

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO

The lipodistrofy in patients living with HIV / AIDS

A lipodistrofia em pacientes que vivem com HIV/AIDS

El lipodistrofia en los pacientes que viven con el VIH / SIDA

Tiago Campos Armentano¹, Alexandre Rosa da Silva², Lorrana Vicente Ferrari³, Natalia Gonçalves Mateus⁴, Rosâne Mello⁵

ABSTRACT

Objective: To discuss the relationship between the presence of lipodystrophy in patients with HIV / AIDS and outline actions that optimize quality of life better. **Method:** This is a research type of qualitative literature. Data collection was conducted during the months of July and August 2011, through the database of the Electronic Library of Brazilian Scientific Journals (SciELO Brazil) and pubmed. We use the following keywords for search: HIV / AIDS and Lipodystrophy. **Results:** Based on reading the articles grouped the main changes related to lipodystrophy in three categories: 1) psychosocial changes, 2) bodily changes, and 3) metabolic disorders. **Conclusion:** Given the complexity of the effects caused by lipodystrophy, highlights the importance of multidisciplinary team with these clients and their families seeking comprehensive care and promote quality of life. **Descriptors:** Acquired immunodeficiency syndrome, Lipodystrophy, Nursing nutritional therapy, Physical Therapy.

RESUMO

Objetivo: Discutir a relação entre a presença de lipodistrofia em pacientes portadores do vírus HIV/AIDS e esboçar ações que otimizem uma qualidade de vida melhor. **Método:** trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica de natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada durante os meses de julho e agosto de 2011, através do banco de dados da Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SciELO Brasil) e pubmed. Utilizamos os seguintes descritores para a busca: HIV/AIDS e Lipodistrofia. **Resultados:** Baseado na leitura dos artigos agrupamos as principais alterações relacionadas com a lipodistrofia em três categorias: 1) alterações psicossociais; 2) alterações corporais; e 3) alterações metabólicas. **Conclusão:** Tendo em vista a complexidade das repercussões ocasionadas pela lipodistrofia, destaca-se a importância do trabalho da equipe multiprofissional com essa clientela e seus familiares, buscando a integralidade da assistência e promoção da qualidade de vida. **Descritores:** Síndrome de imunodeficiência adquirida, Lipodistrofia, Enfermagem terapia nutricional, Fisioterapia.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre la presencia de lipodistrofia en pacientes con VIH / SIDA y las acciones de esquema que optimizan la calidad de vida mejor. **MÉTODOS:** Se trata de un tipo de literatura de investigación cualitativa. La recolección de datos se realizó durante los meses de julio y agosto de 2011, a través de la base de datos de la biblioteca electrónica de revistas científicas brasileñas (SciELO Brasil) y PubMed. Utilizamos las siguientes palabras clave para la búsqueda: VIH / SIDA y la lipodistrofia. **Resultados:** A partir de la lectura de los artículos agrupados los principales cambios relacionados con la lipodistrofia en tres categorías: 1) los cambios psicosociales, 2) los cambios corporales, y 3) trastornos metabólicos. **Conclusión:** Dada la complejidad de los efectos causados por la lipodistrofia, pone de relieve la importancia del equipo multidisciplinario con estos clientes y sus familias en busca de una atención integral y promover la calidad de vida. **Descriptor:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, lipodistrofia, Terapia nutricional de enfermería, Terapia física.

¹Graduado em Nutrição pela UNISUAM, residente do programa Multiprofissional em Saúde-UNIRIO. E-mail: tiagoarmentano@yahoo.com.br. ²Graduado em Fisioterapia pela UNISUAM, residente do programa Multiprofissional em Saúde-UNIRIO. E-mail: alexandrelung@yahoo.com.br. ³Graduada em Enfermagem pela UNIGRANRIO, residente do programa Multiprofissional em Saúde-UNIRIO. E-mail: lorranaferri@yahoo.com.br. ⁴Graduada em Enfermagem pela UNIRIO, residente do programa Multiprofissional em Saúde-UNIRIO. E-mail: nati_goncalves@yahoo.com.br. ⁵Enfermeira doutora em enfermagem psiquiátrica, professora adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO E-mail: rosane.dv@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Sua evolução é marcada por uma considerável destruição de linfócitos T CD4+ e pode ser dividida em três fases: infecção aguda, infecção assintomática, doença sintomática.

