

Desnutrição e Qualidade de Vida em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

Malnutrition and Quality of Life in People Living with HIV/AIDS

RAQUEL LISBOA OLIVEIRA¹
CRISTIANE FONSECA DE ALMEIDA²
RAQUEL DE VASCONCELOS CARVALHAES DE OLIVEIRA³
BEATRIZ GRINSZTEJN⁴
MARCUS TULIUS T SILVA⁵
PATRÍCIA DIAS DE BRITO²

RESUMO

Objetivo: explorar a associação entre o estado nutricional e os aspectos relacionados à qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em tratamento antirretroviral. **Materiais e Métodos:** estudo seccional com uma amostra de 83 pacientes selecionada nos ambulatórios de doenças infecciosas de um instituto de referência para tratamento do HIV/AIDS. Os participantes foram avaliados quanto ao estado nutricional (avaliação nutricional subjetiva global - ANSG) e aos aspectos relacionados à qualidade de vida (questionário *Item Short-Form Health Survey -SF-36*) por uma fisioterapeuta treinada da equipe multidisciplinar de terapia nutricional. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** A maioria era do sexo masculino (56,6%), tinha concluído o ensino médio (54,2%), era ativo profissionalmente (54,2%), e ganhava pelo menos um salário mínimo (92,8%). Um terço da amostra tinha desnutrição leve ou moderada, e relatou presença de algum sintoma gastrointestinal. Grande parte dos pacientes apresentava perda de tecido adiposo (65%) e de massa muscular (34,9%) e 40,9% tinham deficiência funcional relacionada ao estado nutricional: Os pacientes classificados como desnutridos, tiveram piores resultados com relação aos componentes da ANSG e menores escores nos domínios da qualidade de vida (capacidade funcional, vitalidade, e limitação por aspectos físicos, emocionais e sociais). **Conclusão:** A desnutrição parece interferir negativamente na qualidade de vida de PVHA, e o uso de um instrumento de triagem rápida do estado nutricional, como a ANSG, por uma equipe interdisciplinar pode identificar precocemente pacientes que precisam de rápida intervenção nutricional.

DESCRIPTORIOS

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Desnutrição. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To explore the association between nutritional status and aspects related to quality of life in people living with HIV/AIDS (PLHA) under antiretroviral treatment. **Material and Methods:** This was a cross-sectional study with a convenience sample of 83 adults. Subjects were randomly selected at the infectious diseases outpatient's clinics at a reference institute for the treatment of HIV/AIDS. Nutritional status (subjective global assessment - SGA) and issues relating to quality of life (questionnaire Short-Form Health Survey Item -SF-36) were assessed by a trained physiotherapist of the nutritional therapy multidisciplinary team. The study was approved by the Research Ethics Committee and all participants signed an informed consent form. **Results:** Most study subjects were males (56.6%), had completed high school (54.2%), were professionally active (54.2%), with an income of at least one minimum wage (92.8%). A third of the sample had mild or moderate malnutrition and reported presence of some gastrointestinal symptoms. Most patients showed loss of subcutaneous fat (65%) and muscle mass (34.9%), and 40.9% of them had functional impairment related to nutritional status. As expected, patients classified as malnourished showed worse results in relation to SGA components and lower scores in some domains of quality of life (functional capacity, energy, and physical, emotional and social limitations). **Conclusion:** Malnutrition appears to interfere negatively on PLHA's quality of life, and the use of a rapid screening tool to assess nutritional status, such as SGA, by an interdisciplinary team can early identify patients in need of a quick nutritional intervention.

DESCRIPTORS

Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Antiretroviral Therapy. Malnutrition. Quality of Life.

- 1 Fisioterapeuta. Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional e Serviço de Fisioterapia, INI/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil
- 2 Nutricionista. Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional e Serviço de Nutrição, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, INI/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil
- 3 Estatística. Laboratório de Epidemiologia Clínica, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, INI/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil
- 4 Médica Infectologista. Chefe do Laboratório de Pesquisa Clínica em DST/AIDS, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, INI/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil
- 5 Médico Neurologista. Laboratório de Pesquisa Clínica em Neuroinfecção, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, INI/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

O uso dos potentes esquemas antirretrovirais na prática clínica resultou em significativa redução na letalidade e na morbidade associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*) assim como em importante aumento da expectativa de vida, possibilitando que hoje a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS, do inglês *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) seja considerada uma doença crônica^{1,2}.

