

Luciana Geocze

Samantha Mucci

Mario Alfredo De Marco

Luiz Antonio Nogueira-Martins

Vanessa de Albuquerque Citero

Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV

Quality of life and adherence to HAART in HIV-infected patients

RESUMO

Foi realizada uma revisão da literatura científica sobre adesão terapêutica à *highly active antiretroviral therapy* e sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores do HIV, indexada no MEDLINE no período entre 1998 e 2008. Foram incluídos estudos em pacientes maiores de 18 anos, publicados em português, espanhol ou inglês. Foram excluídos estudos de revisão, relatos de caso e cartas. Dos 21 estudos encontrados, 12 foram incluídos (três ensaios clínicos, três coortes prospectivos, seis transversais). A relação entre qualidade de vida e adesão terapêutica permanece controversa, embora estudos descritivos apontem a possibilidade de uma relação positiva. Os resultados podem ter sido influenciados por características específicas dos ensaios clínicos descritos e mostram não haver consenso sobre o impacto da adesão terapêutica sobre a qualidade de vida dos pacientes.

DESCRITORES: Sobreviventes de Longo Prazo ao HIV. Agentes Anti-HIV. Adesão à Medicação. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, prevenção & controle. Qualidade de Vida. Revisão.

ABSTRACT

A review on adherence to highly active antiretroviral therapy and the quality of life of patients living with HIV in the scientific literature, indexed in MEDLINE between 1998 and 2008, was performed. Studies published in Portuguese, Spanish or English with patients over 18 years of age were included. Reviews, case reports and letters were excluded. Of the 21 studies found, 12 were included (three clinical trials, three prospective cohorts and six cross-sectional studies). The relationship between quality of life and treatment adherence remains controversial, despite descriptive studies indicating the possibility of a positive association. The results may have been influenced by the specific characteristics of the described clinical trials and do not show a consensus regarding the impact of treatment adherence on patients' quality of life.

DESCRIPTORS: HIV Long-Term Survivors. Anti-HIV Agents. Medication Adherence. Acquired Immunodeficiency Syndrome, prevention & control. Quality of Life. Review.

Departamento de Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Luciana Geocze
Departamento de Psiquiatria
Universidade Federal de São Paulo
R. Borges Lagoa, 570, 1º andar
Vila Clementino
04038-030 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: lugeocze@gmail.com

Recebido: 14/10/2009
Aprovado: 25/2/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) são um problema de saúde pública internacional. Com o advento da terapia anti-retroviral, houve um aumento significativo do tempo de vida e, conseqüentemente, a expectativa de uma melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde.

Durante a década de 1990, houve melhora no conhecimento da doença, ampliação dos recursos terapêuticos, aumento da sobrevida e mudança do perfil epidemiológico.⁸ Com o avanço das pesquisas farmacológicas e o advento dos anti-retrovirais por inibição da protease, na segunda metade da década de 1990, uma nova fase do tratamento anti-retroviral começou, conhecida internacionalmente como Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART).¹⁰

Em 2008, o número estimado de novas infecções por HIV foi 30% menor que em 1996 e o número total de pessoas vivendo com o vírus foi 20% maior que no ano 2000 (prevalência três vezes maior que em 1990). O crescimento de pessoas vivendo com HIV reflete o impacto benéfico da HAART, uma vez que o número estimado de óbitos relacionados à Aids em 2008 é aproximadamente 10% inferior ao de 2004.^a

As medicações anti-retrovirais passaram a ser oferecidas no Brasil em meados de 1992. A HAART foi introduzida no sistema de saúde brasileiro em novembro de 1996 como parte da política nacional de livre acesso aos serviços de saúde e medicamentos e é oferecida para toda a população com indicação de tratamento.¹⁰ Isso possibilitou uma diminuição de 33% da mortalidade após a introdução da HAART, a qual tem se mantido estável.²⁰

