

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**RELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PARÂMETROS CLÍNICOS COM A
PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES QUE VIVEM COM
HIV/AIDS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE
PERNAMBUCO**

Bruna Oliveira de Medeiros

Luiz Henrique Queiroz de Oliveira

RECIFE/ PE
2018.

Bruna Oliveira de Medeiros

Luiz Henrique Queiroz de Oliveira

**RELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PARÂMETROS CLÍNICOS COM A
PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES QUE VIVEM COM
HIV/AIDS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE
PERNAMBUCO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Faculdade Pernambucana de Saúde como
requisito final para conclusão do Programa
de Iniciação Científica e da Graduação em
Nutrição.

Orientador: MsC. Bruno Soares de Sousa.

Coorientadora: Esp. Claudete Xavier do Nascimento.

RECIFE/PE

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

Bruna Oliveira de Medeiros

Luiz Henrique Queiroz de Oliveira

RELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PARÂMETROS CLÍNICOS COM A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES QUE VIVEM COM HIV/AIDS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE PERNAMBUCO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Pernambucana de Saúde como requisito para conclusão do Programa de Iniciação Científica e da Graduação em Nutrição.

Monografia aprovada em / / 2018.

**RELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PARÂMETROS CLÍNICOS COM A
PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES QUE VIVEM COM
HIV/AIDS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE
PERNAMBUCO**

Bruna Oliveira de Medeiros

Luiz Henrique Queiroz de Oliveira

Marília Tokiko Oliveira Tomiya

Claudete Xavier do Nascimento

Bruno Soares de Sousa

**ESTADO NUTRICIONAL QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM
HIV/AIDS**

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus por toda proteção, aos nossos familiares que estiveram ao nosso lado. Aos nossos orientadores, tutores e todos os profissionais envolvidos na nossa formação acadêmica. Obrigada aos médicos infectologistas e aos pacientes do Hospital Dia, Dra Gerlane Alves por todo acolhimento e disponibilidade. Dra. Ana Falbo por todas as orientações. Obrigada ao IMIP e a FPS, por nos proporcionar um hospital escola e com isso contribuir com o nosso aprendizado.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi relacionar o estado nutricional e os parâmetros clínicos com a percepção da qualidade de vida de pacientes que vivem com a infecção do HIV/Aids. Estudo observacional analítico de corte transversal, desenvolvido no período de maio a julho de 2018, com 120 pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos. Foram obtidas as características demográficas clínicas como: idade, sexo, causa e tempo de infecção, comorbidades, medicamentos, ocorrências relacionadas ao estado nutricional, parâmetros antropométricos e bioquímicos. Na avaliação da percepção da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário HAT-QoL (*HIV/AIDS Targeted Quality of life*). Foi evidenciado menores medianas a respeito da preocupação financeira e com o sigilo da doença. Houve correlação positiva entre os níveis CD4 com os domínios função geral e satisfação com a vida e correlação negativa entre os níveis da carga viral com os domínios escore total, função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde e com a medicação. Na comparação entre o estado nutricional e a qualidade de vida, evidenciou-se diferença significativa entre os parâmetros antropométricos Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência do Braço (CB) e os domínios satisfação com a vida, confiança no médico, função geral e atividade sexual. Os resultados encontrados demonstram uma relação significativa entre o estado nutricional e a qualidade de vida do paciente com HIV/AIDS, enfatizando a necessidade de um acompanhamento nutricional adequado, afim de contribuir para melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: HIV, AIDS, terapia antirretroviral

ABSTRACT

The objective of the present study was to relate nutritional status and clinical parameters to the perception of quality of life of patients living with HIV / AIDS infection. An observational cross-sectional observational study, developed between May and July of 2018, with 120 patients, of both sexes, aged over 18 years. Clinical demographic characteristics such as: age, sex, cause and time of infection, comorbidities, medications and occurrences related to nutritional status, anthropometric and biochemical parameters were obtained. In the evaluation of the perception of quality of life, the HAT-QoL Questionnaire (HIV / AIDS Targeted Quality of life) was used. Minor medians were evidenced regarding financial concern and secrecy. There was a positive correlation between CD4 levels with the general function domains and life satisfaction, a negative correlation between levels of viral load with domains total score, general function, life satisfaction, health concern and medication concern . In the comparison between nutritional status and quality of life, there was a significant difference between the anthropometric parameters Body Mass Index (BMI), Circumference of the Arm (CB) and the domains satisfaction with life, confidence in the physician, general function and sexual activity. The results show a significant relationship between the nutritional status and quality of life of patients with HIV / AIDS. Thus, emphasizing the need for an adequate nutritional monitoring in order to contribute to a better quality of life of these individuals.

Key words: HIV, AIDS, antiretroviral therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características demográficas e clínicas de pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018,	16
Tabela 2- Características nutricionais e bioquímicas em pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018,.....	17
Tabela 3 – Medianas e intervalo interquartil dos escores dos domínios do <i>Targeted Quality of life Instrument</i> (HAT-QoL), Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018,	18
Tabela 4 – Coeficiente de correlação entre os domínios <i>Targeted Quality of life Instrument</i> (HAT-QoL) e as características demográficas e clínicas em pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018,	19
Tabela 5 – Comparação entre as medianas dos escores dos domínios <i>Targeted Quality of life Instrument</i> (HAT-QoL) com relação ao estado nutricional de acordo com o índice de massa corporal, circunferências do braço e da cintura em pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018,	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV	Vírus Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
RNA	Ácido ribonucleico
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
TARV	Terapia Antirretroviral
HIV +	HIV positive
CT	Colesterol Total
TGL	Triglicerídeos
LDL	Low Density Lipoprotein
HDL	High Density Lipoprotein
QV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
IMIP	Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IMC	Índice de Massa Corporal
CB	Circunferência do Braço
DCT	Dobra Cutânea Tricipital
CC	Circunferência da Cintura
CV	Carga Viral
Questionário HAT-QoL	HIV/AIDS Targeted Quality of life
HG	Hemoglobina
HT	Hematócrito
GLI	Glicemia
SLHIV	Síndrome da Lipodistrofia do HIV

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
MATERIAS E MÉTODOS	13
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE A TCLE.....	27
APÊNDICE B ENTREVISTA	29
ANEXO A INSTRUÇÃO PARA SUBMISSÃO	31
ANEXO B QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA	40

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana (HIV) é caracterizada como uma progressiva supressão do sistema imunológico, comprometendo principalmente os linfócitos T CD4+, predispondo o indivíduo a infecções oportunistas recorrentes, debilitação progressiva e até o óbito. Sabe-se ainda que em estágio avançado há o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que é uma patologia considerada um problema de saúde pública mundial¹.