Este aumento da longevidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) vem sendo acompanhado de melhora da qualidade de vida, o que está diretamente relacionada ao estado de saúde. Com isso, torna-se cada vez mais frequente a utilização de instrumentos de avaliação de qualidade de vida destes indivíduos, o que ainda permite a incorporação da opinião dos pacientes nas tomadas de decisão em saúde^{3,4}. Diversos fatores podem afetar a qualidade de vida de PVHA, incluindo aspectos físicos, bem-estar psicológico, efeitos colaterais dos antirretrovirais, sintomas relacionados ao HIV, imagem corporal, determinantes sociais, e acesso a serviços de saúde⁵⁻⁸. Recentemente, fatores nutricionais incluindo a desnutrição, também têm sido associados à menor qualidade de vida⁹⁻¹¹.

Sabe-se que a desnutrição está associada a menores contagens de células T CD4+, maior incidência de infecções oportunistas, maiores taxas de hospitalização e pior prognóstico, além de prejudicar a capacidade física e a função cognitiva, impactando negativamente no estado geral de saúde e na qualidade de vida de PVHA¹²⁻¹⁷. Apesar da introdução cada vez mais precoce dos potentes esquemas antirretrovirais, a desnutrição nestes pacientes, caracterizada por perda tanto de tecido adiposo periférico como de massa muscular, ainda é considerada complicação frequente da infecção pelo HIV^{16,18}, e sua prevalência varia de acordo com o método empregado^{15,19,20}. A Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG) é um instrumento de triagem nutricional que, aplicado por profissionais de saúde treinados, permite rápida avaliação do estado nutricional, além de levantar informações sobre alterações na ingestão alimentar, na função gastrointestinal e na capacidade funcional^{20,21}. Apesar de ter sido originalmente desenvolvida para aplicação em pacientes cirúrgicos²², estudos tem mostrado que ela também é útil para avaliar pacientes com outras condições clínicas, incluindo infecção pelo HIV²⁰, e neste caso, os resultados da ANSG têm sido associados com níveis de

albumina sérica, contagem de células T CD4+, e progressão da doença^{16,23,24}.

Diversos instrumentos têm sido usados para avaliar habilidades funcionais e auto percepção da qualidade de vida em PVHA^{5,25}. Dentre estes instrumentos, um dos mais utilizados é o *Item Short-Form Health Survey (SF-36)*²⁶, que foi traduzido e culturalmente adaptado para 30 línguas²⁷, um instrumento genérico, de fácil administração e compreensão, que avalia oito domínios relacionados à qualidade de vida. Estudos mostram sua confiabilidade e validade na avaliação de pessoas vivendo com HIV/AIDS^{4,28,29}.

Com a progressão da doença, a desnutrição e a perda de peso involuntária associadas à redução da massa e força muscular, pode resultar em dificuldades na execução das atividades da vida diária, com piora da qualidade de vida e aumento do risco de morte. Entretanto, existe ainda pouca evidência na literatura sobre a relação entre o estado nutricional e a qualidade de vida em PVHA. Alguns estudos mostraram que o estado nutricional, medido através do índice de massa corporal, esteve correlacionado a maiores escores de alguns domínios da qualidade de vida em PVHA^{9,10}. Um trabalho realizado em Uganda mostrou que PVHA com insegurança alimentar grave tinham menores escores de saúde mental e física¹¹.

O objetivo deste trabalho foi explorar a associação entre o estado nutricional, avaliado pela ANSG, e a percepção da qualidade de vida, através do SF-36, em adultos vivendo com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral, atendidos em um instituto de referência para tratamento do HIV/AIDS no Rio de Janeiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Casística

Este é um estudo descritivo de uma população constituída de pacientes adultos (18 a 60 anos) com diagnóstico confirmado de HIV e em tratamento antirretroviral, atendidos em um instituto de referência para tratamento do HIV/AIDS entre novembro de 2009 e novembro de 2010. A seleção dos participantes ocorreu por amostra de conveniência a partir da consulta prévia à agenda de marcação dos ambulatórios de HIV. Foram considerados critérios de exclusão: presença de doença oportunista, história pregressa de doença

nerológica relacionada ou não com a infecção pelo HIV, pacientes em tratamento psiquiátrico e usuários de drogas ilícitas.