A infecção aguda surge algumas semanas após a infecção inicial, sendo de difícil diagnóstico por se assemelhar a um quadro gripal, ou mesmo a uma mononucleose. Na segunda fase, o paciente apresenta um quadro de infecção assintomática, que podem durar alguns anos. A terceira fase, denominada doença sintomática, o paciente apresenta diversos sinais e sintomas como, febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior do indivíduo), sudorese noturna, astenia e adenomegalia. Neste momento, as infecções oportunistas passam a surgir ou se reativar, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral, candidíase e meningite por criptococos, dentre outras. Tumores raros em indivíduos imunocompetentes, como o sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin podem surgir, caracterizando a AIDS.

A história natural da doença vem sendo consideravelmente modificada pela terapia anti-retroviral (TARV). Este procedimento retarda a evolução da infecção até o seu estágio final, aumentando a duração e a qualidade de vida dos portadores da doença.¹ Entretanto, a redução da morbimortalidade por doenças infecciosas e neoplásicas oportunistas vem se acompanhando do aumento da prevalência de outras patologias, entre elas a lipodistrofia associada ao HIV.²

A síndrome lipodistrófica é um quadro clínico caracterizado por diversas alterações, entre elas as corporais. Destacando-se a lipoatrofia periférica, como a perda de gordura em face, braços, pernas e nádegas e a lipohipertrofia manifestada por acúmulo de gordura dorsocervical, aumento da circunferência abdominal e aumento do volume dos seios. Na lipodistrofia, também há alterações metabólicas como resistência insulínica, dislipidemia e alteração no metabolismo glicêmico.³

Acredita-se que essas modificações corporais estão relacionadas ao uso da terapia anti-retroviral, mais especificadamente ao uso dos inibidores de protease.⁴

A complexidade da lipodistrofia, que engloba desde alterações físicas até o preconceito envolvido, sugere a abordagem do paciente sob os olhares de diversos profissionais. O trabalho em equipe multiprofissional caracteriza-se pela relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.⁵

Baseado no exposto e na prática profissional como residentes inseridos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde dentro de um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro, surgiu o interesse em abordar o assunto. O grupo, composto por duas enfermeiras, um fisioterapeuta e um nutricionista, deparou-se com a complexa realidade enfrentada por esse tipo de paciente durante seu período como residentes junto a essa clientela. Sendo o ambulatório, a enfermaria de clínica médica, a enfermaria de clínica cirúrgica e a unidade de terapia intensiva, partes dos diferentes cenários vivenciados durante nossa prática hospitalar. Este trabalho tem como objetivo discutir a relação entre a presença de lipodistrofia em pacientes portadores do vírus HIV/AIDS e esboçar ações que otimizem uma qualidade de vida melhor.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa se estabelece em mensurar variáveis para verificar e explicar sua influência sobre outras, baseada na análise da frequência de incidências e correlações estatísticas.⁶

A pesquisa bibliográfica utiliza uma extensa literatura para estudar e analisar aspectos diversos de um tema, favorecendo pesquisas futuras mais estruturadas.⁷

A coleta de dados foi realizada durante os meses de julho e agosto de 2011, através do banco de dados da Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SciELO Brasil) e pubmed. Utilizamos os seguintes descritores para a busca: HIV/AIDS e Lipodistrofia.

A seleção dos artigos foi realizada por meio da leitura do título e resumo de todos aqueles levantados na base de dados. Foram excluídos os artigos que na leitura do resumo não apresentaram relação com o tema em questão, além de estudos experimentais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Baseado na leitura dos artigos, agrupamos as principais alterações relacionadas com a lipodistrofia em três categorias: 1) alterações psicossociais; 2) alterações corporais; e 3) alterações metabólicas, que podem ser observadas na tabela 1.

