

## ADESÃO DE PACIENTES HIV POSITIVOS À DIETOTERAPIA AMBULATORIAL

### ADHERENCE OF POSITIVE HIV PATIENTS TO AMBULATORY DIET THERAPY

Késia Diego QUINTAES<sup>1</sup>  
Rosa Wanda Diez GARCIA<sup>2</sup>

#### RESUMO

*É conhecida a importância do estado nutricional para a evolução clínica de pacientes HIV positivos. Entretanto, é desconhecida a expectativa do paciente com relação à dietoterapia. Por um período de 30 semanas foram acompanhados 50,0% dos pacientes HIV positivo (grupos II e IV) atendidos pelo ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Hospital e Maternidade Celso Pierro. Neste período foram realizadas duas entrevistas, sendo o intervalo entre elas de 10 semanas. Na primeira foram colhidos dados socioeconômicos, antropométricos, verificadas as modificações voluntárias feitas na alimentação e também a expectativa do paciente quanto a este tipo de tratamento. Na segunda foram colhidos indicadores diretos e indiretos de adesão ao tratamento. A adesão foi maior entre os pacientes do grupo IV (64,7%) do que entre os do grupo II (35,3%). No entanto, 81,3% dos pacientes do grupo II, após tomarem conhecimento da sorologia positiva para HIV, modificaram voluntariamente sua alimentação, demonstrando ser este um importante período para sensibilização do paciente para o tratamento.*

**Termos de indexação:** dietoterapia, síndrome de imunodeficiência adquirida.

#### ABSTRACT

*It's well known the importance of nutritional status to the clinical evolution of positive HIV patients. However, the patient expectation in relation to diet therapy is unknown. During 30 weeks, 50.0% of the patients HIV positive (groups II and IV) attended by the ambulatory of Sexually Transmitted Diseases of Hospital and Maternity Celso Pierro, were interviewed. In this period two interviews with an interval of ten weeks were carried out. At the first one socioeconomic and anthropometric data were collected voluntary feeding modifications and also the patient expectation about such treatment were verified. At the second one, direct and indirect indicators of the adherence to treatment were collected. The adherence was greater in patients of group IV (64.7%) than in group II (35.3%). However, 81.3% of the patients from group II, after being aware about the*

---

<sup>(1)</sup> Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

<sup>(2)</sup> Departamento de Nutrição do Curso de Nutrição, Faculdade de Ciências Médicas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Av. John Boyd Dunlop, s/n, Bloco A, 13020-904, Campinas, SP.

*positive HIV serology, have changed by themselves their alimentation, which means an important way for the patients to be sensitive about the treatment.*

**Index terms:** diet therapy, acquired immunodeficiency syndrome.

## INTRODUÇÃO

O impacto da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil está associado a pobreza e ao baixo grau de escolaridade e concentra-se principalmente no Estado de São Paulo. A incidência global acumulada no Brasil é de 36,3 casos por 100 mil habitantes, sendo que em São Paulo é de 93,4 vindo a seguir o Rio de Janeiro com 62,4. As categorias de maior exposição à contaminação são os usuários de drogas injetáveis e os heterossexuais. O menor tempo de sobrevida em pacientes HIV positivo, também é encontrado nas camadas sociais menos favorecidas (Bastos & Barcellos, 1995).

A intervenção nutricional no paciente HIV positivo tem sido recomendada devido a implicações nutricionais na evolução da infecção pelo vírus HIV (American..., 1994). A desnutrição severa diminui a sobrevida e compromete a qualidade de vida desses pacientes. As causas da caquexia, peculiar nos quadros avançados da doença, não estão totalmente esclarecidas, mas um conjunto de fatores interage para a evolução do comprometimento nutricional (Ysseldyke, 1991; Singer *et al.*, 1992; Ferrini *et al.*, 1993; Chandra, 1996). As alterações no consumo alimentar, na absorção de nutrientes e no metabolismo contribuem para este quadro. Vários sintomas (anorexia, lesões orais e esofagianas, disfagia, odinofagia, febre, náusea, vômito, diarreia, entre outros) associados à medicação e às infecções oportunistas, à depressão e à dificuldade de acesso ao alimento pela precariedade socioeconômica e pela falta de estrutura doméstica e familiar, prejudicam o consumo alimentar. A má absorção de nutrientes também é muito comum, podendo se agravar com o efeito sinérgico existente entre as drogas usualmente prescritas no tratamento medicamentoso (American..., 1994; Chandra, 1996). Da mesma forma o hipermetabolismo aumenta o requerimento nutricional do paciente contribuindo ainda mais para a desnutrição.