Diante desse novo cenário mundial é relevante entender as correlações existentes entre a qualidade de vida desses pacientes e a adesão à HAART. Embora a relação entre esses dois fatores ainda não tenha sido extensamente estudada, sabe-se que a adesão à HAART melhora os resultados clínicos, controla o avanço da doença e diminui a taxa de mortalidade, o que, supostamente, deveria resultar em uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes.⁴ Em contrapartida a esses benefícios, os efeitos colaterais da HAART incluem fadiga, náuseas, vômitos, diarreia e lipodistrofia. Esses sintomas contribuem para a descontinuidade da medicação, que resulta no aumento da carga viral no sangue, diminuição da contagem dos linfócitos T CD4+ (CD4). Isso pode aumentar a resistência do HIV aos medicamentos, resultando em uma falha no tratamento, infecções oportunistas e desperdício de investimento.^{21,24}

A qualidade de vida é um aspecto a ser considerado ao longo do processo terapêutico da Aids e é um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto das doenças de caráter crônico, podendo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto aos tratamentos e aprovação de novos regimes terapêuticos.²³ Segundo a Organização Mundial da Saúde, o conceito de qualidade de vida é definido como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.²⁸ A qualidade de vida é determinada pela extensão em que as ambições e esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em conta o contexto da cultura e sistemas de valores em que a pessoa vive; e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos, pela avaliação do estado atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas.³ Não apenas a saúde, representada pelos domínios físicos e funcionais, é importante para se entender a qualidade de vida do sujeito diante da situação de doença, mas outros domínios que se referem a aspectos sociais e emocionais são de igual valor.¹⁷

O objetivo da presente revisão foi analisar a relação entre adesão terapêutica com esquema HAART e qualidade de vida de pacientes portadores do HIV na literatura científica.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática dos artigos publicados sobre adesão terapêutica à HAART e sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores do vírus HIV, indexados na base de dados do MEDLINE (PubMed) nos últimos dez anos. Esta revisão abrange, portanto, estudos desenvolvidos após a inclusão do HAART no sistema terapêutico de pacientes portadores de HIV/Aids, garantindo assim que os estudos sobre adesão terapêutica descrevem, homogeneamente, as dificuldades com o esquema HAART.

A revisão restringiu-se ao banco de dados MEDLINE, uma vez que essa base de dados abrange os principais estudos publicados na literatura internacional em ciências da saúde. Utilizando descritores extraídos do *Medical Subject Headings* (MeSH), foi criada a seguinte estratégia de busca avançada no PubMed (“Antiretroviral Therapy, Highly Active”[Mesh] AND “Patient Compliance”[Mesh]) AND “Quality of Life”[Mesh] AND “HIV Infections”[Mesh] AND (“last 10 years”[PDat] AND (Humans[Mesh] AND

^a Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Relatório Global sobre a Epidemia de AIDS 2009: sumário geral [Internet]. Brasília, DF; 2009 [citado 2010 fev 9]. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/2009-Relatorio-Global-Aids-Sum-rio-Geral-Port.pdf>

(adult[MeSH])). Os critérios de inclusão foram estudos em pacientes maiores de 18 anos, publicados em português, espanhol ou inglês nos últimos dez anos (no período de 1/7/1998 a 1/7/2008); os critérios de exclusão foram estudos de revisão e cartas.

A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada por apenas um revisor, tabulados de acordo com as seguintes informações: autores, local em que foi realizado o estudo, ano de publicação, período de estudo, tipo de estudo, instrumento utilizado, características sociodemográficas, principais achados e limitações.

RESULTADOS

Foram encontrados 21 artigos, dos quais nove^{2,9,11,14,18,19,22,25,27} foram excluídos por não descreverem a relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida do paciente portador de HIV. Dos 12 estudos que preencheram os critérios de inclusão (Tabela), seis eram transversais, três prospectivos longitudinais e três ensaios clínicos. Entre esses 12 incluídos, dez apresentavam uma correlação positiva entre adesão e qualidade de vida, o que significa aumento concomitante da adesão ao tratamento e da qualidade de vida.^{1,4,7,12,13,16,17,23,24,26}

Nos três estudos de coorte prospectivo,^{7,13,27} o sucesso da adesão terapêutica ao longo do tempo esteve associado a maior qualidade de vida. Nos estudos transversais,^{1,12,17,23,24,26} também foi possível observar correlações positivas entre a qualidade de vida e a adesão.