Alterações Corporais	Alterações Metabólicas	Alterações Psicossociais
Lipohipertrofia Central	Hipertrigliceridemia	Dificuldades nas relações sociais
Lipoatrofia Periférica	hipercolesterolemia	Dificuldades nas relações sexuais
Lipodistrofia Mista	Dislipidemia mista Resistência insulínica e/ou diabetes mellitus tipo II	Prejuízo da auto-estima Isolamento social

Tabela 1 - Principais Alterações observadas na Lipodistrofia

Alterações psicossociais

Com as mudanças corporais que a síndrome da lipodistrofia causa em pacientes com HIV/AIDS em tratamento com antirretrovirais, podem surgir dificuldades psicológicas e emocionais nessas pessoas⁸. Podemos visualizar tais dificuldades em um artigo, onde os pacientes entrevistados relatam ter dificuldades nas relações sociais, tais como evitação social, dificuldade nas relações sexuais devido a não se sentirem mais atraentes sexualmente, prejuízo da autoimagem e redução da autoestima, depressão, além do temor da consequente revelação forçada do diagnóstico, pela possível associação dos sintomas com a doença. Entretanto, o artigo mostra através de seus resultados, que os relacionamentos familiares e no trabalho não são relativamente afetados, sendo a família em geral fonte de apoio social. Já em relação ao trabalho, aproximadamente metade dos 21 participantes eram aposentados e não utilizavam essa modalidade como relacionamento social. Aqueles que trabalhavam

relataram que o fato de possuírem a doença era desconhecido por seus colegas de trabalho, que por sua vez relataram que a presença dos sinais da lipodistrofia gerava constrangimento no trabalho.

Essa mesma pesquisa aponta que em geral os relacionamentos sociais não foram afetados pela presença da lipodistrofia. Porém, cinco participantes reduziram contatos sociais, queixaram-se de maior introversão e esquiva de ocasiões que envolviam o encontro com pessoas que os conheciam antes do aparecimento das mudanças que a lipodistrofia acarreta. Vale destacar ainda que a maior parte dos relacionamentos afetados negativamente são os amorosos, em geral para aqueles que não tinham parceiros fixos.⁸

Em relação à identificação da lipodistrofia, a maior parte dos entrevistados relatou que os primeiros sinais da doença foram o emagrecimento da face. Em relação à lipohipertrofia, 16 pessoas se referiram ao ganho de gordura na região abdominal.⁸

Ressalta-se ainda que conviver com HIV/AIDS implica em mudanças de comportamento, estilo de vida, hábitos, impactos sociais e emocionais, uso constante de medicamentos, visitas hospitalares recorrentes, além da convivência permanente com a impossibilidade de cura.⁹

A adoção de estratégias como procedimentos estéticos e cirurgias plásticas, foram apontados como atenuantes às consequências da lipodistrofia em relação ao bem estar psicológico desses pacientes.⁸ Baseado no exposto, o Brasil foi pioneiro na oferta de cirurgias reparadoras gratuitas para pacientes que vivem com HIV/AIDS e utilizam de anti-retrovirais.⁹ Esse direito, assegurado através da portaria 2582/ GM de Dezembro de 2004, inclui 8 cirurgias reparadoras na tabela de sistema de informações hospitalares do SUS: lipoaspiração de giba, lipoaspiração de parede abdominal, redução mamária, tratamento de ginecomastia, lipoenxertia de glúteo, reconstrução glútea, preenchimento facial com tecido gorduroso, preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).¹⁰

O artigo enfatiza que recorrer a cirurgias plásticas, além de ser um modo de reduzir alterações físico-estéticas, auxilia na melhora dos aspectos psicológicos e sociais envolvidos, por remover sinais estigmatizantes que retratam a doença, colaborando com o bem estar.⁹

Alterações corporais

Com base nos artigos analisados as alterações corporais são frequentemente relatadas pelos próprios pacientes e confirmadas posteriormente pelo exame clínico. As alterações mais comuns são a lipohipertrofia central (acúmulo de gordura abdominal e/ou tronco, mamas, ou região dorsocervical também denominada *buffalo-hump*), lipoatrofia periférica (atrofia da bola gordurosa de bichart, proeminência de veias do braço e da perna) ou lipodistrofia mista (que englobam ambas as alterações).^{3, 11}

Em um estudo que observou a prevalência de lipodistrofia em 180 adultos brasileiros, 57% dos indivíduos relataram alguma alteração corporal. Um percentual de 43% de mulheres notaram com maior frequência a lipohipertrofia central, seguida pela lipodistrofia mista em 40% das mulheres. Um percentual de 34% de homens relataram lipoatrofia periférica, seguida de lipodistrofia mista em 34% dos homens e de lipohipertrofia central em 32% dos homens.³