Este estudo fez parte da dissertação de mestrado intitulada “Caracterização do perfil funcional e avaliação dos aspectos relacionados à qualidade de vida das pessoas convivendo com HIV e dos pacientes com AIDS em acompanhamento ambulatorial no IPEC”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número 0043.0.009.000-08, e todos os participantes incluídos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Métodos

Em uma entrevista, foram coletados dados sociodemográficos, como data de nascimento, sexo, grau de escolaridade, situação ocupacional e confirmado o uso regular da terapia antirretroviral. Os dados clínicos tais como a última contagem de linfócitos T CD4+ e o tempo desde o diagnóstico do HIV foram obtidos através da consulta ao prontuário eletrônico do paciente.

Uma fisioterapeuta, membro da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional, foi especificamente treinada para aplicação da ANSG e do SF-36.

Estado Nutricional

Para avaliação do estado nutricional foi aplicada a versão revisada da ANSG para indivíduos com HIV/AIDS²⁰. Este instrumento é baseado em cinco componentes: (1) variação do peso corporal no período de duas semanas a seis meses; (2) alteração da ingestão alimentar; (3) sintomas gastrintestinais persistentes por mais de duas semanas (náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, disfagia, lesões orais, alteração de paladar); (4) incapacidade funcional relacionada ao estado nutricional; (5) exame físico (perda de gordura subcutânea ou de massa muscular). A perda de gordura subcutânea foi avaliada através de palpação das áreas do tríceps e do bíceps, e da observação do depósito de gordura abaixo dos olhos. Perda de massa muscular foi avaliada através da observação das têmperas, clavículas e ombros.

Após análise subjetiva dos itens relacionados anteriormente, os pacientes foram classificados em bem nutrido, desnutrido leve a moderado ou desnutrido grave²⁰.

Qualidade de vida

O aspecto relacionado à qualidade de vida foi investigado através do questionário de qualidade de vida SF-36⁴, utilizando-se a versão traduzida e validada para o português³.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Em casos de analfabetismo ou de dificuldade para leitura ou compreensão do questionário, foi permitido o auxílio de um acompanhante ou outra pessoa apenas na leitura das questões. O questionário apresenta um escore final de zero a 100 pontos, em que zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado geral de saúde^{3,4}. De acordo com a literatura, considera-se que pacientes com escore final ≥ 61 tenham boa qualidade de vida, e aqueles com escore final <61 apresentem qualidade de vida ruim²⁹.

Análise estatística

A análise dos resultados foi realizada no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 16,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As medidas resumo foram avaliadas através das medianas para as variáveis contínuas e das frequências para as variáveis categóricas.

O teste de Shapiro-Wilk dos escores das escalas de qualidade de vida rejeitaram a hipótese de normalidade, indicando o uso de testes não-paramétricos. Para comparação das medianas de acordo com a classificação do estado nutricional (bem nutrido – BN; desnutrição leve a moderada – DLM) foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para verificar a associação dos cinco componentes da ANSG (classificados em BN ou DLM) com a classificação do estado nutricional foi utilizado teste exato de Fisher.

Um p valor menor do que 0,05 foi considerado significativo para todas as análises estatísticas.

RESULTADOS

Foram avaliadas 83 pessoas vivendo com HIV/AIDS, todos em acompanhamento médico regular com relato documentado de boa adesão ao uso de antirretrovirais. A maioria da amostra era do

sexo masculino e ativa profissionalmente. A tabela 1 mostra algumas características sociodemográficas e clínicas. Metade da amostra tinha o ensino médio completo, e a grande maioria (n=70; 84,3%) tinha pelo menos o fundamental completo. Com relação à renda mensal, a maioria (80,7%) ganhava entre um e cinco salários mínimos (SM), seis indivíduos (7,2%) ganhavam menos de um SM e 10 (8,3%) ganhavam mais de cinco SM. Somente três pacientes apresentaram comorbidades, um tinha hipertensão arterial, um tinha dislipidemia e outro tinha dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensão arterial. A mediana de tempo de diagnóstico do HIV foi de 12 anos, e as contagens de linfócitos T CD4+ variaram de 341 a 709 células/mm³.