Segundo Manheimer,¹³ a qualidade de vida pode influenciar a adesão ao tratamento, uma vez que pessoas com maior qualidade de vida têm também maior tendência a aderir ao tratamento. Tanto a qualidade de vida quanto a adesão ao tratamento partilham dos mesmos determinantes: ambos estão associados à carga viral, estágio da doença e sintomas.^{5,13,b} O prejuízo da adesão terapêutica está associado a uma carga viral maior, e este aumento da carga viral está associado a níveis mais baixos nos escores de qualidade de vida. Por outro lado, ter diagnóstico de Aids e sintomas associados à doença são aspectos relacionados a menor qualidade de vida e maior adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento é um componente importante para o sucesso terapêutico na infecção pelo HIV e está associada à contagem da carga viral, dos linfócitos CD4, ao nível de resistência do vírus à medicação e à qualidade dos serviços que prestam assistência.^{13,15}

Em ensaio clínico desenvolvido por Chiou et al,⁴ 67 pacientes foram divididos em três grupos randomizados (aulas individuais, aulas em grupo e grupo controle). Os pacientes que receberam as aulas participaram de um programa de manejo de sintomas uma vez por

semana durante três semanas. Neste estudo, maior adesão terapêutica após aconselhamento para manejo de sintomas esteve associada a maior qualidade de vida no grupo experimental.

Dois ensaios clínicos não apresentaram correlações após a intervenção, dos quais um apresentou pior qualidade de vida após o aumento da adesão²⁷ e o outro não apresentou nenhuma correlação entre os fatores.⁶

Wu et al²⁹ avaliaram o impacto sobre a qualidade de vida de um dispositivo de lembrete de medicação para pacientes com HIV. O grupo experimental recebeu o dispositivo que lembrava verbalmente aos pacientes o horário e doses de medicação; além disso, o grupo recebia 30 minutos de sessões de aconselhamento para adesão, mensalmente. O grupo controle recebia apenas as sessões de aconselhamento para adesão ao tratamento. Ao final de seis meses, o grupo que recebeu a intervenção apresentou uma melhora na adesão ao tratamento, mas uma considerável diminuição na qualidade de vida. Para esses autores, tal piora se deve ao próprio dispositivo, que funcionou como um evento estressante.

Ensaio clínico realizado por Goujard et al⁶ comparou um grupo experimental que participou de um programa educacional com um grupo controle com atendimento ambulatorial. Os pacientes de ambos os grupos faziam uso do esquema HAART há no mínimo três meses do início do estudo. A qualidade de vida foi avaliada em três momentos, em ambos os grupos: no sexto, 12º e 18º mês. Um aumento na adesão foi observado no 12º mês, mas nenhum impacto significativo foi observado na qualidade de vida ao longo do tempo. O estado de saúde (contagem das células CD4 e carga viral) dos pacientes melhorou 56% no grupo experimental e 50% no grupo controle. Entretanto, esse impacto não foi significativo na contagem do CD4 e na carga viral. O estudo mostrou que a intervenção educacional melhora a adesão a HAART e o estado de saúde, particularmente quando realizada no começo do tratamento. O estudo verificou um aumento no nível de adesão após a intervenção educativa, mas não mostrou nenhum impacto significativo do ponto de vista estatístico sobre a qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Foram encontrados 12 artigos que abordaram a relação entre qualidade de vida e adesão terapêutica ao esquema HAART, o que podemos considerar um número pequeno diante da relevância do tema. No entanto, podemos observar que sete deles foram publicados nos últimos três anos, o que revela um aumento de sua importância na atualidade. Ao analisar esses estudos devemos levar em consideração a heterogeneidade das amostras e dos métodos utilizados.

^b Hecht FM, Colfax G, Swanson M, Chesney MA. Adherence and effectiveness of protease inhibitors in clinical practice. In: Abstracts do 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 1998; San Francisco, Estados Unidos; 1998. p.151.

Tabela. Descrição das publicações científicas sobre a relação existente entre adesão terapêutica ao esquema HAART e qualidade de vida (QoL) em portadores de HIV no período de 1998 a 2008.