Em 2006, um estudo transversal foi realizado com 223 adultos de ambos os sexos em uso de terapia anti-retroviral de alta potência (HAART) com inibidor de protease (IP) há pelo menos três anos. O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre ingestão alimentar e a presença de obesidade abdominal, definida pela razão das circunferências da cintura e quadril, sendo: > 0,95 para homens e > 0,85 para mulheres. A prevalência de obesidade abdominal no grupo foi de 45,7% e estava associado ao maior consumo de gordura.³

Em uma coorte prospectiva realizada no Canadá, no período de outubro de 1998 à maio de 2001, com 366 pacientes que iniciaram pela primeira vez o uso da terapia anti-retroviral, a presença

de alterações morfológicas e lipídicas foi verificada. Constatou-se uma incidência de 29% para lipoatrofia, 23% para lipohipertrofia e 13% para lipodistrofia mista.¹¹

Alterações metabólicas

Na lipodistrofia, também há alterações metabólicas como resistência insulínica, dislipidemia e alteração no metabolismo glicêmico.¹²

Um estudo transversal realizado em Minas Gerais com 176 pacientes, sendo 76% usuários de (TARV) e 24% não usuários, buscou avaliar o uso de TARV e o perfil lipídico e glicêmico destes pacientes. Este estudo evidenciou que os usuários de TARV apresentavam níveis de triglicerídeos, colesterol total e frações lipídicas (HDL-colesterol, LDL-colesterol, VLDL-colesterol) significativamente maiores. Em relação a glicemia de jejum, os valores não foram significativos quando os dois grupos foram comparados. Porém houve significância estatística¹³ quando administradas 75g de dextrosol e os níveis glicêmicos verificados após 60 e 120 minutos.

Um outro estudo transversal procurou avaliar a presença de lipodistrofia e sua relação com as alterações do perfil lipídico e resistência à insulina em trinta crianças e adolescentes brasileiros em uso de terapia antiretroviral com mediana de 28,4 meses no momento do estudo. Entretanto, não foram evidenciadas diferenças estatísticas significativas em nenhum dos parâmetros avaliados (HOMA-IR, triglicerídeos, HDL-colesterol e LDL-colesterol).¹²

Baseado nas alterações acima descritas sugerimos diferentes ações visando uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

Ações de enfermagem

A Enfermagem possui atribuições a serem trabalhadas tanto no âmbito individual quanto coletivo. Pacientes que vivem com HIV/AIDS encontram-se mais susceptíveis a infecções oportunistas, reforçando a necessidade de medidas de controle de infecção, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais. Tais medidas são gerais e devem ser aplicadas em todos os pacientes. Como cuidados mais direcionados a esse público podemos citar a formulação de estratégias junto à equipe multiprofissional para a efetivação de uma assistência integral, o incentivo aos indivíduos a formularem um projeto de vida, o encorajamento do paciente que vive com HIV/AIDS a assumir uma postura frente a sua vida e vencer os obstáculos impostos pela discriminação e preconceito, a identificação junto ao paciente de seus próprios potenciais e os recursos disponíveis na comunidade para atender suas necessidades e a informação a respeito dos seus direitos. Tais cuidados são facilitados pelo contato da equipe de enfermagem com esses pacientes ao longo do tempo. Desta forma favorecendo a criação de vínculos, a confiança e tornando possível uma comunicação terapêutica.

Em relação à identificação junto ao paciente sobre os recursos disponíveis na comunidade, podemos citar, por exemplo, a existência de grupos de apoio. Tais grupos permitem o contato com outros sujeitos que enfrentam problemas semelhantes. Trata-se do espaço em que o sujeito verbaliza seus medos, angústias, preocupações e dificuldades do dia a dia.

O paciente pode ser informado também a respeito da Portaria 2582/2004.

Além da preocupação com o paciente, é de fundamental importância a preocupação com suas famílias. Uma doença inserida no ambiente familiar pode causar modificações significativas no convívio domiciliar, podendo ocasionar o risco de não adaptação. Qualquer família que demonstre uma dificuldade em lidar com a AIDS pode necessitar de auxílio externo e recursos adicionais.¹⁴

O enfermeiro deve se ater à complexa problemática familiar. Esta rede de relações necessita de uma compreensão que leve em conta sua inserção do contexto sócio-econômico e o momento do ciclo vivido.¹⁵

O profissional deve estar apto a observar e reconhecer o papel da família em responder pela saúde de seus membros, deve considerar as dúvidas, as opiniões e a atuação da família na proposição de suas ações. A assistência à família implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas dificuldades e coordena seus esforços. O profissional deve utilizar seu conhecimento sobre cada família e em conjunto com cada uma delas pensar e implementar a melhor assistência possível¹⁵ com base nas informações obtidas.

