

HIV/AIDS E OS ANTIRRETROVIRAIS (ARV): UM ESTUDO COM USUÁRIOS EM CONTEXTO DE TRATAMENTO E PREVENÇÃO

HIV/AIDS AND ANTIRETROVIRALS (ARV):
A STUDY WITH USERS IN THE CONTEXT OF
TREATMENT AND PREVENTION

VIH/SIDA Y ANTIRRETROVIRALES (ARV):
UN ESTUDIO CON USUARIOS EN CONTEXTO DEL
TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN

Felipe Cazeiro da Silva

Doutor e Mestre em Psicologia pela UFRN campus Natal/RN. Graduado em Psicologia pela UFMT campus Cuiabá/MT. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade de Pernambuco (UPE) campus Garanhuns-PE. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Socioambiental (PPGSDS) da UPE/Garanhuns.

Resumo

O tratamento do HIV surgiu pelos anos 90 em forma de comprimidos antirretrovirais (ARV) trazendo a esperança para milhares de pessoas que estavam acometidas pela infecção e uma pretensa sentença de morte. Estes medicamentos vinham com efeitos adversos que foram sendo amenizados ao longo do tempo de modo que pudessem trazer maior qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Assim, objetivou-se nesta pesquisa investigar as narrativas em torno do uso de antirretrovirais para o HIV como forma de tratamento, profilaxia e prevenção de pessoas vinculadas a um SAE de Recife-PE. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com utilização de questionário e entrevistas semiestruturadas analisados a partir da análise de conteúdo (Bardin, 2011) tendo 3 categorias: Sentidos da Doença, Efeitos Adversos do ARV e Sentidos do Tratamento. Conclui-se, ao final da pesquisa, que o viés medicalizante e a lógica biomédica ainda influenciam os caminhos do tratamento e prevenção do HIV.

Palavras chave: HIV; Qualidade de Vida; Assistência Integral à Saúde; Saúde Pública.

Abstract

HIV treatment emerged in the 90s in the form of antiretroviral (ARV) pills, bringing hope to thousands of people who were affected by the infection and a supposed death sentence. These medications came with adverse effects that were alleviated over time so that they could bring a better quality of life to people living with HIV/AIDS (PLHA). Thus, the objective of this research was to investigate the narratives surrounding the use of antiretrovirals for HIV as a form of treatment, prophylaxis and prevention for people linked to an SAE in Recife-PE. This is a qualitative research using a questionnaire and semi-structured interviews analyzed using content analysis (Bardin, 2011) with 3 categories: Meanings of the Disease, Adverse Effects of ARV and Meanings of Treatment. It is concluded, at the end of the research, that the medicalizing bias and biomedical logic still influence the paths to HIV treatment and prevention.

Keywords: HIV; Quality of life; Comprehensive Health Care; Public health.

Resumen

El tratamiento contra el VIH surgió en los años 90 en forma de píldoras antirretrovirales (ARV), llevando esperanza a miles de personas afectadas por la infección y una supuesta sentencia de muerte. Estos medicamentos vinieron con efectos adversos que fueron aliviados con el tiempo para que pudieran brindar una mejor calidad de vida a las personas que viven con VIH/SIDA (PLHA). Así, el objetivo de esta investigación fue investigar las narrativas en torno al uso de antirretrovirales para el VIH como forma de tratamiento, profilaxis y prevención para personas vinculadas a un EAG en Recife-PE. Se trata de una investigación cualitativa mediante cuestionario y entrevistas semiestructuradas analizadas mediante análisis de contenido (Bardin, 2011) con 3 categorías: Significados de la Enfermedad, Efectos Adversos de los ARV y Significados del Tratamiento. Se concluye, al final de la investigación, que el sesgo medicalizante y la lógica biomédica aún influyen en los caminos para el tratamiento y la prevención del VIH.

Keywords: VIH; Calidad de vida; Atención Integral de Salud; Salud pública.