Marmor *et al.* (1996) notaram que a perda de peso encontrada em pacientes HIV positivos é de 4,5 kg durante os três primeiros meses após o diagnóstico

da doença. Ferrini *et al.* (1993) relacionaram a perda de peso com o prognóstico da doença e, da mesma forma, Antunes *et al.* (1994) e Singer *et al.* (1992) referiram que uma perda de peso corporal maior ou igual a 10% do peso usual aumenta consideravelmente o risco de morbidade e mortalidade para o paciente.

Por outro lado, o efeito sinérgico entre a desnutrição e a infecção também contribui para o aumento da gravidade da doença. Associada à desnutrição, a deficiência de vitaminas e minerais acentua as alterações imunológicas do paciente HIV positivo. Baum & Shor-Postner (1997) demonstraram que a deficiência em micronutrientes é frequente em indivíduos HIV positivos e que isto afeta a função imunológica bem como a progressão da doença.

Há muito tempo se conhece os efeitos da desnutrição sobre o sistema imunológico: ela diminui a atividade deste, reduzindo o número e afetando a razão entre linfócitos T4 e T8 (Delafuente, 1991), tornando o organismo desnutrido mais susceptível às infecções oportunistas. Vários estudos têm confirmado a forte relação entre o estado nutricional e a progressão da infecção pelo HIV (McCorkindale *et al.*, 1990; Kloter, 1991; Ysseldyke, 1991; Ferrini *et al.*, 1993; Sharkey, 1993; Gramlich & Mascioli, 1995).

O tratamento nutricional preventivo pode auxiliar na redução da frequência e da severidade das infecções (American..., 1994). Burgüer *et al.* (1993) estudando um grupo de 54 pacientes, verificaram que em apenas cinco destes pacientes a dietoterapia foi ineficiente. Assim, concluiu que o tratamento nutricional deveria ser intensificado, fazendo parte do protocolo de atendimento aos pacientes HIV positivos, tratando e prevenindo a desnutrição. Helseler *et al.* (1992), estudando um grupo de pacientes HIV positivos concluíram que a alimentação do paciente é importantíssima no cuidado de sua saúde. Em se tratando de pacientes ambulatoriais, verificou-se a importância da educação nutricional, concluindo que somente através desta é que estes indivíduos quando forem consumir habitualmente seus alimentos poderão considerar dentre suas preferências alimentares qual

a escolha mais acertada ao seu requerimento e estado de saúde.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a adesão à dietoterapia de portadores do vírus HIV atendidos pela Nutrição no Ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas - Doenças Sexualmente Transmissíveis do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas (MI-DST-HMCP). A questão que guiou esta pesquisa foi a suspeita de que a adesão à dietoterapia estaria prejudicada pelo prognóstico da doença e pelos limites impostos pelas condições socioeconômicas da clientela. Foi realizada a caracterização socioeconômica e antropométrica da população, levantados os aspectos dietéticos considerados relevantes pelos pacientes e avaliada a adesão à dietoterapia.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Casuística

A amostra, composta por 33 pacientes HIV positivos grupos II e IV<sup>3</sup>, sendo 16 do sexo feminino e 17 do sexo masculino, representou 50% da população assistida no Ambulatório MI-DST-HMCP em junho de 1996. Durante 30 semanas, estes pacientes foram atendidos pelo Setor de Nutrição desse Ambulatório. Duas consultas fizeram parte deste atendimento, sendo que o intervalo médio entre a primeira e a segunda consulta foi de 10 semanas.

Inicialmente foram colhidas informações socioeconômicas, antropométricas e verificadas as modificações voluntárias feitas na alimentação, e dos sintomas apresentados, quais deles o paciente fazia referência à alimentação como uma forma de tratamento. Nossa intenção foi apurar a importância que o paciente dava a alimentação, quais as estratégias que ele usava para obter melhores resultados e se o mesmo considerava a alimentação como um dos itens relevantes para seu auto cuidado. Isto sinalizaria indiretamente a dimensão que a alimentação poderia ter para o seu tratamento e desta forma permitiria averiguar uma possível predisposição para a dietoterapia. Ainda na primeira consulta, foi realizado o atendimento dietoterápico com orientações dirigidas

ao estado nutricional, sintomatologia e cuidados com a higiene alimentar.