Ações de fisioterapia

Além da alteração da distribuição da gordura corporal e das alterações metabólicas, diversas outras alterações podem ocorrer nos pacientes infectados pelo HIV que fazem uso de (TARV). Dentre elas podemos encontrar alterações ortopédicas, sendo as mais comuns a osteoporose, osteopenia, síndrome do túnel do carpo e capsulite adesiva.¹⁶

A osteoporose e a osteopenia sofrem influências multifatoriais como ativação de citocinas pró-inflamatórias, ação direta do vírus sobre as células ósseas, alteração no metabolismo da vitamina D e utilização de TARV, principalmente dos inibidores de protease.¹⁴ Sabendo que a principal medida de prevenção de osteoporose é a prática regular de atividade física e que os pacientes infectados pelo HIV que apresentam lipodistrofia têm uma tendência ao isolamento social, é muito importante a promoção de atividade física regular individual ou em grupo, a fim de prevenir as possíveis alterações ortopédicas bem como promover uma maior interação social.¹⁶

Neste sentido a fisioterapia conta com um apoio fundamental da nutrição, pois é necessária uma ingestão maior de cálcio e até mesmo administração de vitamina D suplementar.

De acordo com uma revisão sistemática publicada em 2008, os programas de exercício em grupo promovem uma maior socialização desses pacientes, sendo importante instrumento de engajamento social e profissional. Além de servir como estratégia para redução dos riscos cardiovasculares nos pacientes infectados pelo HIV que apresentam alteração da distribuição da gordura corporal, contribuindo também para o aumento da sensibilidade à insulina. O autor relata ainda a importância de realizar uma abordagem multiprofissional durante o tratamento desses pacientes a fim de promover uma melhor qualidade de vida.¹⁷

Ações de nutrição

Do ponto de vista nutricional, poucos artigos relacionados à abordagem do paciente com lipodistrofia são encontrados na literatura. Porém, na prática clínica observamos que essa população frequentemente desenvolve a síndrome metabólica (SM). Uma desordem complexa e multifatorial que está associada ao aumento de doenças cardiometabólicas.¹⁸

Segundo a American Heart Association e o National Heart, Lung, and Blood Institute (AHA/NHLBI- 2005) o diagnóstico da SM é determinado pela presença de três ou mais das seguintes afecções: obesidade abdominal (determinada por valores de circunferência da cintura superiores a 102 cm e 88 cm em homens e mulheres, respectivamente), hipertensão arterial sistêmica (definida por níveis pressóricos iguais ou maiores que 130/85 mmHg), tolerância à glicose prejudicada ou diabetes mellitus (glicemia de jejum maior ou igual a 100 mg/dl), hipertrigliceridemia (valores iguais ou superiores a 150 mg/dl) e baixas concentrações sanguíneas de HDL-c (inferiores a 40 mg/dl para homens e 50 mg/dl para mulheres).¹⁹

Recomendações de macronutrientes

A recomendação de carboidratos deverá estar entre 50 a 60% do valor calórico total (VCT), sendo priorizados os complexos, como grãos integrais, frutas e hortaliças.²⁰

As fibras que constituem os carboidratos complexos são classificadas de acordo com a sua solubilidade. As fibras solúveis são representadas pela pectina (frutas) e pelas gomas (aveia, cevada e leguminosas) e estão relacionadas à redução de trânsito gastrointestinal e no controle da dislipidemia. Em relação as fibras insolúveis, elas não atuam sobre a colesterolemia, porém aumentam a saciedade e aceleram o trânsito gastrointestinal. São representadas pela celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças). A recomendação de fibras diária para adultos é de 20 a 30g/dia, sendo de 5 a 10g fibras solúveis, como medida adicional para a redução de colesterol.²⁰