Autores e ano de publicação	Tipo de Estudo	Objetivos	Instrumentos	Características sociodemográficas	Conclusões
Goujard et al ⁶ 2003	Ensaio clínico	Avaliar o impacto de uma intervenção educacional sobre adesão e sua influência na QV ^a e resposta terapêutica	PMAQ7, ^b HIV-46, ^c knowledge score, NAF, ^d dados clínicos	N = 367; 80% homens; idade média = 40,5; 33% Aids	A intervenção aumentou a adesão, mas não apresentou aumento da QV
Chiou et al ⁴ 2005	Ensaio clínico	Avaliar a QV e adesão em um programa de controle de sintomas	Dados clínicos, questionário de adesão, QV index ^e	N = 67; 95% homens; idade média = 34,2; 27,3% Aids	A adesão e a QV aumentaram após a intervenção no controle de sintomas
Wu et al ²⁹ 2006	Ensaio clínico	Avaliar o impacto na QV após um dispositivo de lembrança da medicação	Dispositivo, testes neuropsicológicos, dados clínicos MOS-HIV, ^f CES-D ^g e outros	N = 62; 54,8% homens; idade média = 38,4	O uso de dispositivo eletrônico para lembrar os pacientes aumentou a adesão e diminuiu a QV
Jia et al ⁸ 2004	Longitudinal (coorte)	Avaliar os efeitos diretos e indiretos do apoio social, coping e depressão na QV de pacientes HIV.	Dados demográficos, HCSUS, ^h SS-A, ⁱ CES-D, Coping Questionary, PMAQ7	N = 226; 100% homens; idade média = 45,7; 30,3% Aids; 96,9% aderentes	Os efeitos do apoio social e do coping se relacionam com os sintomas depressivos, os quais se associam com todas as dimensões da QV
Mannheimer et al ¹³ 2005	Longitudinal (coorte)	Avaliar os parâmetros terapêuticos associados a uma melhor QV e sua relação com a adesão	SF12, ^j CPCRA ^k	N = 1050; 80% homens; idade média = 39 anos; 29% Aids	A adesão ao HAART está associada a um aumento da QV
Parsons et al ¹⁶ 2006	Longitudinal (coorte)	Estudar a relação entre QV e funcionamento neuropsicológico na adesão terapêutica	Avaliação neurológica e neuropsicológica, neuro QOL, ^l contagem de CD4 para adesão	N = 86; 68% homens; idade média = 42,5; 68% Aids	O sucesso da HAART está ligado a melhor estado psicológico e cognitivo de QV
Penedo et al ¹⁸ 2003	Transversal	Avaliar a relação entre traços de personalidade e QV na adesão	Dados sociodemográficos; Dados clínicos, NEO-PI-R, ^m HAT-QOL, ⁿ ACTC ^o	N = 116; 55% homens; idade média = 39,2; 72% aderentes	Traços de personalidade estão associados à QV, a qual está associada à adesão ao tratamento
Ruiz-Pérez et al ²³ 2005	Transversal	Avaliar a associação entre variáveis sociais e demográficas na adesão ao tratamento	Questionário de apoio social e de saúde geral, MOS-HIV	N = 320; 73,4% homens; idade média = 39,7; 35,6% Aids	Os aspectos sociais e demográficos, entre eles a QV, têm influência no aumento da adesão ao tratamento
Ruiz-Pérez ²⁴ et al 2006	Transversal	Avaliar a QV ao longo do tempo e como ela se relaciona com a adesão	Questionário de apoio social e de saúde geral, MOS-HIV	N = 320; 73,4% homens; idade média = 39,7; 35,6% Aids; 88,1% aderentes	A adesão ao tratamento e o estado clínico estão associados a diferentes dimensões da QV
Barder A et al ¹ 2006	Transversal	Avaliar a relação entre adesão, coping, QV e sintomas físicos	TSK, ^p MOS-HIV, Soc-fact, ^q Psc ^r	N = 100; 65% homens; 78% entre 30-50 anos; 55% Aids	Autonomia na adesão ao tratamento propicia aumento da QV
Luszczynska et al ¹² 2007	Transversal	Investigar se a QV e suporte social estão relacionados a adesão	Questionário de adesão, SES, ^s BSSS, ^t BFS, ^u MOS-SF 20 ^v	N = 104; 63,5% mulheres; idade média 34,7	Recursos pessoais, sociais e QV aumentam a adesão
Sherr et al ²⁶ 2007	Transversal	Investigar as implicações psicológicas das possíveis trocas de regime terapêutico.	Questionário demográfico, clínico e de comportamento sexual. Escala de otimismo. MSASSF, ^w EQ5D, ^x dados de adesão e regime de medicamentos	N = 778; 75,8% homens	Pacientes que não mudam de medicação têm uma QV maior que os pacientes que mudam ou param a medicação