Quando o HIV infecta uma célula, o ácido ribonucleico (RNA) viral é convertido em DNA viral e é então copiado para o Ácido Desoxirribonucleico (DNA) da célula hospedeira por uma enzima chamada transcriptase reversa. O DNA viral então instrui a célula a fazer cópias do material genético do HIV. A enzima protease reúne o material genético viral copiado em novos vírus, sendo liberados da célula para infectar outras células².

A transmissão do vírus HIV pode acontecer através de relação sexual (em até 60% dos casos), exposição parenteral ao sangue e derivados e contaminação vertical, da mãe para feto durante o parto ou por meio da oferta do leite materno¹. Outras formas de contaminação são: transfusão de sangue, contato com ferimentos e/ou secreções orgânicas, materiais perfurocortantes e acidente de trabalho³. Estima-se em torno de dez anos o tempo entre o contato infectante e o desenvolvimento da imunodepressão em sujeitos não tratados⁴.

Segundo o Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2017, foram identificados 882.810 casos de AIDS no Brasil, sendo 576.245 (65,3%) em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres. A maior concentração está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos⁵.

A Terapia Antirretroviral (TARV) proporcionou um aumento na sobrevida dos pacientes HIV positivo (HIV+), porém, ocasiona uma série de alterações morfológicas (lipodistrofia) e metabólicas, tais como o aumento do Colesterol Total (CT), dos triglicerídeos (TGL), do *Low Density Lipoprotein* (LDL)-colesterol e diminuição de *High Density Lipoprotein* (HDL)-colesterol. Além disso pode acarretar hiperglicemia, resistência à insulina, acidose láctica e alterações no metabolismo ósseo que afetam a Qualidade de Vida (QV) destes pacientes. ⁶ Com isso, tem sido crescente os estudos sobre a QV desses

sujeitos, pois o aumento na sobrevida não eliminou, mas adicionou novas facetas, como desafios psicossociais para uma vida melhor com o agravo⁴.

Embora o TARV tenha suas limitações, ele salva vidas e melhora a função do sistema imunológico, reduz o risco de muitas complicações relacionadas ao HIV e o risco de transmissão do HIV. Cada vez mais, várias linhas de evidências apontam para o benefício da TARV mesmo nos pacientes com altas contagens de CD4².

A QV, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁷.

A utilização e o acesso ao TARV, a monitorização dos serviços de saúde e seus resultados relacionados, apontam um caminho na busca pela melhoria da QV das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). As PVHA que enfrentam dificuldades no tratamento, pela má qualidade ou falta de acesso, podem manifestar problemas relacionados à adesão, o que aumenta potencialmente o risco de transmissão da doença e a redução da QV⁸.

Viver com HIV e manifestar a doença continuam sendo condições estressantes e que exigem muito do doente nos aspectos psicológicos, físico, social, ambiental, entre outros. Existem evidências de que o estresse pode acelerar a progressão do HIV/AIDS, aumentando a replicação viral e suprimindo a resposta do sistema imunológico. Além disso, os soropositivos também podem enfrentar problemas como depressão, isolamento, estigmatização e discriminação, que levam a eventos traumáticos de vida, causando impacto negativo e progressivo no curso da doença⁹. Estudos tem apontado, como aspectos com repercussões para a QV, o estigma, o acesso e a assistência pelos serviços de saúde, as relações com profissionais de saúde, trabalho e vínculos empregatícios, vivência da sexualidade, alterações corporais e percepção da autoimagem, suporte social e relações familiares⁴.

Neste contexto, a desnutrição, torna-se uma das complicações mais significativas do HIV/AIDS, sendo de grande significância para o prognóstico da evolução da doença, pois compromete a função imunológica, causa danos ao metabolismo, diminui as respostas às terapias e causa progressiva debilidade, levando a uma diminuição da sobrevida e ao comprometimento da QV dos pacientes.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a relação do estado nutricional e parâmetros clínicos com a percepção da qualidade de vida do paciente que vivem com HIV em uso de TARV.

MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional analítico de corte transversal, realizado em pacientes que vivem com HIV/AIDS, atendidos no ambulatório do Hospital Dia, localizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), na cidade do Recife-PE.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de maio e julho de 2018, após a aprovação do CEP (Comitê de ética em Pesquisa) para pesquisa em Seres Humanos do IMIP obtendo CAAE: N° 76950417.9.0000.5201.

A população do estudo foi composta por pacientes adultos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, em acompanhamento clínico no ambulatório de infectologia, através de uma amostra não probabilística, por conveniência com todos os pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade. Foram excluídos os pacientes que não faziam uso de TARV, que não poderiam ser submetidos a avaliação nutricional e pacientes gestantes.

As características demográficas e os aspectos clínicos dos pacientes, foram obtidos através de um formulário que contemplava as variáveis: idade, tempo e causa da infecção, sexo, comorbidades, medicamentos (obtidos através do prontuário), ocorrências que estavam relacionadas ao estado nutricional dos pacientes (perda de peso, ganho de peso, náuseas, falta de apetite, vômitos, diarreia, infecções e outras reladas pelo paciente), avaliação nutricional e bioquímica.