Recomenda-se uma ingestão diária de proteínas de 0,8 a 1,0 g/kg de peso atual ou 15% do valor calórico total. Embora dietas hiperprotéicas e com baixas concentrações em carboidratos possam promover a redução de peso e melhorar a glicemia a curto prazo, sua efetividade não está bem estabelecida a longo prazo.²¹

Em relação à ingestão de lipídios, sua ingestão deve variar entre 25 e 35% do VCT, sendo que menos de 7% de gordura saturada, 10% de poliinsaturada e 20% de monoinsaturada e até 200 mg/dia de colesterol.²²

O ácido graxo ômega-3 está associado com a diminuição dos triglicerídeos, diminuição da agregação plaquetária e pressão arterial, minimizando o risco de DAC e aumentando a sensibilidade à insulina.²⁰

Recomendações complementares

O consumo de cloreto de sódio deve ser limitado a 6g/dia ou 2400 mg de sódio ou 100 meq/dia de sódio. Devem ser evitados os alimentos processados como embutidos, conservas, enlatados e defumados. Temperos naturais como salsa, cebolinha e ervas aromáticas são recomendados ao invés dos condimentos industrializados.²¹

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial e também pode causar uma resistência terapêutica anti-hipertensiva. De maneira geral, o uso de bebidas alcoólicas deve ser desaconselhável aos indivíduos hipertensos, dislipidêmicos e que visam a perda de peso, já que cada grama de álcool tem 7,0 kcal. No caso daqueles que preferem consumir álcool, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml de etanol/dia. Isso corresponde a 60 ml de bebidas destiladas, 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja. Para as mulheres a dose não deverá ser superior a 15 g de etanol/dia.²³

Tendo em vista as alterações de perfil lipídico e a alta prevalência de sobrepeso e obesidade em indivíduos com síndrome metabólica, há uma necessidade de suplementação de nutrientes antioxidantes para combater o estresse oxidativo. Entre eles estão as vitaminas A, C e E, cobre, selênio e zinco. É necessário um planejamento de educação nutricional associado a essas medidas, visando o controle da síndrome e prevenindo o surgimento de co-morbidades.²⁴

A adoção do modelo dietético DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) e da Dieta do Mediterrâneo que preconizam o uso de hortaliças, legumes, grãos integrais, frutas, laticínios com baixo teor de gordura total, gordura saturada, trans e colesterol, alta quantidade de gordura monoinsaturada (azeite de oliva) e ácidos graxos omega-3 e fornecer altas quantidades de potássio, magnésio e cálcio pode ser uma opção terapêutica na síndrome metabólica, quando associada a uma intervenção no estilo de vida.²⁵

A perda de peso é mais efetiva quando exercícios regulares são associados ao regime alimentar. As recomendações básicas incluem a prática de exercícios aeróbicos, com duração de 30 a

60 minutos por dia. Além de ajudar na perda de peso, a prática de atividade física regular está associada à melhora da resistência insulínica, redução nos níveis pressóricos e aumento de HDL-colesterol. O objetivo do tratamento é uma perda de peso em torno de 7% a 10% do peso corporal num período de 6 a 12 meses. A velocidade recomendada para o emagrecimento deve ser de 2 a 4 kg por mês.²⁶

CONCLUSÃO

Tendo em vista a complexidade das repercussões ocasionadas pela lipodistrofia, sobretudo o enfrentamento do sofrimento físico e emocional, que acabam por levar ao isolamento social, destaca-se a importância do trabalho da equipe multiprofissional com essa clientela e seus familiares, buscando a integralidade da assistência e promoção da qualidade de vida.