^aQualidade de vida; ^bPatient medication adherence questionnaire 7; ^cHIV QoL Questionnaire; ^dnon-adherence factor; ^eQuality of Life index; ^fMedical outcomes study HIV health survey; ^gCenter for epidemiologic studies depression scale; ^hThe HIV cost and services utilization study; ⁱSocial support appraisals scale; ^jHealth survey instrument; ^kAntiretroviral medication self-report; ^lNeuroPathy and Foot-Ulcer-Specific Quality of Life Questionnaire; ^mNEO personality inventory; ⁿHIV/AIDS-targeted quality of life; ^oAdherence to combination therapy guide; ^pThe Trier Scales on coping with physical illness; ^qSocial Factors of ART; ^rPhysical Symptom Checklist; ^sSelf-efficacy scale; ^tBerlin social support scales; ^uBenefit find scale, physical function subscale; ^vMedical Outcomes Study 20 item questionnaire; ^wMemorial Symptom Assessment Scale Short Form; ^xEuroQoL questionnaire.

Três ensaios clínicos apresentaram resultados conflitantes, possivelmente devido ao enviesamento dos resultados por características específicas de cada um dos estudos. A pesquisa de Wu et al²⁹ considerou que o motivo mais plausível para a diminuição da qualidade de vida seria o próprio dispositivo de lembrete de medicação para pacientes com HIV utilizado, o que pode ter limitado a vida dos pacientes devido à diminuição da privacidade, pois eles reclamavam que o tamanho e o barulho do dispositivo os incomodavam em situações sociais. O aumento dos efeitos colaterais também pode ter favorecido uma menor qualidade de vida, uma vez que maior adesão pode levar a maiores efeitos adversos da medicação. Outra hipótese a se considerar é o pequeno tamanho da amostra (N = 62), que pode ter prejudicado a randomização e falhado em fornecer amostras semelhantes.²⁹ Contudo, não foram identificadas falhas metodológicas.

O estudo de Goujard et al⁶ pode não ter apresentado alteração na qualidade de vida, apesar do aumento da adesão, possivelmente devido aos pacientes serem assintomáticos no início do estudo e à qualidade de vida alta, havendo assim pouca margem para mensurar aumento dessa após a intervenção.

Resultados tão discordantes nos três ensaios clínicos sobre o tema sugerem que o assunto ainda não foi bem explorado. No entanto, os três estudos podem indicar que quanto menor for a interferência da doença crônica sobre o dia-a-dia, seja porque o paciente está assintomático, seja porque a lembrança de ingerir o medicamento não é forçada, maior tende a ser sua qualidade de vida.

A presença de associação entre alta adesão terapêutica e maior qualidade de vida nos estudos transversais não permite estabelecer relações causais. Apesar das correlações positivas dos estudos, alguns fatores devem ser levados em consideração, como a utilização de amostras de conveniência não randomizadas,^{1,7,12,16,17,23,24,26} amostra de pacientes somente do sexo masculino²³ e utilização de instrumentos de qualidade de vida não específicos para os pacientes HIV/Aids.^{4,12,13,16,26}