Na avaliação nutricional, para aferição do peso foi utilizada uma balança digital da marca Welmy® com peso máximo de 150kg e precisão de 0,1kg, classe de exatidão III nivelada e calibrada. A altura foi determinada pelo estadiômetro vertical da própria balança medindo até 2,00m com precisão de 0,5 cm. Após peso e altura adquiridos foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) através da razão entre o peso corporal e a altura ao quadrado (kg/m^2), classificados pela OMS para adultos saudáveis (baixo peso $<18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$; peso adequado $\geq 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ e $< 25 \text{ kg}/\text{m}^2$; sobrepeso $\geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ e $< 29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$; obesidade $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$). A mensuração da circunferência do braço (CB) foi feita com uma fita métrica inextensível com o braço flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90° , no ponto médio entre o acrômio e o olecrano da ulna preferencialmente no braço não dominante e relaxado com a palma da mão voltada para baixo. A CB foi obtida em centímetros, de acordo com os valores de Frisancho 1990, para sexo e idade. Para aferição da Dobra Cutânea Tricipital (DCT) foi pedido para que o paciente ficasse na posição

vertical, deixando o braço não dominante relaxado e estendido. A princípio, identificou-se o ponto médio entre o acrômio e o olécrano, na posição posterior, com o braço flexionado, formando um ângulo de 90°.

A DCT foi aferida com o adipômetro científico da marca Cescorf® sob pressão, com escala de 65 mm, precisão de ± 1 mm e pressão constante de 10g/mm², tendo como referência o protocolo da Cescorf®. O avaliador segurou a prega firmemente entre o polegar e o indicador da mão esquerda um centímetro acima do local a ser medido. Logo após o adipômetro foi posicionado na dobra, precisamente no local marcado sendo pinçada durante 4 segundos para a leitura do valor aferido em milímetros. O mesmo processo foi repetido três vezes e consecutivamente foi calculada a média aritmética dos valores coletados.

Para a classificação do estado nutricional do paciente pela DCT (mm) foram utilizadas as fórmulas validadas por Frisancho (1990) com base nos percentis de sexo e idade. A classificação do estado nutricional obteve-se a partir dos dados antropométricos adquiridos através das fórmulas do percentual de adequação de cada uma das medidas, a identificar: desnutrição grave (adequação menor do que 70%), desnutrição moderada (adequação entre 70 e 80%), desnutrição leve (adequação entre 81 e 90%), eutrofia (adequação entre 91 e 110%), sobrepeso (adequação entre 111% e 120%) e obesidade (adequação maior que 120%), adaptado por Frisancho, 1990.

A medida da Circunferência da Cintura (CC) foi obtida com uma fita métrica inextensível com precisão de 0,1 cm posicionada no ponto médio entre a crista ilíaca anterior e superior e a última costela. O acúmulo de gordura na cintura foi classificado em dois níveis (adequado e elevado). O nível 1 correspondeu aos valores adequados de CC que são < 94 cm para a homens, e < 80 cm para as mulheres; o nível 2 correspondeu a uma CC elevada com valores acima ≥ 94 cm para homens e de ≥ 80 cm para mulheres.

Os dados bioquímicos foram coletados do prontuário. Na avaliação bioquímica os indicadores analisados foram: colesterol total (mg/dL), HDL colesterol (mg/dL), LDL colesterol (mg/dL), triglicérides (mg/dL), glicemia de jejum (mg/dL), classificação CD4 (%), classificação CD4 absoluto, classificação CD8(%), classificação CD8 absoluto, hemoglobina (g/dL) e hematócrito (g/dL). Para as frações lipídicas foi utilizado como referência a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – (2017). Os cortes estabelecidos para as categorias da contagem de linfócitos T CD4+/ T CD8+/ CARGA VIRAL foram baseados nas recomendações do Ministério da Saúde 2013 para o uso da terapia antirretroviral em adultos.

Na percepção da QV, foi utilizado o Questionário HAT-QoL (*HIV/AIDS Targeted Quality of life*), instrumento de qualidade de vida direcionado para HIV/AIDS, traduzido, adaptado e validado para pacientes que vivem com HIV no Brasil (William C. Holmes, M. D., M.S.C.E., 1999). Este questionário é composto por 34 perguntas, no qual contempla os seguintes domínios: função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde, preocupação financeira, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no médico e atividade sexual. Para cada questão existem as seguintes respostas: todo o tempo, a maior parte do tempo, parte do tempo, pouco tempo e nunca.

Para análise estatística os dados foram lançados no programa Microsoft Office Excel e analisados no SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, as que apresentaram distribuição normal foram descritas na forma de média e desvio padrão e as com distribuição não normal, em mediana e intervalo interquartílico. As variáveis categóricas foram apresentadas na forma de proporção.

Para analisar a correlação entre duas variáveis contínuas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Na comparação entre as medianas foi utilizado os testes de Kruskal Wallis e “U” Mann Whitney quando os critérios de normalidade e/ou homocedasticidade não foram atingidos.

Foi utilizado o nível de significância de 5,0% para rejeição de hipótese de nulidade.

RESULTADOS

Foram avaliados 120 pacientes, sendo 59,2% do sexo feminino e 40,8% do sexo masculino com a média de idade $38,9 \pm 11,3$ anos.

O tempo de infecção foi em média $8,7 \pm 6,1$ anos, e as principais causas da infecção foram: relação sexual 80,8%, transmissão vertical 1,7%, não sabe informar 14,2% e outras causas 3,3%.

Em relação as comorbidades, foram relatadas: depressão (12,5%), hipertensão arterial sistêmica (6,7%) e outras (15,8%).

De acordo com os exames laboratoriais 56,5% dos pacientes apresentaram o valor de CD4 adequado e 63,0% o valor elevado de CD8, o que caracteriza uma boa adesão ao tratamento.

Com referência ao TARV as medicações mais utilizadas foram: Lamivudina (86,3%), Tenofovir (85,5%); Efavirenz (40,2%); Atazanavir (27,4%); Dolutegravir (17,1%); Ritonavir (14,5%); Biovir (Zidovudina + Lamivudina) (12%) e Darunavir (9,4%).

As ocorrências referidas pelos pacientes que tiveram impacto no seu estado nutricional nos últimos 3 meses foram: aumento de peso (8,3%), perda de peso (19,2%), falta de apetite (17,5%), diarreia (18,3%), náuseas (10%), vômitos (9,2%), nenhuma (48,3%) e outras ocorrências (22,5%). (Tabela 1)

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018.