INTRODUÇÃO

No início do surgimento do HIV, nos anos 80, não havia nenhum medicamento ou vacina que pudesse conter a proliferação deste vírus que, até então, era desconhecido. Pelo imaginário social da época em relação aos grupos atingidos (majoritariamente homossexuais), não houve grandes esforços para se conter tal “problema de saúde”. Com isso, profissionais da saúde, familiares e pessoas que viviam com HIV, que tinham o destino da morte quase que certo pela aids, começaram a se mobilizar para que se pudesse encontrar alguma resposta para contenção do vírus e a quantidade de óbitos pela doença.

Neste contexto de luta foi que surgiram, em meados dos anos 90, os antirretrovirais (ARV) capazes de conter a replicação viral e, assim, trazer maior expectativa e qualidade de vida para pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), transformando uma doença ameaçadora da vida em uma infecção crônica tratável como quis o modelo biomédico (Valle, 2010).

Atualmente, uma pessoa que se testa e tem resultado positivo para o HIV pode iniciar seu tratamento prontamente ou se se tem resultado negativo e deseja aderir ao projeto de prevenção combinada, ela pode iniciar a PrEP¹ (profilaxia pré-exposição). A profilaxia pré-exposição (PrEP) tem estado no centro do debate sobre as novas possibilidades de prevenção do HIV, despertando otimismo no que tange ao controle da epidemia. Caracteriza-se pelo uso cotidiano da combinação de dois antirretrovirais (tenofovir e entricitabina - TDF/FTC) antecedendo as práticas sexuais, com grau de proteção de 96% (90% a > 99%) nas relações anais, quando utilizada por pelo menos quatro dias na semana.

Contudo, percebe-se que este processo não é negociado a partir do desejo da pessoa em se tratar ou refletir sobre sua prevenção, sendo mais prescritivo (biomédico) do que dialogado e consensual (construção do interesse/processo) como que num viés biopolítico quando, por exemplo, o grupo prioritário para a PrEP está definido como

Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); Pessoas trans; e Trabalhadores(as) do sexo, demonstrando, assim, o potencial de colonização de uma doença.

Assim, podemos perceber certa seletiva prescrição de meios de controle e normalização dos comportamentos decorrentes de uma colonialidade do HIV (Cazeiro, Leite e Costa, 2023), ou seja, aplicam-se mais regras a determinadas pessoas do que a outras nesse jogo de economia política do desejo. Em síntese, “exige-se de alguns maior controle e racionalização no que toca a seus desejos, enquanto a outros é atribuída uma inerente normalidade que os libera do mesmo grau de pressão e demanda em relação às suas vidas e aos seus amores” (Pelúcio & Miskolci, 2009, p. 143).

Esta forma de biopolítica e controle dos corpos surge a partir da lógica biomédica/farmacológica (saber-poder científico, imposição do mercado/capital) comuns em sistemas biomédicos e coloniais. Estamos lidando com o desenvolvimento e acesso da terapia antirretroviral potente retratando um dos aspectos mais tensos e complexos da interação entre sociedade civil, empresas, agências financiadoras, governos e suas agências reguladoras, pois este é um campo de negociações de diferentes interesses, atravessado por amplo processo de acumulação capitalista e agravado por particular universo multifacetado e financeiro-especulativo, especialmente para a indústria farmacêutica, seu sistema de concorrência e patentes (Bastos, 2006).

Desta forma, a terapêutica do HIV deve ser tomada por uma visão que transcenda apenas a ingestão de remédios para controle do vírus indo ao encontro de uma compreensão mais ampla que leve em consideração outros aspectos, tais como vínculo com a equipe de saúde, acesso à informação, hábitos, necessidades pessoais e sociais, estigmas, preconceitos, questões psicossociais, produções de estratégias de tratamento entre outras (Lima, Almeida & Vieira, 2015).

De tal modo, a importância da preocupação com os eventos adversos dos ARV para além dos descritos pelo modelo biomédico precisa ser pauta prioritária na política de tratamento, sobretudo com as tentativas de desmonte do SUS enquanto um sistema de saúde público e universal, com

¹ Significa tomar medicamento anti-HIV de forma programada para evitar uma infecção pelo HIV caso ocorra uma exposição. É um novo método de prevenção ao HIV que está sendo disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS).

a pretensão de alterar a gratuidade dos antirretrovirais tornando-os pagos e dos diferentes fracionamentos na dispensação de ARV, muitas vezes inexistentes em alguns estados da federação, comprometendo a saúde dos usuários (ONU, 2018), especialmente constatado na crise sanitária global do COVID-19 (UNAIDS, 2021).