De acordo com a ANSG, 58 indivíduos (69,9%) estavam bem nutridos e 25 (30,1%) apresentaram desnutrição leve a moderada. Nenhum paciente foi classificado como desnutrido grave.

Considerando os componentes da ANSG, foi verificado na amostra total uma frequência de 10,8% de alteração recente de peso, 18% de alteração de ingestão alimentar, 38,6% de presença de algum sintoma gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, constipação, disfagia ou alteração do paladar), e 40,9% de presença de deficiência funcional relacionada ao estado nutricional. Com relação ao exame físico, foi observado que 65% dos indivíduos apresentava perda de tecido adiposo e 34,9% perda de massa muscular.

Analisando as características clínicas e sociodemográficas de acordo com a classificação do estado nutricional, os indivíduos bem nutridos eram mais jovens (BN 44,0 anos vs. DLM 51,0 anos;

p=0,006) e a grande maioria era ativa profissionalmente (BN 63,8% vs. DLM 32%; p=0,009). Não foi verificada relação significativa entre o estado nutricional e possuir ensino médio completo, o tempo em anos de estudo bem como com o tempo de diagnóstico do HIV ou contagem das células T CD4+.

Com relação aos componentes da ANSG, os pacientes desnutridos tiveram maiores frequências de: perda de peso recente (BN 1,7% vs. DLM 32%; p=0,0002), presença de sintomas gastrointestinais (BN 31% vs. DLM 56%; p=0,04), presença de alteração do paladar (BN 1,7% vs. DLM 16%; p=0,02); presença de disfunção funcional (BN 25,8% vs. DLM 80%; p<0,0001); perda de tecido adiposo subcutâneo (BN 53,4% vs. DLM 92%; p=0,0008) e perda de massa muscular (BN 12,1% vs. DLM 88%; p<0,0001). Dentre os sintomas gastrointestinais reportados, aqueles que tiveram maiores frequências no grupo desnutrido, comparado ao bem nutrido, foram náuseas (BN 10,3% vs. DLM 32%; p=0,02), vômitos (BN 1,7% vs. DLM 16%; p=0,02) e anorexia (BN 1,7% vs. DLM 32%; p=0,0002).

Quanto à avaliação das questões relacionadas à qualidade de vida, verifica-se na Tabela 2 a mediana da pontuação obtida em cada domínio para a amostra total, e dividida em pacientes bem nutridos e desnutridos. Em todos os domínios da SF-36 as medianas da amostra total encontram-se acima de 60 pontos. Entretanto, quando comparados com os bem nutridos, os indivíduos com desnutrição leve a moderada tiveram menores escores nos domínios de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, limitação por aspectos emocionais, aspectos sociais, e vitalidade.

Tabela 1. Características clínicas e sociodemográficas de pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral (N=83).

	N	(%)	Mediana (IQR)
Sexo masculino	47	(56,6%)	
Ensino médio completo	45	(54,2%)	
Profissionalmente ativo	45	(54,2%)	
Idade (anos)			46,0 (41,0-52,0)
Tempo desde diagnóstico do HIV (anos)			12,0 (5,0-16,0)
Contagem das células T CD4+ (cél/mm³)			483,0 (341,0-709,0)*

IQR= intervalo interquartil, *padrão de normalidade 410 a 1590 células/mm³

Tabela 2. Medianas do escore do questionário SF-36 por domínios de pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral (N=83).

Domínios	Total (N = 83) Mediana (IQR)	BN (n=58) Mediana (IQR)	DLM (n=25) Mediana (IQR)	p valor*
Capacidade funcional	90 (70–100)	95 (80-100)	70 (52,5-92,5)	<0,001
Estado geral de saúde	70 (52–82)	72 (59,25-82)	57 (42-81)	0,059
Limitação física	75 (25–100)	75 (50-100)	25 (0-87,5)	0,002
Limitações emocionais	67 (0–100)	100 (33,3-100)	0 (0-83,3)	0,001
Aspectos sociais	75 (50–100)	87,5 (50-100)	50 (37,5-87,5)	0,003
Dor	72 (51–100)	73 (51-100)	61 (46-74)	0,112
Vitalidade	65 (50–80)	70 (55-80)	50 (35-75)	0,028
Saúde mental	68 (48–84)	68 (48-84)	52 (34-84)	0,285