	Média (DP) /n (%)
Idade	38,9 (11,3)
Tempo de infecção	8,7 (6,1)
Sexo	
Feminino	71 (59,2)
Masculino	49 (40,8)
Causa da Infecção	
Relação sexual	97 (80,8)
Não sabe informar	17 (14,2)
Transmissão vertical	2 (1,7)
Outras causas	4 (3,3)
Comorbidades	
Sem Comorbidades	76 (63,3)
Outras	19 (15,8)
Depressão	15 (12,5)
Hipertensão	8 (6,7)
Diabetes	2 (1,7)
Classificação CD4	
Baixo	34 (31,5%)
Adequado	61 (56,5%)
Elevado	13 (12%)
Classificação CD8	
Baixo	1 (0,9%)
Adequado	39 (36,1%)
Elevado	68 (63%)
Medicamentos Antirretrovirais	
Lamivudina	101 (86,3)
Tenofovir	100 (85,5)
Efavirenz	47 (40,2)
Atazanavir	32 (27,4)
Dolutegravir	20 (17,1)
Ritonavir	17 (14,5)
Biovir (Zidovudina+Lamivudina)	14 (12,0)
Darunavir	11 (9,4)
Nevirapina	7 (6,0)

Darunavir	11 (9,4)
Ocorrências nos últimos 3 meses	
Nenhuma	58 (48,3)
Outras Ocorrências	27 (22,5)
Perda de peso	23 (19,2)
Diarreia	22 (18,3)
Falta de apetite	21 (17,5)
Náuseas	12 (10,0)
Vômitos	11 (9,2)
Aumento de peso	10 (8,2)

Com relação ao estado nutricional, segundo o IMC, encontrou-se uma frequência semelhante entre pacientes com eutrofia 41,2% e os pacientes com sobrepeso 32,8%, os demais pacientes apresentaram 17,7% em obesidade e 8,4% magreza. Na circunferência da cintura 50,8% encontram-se adequados e 49,2% elevados. Na circunferência do braço 47,5% foram eutróficos e 31,7% desnutridos. Na DCT 42,7% em desnutrição e 24,2% em obesidade (Tabela2).

Tabela 2. Características nutricionais e bioquímicas de pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018.

	N	%
Índice de Massa Corporal^a		
Magreza	10	8,4
Eutrofia	49	41,2
Sobrepeso	39	32,8
Obesidade	21	17,7
Circunferência da Cintura^b		
Adequada	61	50,8
Elevada	59	49,2
Circunferência do braço^c		
Desnutrição grave	38	31,7
Eutrofia	57	47,5
Sobrepeso	17	14,2
Obesidade	8	6,2
Dobra cutânea tricipital^d		
Desnutrição grave	50	42,7
Eutrofia	25	21,4
Sobrepeso	13	10,8
Obesidade	29	24,2

Fonte: ^aOMS, 2004, ^bOMS, 1998, ^cFrisancho, 1990, ^dFrisancho 1990

Nos exames bioquímicos referentes ao perfil lipídico, 60,5% possuíam CT desejável, 30,2% limítrofe e 9,3% elevado. A fração HDL se apresentou baixa em 53,6%

e em menor número 26,7% adequada. Na fração LDL, 35,3% ótima, 33,8% desejável, 26,5% limítrofe e 2,5% elevada. Dos pacientes 60,9% apresentaram TGL normal, 21,7% limítrofe, 15,9% elevado e 1,4% muito elevado. No Hemograma, 18,2% possuíam HG baixa, 80,5% adequada, 1,3% elevada. No HT 19,5% baixo, 77,9% adequado e 2,6% elevado. Na Glicemia de jejum os resultados foram 28,6% baixa, 37,5% adequada e 7,1% elevada.

No HAT-QoL, os domínios que apresentaram menores medianas no HAT-QoL, foram preocupação financeira e com o sigilo da doença, representando como fatores de maior impacto na qualidade de vida do paciente com HIV/AIDS (Tabela 3).

Tabela 3. Medianas e intervalo interquartílico dos escores dos domínios do *Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL), Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, 2018.

Domínios HAT-QoL	Mediana (IQ)
Função geral	77,1 (54,2-87,5)
Satisfação com a vida	84,4 (57,8-100,0)
Preocupação com a saúde	81,2 (43,8-100,0)
Preocupação financeira	33,3 (0,0-83,3)
Preocupação com a medicação	90,0 (65,0-100,0)
Aceitação do HIV	62,5 (25,0-100,0)
Preocupação com o sigilo	20,0 (5,0-48,8)
Confiança no medico	100,0 (91,7-100,0)
Atividade sexual	100,0 (25,0-100,0)

A tabela 4 apresenta a correlação entre os domínios da QV e parâmetros clínicos, evidenciou-se uma correlação positiva entre o CD4 e os domínios função geral ($p = 0,316$) e satisfação com a vida ($p = 0,214$). Com relação a carga viral, observou-se correlações negativas com os seguintes domínios: escore total ($P = -0,208$), função geral ($P = -0,337$), satisfação com a vida ($P = -0,332$), preocupação com a saúde ($P = -0,298$) e preocupação com a medicação ($P = -0,272$) Tabela 4.

Tabela 4. Coeficiente de correlação entre os domínios *Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL) e características demográficas e clínicas de pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018.