Na segunda consulta foi verificada a adesão ao tratamento alimentar através de uma avaliação, realizada pelo nutricionista. Os critérios utilizados para caracterizar a adesão à dietoterapia foram o cumprimento das modificações dietéticas indicadas na primeira consulta, o controle de peso, os procedimentos de higiene alimentar, o seguimento de recomendações e a melhoria de sintomas atenuados com a dietoterapia. Em condições sociais adversas, as tentativas de mudanças dietéticas sugeridas ou adaptações às mesmas também foram consideradas como adesão a dietoterapia.

Os indicadores para a caracterização socioeconômica foram: renda familiar, renda *per capita*, grau de escolaridade, situação empregatícia, ocupação e condições de moradia. Através das medidas antropométricas de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), indicador utilizado para avaliar o estado nutricional, classificado segundo os critérios de Garrow (1981).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, 51,5% da amostra encontram-se nas duas primeiras faixas de renda familiar, isto é, ganham entre 1 e 5 salários mínimos, e desta, 24,2% têm renda entre 1 e 2 salários mínimos. Em outras situações (presidiário e pessoas que vivem de doações) encontramos 9,1%. Esta mesma porcentagem de pacientes vivem com renda de 6 a 8 salários mínimos e 30,3% com renda familiar superior a 8 salários mínimos.

Através da renda *per capita*, pôde-se notar melhor as diferenças sociais: 45,5% da amostra vivem com renda de até 1,5 salário mínimo; 24,2% entre 1,6 e 3,5; 18,2% entre 3,6 e 5,5, teto máximo da renda *per capita*.

A ocupação é bastante variável, sendo que o que mais chama a atenção é o número de vendedores, 9 (27,3%). Destes, poucos têm vínculo empregatício e, a maior parte, desempenha esta função ocasionalmente, por conta própria. Entre outras ocupações, o trabalho doméstico predomina entre as mulheres e, entre os

<sup>3</sup> Os grupos I e II são assintomáticos e os grupos III e IV são sintomáticos, sendo este último o quadro da AIDS propriamente dita. Os grupos II e IV são os mais diagnosticados e alvo desta pesquisa.

homens, as profissões foram mais variadas, desempenhadas em escritório, construção civil,

trabalhos autônomos como marcenaria, pintura, eletricidade, e outros.

**Tabela 1.** Características socioeconômicas dos pacientes.

Renda Familiar			Renda <i>per capita</i>			Situação empregatícia			Escolaridade		
SM	n	%	SM	n	%	SE	n	%	NE	n	%
1,0 - 2,9	8	24,2	0,1 - 1,0	10	30,3	Desempregado	15	45,5	1º grau I	18	54,5
3,0 - 5,9	9	27,3	1,1 - 2,0	10	30,3	empregado	5	15,2	1º grau C	4	12,1
6,0 - 7,9	3	9,1	2,1 - 4,4	5	15,2	autônomo	9	27,3	2º grau I	6	18,2
> 8,0	10	30,3	> 4,0	5	15,2	aposentado	1	3,0	2º grau C	3	9,1
outros	3	9,1	outros*	3	9,1	outros*	3	9,1	3º grau I	2	6,1

(\*) Refere-se a pacientes que vivem de doações e um presidiário

SM: Salário mínimo

SE: Situação empregatícia

NE: Nível de escolaridade

I: Incompleto

C: Completo

A situação empregatícia retrata melhor a instabilidade da condição social. Apenas 15,2% estão empregados, 27,3% são autônomos e 45,5% estão desempregados. Os demais estão aposentados e um deles é presidiário.

Apenas 15,2% dos indivíduos pagavam aluguel e, 6,1% pagavam mensalidades referente ao financiamento da casa própria. Os demais (78,9%) não tinham despesa com moradia por viverem em casas próprias ou cedidas. Dos 33 pacientes, apenas um morava sozinho, os demais, ou moravam com a família, ou com amigos, o que pode ser considerado um fator positivo para assistência do paciente.

Quanto ao grau de escolaridade, mais da metade da amostra (54,5%) possuía o primeiro grau incompleto e 12,1% o completo; 18,2% têm o segundo grau incompleto e 9,1% o completo e 6,1% possuem o terceiro grau incompleto. Assim, a escolaridade é baixa, coincidindo com os dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde que, em 1995 mostrava que apenas 31,2% dos indivíduos com AIDS tinham cursado o segundo grau ou eram de nível superior, demonstrando uma ascendência da doença

sobre amplos segmentos populacionais de menor nível de escolaridade (Ministério..., 1997).

