutrição severa;
- Sem emagrecimento e sem perda de peso considerável: IMC $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e sem perda de peso de 10% .

4. Se o IMC $<18,5 \text{ kg/m}^2$ ou perda de peso $\text{for} > 10\%$ ou perda de peso não registada + emagrecimento visível: Procurar a causa (caixas 10, 11, 12, 13):

- Faça avaliação completa (anamnese, exame físico, testes laboratoriais se indicados);
- Procure a causa do problema (pode precisar de duas ou mais visitas); focalizando TB (sempre faça perguntas de rastreio para TB), outras IOs e deficiências nutricionais;
- Procure evidência de Síndrome de Caquexia: diarreia, febre, ou suores noturnos por mais de um mês, sem outra explicação (por exemplo, não há TB), sem resposta a antibióticos e/ou tratamento para malária (veja definições de Síndrome de Caquexia do SIDA, acima);
- Se identificar a causa: trate e reavalie;
- Faça aconselhamento nutricional;
- Se o IMC $<18,5 \text{ kg/m}^2$, aplique o pacote de apoio nutricional, se disponível.

5. Se não consegue identificar a causa, ou o doente não responde ao tratamento (caixas 11, 15-19):

- ✓ Avalie o estadio clínico e indicações para o TARV e Cotrimoxazol;
- ✓ Se já está a fazer o TARV mas continua a perder peso, ou o peso não aumenta com o tratamento, deve encaminhar o doente.

Pontos-Chave

- Perda de peso, emagrecimento, e desnutrição em doentes HIV+ são importantes porque podem ser sinais de IO, de condições de estadio II, III ou IV, ou da carga viral alta; e porque o doente malnutrido corre mais risco de morrer.
- O Técnico de Medicina deve usar as variações de peso e IMC como indicadores da resposta ao TARV ou do desenvolvimento de IOs em doentes seropositivos.
- O Técnico de Medicina deve explicar a importância da nutrição adequada para a sobrevivência da pessoa seropositiva.
- “Caquexia” e “síndrome de caquexia do SIDA” não são a mesma coisa; o Técnico de Medicina deve dominar estes conceitos.

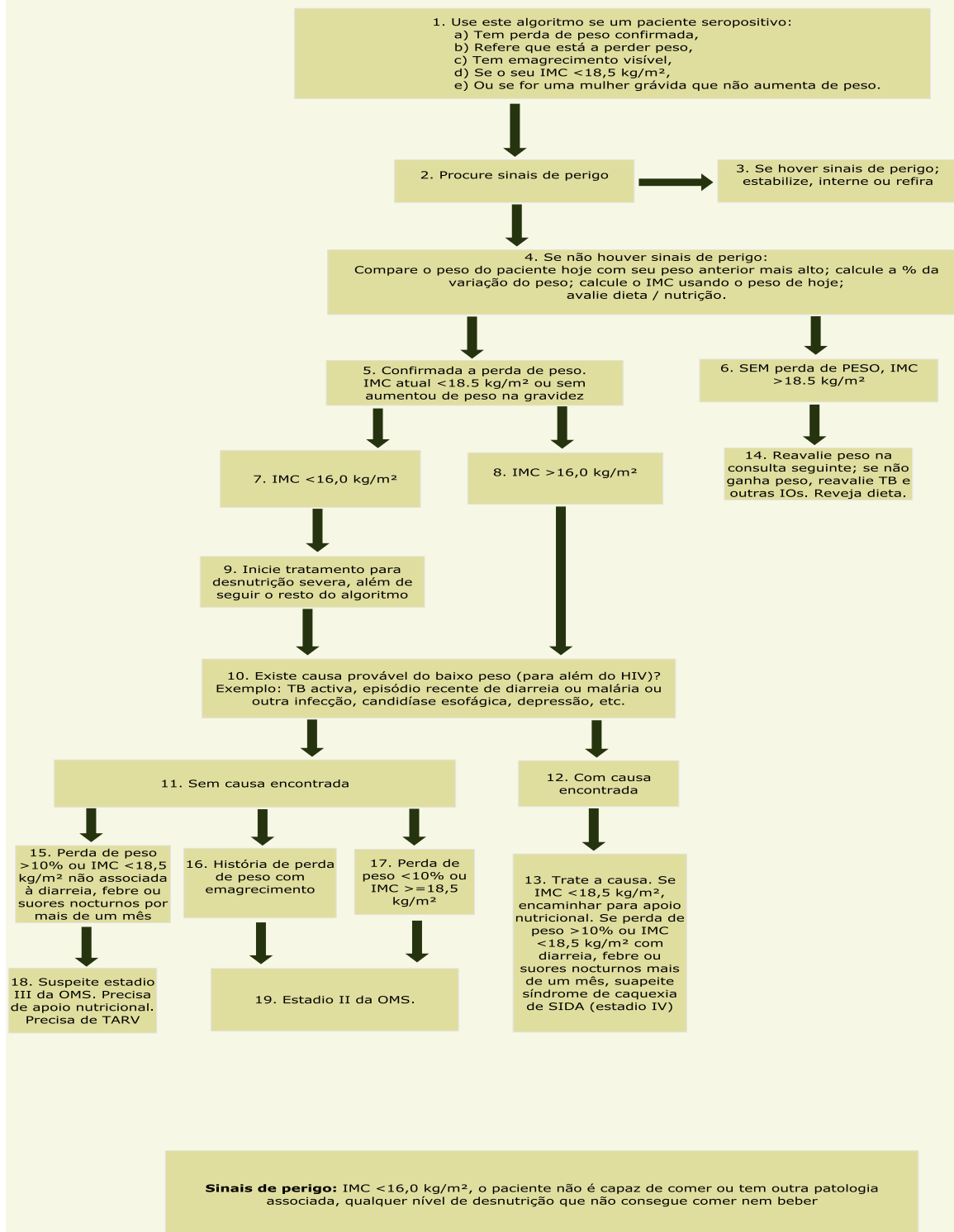
Anexos

Em anexo a esta unidade encontra-se o seguinte documento:

- Fluxograma do Paciente HIV+ com Baixo Peso e Desnutrição

Fluxograma do Paciente HIV+ com Baixo peso - desnutrição

V. Fevereiro_2011



Referências Bibliográficas

¹ Stringer J, Zulu I, Levy J, Stringer E, Mwango A, Chi B, Mtonga V, Reid S, Cantrell R, Bulterys M, Saag M, Marlink R, Mwinga A, Ellerbrock T, Sinkala M. Rapid scale-up of antiretroviral therapy at primary care sites in Zambia. *JAMA* 2006;296:782-793.

² Van Lettow M *et al.* Micronutrient malnutrition and wasting in adults with pulmonary tuberculosis with and without HIV co-infection in Malawi. *BMC Infectious Diseases* 2004; 4:61.

³ Rabkin M, El-Sadr W, Abrams E. O Manual Clínico MTCT-Plus. The MTCT-Plus Initiative, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, New York: 2003.

⁴ Manuel Freitas e Costa, Dicionário de Termos Médicos, Porto Editora, Portugal, 2005

MISAU, Repartição de Nutrição, Guião de Orientação Nutricional para Pessoas vivendo com o HIV/SIDA: dirigido aos gestores de programas, Maputo, 2003

MISAU. Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume II, . Maputo 2011