	Idade P	Tempo de infecção P	CD4 P	Carga viral P
Escore total	0,086	-0,002	0,084	-0,208*
Função geral	0,046	0,105	0,316*	-0,337**
Satisfação com a vida	-0,030	-0,062	0,214*	-0,332**
Preocupação com a saúde	0,031	0,054	0,097	-0,298**
Preocupação financeira	0,030	-0,018	0,010	0,028
Preocupação com a medicação	0,092	-0,080	0,120	-0,272*
Aceitação do HIV	0,125	0,003	-0,150	-0,004
Preocupação com o sigilo	0,010	0,006	-0,129	0,140
Confiança no médico	0,006	0,048	-0,010	0,112
Atividade sexual	-0,030	0,103	0,044	-0,019

Correlação de Spearman; *p<0,05, **p<0,01

Na comparação das medianas dos escores dos domínios do HAT-QoL com o estado nutricional, levando-se em conta os parâmetros IMC, CB, CC e DCT. No IMC foi encontrado que pacientes com excesso de peso possuíam uma maior satisfação com a vida e maior confiança no médico do que o paciente eutrófico. No parâmetro da CB, os pacientes eutróficos possuíam melhor função geral, satisfação com a vida e atividade sexual do que os pacientes desnutridos. Com relação a CC, os pacientes com CC elevada apresentaram maior satisfação com a vida do que os adequados. Não foram encontrados resultados significantes com relação a DCT (dados não apresentados). (Tabela 5)

Tabela 5 – Comparação entre as medianas dos escores dos domínios *Targeted Quality of life Instrument* (HAT-QoL) com relação ao estado nutricional de acordo com o índice de massa corporal, circunferências do braço e da cintura em pacientes que vivem com HIV/AIDS, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco 2018.

	Índice de Massa Corporal				Circunferência do Braço				Circunferência da Cintura		
	Desnutrido Mediana (IQ)	Eutrofico Mediana (IQ)	Excesso de Peso Mediana (IQ)	p [*]	Desnutrido Mediana (IQ)	Eutrofico Mediana (IQ)	Excesso de Peso Mediana (IQ)	p ^a	Adequada Mediana (IQ)	Elevada Mediana (IQ)	p [#]
Escore total	62,5 (47,4-79,0)	62,9 (50,9-76,3)	69,8 (57,6-81,1)	0,305	58,8 (47,2-74,8)	68,4 (58,8-77,9)	71,3 (57,3-81,6)	0,072	62,5 (50,7-77,0)	69,1 (58,8-81,6)	0,089
Função geral	68,7 (33,3-78,1)	75,0 (54,2-89,6)	79,2 (58,3-87,5)	0,291	70,8 ^a (27,1-84,4)	83,3 ^b (64,6-91,7)	79,2 ^{ab} (62,5-85,4)	0,060	70,8 (54,2-87,5)	79,2 (58,3-87,5)	0,308
Satisfação com a vida	59,4 ^a (48,4-78,1)	75,0 ^{ab} (50,0-100,0)	93,8 ^{ac} (75,0-100,0)	0,027	68,8 ^a (48,4-89,1)	93,8 ^b (68,8-100,0)	81,2 ^{ab} (68,7-100,0)	0,010	75,0 (50,0-100,0)	93,8 (75,0-100,0)	0,012
Preocupação com a saúde	59,4 (39,0-100,0)	68,8 (34,4-97,6,9)	87,5 (56,2-100,0)	0,389	59,4 (29,7-100,0)	81,2 (53,1-96,9)	87,5 (50,0-100,0)	0,284	68,8 (37,5-97,8)	87,5 (56,2-100,0)	0,025
Preocupação financeira	25,0 (0,0-41,7)	33,3 (0,0-91,7)	41,7 (8,3-83,3)	0,343	29,2 (0,0-77,1)	33,3 (0,0-83,3)	58,3 (50,0-100,0)	0,376	33,3 (0,0-87,5)	33,3 (0,0-75,0)	0,807
Preocupação com a medicação	87,5 (55,0-100,0)	90,0 (66,2-100,0)	90,0 (80,0-100,0)	0,856	85,0 (55,0-100,0)	90,0 (70,0-100,0)	92,5 (81,2-100,0)	0,361	85,0 (60,0-100,0)	90,0 (80,0-100,0)	0,058
Aceitação do HIV	100,0 (34,4-100,0)	50,0 (37,5-100,0)	68,8 (25,0-100,0)	0,221	56,2 (34,4-100,0)	62,5 (25,0-100,0)	62,5 (25,0-93,8)	0,909	50,0 (25,0-100,0)	62,5 (25,0-100,0)	0,691
Preocupação com o sigilo	30,0 (15,0-82,5)	20,0 (5,0-57,5)	20,0 (2,5-40,0)	0,575	22,5 (5,0-71,2)	20,0 (0,0-40,0)	20,0 (10,0-42,5)	0,393	20,0 (5,0-60,0)	20,0 (0,0-40,0)	0,907
Confiança no médico	100,0 ^a (100,0-100,0)	100,0 ^{ab} (83,3-100,0)	100,0 ^{ac} (100,0-100,0)	0,044	100,0 (83,3-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	0,136	100,0 (91,7-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	0,075
Atividade sexual	75,0 (0,0-100,0)	75,0 (25,0-100,0)	100,0 (37,5-100,0)	0,429	43,8 ^a (0,0-100,0)	100,0 ^b (50,0-100,0)	100,0 ^{ab} (28,1-100,0)	0,009	100,0 (25,0-100,0)	100,0 (37,5-100,0)	0,480

*Teste de Kruskal-Wallis (^{a,b,c}Letras diferentes indicam que há diferença significativa entre os grupos segundo o teste de Mann-Whitney (p<0,05); #Teste “U” de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, de 1980 até junho de 2017, foram registrados 576.245 (65,3%) casos de AIDS em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres⁵, porém o presente trabalho mostrou valores diferentes, podendo ser explicado pela maior procura das mulheres nos serviços de saúde ambulatorial do que os homens. Evidenciado em um estudo realizado em São Paulo, em que 60% dos pacientes eram do sexo masculino, apresentando alta frequência de internações por infecções oportunistas, associadas à baixa aderência ao tratamento e ao acompanhamento clínico ambulatorial¹⁰.

Na avaliação nutricional, a maioria dos pacientes foram classificados como eutróficos, seguido de sobrepeso através do IMC, resultados similares aos encontrados em outros estudos^{6, 11}, no entanto, este método possui limitações para identificar perda celular severa, devido ao aumento da água corporal total que ocorre com a progressão da doença⁶, necessitando utilizar-se de outros parâmetros como CC que na maioria dos pacientes foi classificada adequada. Corroborando com outro trabalho, onde observou-se que nem todos os pacientes estudados desenvolveram redistribuição de gordura corporal¹¹.