Podemos considerar que existe uma questão a ser mais bem explorada na relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida. Idealmente, esses dois aspectos devem ocorrer simultaneamente, sendo a adesão um estímulo ao tratamento. Contudo, talvez isso não ocorra

de forma tão simples na vida do paciente portador de HIV e usuário do esquema HAART. Os poucos estudos encontrados mostraram haver um paradoxo: o aumento da adesão terapêutica (isto é, o investimento na possibilidade de aumento da sobrevida) pode definir pior qualidade de vida global. O aumento da sobrevida devido à evolução do estado crônico da doença pode não implicar na melhoria da qualidade de vida porque a maior adesão pode aumentar os efeitos colaterais das medicações. Outra possibilidade é de que a qualidade de vida, por ser um conceito muito amplo e abrangente, pode não ser a melhor medida para se falar do impacto do tratamento no paciente. No entanto, o valor da medida de qualidade de vida não pode ser desconsiderado, mas deve ser compreendido de forma crítica. Qualidade de vida compreende a avaliação de diversos aspectos da vida do indivíduo, incluindo aspectos físicos, psíquicos e sociais. É possível que o aumento da adesão terapêutica ao esquema HAART possa ter levado ao prejuízo dos aspectos físicos da qualidade de vida, de forma a se sobrepor aos demais aspectos. Tal possibilidade nos permite questionar se o benefício da adesão sobre a qualidade de vida decorre da melhoria do bem-estar subjetivo, da sensação de vitalidade, da melhoria de vínculos afetivos e sociais. Em outras palavras, podemos considerar a hipótese de que pacientes com maior capacidade de resiliência consigam superar os prejuízos físicos, em nome de maior qualidade de vida afetiva e social.

O presente estudo se propôs a analisar as pesquisas que relacionaram a qualidade de vida e a adesão ao tratamento de 1998 a 2008. Enquanto os novos medicamentos postergam as doenças oportunistas e seus sintomas, eles não imunizam os pacientes da ameaça constante da morte, do estigma da doença e dos efeitos colaterais dos remédios. Na medida em que esses pacientes estão vivendo mais, torna-se cada vez mais importante para a equipe médica conhecer e propiciar o aumento da qualidade de vida dessa população. Essa avaliação permite comparar o impacto global da doença e de diversos tratamentos com o bem-estar do paciente como um todo.

Futuros estudos devem ser estimulados, principalmente os longitudinais prospectivos, com o uso de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e de outros aspectos sócio-afetivos, como medidas de estratégias de enfrentamento, de auto-eficácia e resiliência.