Para a caracterização antropométrica foi utilizado o IMC (Tabela 2). A média do IMC dos pacientes do grupo II foi de  $25,5 \text{ kg/m}^2 \pm 4,04$  e do grupo IV,  $20,9 \text{ kg/m}^2 \pm 2,73$ .

No grupo II, 13 pacientes eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino e no grupo IV, 14 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino. No grupo II a média do IMC entre os pacientes do sexo masculino foi  $23,9 \text{ kg/m}^2$  e entre o sexo feminino foi  $25,9 \text{ kg/m}^2$  e no grupo IV, a média do IMC foi de  $21,3 \text{ kg/m}^2$  e  $18,9 \text{ kg/m}^2$ , respectivamente. Dos pacientes do grupo II, 9 tinham peso normal, 3 estavam com sobrepeso, 3 eram obesos e um encontrava-se com baixo peso segundo a classificação de Garrow (1981). No grupo IV, 8 estavam com baixo peso, 7 tinham peso normal e 2 encontravam-se com sobrepeso. Da primeira para a segunda consulta, os pacientes do grupo II mantiveram seu peso e os do grupo IV apresentaram um pequeno ganho de peso.

**Tabela 2.** Índice de Massa Corporal (IMC) - grupos II e IV.

Grupo II		Grupo IV	
1ª Consulta	Retorno	1ª Consulta	Retorno
(antes da orientação dietética)	(após a orientação dietética)	(antes da orientação dietética)	(após a orientação dietética)
IMC ( $x \pm s$ )	IMC ( $x \pm s$ )	IMC ( $x \pm s$ )	IMC ( $x \pm s$ )
$25,5 \pm 4,04$	$25,5 \pm 3,84$	$20,9 \pm 2,73$	$21,5 \pm 2,93$

Mckinley *et al.* (1994) observaram um ganho de peso de  $0,54 \pm 5,17$  kg no grupo de pacientes HIV positivo que passaram por intervenção nutricional, ao passo que o grupo sem intervenção perdeu de  $1,59 \pm 5,81$  kg. Schwenk *et al.* (1993), acompanhando um grupo de 104 pacientes HIV positivos por 30 meses, também constataram perda de peso mesmo nos estágios iniciais da infecção.

Como era de se esperar, os pacientes do grupo IV encontravam-se com o IMC menor. No entanto, a média de ambos os grupos estava dentro dos padrões de normalidade. Da primeira para a segunda consulta houve um pequeno ganho de peso para os pacientes grupo IV e a manutenção do peso para os pacientes grupo II.

A regularização dos horários e o número de refeições foi uma modificação mencionada por 14 (42,4%) dos pacientes; o aumento do consumo alimentar foi uma preocupação para 8 (24,2%); a separação de utensílios foi feita por 7 (21,2%) e o aumento do consumo de frutas e verduras foi uma providência tomada por 6 (18,2%) dos pacientes (Tabela 3). Com menos frequência havia outras preocupações com a alimentação como: diminuir o consumo de bebida alcoólica, aumentar o cuidado com a higienização da comida, aumentar o consumo de vitaminas por meio de suplementos medicamentosos, diminuir o consumo de cigarros, entre outras. Sete pacientes (21,2%) não fizeram qualquer modificação na alimentação.

**Tabela 3.** Aspectos dietéticos relevantes para o paciente.

Principais modificações voluntárias na alimentação após o diagnóstico*	Pacientes		Sintomas que poderiam ser atenuados com tratamento alimentar**	Pacientes	
	n	%		n	%
Regularização de horários e números de refeições	14	42,4	Melhora dos sintomas digestivos	13	39,4
Aumento do consumo alimentar	8	24,2	Adequação do peso	12	36,4
Separação de utensílios	7	21,2	Aumento da resistência	9	27,3
Aumento do consumo de frutas e vegetais	6	18,2	Melhora do estado geral	7	21,2

(\*) Modificações na alimentação realizadas espontaneamente pelos pacientes, antes de terem recebido qualquer tipo de orientação dietética

(\*\*) Referidos pelos pacientes antes de serem submetidos ao tratamento dietético

Ao avaliar os sintomas referidos pelos pacientes que, segundo eles, poderiam ser atenuados por meio da dietoterapia, pudemos concluir que estes vão ao encontro dos objetivos da nutrição para os portadores do HIV. Esta coincidência pode ser entendida como facilitadora da adesão a este tratamento visto que, os próprios pacientes sentem necessidade de atenuar os sintomas do trato gastrointestinal, melhorar o estado nutricional e “reforçar” o organismo por meio da alimentação, como foi mencionado por vários pacientes.