Na adequação da CB a maioria dos pacientes foram classificados com eutrofia e da DCT a maioria dos pacientes apresentaram desnutrição. Quando avalia em conjunto a CB e a DCT observou-se que a maior parte dos pacientes estavam desnutridos, porém na avaliação da CC, detectou-se um acúmulo de gordura corporal, o que leva a perceber uma distribuição anormal de gordura, semelhante ao que é encontrado na síndrome lipodistrófica.

A síndrome da lipodistrofia do HIV (SLHIV) é um efeito colateral associado ao uso da TARV, caracterizada pela redistribuição da gordura corporal. Suas manifestações típicas são representadas pela lipoatrofia (redução da gordura em regiões periféricas), lipohipertrofia (acúmulo de gordura na região abdominal, mamas e região dorso-cervical); ou mista (associação de lipoatrofia e lipohipertrofia), além de apresentar alterações metabólicas, como resistência à insulina, alterações glicêmicas e dislipidemia, fatores relacionados ao aumento do risco de doenças coronarianas¹².

Situação equivalente ao encontrado em um estudo que avaliou 85 pacientes vivendo com HIV/AIDS no Hospital Geral de Massachusetts em Boston, onde verificaram que os 62 homens avaliados apresentavam 15,1% de gordura nas extremidades e 22,9% de gordura na região do tronco e as mulheres um maior percentual

de gordura nas extremidades (28,9%) e na região do tronco (33,3%)¹³. Semelhante ao encontrado em um estudo realizado no Brasil, onde a presença de lipodistrofia foi verificada na maioria dos pacientes (60%), sendo mais prevalente no sexo feminino, ocorrendo a lipohipertrofia em (42,2%).¹⁴

Referente a QV, os pacientes deste estudo apresentaram menores escores médios nos domínios do HAT-QoL: preocupação com o sigilo e preocupação financeira. Possivelmente, esses achados podem ser explicados devido ao fato de o estado de saúde, por vezes debilitado, dificultar a obtenção de uma atividade remunerada¹⁵. O que no caso das pessoas vivendo com HIV/AIDS deve-se considerar que a atividade laboral permite, além do acesso às condições materiais de existência, o desvio dos pensamentos das questões, muitas vezes negativas das doenças, para a ação produtiva e com isso há também a geração de sentimento de utilidade e produtiva⁴, melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Nas questões referentes a preocupação com o sigilo, foi relatado pelos pacientes que os mesmos sentiam receio em revelar a doença para as pessoas, visto que o preconceito e a discriminação ainda se encontram muito fortes na sociedade, um receio que as pessoas, inclusive familiares, descobrissem o diagnóstico, devido às reações negativas⁴. A preocupação com sigilo pode ser indicativo do estigma que ainda acompanha os pacientes portadores do HIV e que os leva a omitir o diagnóstico, perante à sociedade, em virtude do medo da discriminação e conseqüentemente, da perda do emprego¹⁵.

Os pacientes que apresentaram o sistema imunológico em melhor estado, com o CD4 elevado e CV baixa, demonstraram relação positiva com os domínios: função geral e satisfação com a vida, corroborando com os achados de um trabalho realizado no Sudeste brasileiro que constatou que quanto maior o grau de satisfação com a saúde, melhor a sua QV⁸. Foi demonstrado que pacientes com contagens de CD4 mais altas tiveram melhor QV².

Aqueles que apresentaram a CV elevada, demonstraram uma menor preocupação com a saúde e com a medicação, influenciando negativamente na sua qualidade de vida. Segundo Ferreira et al. (2012, p. 82) “*o diagnóstico e o tratamento precoce são fatores que, ao permitir melhora imunológica e esquemas terapêuticos com menor número de medicamentos, podem influenciar positivamente na QV destes pacientes*”¹⁶. Os TARVs demonstraram reduzir significativamente a taxa de replicação do HIV no corpo de uma pessoa infectada. Embora a TARV não destrua completamente o vírus e não possa curar

a infecção/doença, pode diminuir bastante a carga viral e retardar significativamente a progressão da doença, aumentando assim a esperança de vida e melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e AIDS².

Com relação a associação entre o estado nutricional e a QV, foi notado uma carência de estudos nessa área. O estado nutricional e a progressão do HIV estão interligados; embora alguns estudos tenham analisado o estado nutricional e o impacto sobre a QV em pacientes com doenças crônicas, poucos estudaram isso em indivíduos infectados pelo HIV¹⁷. A boa nutrição representa apoio fundamental às medidas farmacológicas que propiciam melhor qualidade de vida aos portadores de HIV/AIDS.¹⁸ No presente estudo encontra associação do IMC dos pacientes com excesso de peso com maior satisfação com a vida e maior confiança no médico que os paciente eutróficos. Assim como os pacientes que apresentaram a maior elevação da CC possuíam uma maior satisfação com a vida quando comparado com pacientes com a CC adequada. Um aumento no IMC é uma indicação de melhora na saúde física que ajuda a aumentar a autoconfiança, infundir uma sensação de independência em que uma pessoa se move ao redor e de aceitação no ambiente que ela fica²⁰. Os pacientes com IMC de excesso de peso, normalmente se encontram com a CC elevada.

Em relação a CB, os pacientes eutróficos possuíam uma melhor função geral, satisfação com a vida e atividade sexual que os pacientes desnutridos. Foi encontrado piores resultados na QV em indivíduos que estavam com a baixa ingestão referida, presença de perda de peso não intencional e moderada-alta circunferência da cintura¹⁷. O acompanhamento nutricional do doente infectado com HIV/AIDS é de grande relevância, uma vez que assegurado um bom estado nutricional ocorre melhora da função imunitária, na capacidade funcional, previne a perda de peso e a depleção da massa celular corporal, contribuindo positivamente com o prognóstico dos doentes. Garantir segurança nutricional nesses pacientes contribue para a melhoria da qualidade de vida, controlar a sintomatologia, aumentar a resistência a infecções e complicações e melhorar a tolerância à terapia farmacológica. A intervenção nutricional deve ser iniciada o quanto antes, de modo a minimizar o risco nutricional associado a estes indivíduos.¹⁸

CONCLUSÃO

Foi perceptivo o grande avanço do TARV ao longo dos anos desde o começo da epidemia do HIV/AIDS até os dias de hoje, refletindo consideravelmente na melhora da

qualidade de vida dos pacientes em diferentes aspectos, porém através do instrumento HAT-QoL utilizado nessa pesquisa, observou-se que os domínios que mais comprometeram a qualidade de vida foram a preocupação financeira e com o sigilo, demonstrando que necessita-se de uma abordagem mais humanizada, livre de preconceitos, que reduzam os “tabus” existentes da doença, para que dessa forma diminua os empecilhos que levem ao paciente a não adesão ao tratamento, visto que os pacientes que apresentaram o CD4 elevado e a Carga Viral baixa demonstraram uma melhor qualidade de vida.