É certo que o surgimento da TARV foi uma grande esperança terapêutica para o combate das infecções por HIV no que tange a redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida, bem como para as estratégias de prevenção. Contudo, a história da adesão à TARV e seu impacto na prevenção do HIV continua sendo um grande desafio, cuja meta é o controle e erradicação da epidemia, assegurando a sua continuidade, desenvolvendo estratégias de mensurar, monitorar, aumentar e manter a adesão e a qualidade de vida. Assim, a TARV é construída sob a égide da biomedicalização tendo que o sujeito alvo do ARV se adaptar e fazer a adesão tal qual impõe esse modelo.

Alguns estudos como os de Triant, Lee, Hadigan e Grinspoon (2007) já demonstram que pessoas que fazem uso de antirretrovirais possuem riscos significativamente maiores de desenvolver hipertensão (21,2% vs 15,9%), diabetes (11,5% vs 6,6%), dislipidemia, ou seja, aumento da gordura corporal (23,3% vs 17,6%) e de infarto agudo do miocárdio (1,11% vs 0,69%) do que as que não fazem o uso. Segundo os autores, tais comorbidades supracitadas são mais acentuadas quando se trata de idosos e pessoas que fazem uso da TARV há muitos anos.

Abaixo estão relacionados os principais eventos adversos dessas medicações extraídas do Banco de Drogas do Portal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (United States Department of Health and Human Services) (NIH, 2020):

1) Alguns sintomas relacionados a distúrbios do sistema nervoso (por exemplo, confusão, lentidão de pensamento e movimento físico e delírios [falsas crenças] ou alucinações [ver ou ouvir coisas que outras pessoas não vejam ou ouçam]); 2) Alterações na gordura corporal (síndrome da lipodistrofia); 3) Alterações no sistema imunológico (chamadas coletivamente de síndrome infla-

matória de reconstituição imunológica ou IRIS); 4) Aumento da concentração de certas gorduras (colesterol e triglicerídeos) no sangue (hiperlipidemia); 5) Aumento de Ácido no Sangue (Acidose Lática); 6) Cansaço; 7) Diabetes; 8) Dificuldade de Concentração; 9) Distúrbio de Saúde Mental; 10) Distúrbios Hepáticos; 11) Doença Renal Crônica; 12) Doenças do Fígado; 13) Dor nos nervos (neuralgia); 14) Dores de Cabeça; 15) Erupção Cutânea Leve; 16) Falta de Coordenação ou Dificuldade para manter o Equilíbrio; 17) Hipotensão (pressão arterial baixa) em pé (hipotensão postural); 18) Infecção no local da injeção, reações alérgicas graves e possivelmente pneumonia; 19) Inflamação do Pâncreas (pancreatite); 20) Mudanças na Visão; 21) Neuropatia Periférica; 22) Perda de gordura corporal (lipoatrofia); 23) Problemas da Vesícula Biliar; 24) Problemas de Sono (Sono Excessivo, Insônia e Pesadelos); 24) Problemas ósseos, incluindo dor ou amolecimento ou desgaste dos ossos (osteopenia); 25) Reações Alérgicas; 26) Risco aumentado de ataque cardíaco (enfarte do miocárdio); e 27) Tontura. (United States Department of Health and Human Services) (NIH, 2020).

Alguns dos efeitos listados geralmente ocorrem na fase inicial do tratamento sendo um processo de adaptação do organismo humano a droga que tendem a ser leves e passageiros com prazo de duração dentro de 2 a 4 semanas como dificuldades pra dormir ou sonolências, dores de cabeça, desconfortos estomacais, sonhos incomuns e/ou pesadelos, tonturas etc.

Entretanto, como cada pessoa e cada corpo é único, esta questão é relativa não sendo possível afirmar que todas as pessoas sentirão os efeitos adversos do antirretroviral podendo eles surgir no início como ao longo dos anos podendo, até mesmo, piorar a depender do estilo de vida da pessoa, condição fisiológica, predisposição genética entre outros fatores orgânicos, psicológicos e sociais como, por exemplo, pessoas que fazem ingestão de bebidas alcoólicas, substâncias e drogas ilícitas, medicamentos para questões de saúde mental e doenças crônicas iniciando ou agravando o quadro de efeitos adversos por vários meses ou anos, bem como podem se iniciar sem nenhuma relação com estes elementos.