Analisando estas modificações na alimentação realizadas por conta própria, pôde-se observar duas tendências: uma indica preocupação do paciente em cuidar-se através da alimentação, estabelecendo uma rotina alimentar mais disciplinada e aumentando o consumo de alimentos, principalmente os considerados saudáveis e, uma outra tendência, que diz respeito a idéia de contaminação, levando o paciente a isolar seus utensílios e mesmo separar a roupa e outros objetos como foi mencionado. A diminuição do consumo de

cigarros e bebidas alcoólicas (21,2%) representa outro aspecto da intenção de se ter uma vida mais regrada.

Apesar das iniciativas serem válidas, nota-se a necessidade de orientação voltada para o esclarecimento das vias de contaminação, melhoria no consumo de alimentos fornecedores de micronutrientes e orientação e monitoramento do uso de suplementação de vitaminas e minerais, além de estimular melhorias na alimentação naqueles que não demonstraram preocupação inicial com a mesma.

Na Tabela 4, comparamos as modificações na alimentação feitas voluntariamente pelo paciente após o conhecimento de seu diagnóstico com a adesão ao tratamento dietético propriamente dito. A maioria (81,3%) dos pacientes do grupo II, após tomarem conhecimento da sorologia positiva para HIV, modificaram sua alimentação. No entanto, apenas a metade dos pacientes deste mesmo grupo realizou modificações quando orientados pelo nutricionista. No grupo IV, somente 58,8% modificaram a dieta após o diagnóstico, mas 64,7% aderiram ao tratamento.

**Tabela 4.** Adesão à dietoterapia.

Antes de receber orientação nutricional					Após receber orientação nutricional				
Necessidade referida pelo paciente em fazer modificação na dieta habitual					Adesão à dietoterapia				
	Grupo II		Grupo IV			Grupo II		Grupo IV	
	n	%	n	%		n	%	n	%
Realizaram modificações na alimentação	13	81,3	10	58,8	Aderiram ao tratamento	8	50,0	11	64,7
Não modificaram a alimentação	3	18,8	7	41,2	Não aderiram ao tratamento	8	50,0	6	35,3

Dos três pacientes do grupo II que não fizeram alteração espontânea em sua alimentação, dois não seguiram as orientações feitas pelo nutricionista, ou seja, apenas um deles aderiu ao tratamento proposto. No grupo IV, dos sete pacientes que não haviam feito alteração espontânea em sua alimentação, dois faleceram antes de passarem pela segunda consulta, dois não aderiram às orientações recebidas durante a primeira consulta e três aderiram a dietoterapia. Os pacientes do grupo IV pareciam estar mais sensibilizados para o tratamento dietético, ou por necessidade de atenuar sintomas, ou para melhorar seu estado geral, uma forma de combater a evolução da doença.

Também encontramos nos pacientes do grupo IV, uma relação entre a escolaridade, a renda *per capita* e adesão à dietoterapia. Neste grupo os pacientes que aderiram a dietoterapia eram os que possuíam maior renda *per capita* e também maior grau de instrução. Entretanto, nos pacientes do grupo II a situação encontrada foi a oposta: os pacientes com maior renda *per capita* e escolaridade foram os que não aderiram à dietoterapia proposta.

## CONCLUSÃO

A diferença encontrada entre a adesão do grupo II e IV após orientação nutricional sugere que os pacientes em estágio mais avançado da doença estão mais sensibilizados para fazer mudanças na alimentação. Esta adesão parece estar relacionada a maior necessidade de tratamento quer seja por causa dos sintomas do trato gastrointestinal, ou por causa da debilidade no estado geral.

O impacto do diagnóstico leva o paciente a fazer modificações em sua rotina alimentar e, este seria um momento importante de intervenção. Por outro lado, parece que a necessidade é o maior fator de adesão ao tratamento e, sem dúvida, uma melhor condição econômica facilitaria o tratamento. Seria importante conhecer os motivos pelos quais os pacientes não aderiram ao tratamento: se foi por limite financeiro, por descrédito no tratamento dietético, ou por dificuldades relacionadas aos costumes alimentares e as condições de vida.