REFERÊNCIAS

1. Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, Rojas R, Lohmann M, Deobald O, et al. An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with hiv/aids and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit.* 2006;12(12):CR493-500.
2. Bonjoch A, Paredes R, Galvez J, Miralles C, Videla S, Martinez E, et al. Antiretroviral treatment simplification with 3 NRTIs or 2 NRTIs plus nevirapine in HIV-1 infected patients treated with successful first line HAART. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005;39(3):313-6. DOI:10.1097/01.qai.0000164249.33851.3a
3. Carr AJ, Higginson IJ. Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered? *Br Med J.* 2001;322(7298):1357-60. DOI:10.1136/bmj.322.7298.1357
4. Chiou PY, Kuo BI, Lee MB, Chen YM, Chuang P, Lin LC. Programme of symptom management for improving quality of life and drug adherence in AIDS/HIV patients. *J Adv Nurs.* 2006;(2):169-9.
5. Gifford AL, Groessl EJ. Chronic disease self-management and adherence to hiv medications. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;31 (Suppl 3):163-6.
6. Goujard C, Bernard N, Sohler N, Peyramond D, Lançon F, Chwalow J, et al. Impact of a patient education program on adherence to hiv medication: a randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;34(2):191-4. DOI:10.1097/00126334-200310010-00009
7. Jia H, Uphold CR, Wu S, Reid K, Findley K, Duncan PW. Health-related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping and depression. *AIDS Patient Care STDS.* 2004;18(10):594-603. DOI:10.1089/apc.2004.18.594
8. Kalichman A, Bueno SM. Vinte anos de assistência aos portadores de DST-HIV/AIDS no estado de São Paulo. *Pratica Hosp.* 2004;6(33).
9. Klitzman RL, Kirshenbaum SB, Dodge B, Remin RH, Ehrhardt AA, Johnson MO, et al. Intricacies and inter-relationships between HIV disclosure and HAART: a qualitative study. *AIDS Care.* 2004;16(5):628-40. DOI: 10.1080/09540120410001716423
10. Levi GC, Vitória MA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS.* 2002;16(18):2373-83. DOI:10.1097/00002030-200212060-00001
11. Liu C, Weber K, Lerch V, Schneider MF, Sharp GB, Gorapaju L, et al. Association between complementary and alternative medicine use and adherence to highly active antiretroviral therapy in the Women's Interagency HIV Study. *J Altern Complement Med.* 2007;13(10):1053-6. DOI:10.1089/acm.2007.0590
12. Luszczynska A, Sarkar Y, Knoll N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Educ Couns.* 2007;66(1):37-42. DOI:10.1016/j.pec.2006.10.002
13. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care.* 2005;17(1):10-22. DOI:10.1080/09540120412331305098
14. Martinez-Picado J, Negro E, Ruiz L, Shintani A, Fumaz CR, Zala C, et al. Alternation of antiretroviral drug regimens for HIV infection. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2003;139(2):81-9.
15. Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Britto e Alves MTS, Buchalla CM, et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):143-51. DOI:10.1590/S0034-89102006000100022
16. Parsons TD, Braaten AJ, Hall CD, Robertson KR. Better quality of life with neuropsychological improvement on Haart. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:11. DOI:10.1186/1477-7525-4-11
17. Patrick DL, Erikson P. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr.* 1988;7:53-63.
18. Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, et al. Personality, quality of life and Haart adherence among men and women living with HIV/AIDS. *J Psychosom Res.* 2003;54(3):271-8. DOI:10.1016/S0022-3999(02)00482-8
19. Puigventós F, Riera M, Delibes C, Peñaranda M, de la Fuente L, Boronat A. Adherence to antiretroviral drug therapy. A systematic review. *Med Clin (Barc).* 2002;119(4):130-7.
20. Reis AC, Santos, EM, Cruz, MM. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol Serv Saude.* 2007;16(3):195-205.
21. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Rev Saude Publica.* 2007;41(5):685-94. DOI:10.1590/S0034-89102006005000043
22. Ruiz L, Paredes R, Gómez G, Romeu J, Domingo P, Pérez-Alvarez N, et al. Antiretroviral therapy interruption guided by CD4 cell counts and plasma HIV-1 RNA levels in chronically HIV-1 – infected patients. *AIDS.* 2007;21(2):169-78. DOI:10.1097/QAD.0b013e328011033a
23. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A, López-Ruz MA, del Arco-Jiménez A, Rodríguez-Baño J, Causse-Prados M, et al. Clinical status, adherence to haart and quality of life in hiv-infected patients receiving antiretroviral treatment. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23(10):581-5.
24. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A, Prada-Pardal JL, Rodríguez-Baño J, Causse-Prados M, López-Ruz MA, et al. Impact of demographic and psychosocial factors on adherence to antiretroviral treatment. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24(6):373-8.
25. Santos J, Palacios R, López M, Gálvez MC, Lozano F, de la Torres J, et al. Simplicity and efficacy of a once-daily antiretroviral regimen with didanosine, lamivudine, and efavirenz in naïve patients: the VESD study. *HIV Clin Trials.* 2005;6(6):320-8. DOI:10.1310/1XAE-BB0W-QN5R-AJG

26. Sherr L, Lampe F, Norwood S, Leake-Date H, Fisher M, Edwards S, et al. Successive switching of antiretroviral therapy is associated with high psychological and physical burden. *Int J STD AIDS*. 2007;18(10):700-4. DOI:10.1258/095646207782193821
27. Summaries for patients. Alternating drug regimens to treat HIV infection. *Ann Intern Med*. 2003;139(2):116.
28. WHOQol Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument (The WHOQol). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer;1994. p.43
29. Wu AW, Snyder CF, Huang IC, Skolasky R, McGruder HF, Celano AS, et al. A randomized trial of the impact of a programmable medication reminder device on quality of life in patients with AIDS. *AIDS Patient Care STDS*. 2006;20(11):773-81. DOI:10.1089/apc.2006.20.773

Geocze L foi apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Nº Processo: 05/57657-5; bolsa de mestrado).

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Geocze L, apresentada à Universidade Federal de São Paulo em 2009. Os autores declaram não haver conflito de interesses.