Portanto, a ocorrência de efeitos adversos ainda é uma questão incerta na saúde tendo que ser investigada minuciosamente a partir de cada pessoa, cada sujeito, cada paciente sem haver a possibilidade de generalização. Isto faz com que ela se torne uma questão prioritária no processo de tratamento e para qualidade de vida de uma pessoa que faz uso de antirretrovirais para o tratamento do HIV como para sua prevenção.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou investigar as narrativas em torno do uso de antirretrovirais para o HIV na ingestão cotidiana desses medicamentos como forma de tratamento, profilaxia e prevenção de pessoas vinculadas a um SAE. Partiu-se dos seguintes problemas: o que representariam os efeitos e eventos adversos dos ARV? Como lidam e significam tais efeitos? Como negociam o uso dos antirretrovirais e os efeitos sentidos? Como dialogam com os profissionais de saúde sobre esse uso? Como experienciam o uso de antirretrovirais?

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, aprovado pelo CEP/UFRN sob o número do parecer: 4.895.295 e CAAE: 48213921.3.0000.5537, bem como foi aprovada pela CONEP também sob o número do parecer: 5.057.322 e CAAE 48213921.3.3002.0008. Assim, o que buscamos trazer neste estudo diz respeito a como os aspectos psicossociais que envolvem o uso da medicação antirretroviral do HIV/aids atravessa a experiência do usuário nesse campo.

Os participantes do estudo são pacientes atendidos no Serviço de Assistência Especializada

(SAE) do Recife, em tratamento para o HIV e usuários de PrEP. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: estar em uso de ARV vinculado ao SAE do Recife; ter idade ≥ 18 anos e estar em condições de se comunicar verbalmente, orientado e consciente.

Foram realizados diversos convites para os usuários que eram atendidos no SAE. Contudo, grande parte não demonstrou interesse em participar. Pela dificuldade de encontrar participantes que aceitassem participar da pesquisa, não foi delineado uma população específica. Em razão disso, partiu-se de uma amostragem não probabilística. O recrutamento dos participantes foi amparado pela técnica metodológica *snowball* também denominada de *snowball sampling* (Biernacki & Waldorf, 1981). Técnica essa conhecida no Brasil como “amostragem em Bola de Neve” ou ainda como “Cadeia de Informantes” (Penrod, Preston, Cain & Starks, 2003; Goodman, 1961) e muito eficiente para pesquisas com participantes que passam por situações de ocultamento social como no caso da sorologia para o HIV (Faugier & Sargeant, 1997; Zea, 2004; Browne, 2005). Por isso, os participantes que aceitaram participar foram todos homossexuais visto que um usuário homossexual começou a indicar outros e assim sucessivamente.

O fechamento amostral aconteceu por saturação teórica (Saunders et al., 2018). Isso significa que a inclusão de novos participantes foi suspensa porque os dados obtidos apresentaram repetição e redundância, deixando de contribuir significativamente para a pesquisa⁷. O estudo incluiu 6 pacientes de cada grupo (Usuários de ARV para tratamento do HIV e Usuários de ARV para prevenção do HIV) conforme tabela 1 e 2.

5

Tabela 1 – Usuários de ARV para tratamento do HIV

Participante	Orientação Sexual	Idade	Raça/Cor	Escolaridade	Ocupação
Hugo	Homossexual	37	Branco	Superior Completo	Enfermeiro
Higor	Homossexual	23	Preta	Superior Incompleto	Estudante
Hélder	Homossexual	29	Preta	Médio Completo	Autônomo
Heitor	Homossexual	51	Amarela	Superior Completo	Motorista
Hélio	Homossexual	32	Branco	Médio Completo	Desempregado
Hercules	Homossexual	37	Preta	Superior Incompleto	Estudante

Nota. Os nomes dos participantes são fictícios e começam com *H* em referência ao vírus demarcando que são usuários que usam ARV para tratamento.