Devido à escassez de estudos nacionais que abordem esse tema, enfatizamos a importância de mais estudos na área, sobretudo estudos que abordem o papel da equipe multiprofissional na assistência destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso- 4. ed. ampl.- Brasília: 2004.
2. Hadigan C, Meigs JB, Corcoran C, Rietschel P, Picuch S, Basgoz N, et al. Metabolic abnormalities and cardiovascular disease risk factors in adults with human immunodeficiency virus infection and lipodystrophy. *Clin Infect Dis*. 2001;32:130-9.
3. Diehl LA, Dias JR, Paes ACS, Thomazini MC, Garcia LR, Cinagawa E, et al. Prevalência da Lipodistrofia Associada ao HIV em Pacientes Ambulatoriais Brasileiros: Relação com Síndrome Metabólica e Fatores de Risco Cardiovascular. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008;52/4.
4. Sociedade Brasileira de Infectologia. Terapia Anti-retroviral e Alterações Metabólicas. Ano I, nº1, out/nov/dez 2005.
5. Peduzzi M. Trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):103-9.
6. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2000.
7. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. São Paulo: Difusão; 2009.
8. Seidl EMF, Machado ACA. Bem estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 13 n. 2, p. 239-247, abr./jun. 2008
9. Alencar Tatianna Meireles Dantas de, Nemes Maria Ines Battistella, Velloso Marco Aurélio. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Dec; 13(6): 1841-1849.
10. Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.582/GM de 02 de dezembro de 2004, que inclui nas tabelas de procedimentos do SUS as cirurgias reparadoras para pacientes portadores de HIV/Aids e para usuários com acesso à antiretrovirais e define os mecanismos para operacionalização desses procedimentos nos Sistemas de Informações - SIA e SIH/SUS.

11. Jaime PC, Florindo AA, Latorre MRDO, Segurado AAC. Central Obesity and dietary intake in HIV/AIDS patients. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):634-40.
12. Heath KV, Chan KJ, Singer J, O'Shaughnessy MV, Montaner JSG, Hogg RS. Incidence of morphological and lipid abnormalities: gender and treatment differentials after initiation of first antiretroviral therapy. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31:1016-1020.
13. Sarni ROS, Souza FIS, Battistini TRB, Pitta TS, Fernandes AP, Tardini PC, et al. Lipodistrofia em crianças e adolescentes com síndrome da imunodeficiência adquirida e sua relação com a terapia antirretroviral empregada. *Jornal de Pediatria* 2009; 85(4).
14. Lima ALM et al. Perguntas e respostas HIV/AIDS. São Paulo: Atheneu, 1996.
15. Senna MD, Antunes EH. Abordagem da Família (a Criança, o Adolescente, o Adulto e o Idoso no Contexto da Família), 2001.
16. Lima ALLM, Godoy AL, Oliveira PRD, Gobbi RG, Silva CA, Martino PB, et al. Alterações Ortopédicas na AIDS. *Rev Bras Ortop.*2009; 44(3):186-90.
17. Quezia AT, Cavalcanti N; Costa IS, Bernardes KO. Fisioterapia no contexto do HIV/AIDS. *Fisioter. Mov.* 2008; 21(4):11-18.
18. Rossi M, Neto AS, Rossi FMB, Amarante RDM, Alcântara GC, Silva RBF, et al. Percentage of excess BMI lost correlates better with improvement of metabolic syndrome after Roux-en-Y gastric bypass in morbidly obese subjects: anthropometric indexes and gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2009; 5: 9-18.
19. Grundy S M, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement *Circulation.* 2005; 112 (17): 2735- 2752.
20. Rodrigues CSC, Reis NT. Síndrome metabólica. In: Jaqueline FF. *Nutrição e doenças cardiovasculares.* 1ªed. São Paulo: Atheneu, 2005.
21. Bressan J, Coelho SB. Abordagem nutricional na síndrome metabólica. *Revista Nutrição em Pauta,* São Paulo, p.10-15, 2008.
22. National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Final Report, 2002.
23. Costa RP, Silva CC, Pimentel IC. Terapia nutricional nas doenças cardiovasculares. In: CHEMIM, S. M.; MURA, J. D. P. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia.* 1º ed. São Paulo: Roca, 2007.
24. Fernandes M, Paes C, Nogueira C, Souza G, Aquino L, Borges, F, et al. Perfil de consumo de nutrientes antioxidantes em pacientes com síndrome metabólica. *Revista de Ciências Médicas;* 2007. 16: 209-219.
25. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia,* v. 84 (suplemento: 1), p. 1-28, 2005.
26. Wesley SRA, Suplicy H. Como diagnosticar e tratar síndrome metabólica.2009; *Revista Brasileira de Medicina.* 2008; 36-45.

Recebido em: 01/11/2011

Revisão requerida: não

Aprovado em: 21/03/2013

Publicado em: 01/12/2013

Correspondência:

Praça 13 de Junho 133 Cordovil, Rio de Janeiro/ RJ; Brasil.

Tel.: (21) 7871-0887.

Email: tiagoarmentano@yahoo.com.br