IQR: intervalo interquartil; BN: bem nutrido; DLM: desnutrido leve a moderado. * Teste de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que apesar do uso da terapia antirretroviral, um terço da amostra de PVHA apresentou desnutrição leve ou moderada. Foram observadas em grande parte dos indivíduos perda de tecido adiposo periférico e de massa muscular, assim como deficiência funcional relacionada ao estado nutricional. A desnutrição parece interferir na qualidade de vida, pois indivíduos desnutridos relataram maior limitação em alguns domínios, incluindo entre eles os aspectos físicos e a vitalidade.

Algumas peculiaridades desta amostra de PVHA devem ser ressaltadas³⁰. O bom estado imunológico, traduzido por contagens elevadas de linfócitos T CD4+, indicam uma recuperação pelo menos parcial da imunodeficiência. Deve-se ressaltar também que a maioria do grupo tinha condições socioeconômicas e educacionais favoráveis, pois metade da amostra tinha o ensino médio concluído e encontrava-se inserida no mercado de trabalho formal ou informal. Estes fatores podem ter contribuído para uma melhor compreensão da doença, adesão ao acompanhamento clínico proposto, manutenção das atividades do cotidiano e, conseqüentemente repercutindo positivamente na qualidade de vida dos mesmos.

Em relação ao estado nutricional, sabe-se que com o início da utilização dos potentes esquemas

antirretrovirais, a perda de peso e a síndrome consumptiva tiveram sua frequência reduzida nas PVHA^{15,16}. Porém, estudos demonstram que a perda de peso e a síndrome consumptiva ainda podem ocorrer principalmente nos estágios avançados da infecção, e em pacientes com baixa adesão ao tratamento antirretroviral, e estão associadas a um pior prognóstico^{16,18,19,20}.

Foi encontrada uma prevalência de 30% de desnutrição leve a moderada. A ausência de indivíduos classificados como desnutridos graves pode ser explicada pelas peculiaridades socioeconômicas e educacionais já relatadas, pelo estado imunológico preservado e pela ausência de comorbidades metabólicas. Outros achados na literatura relataram maiores prevalências de desnutrição em PVHA (entre 70 e 90%), entretanto estes estudos foram conduzidos em países subdesenvolvidos, com indivíduos com maior grau de imunodeficiência e situação socioeconômica desfavorável^{12,13,23}.

Pelo fato da AIDS ser uma doença ainda sem cura e que teve sua história natural alterada pelo uso dos potentes esquemas antirretrovirais, as PVHA têm vivenciado um prolongamento na expectativa de vida. Assim, passou a ser de grande importância o conceito de qualidade de vida para essa população. Portanto, diversos estudos têm buscado avaliar os aspectos relacionados à qualidade de vida das PVHA, com o enfoque da saúde nas atividades diárias e sociais, verificando

a presença de sinais e sintomas, efeitos de novas drogas e intervenções^{25,29}.

Neste estudo foi observado que em todos os domínios dos aspectos relacionados à qualidade de vida, a mediana dos escores esteve acima de 60 pontos, o que sugere que, de uma maneira geral, os indivíduos possuíam uma boa qualidade de vida, fato este que pode ser explicado pelas características peculiares da amostra. Os participantes se sentiam com pouca energia/vigor e relatavam frequentemente cansaço (questões relacionadas à vitalidade). Além disso, com frequência relataram não se sentirem felizes ou calmos e que estavam desanimados e estressados com o cotidiano (questões relacionadas à saúde mental). Estes resultados encontrados em relação às limitações por aspectos físicos, sociais e emocionais foram semelhantes aos encontrados em outros estudos^{7,8,29}.