Tabela 2 – Usuários de ARV para prevenção do HIV

Participante	Orientação Sexual	Idade	Raça/Cor	Escolaridade	Ocupação
Paulo	Homossexual	41	Preta	Fundamental Completo	Motorista
Pedro	Homossexual	22	Parda	Fundamental Completo	Desempregado
Pietro	Homossexual	23	Preta	Superior Completo	Estudante
Patrick	Homossexual	26	Preta	Superior Completo	Autônomo
Peterson	Homossexual	45	Parda	Médio Completo	Confeiteiro
Phelipe	Homossexual	28	Parda	Superior Completo	Arquiteto

Nota. Os nomes dos participantes são fictícios e começam com *P* em referência a PrEP demarcando que são usuários que usam ARV para prevenção.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador observou e interagiu com a equipe de saúde local e com os pacientes do SAE durante o 1º semestre de 2021. A finalidade dessa interação seria a ambientação, uma técnica utilizada para evitar viés na coleta de dados, além de entender como funciona o serviço e poder se ambientar antes da coleta.

A coleta de dados aconteceu no 2º semestre de 2021 e início do 2º semestre de 2022. Devido à covid-19, as entrevistas foram suspensas em determinados períodos, mas isso não interferiu nos achados do estudo.

Os participantes foram informados de que as entrevistas seriam gravadas e, posteriormente, analisadas e ao concordar, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O estudo ocorreu em duas fases. Os interlocutores foram convidados a preencher um questionário que elencava os efeitos adversos dos ARV trazidos pelo Banco de Drogas do Portal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (United States Department of Health and Human Services) (NIH, 2020). Os participantes tinham que marcar “Sim” ou “Não” se eles tivessem ocorridos.

Após, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com as seguintes questões norteadoras: “Como é para você tomar os antirretrovirais?”, “Você sentiu ou sente efeitos adversos com o uso do ARV?” (Utilizou-se das marcações dos questionários), “Qual sua relação com essa medicação?”, “O que significa para você fazer uso de ARV?”, “Fale sobre a sua relação com seu

tratamento”. Todo esse processo ocorreu depois da consulta no SAE, em ambiente reservado e a sós com o pesquisador.

Para caracterizar a população, foi feito um questionário originado pelo estudo, com dados sociodemográficos (idade, orientação sexual, gênero, raça/cor, escolaridade) dispostos na tabela 1 e 2 como dados mínimos de modo que não pudesse expor ou identificar o participante.

Para a leitura dos dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo (Bardin, 2011). Este tipo de método prevê três fases basilares: 1) A pré-análise; 2) A exploração do material e 3) O tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Na pré-análise, o material passou por uma leitura flutuante com objetivo de torná-lo operacional sistematizando as ideias iniciais para permitir sua categorização na fase de exploração. Posteriormente, a partir dos dados empíricos foi possível constituir as categorias e unidades temáticas na fase de exploração do material para realizar as interpretações e inferências.

Foram construídas três categorias fundamentadas nas análises das narrativas: a) Medo e Sentidos da Doença (Experiências Prévias da Doença e Imaginário social); b) Efeitos Adversos do ARV (Tratamento e Prevenção, Mecanismos de Enfrentamento, Estratégias de Cuidado) e c) Experiência e Medicalização (Sentidos e Significados do Tratamento e da Doença, Estratégias de Enfrentamento, Rede de Apoio e Solidariedade)

Os critérios *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) foram utilizados para relatar o método e os resultados..

Resultados e Discussões

Sentidos da Doença

Os sentidos que nossos interlocutores produziram seja para o tratamento como para a PrEP se relacionaram com a descoberta do diagnóstico e do autoconhecimento acerca do HIV/aids, estando centralizados no qualificador do medo como podemos ver em alguns trechos quando perguntei como foi para os participantes iniciar o tratamento:

Medo! Eu achei estranho! [...] Porque eu nunca tinha presenciado ninguém com HIV! Aí foi um ponto de choque também! (Hélder).

Bom, eu tava com muito medo, porque eu comecei a ler muito sobre efeitos e eu me prendi muito aos efeitos colaterais daqueles medicamentos iniciais, então assim... eu não tinha muito conhecimento ainda sobre como esses medicamentos (e como) eles agiriam no meu corpo então assim eu fiquei muito tenso (Hércules).