Na relação estado nutricional e sua influência na qualidade de vida, evidenciou-se que a presença da desnutrição interfere negativamente. Sendo assim, se faz necessário o aconselhamento nutricional adequado preventivo, para minimizar a perda de peso e consequente desnutrição, fornecer níveis adequados dos nutrientes, diminuir sintomas de má absorção, melhorar o sistema imunológico evitando infecções oportunistas, garantindo a adesão ao tratamento farmacológico e diminuir os efeitos colaterais com uso do TARV, ações que irão contribuir para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Ribeiro CSA. Prevalência de Alterações Nutricionais e fatores de risco para desnutrição em pacientes hospitalizados por HIV/AIDS. Salvador. Monografia [Graduação em Nutrição] - Universidade Federal da Bahia; 2010.
- 2 Oguntibeju OO. Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy HIV/AIDS - Research and Palliative Care. HIV AIDS (Auckl) 2012 Aug; 4: 117–124.
- 3 Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living With HIV. Ver Latino-Am Enfermagem. 2011 jun; 19:485-92.
- 4 Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015 Fev; 31 (2): 365-376.
- 5 Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS – DST 2017; Ano V, nº 1.

- 6 Braga LA, Silva CAB, Avaliação nutricional e metabólica de pacientes com HIV em uso da Terapia Antirretroviral no Nordeste do Brasil. RBPS, Fortaleza, 2010 Out/Dez; 23 (4): 368-373.
- 7 World Health Organization. Quality of life assessment: an annotated bibliography. Geneva, 1994.
- 8 Hipolito RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. Ver. Latino-Am. Enfermagem, 2007; 25:2874.
- 9 Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Júnior GS, Júnior DB, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV e AIDS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014 Jul; 30 (7): 1551-1559.
- 10 Nunes AA, Caliani LS, Nunes MS, Silva AS, Mello LM. Análise do perfil de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral. Ciência e saúde coletiva, 2015; 20 (10): 3191-3198.
- 11 Curti MLR, Almeida LB, Jaime PC. Evolução de parâmetros antropométricos em portadores do vírus da Imunodeficiência Humana ou com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: um estudo prospectivo. Rev. Nutr., Campinas, 2010 Jan/Fev; 23 (1): 57-64.
- 12 Silva IRP, Dias RN, Dutra CDT, Mendes ANL, Libonati RMF. Dislipidemia e estado nutricional em pacientes HIV positivo com síndrome lipodistrófica. Rev. Epidemiol. Control. Infct. 2014; 4 (3): 200-207.
- 13 Hadigan C, Jeste S, Anderson EJ, Tsay R, Cyr H, Grinspoon S. Modifiable dietary habits and their relation to metabolic abnormalities in men and women with human immunodeficiency virus infection and fat redistribution. Clin Infect Dis. 2001; 33(5):710-17.
- 14 Silva IC, Sampaio E, Almeida M, Freire NA, Ramos L, Medeiros MJB. Perfil metabólico, antropométrico e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral. Nutr. Clín. hosp. 2016; 36(3): 38-44.
- 15 Lopes PSD, Silva MMG, Torres IC, Stadnik CMB. Qualidade de vida dos pacientes HIV positivo com mais de 50 anos. Revista Da AMRIGS, Porto Alegre, 2011 Out/Dez; 55 (4): 356-360.

- 16 Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Rev. Bras Epidemiol* 2012; 15 (1): 75-84.
- 17 Carvalho B, Policarpo S, Moreira AC. Nutritional status and quality of life in HIV-infected patients. *Nutr Hosp.* 2017; 34(4):923-933 ISSN 0212-1611 - CODEN NUHOEQ S.V.R. 318
- 18 Cunha ARH. Implicações do tratamento com antirretrovirais de alta potência no estado nutricional e qualidade de vida [dissertação] [internet]. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; 2011. [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em:
http://www.emescam.br/arquivos/pos/stricto/dissertacoes/57_Ana_Raquel_Holanda_da_Cunha.pdf
- 19 Anand D. Puri S. Mathew M. Assessment of Quality of Life of HIV-Positive People Receiving ART: An Indian Perspective. *Indian Journal of Community Medicine*, 2012 Jul; 37 (3).
- 20 Moutinho ABA, Pretto ADB, Moreira NA. Evolução do estado nutricional de pacientes com AIDS atendidos em um ambulatório de nutrição. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, 2015 Mai/Jun; 9 (51): 85-95.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **“ESTADO NUTRICIONAL, ALTERAÇÕES METABÓLICAS E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIV/AIDS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL DE PERNAMBUCO”**, de responsabilidade do estudante pesquisador **Bruna Oliveira de Medeiros** sob orientação do nutricionista **Bruno Soares de Sousa**, que tem como objetivo verificar a importância e a associação do estado nutricional com o uso de tratamento antirretroviral (Coquetel) e a qualidade de vida dos indivíduos soropositivos, atendidos no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

Serão verificados o peso corporal e a estatura, e também medidas das dobras cutâneas e circunferências corporais (que são as medidas realizadas envolta do braço e da cintura), aplicação de entrevista para obtenção de dados como: idade, sexo, tempo de infecção pelo HIV, patologias associadas. Também serão realizados entrevista e questionário de qualidade de vida autoaplicável nos indivíduos alfabetizados e aplicado aos indivíduos não alfabetizados.