Existe ainda pouca evidência na literatura sobre a relação entre o estado nutricional e os aspectos relacionados à qualidade de vida de PVHA^{9-11,17}. Na tentativa de investigar se o estado nutricional poderia interferir na qualidade de vida, foram analisados os escores obtidos em cada domínio da avaliação da qualidade de vida, entre pacientes bem nutridos e com desnutrição leve a moderada. Foi verificado que os indivíduos desnutridos apresentaram medianas de pontos mais baixas para os domínios capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, emocionais e sociais, e vitalidade. É lícito considerar que algumas características apresentadas pelos indivíduos bem nutridos (menor idade e maior percentual de indivíduos profissionalmente ativos) também podem interferir negativamente na qualidade de vida, e a presença dessas características, não necessariamente da desnutrição, pode ser suficiente para a pior qualidade de vida.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas. Em primeiro lugar, os achados desta

pesquisa não podem ser generalizados para outras populações infectadas pelo HIV, uma vez que a amostra é representativa dos pacientes em acompanhamento ambulatorial apenas neste centro de referência, onde recebem seus medicamentos e abordagem interdisciplinar, o que provavelmente reflete nas boas condições de saúde da amostra. A seleção de pacientes de sítios específicos, como ambulatórios, promove um viés de seleção uma vez que os indivíduos que não são aderentes ao tratamento ou que o abandonaram deixam de ser recrutados. Desta forma, não foi possível realizar uma análise mais aprofundada através de uma regressão com ajuste de fatores, o que justifica o caráter descritivo do estudo. Além disso, os instrumentos utilizados (ANSG e SF-36) são ferramentas subjetivas em que a precisão do diagnóstico depende do observador, e que se utilizam principalmente do relato do paciente, o que pode gerar viés de informação. Entretanto, a escolha destes instrumentos, que podem ser aplicados por qualquer profissional de saúde após treinamento da técnica, tenta refletir a interdisciplinaridade da instituição.

CONCLUSÃO

O presente estudo sugere que o estado nutricional pode interferir de forma negativa na qualidade de vida em indivíduos portadores de HIV/AIDS em tratamento com antirretrovirais. Muito embora os resultados tenham evidenciado uma população bastante independente para as atividades da vida diária e com bons escores nos aspectos relacionados à qualidade de vida, todas as queixas, sejam elas relacionadas à saúde física, mental ou social, devem ser investigadas. O uso de uma triagem rápida do estado nutricional, como a ANSG, por uma equipe interdisciplinar pode evitar maiores encargos na vida diária das PVHA e ajudá-los a lidar com os sintomas, as incapacidades, os desafios sociais e as incertezas da doença.