Dos resultados apresentados podemos assinalar a necessidade do paciente ser sensibilizado para seguir as recomendações dietoterápicas, preferencialmente logo após o diagnóstico quando o impacto na melhoria do estado nutricional pode ser mais bem sucedida na ausência de sintomatologia associada a infecções oportunistas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: Nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v.94, n.9, p.1042-1045, 1994.
- ANTUNES, M.C., SILVA, M.A., LIMA, M.B.C. Manejo terapêutico da desnutrição e consumo em pacientes com AIDS. *Jornal Brasileiro de Medicina*, São Paulo, v.66, n.6, p.125-145, 1994.
- BASTOS, F.I., BARCELLOS, C. Geografia social da AIDS no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.29, n.1, p.52-62, 1995.

- BAUM, M.K., SHOR-POSTNER, G. Nutritional status and survival in HIV-1 disease. *AIDS*, Philadelphia, v.11, n.5, p.689-690, 1997.
- BÜRQUER, B., OLLENSCHALÄNGER, G., SCHRAPPE, M., STUTE, A., FISCHER, M., WESSEL, D., SCHWENK, A., DIEHI, V. Nutrition behavior fo malnourished HIV-infected patients and intesified oral nutritional intervention. *Nutrition*, London, v.9, n.1, p.43-44, 1993.
- CHANDRA, R.K., Vitamins and immunomodulation in AIDS. *Nutrition*, London, v.12, n.1, p.1-7, 1996.
- DELA FUENTE, J.C. Nutrients and immune responses. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, Philadelphia, n.17, p.203-212, 1991.
- FERRINI, M.T., WAITZBERG, J.P., COPPINI, L.Z., SILVA, M.L.T., GAMA-RODRIGUES, J. Efeito do suporte nutricional na sobrevida dos pacientes com AIDS-IV C. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, São Paulo, v.48, n.4, p.161-166, 1993.
- GARROW, J.S. Treat obesity seriously: a clinical manual. Edinburg : Churchill Livingstone, 1981.
- GRAMLICH, L.M., MASIOLI, E.A. Nutrition and HIV infection. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, New York, v.6, n.1, p.2-11, 1995.
- HENSELER, C., CURRY, K.R., JOHNSON, P.M. Food and nutrition beliefs and practices in a group of HIV-infected individuals. *Topics in Clinical Nutrition*, v.7, n.2, p.21-29, 1992.
- KLOTER, D.P. Nutritional considerations in AIDS. *Boletim de la Asociación Medica de Puerto Rico*, San Juan, v.83, n.2, p.81-83, 1991.
- MARMOR, M., TITUS, S., HARRISON, C., CORD--CRUZ, E.A., SHORE, R.E., VOGLER, M., KRASINSKI, K., MILDVAN, D., JARLAIS, D.C.D. Wheight loss associated with HIV seroconversion among injection-drug user. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, Philadelphia, v.12, n.5, p.514-518, 1996.
- McCORKINDALE, C., DYBEVIK, K., COULSTON, A.M., SUCHER, K.P. Nutritional status of HIV--infected patients during the early disease stages. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v.90, n.9, p.1236-1241, 1990.
- McKINLEY, M.J., GOODMAN-BLOCK, J., LESSER, M.L., SALBE, A.D. Improved body weight status as a result of nutrition intervention in adult, HIV-positive outpatients. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v.94, n.9, p.1014-1017, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. AIDS. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v.9, p.1-31, n.6, 1997.
- SCHEWNK, A., BÜRQUER, B., WESSEL, D., STUTZER, H., ZIEGENHAGEN, D., DIEHL, V., SCHRAPPE, M. Clinical risk factors for malnutrition in HIV-infected patients. *AIDS*, Philadelphia, v.7, n.9, p.1213-1219, 1993.
- SHARKEY, S.J. An assessment of the need for a dietitian in out-patient HIV clinic. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, v.54, n.4, p.202-207, 1993.
- SINGER, P., KATZ, D.P., DILLON, L., KIRVELÄ, O., LAZARUS, T., ASKANAZI, J. Nutritional aspects os the acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, New York, v.87, n.3, p.265-273, 1992.
- YSSELDYKE, L.L. Nutritional complications and incidence of malnutrition among AIDS patients. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v.91, n.2, p.217-218, 1991.

Recebido para publicação em 31 de março e aceito em 11 de setembro de 1998.