DESCONFORTO, RISCO E BENEFÍCIOS: Todo o desenvolvimento da pesquisa será acompanhado por profissionais capacitados e preparados a atender o paciente, a entrevista será realizada em ambiente fechado apenas com o entrevistador e o paciente no intuito de evitar constrangimentos com outras pessoas, asseguramos a confidencialidade, a privacidade, a proteção de imagem e a não discriminação da doença. Serão tomadas medidas de segurança para diminuir o risco de perda de informações e identificação dos participantes. Caso o paciente sinta-se desconfortável com o questionário, o que pode remeter ao mesmo um sentimento de culpa, tristeza ou vergonha, iremos encaminhá-lo para o serviço de psicologia da referida instituição. Ao final do estudo, com os resultados encontrados teremos a possibilidade de atuar juntamente com todo o tratamento médico objetivando melhorias no estado nutricional, a citar: evitar e/ou diminuir a perda de peso, minimizar sinais da desnutrição, sobrepeso e obesidade, através de intervenções e acompanhamento nutricional, realizando essas medidas teremos a possibilidade de retardar as complicações metabólicas associadas ao tempo de uso de remédios em pessoas com HIV/Aids, melhorando a qualidade de vida do senhor (a) e de outros pacientes.

Os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa irão preencher o Termo de Consentimento Livre e esclarecido em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou representante e uma arquivada pelo pesquisador. **CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

A participação é de caráter voluntário e o (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer restrição ou consequências.

As informações coletadas serão sigilosas e sem sua identificação, mas o (a) senhor (a) poderá saber de seus resultados, se solicitado. As informações obtidas serão utilizadas unicamente para fins de pesquisa.

Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do IMIP, que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando os seus direitos, e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está localizado à Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP. Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar. Telefone: 2122-4756. E-mail: comitedeetica@imip.org.br. O CEP-IMIP funciona de segunda a sexta-feira no horário de 7h às 11h30min (manhã) e 13h30min às 16h (tarde).

Contatos dos pesquisadores responsáveis para resolver dúvidas, localizados no Departamento de Nutrição (sala dos nutricionistas), 1º andar, prédio Dom Pedro II. Pesquisadores: Bruna Oliveira de Medeiros, telefone: (81) 99724-5118, e-mail: brunanutrimeeiros@hotmail.com. Orientador: Bruno Soares Sousa, telefone: (83) 99624-8661, e-mail: bssnutri@hotmail.com.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Recife, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do participante ou seu responsável legal

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE B**Entrevista N^o** _____**Data:** ____/____/____**Prontuário:** _____**Data de Nascimento:** ____/____/____ **Idade:** _____**Tempo de infecção pelo HIV:** _____**Forma de contaminação:** _____**Gênero:** () M () F**Doenças associadas:**

() Diabetes Mellitus () Hipertensão () Depressão () Outra

Qual: _____**Uso de antirretrovirais:**

() Sim () Não

N^o de comprimidos por dia: _____**Medicações em uso:** (esses dados serão coletados do prontuário).

Ocorrências nos últimos três meses:

() Perda de Peso, se sim registrar: _____

() Náuseas

() Falta de apetite

() Vômitos

() Diarreias

() Dor ao deglutir

() Infecções

() Outros _____

Avaliação Nutricional

Peso Atual: _____ Estatura: _____

IMC = _____ Classificação: _____

Peso Antes do diagnóstico: _____

IMC = _____ Classificação: _____

CC = _____

CQ = _____

CB = _____

DCT = _____

Avaliação Bioquímica

CD4	CARGA VIRAL INICIAL	CARGA VIRAL 06 MESES	CT	HDL
LDL	TG	HB	HT	GLI

ANEXO A

Instrução para Submissão de Trabalho

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois

exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos

de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir

o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

PASSO A PASSO PARA SUBMISSÃO

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

1.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor

pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

2.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

2.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

2.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

2.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

2.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

2.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

2.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

- 2.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 2.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.
- 2.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.
- 2.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 2.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 2.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 2.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.
- 2.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 2.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem

em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

2.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

2.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

2.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

2.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já

cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos".

Seguindo o passo a passo:

5.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acao/login>) no prazo de 72 horas.

Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

Anexo B

QUESTIONÁRIO HAT-QoL

(HIV/AIDS Targeted Quality of Life)

INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA DIRECIONADO PARA HIV/AIDS, TRADUZIDO, ADAPTADO E VALIDADO PARA PACIENTES HIV NO BRASIL.

Instruções Importantes

As perguntas neste questionário buscam entender como está a sua vida em diferentes aspectos. Antes de começar a responde-las, leia as explicações abaixo para entender melhor como abordar dois tipos de perguntas que você encontrará:

1. **Você encontrará algumas perguntas voltadas para suas atividades da rotina diária e do trabalho.**

Se você tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades relacionadas a eles. Se você não tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades que você geralmente faz na maioria dos dias da semana – por exemplo, tarefas domésticas ou de outra natureza, atividades escolares ou relacionadas ao trabalho voluntário em uma instituição.

2. **Você encontrará algumas questões sobre o seu médico.**

Se você geralmente é atendido por uma enfermeira ou um assistente do seu médico, responda essas questões pensando nessa pessoa e não no seu médico propriamente dito.

1. **As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas quatro semanas:**

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.					
Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina.					

Nas últimas 4 semanas, a dor limitou a minha capacidade de estar fisicamente ativo.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.					
Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho.					
Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais.					

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu comportamento com a vida nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida.					
Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável.					

3. As perguntas a seguir abordam suas preocupações com a saúde nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem de CD4.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria.					

4. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações com aspectos financeiros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas.					
Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto.					

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à **medicação para o HIV** nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

Não → Vá para a Seção 6

Sim → Continue com a questão 5ª

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso.					
Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal.					
Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo.					
Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios.					

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por **ser HIV positivo** nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV.					

Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado.					
--	--	--	--	--	--

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em revelar a doença para os outros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo.					
Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV.					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder a minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV.					

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao seu médico nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade.					
Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento.					
Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo.					

9. As perguntas a seguir abordam sua atividade sexual nas últimas 4 semanas.

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado.					
Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo.					