REFERÊNCIAS

- Palella FJ Jr, Armon C, Buchacz K, Cole SR, Chmiel JS, Novak RM, et al. The association of HIV susceptibility testing with survival among HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy: a cohort study. *Ann Intern Med* 2009; 151(2):73–84.
- Campos DP, Ribeiro SR, Grinsztejn B, Veloso VG, Valente JG, Bastos FI, et al. Survival of AIDS patients using two case definitions, Rio de Janeiro, Brazil, 1986–2003. *Aids* 2005;19(Suppl 4):S22-6.
- Campolina AG, Ciconelli RM. SF-36 and the development of new assessment tools for quality of life. *Acta Reumatol Port* 2008; 33(2):127–33.
- Wu AW, Hays RD, Kelly S, Malitz F, Bozzette SA. Applications of the Medical Outcomes Study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. *Qual Life Res* 1997; 6(6):531–54.
- O'Brien KK, Bayoumi AM, Strike C, Young NL, Davis AM. Exploring disability from the perspective of adults living with HIV/AIDS: development of a conceptual framework. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:76.
- Grossman HA, Goon B, Bowers P, Leitz G. Once-weekly epoetin alfa dosing is as effective as three times-weekly dosing in increasing hemoglobin levels and is associated with improved quality of life in anemic HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34(4):368–78.
- Murri R, Fantoni M, Del Borgo C, Visona R, Barracco A, Zambelli A, et al. Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care* 2003; 15(4):581–90.
- Douaihy A, Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *AIDS Read* 2001; 11(9):450–4.
- Thapa R, Amatya A, Pahari DP, Bam K, Newman MS. Nutritional status and its association with quality of life among people living with HIV attending public anti-retroviral therapy sites of Kathmandu Valley, Nepal. *AIDS Res Ther* 2015; 12:14.
- Tomita A, Garrett N, Werner L, Burns JK, Mpanza L, Mlisana K, van Loggerenberg F, Abdool Karim SS. Health-related quality of life dynamics of HIV-positive South African women up to ART initiation: evidence from the CAPRISA 002 acute infection cohort study. *AIDS Behav* 2014;18(6):1114-23.
- Palermo T, Rawat R, Weiser SD, Kadiyala S. Food access and diet quality are associated with quality of life outcomes among HIV-infected individuals in Uganda. *Plos One* 2013; 8(4):e62353.
- Hu W, Jiang H, Chen W, He SH, Deng B, Wang WY, et al. Malnutrition in hospitalized people living with HIV/AIDS: evidence from a cross-sectional study from Chengdu, China. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011; 20(4):544–50.
- Obi SN, Ifeunandu NA, Onyebuchi AK. Nutritional status of HIV-positive individuals on free HAART treatment in a developing nation. *J Infect Dev Ctries* 2010; 4(11):745–9.
- Dudgeon WD, Phillips KD, Carson JA, Brewer RB, Durstine JL, Hand GA. Counteracting muscle wasting in HIV-infected individuals. *HIV Med* 2006; 7(5):299–310.
- Mangili A, Murman DH, Zampini AM, Wanke CA. Nutrition and HIV infection: review of weight loss and wasting in the era of highly active antiretroviral therapy from the nutrition for healthy living cohort. *Clin Infect Dis* 2006; 42(6):836–42.
- Paton NI, Sangeetha S, Earnest A, Bellamy R. The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy. *HIV Med* 2006;7(5):323-30.
- Karlsson A, Nordstrom G. Nutritional status, symptoms experienced and general state of health in HIV-infected patients. *J Clin Nurs* 2001; 10(5):609–17.
- Wanke CA, Silva M, Knox TA, Forrester J, Spiegelman D, Gorbach SL. Weight loss and wasting remain common complications in individuals infected with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2000; 31(3):803-5.
- Tang AM, Jacobson DL, Spiegelman D, Knox TA, Wanke C. Increasing risk of 5% or greater unintentional weight loss in a cohort of HIV-infected patients, 1995 to 2003. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 40(1):70–6.
- Bowers JM, Dols CL. Subjective global assessment in HIV-infected patients. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1996; 7(4):83–9.
- Barbosa-Silva MC, de Barros AJ. Subjective global assessment: Part 2. Review of its adaptations and utilization in different clinical specialties. *Arq Gastroenterol* 2002;39(4):248-52.
- Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987; 11(1):8–13.
- Mokori A, Kabehenda MK, Nabiryo C, Wamuyu MG. Reliability of scored patient generated subjective global assessment for nutritional status among HIV infected adults in TASO, Kampala. *Afr Health Sci* 2011; 11(Suppl1):S86–92.
- Niyongabo T, Melchior JC, Henzel D, Bouchaud O, Larouze B. Comparison of methods for assessing nutritional status in HIV-infected adults. *Nutrition* 1999; 15(10):740–3.
- O'Brien KK, Bayoumi AM, Strike C, Young NL, King K, Davis AM. How do existing HIV-specific instruments measure up? Evaluating the ability of instruments to describe disability experienced by adults living with HIV. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:88.
- Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262(7):907–13.
- Ware JE, Jr., Keller SD, Gandek B, Brazier JE, Sullivan M. Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. *International Quality of Life Assessment. Int J Technol Assess Health Care* 1995; 11(3):525–51.

28. Tsevat J, Leonard AC, Szaflarski M, Sherman SN, Cotton S, Mrus JM, et al. Change in quality of life after being diagnosed with HIV: a multicenter longitudinal study. *AIDS Patient Care STDS* 2009; 23(11):931-7.
29. Astoro NW, Djauzi S, Djoerban Z, Prodjosudjadi W. Quality of life of HIV patients and influential factors. *Acta Med Indones* 2007; 39(1):2-7.
30. Moreira RI, Luz PM, Struchiner CJ, Morgado M, Veloso VG, Keruly JC, et al. Immune status at presentation for HIV clinical care in Rio de Janeiro and Baltimore. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57(Suppl3):S171-8.

Correspondência

Patrícia Dias de Brito
Serviço de Nutrição, Instituto Nacional de
Infectologia Evandro Chagas, INI/Fiocruz, Avenida
Brasil, 4365.
CEP: 21040-900. Manguinhos - RJ
E-mail: patricia.brito@ini.fiocruz.com.br