E nas minhas relações sexuais, sempre ficava muito preocupado, assim [...] muito tenso, não é... fazia nem um tipo de ato sexual, que não fosse, com penetração que não fosse com preservativo, daí eu ficava muito preocupado quando a camisinha ia romper, o que aconteceu comigo duas vezes, a camisinha rompeu. Aí eu tive q fazer PEP e tal. [...] Assim eu me sinto mais protegido, porque eu hoje acabo me permitindo a umas experiências que eu não me permitiria jamais, em outra situação. Senti, eu fiquei menos preocupado com o preservativo" (Paulo).

A minha insegurança é do tipo se faz exame, ele faz mais ou menos, eu não me engano, por orientação médica, agora ele tava fazendo de três em três meses, mas agora parece que é de seis, seis meses, pelo menos pela última consulta que eu vim, ela orientou fazer de seis, seis meses, minha dúvida era que ficava, durante seis meses haveria a possibilidade de tipo de um momento ele ficar detectável, quando voltar a tomar, continuar tomando o medicamento e quando fazer os exames mostrar que tá indetectável, tava com essas dúvidas " (Pedro).

Pedro vive uma relação sorodiferente e refere-se ao seu parceiro que vive com HIV.

Esses aspectos corroboram com a literatura da aids de que o momento do diagnóstico é um momento panicogênico e estressante e que "o conhecimento da soropositividade gera um 'choque inicial'" (Carvalho, Braga & Galvão, 2004, p. 52).

Assim, nossos interlocutores, inicialmente, produzem sentidos sobre o diagnóstico a partir do medo como parte do processo do uso de antirretrovirais do HIV/aids. Sem ambiguidades, todos os participantes relataram o medo que tinham do HIV tão logo da descoberta do diagnóstico ou do desejo de iniciar a PrEP.

Tal significação remota os primórdios do surgimento do HIV em que o imaginário social circulante sobre a aids estava assentado na sua mortalidade, abandono social, preconceito e estigmatização, o que parece não estar diferente do imaginário social circulante atualmente. O que pode ser prejudicial, pois a visão do estigma abre as portas para deslocamentos que podem configurar intensos retrocessos, como bem analisa Veriano Terto Jr., pois em sua concepção permitem ver apenas o risco para o HIV, deixando de lado os diferentes aspectos coletivos e individuais que constituem as pessoas, ou seja, não levam em conta o cidadão em sua completude, que é amparado por direitos (Terto Jr., 2017).

Na PrEP o medo antecede uma infecção que pode ser adquirida. Assim, ainda que refiram usar de forma consistente o preservativo, buscam essa estratégia de prevenção para conferir mais segurança às relações sexuais e diminuir o medo do HIV.

Uma das questões suscitadas de forma muito constante pela sorodiferença e que tem impacto negativo na sexualidade entre parceiros com sorologias diferentes, refere-se ao medo da transmissão da infecção pelo HIV ao parceiro soronegativo como traz a literatura (Reis & Gir, 2010). Assim, relatou Pedro quando revelou que o motivo de buscar a PrEP foi por conta de trazer maior segurança na sua relação sorodiferente. Entretanto, vale ressaltar que pessoas com carga viral indetectável não transmitem o vírus. Apesar disso, cada casal desenvolve suas estratégias de enfrentamento do risco sexual para diminuírem a tensão entre a preocupação com uma possível contaminação

e o desejo de permanecerem sexualmente ativos ainda que incorram na medicalização de corpos (Portinari & Wolfgang, 2016).

Como tecnologia de segurança, fica evidente o viés de medicalização da PrEP que ao propor maior segurança para um corpo saudável, exclui os efeitos secundários, toxidade cumulativa entre outras efeitos adversos que poderiam ser evitados. Assim, podemos pensar na PrEP como um mecanismo biopolítico sobre os corpos “que manifestam uma dúvida fundamental com relação ao corpo que convém manter à nossa mercê por meio da molécula apropriada (LeBreton, 2003, p. 65).

Neste contexto, a educação sexual e preventiva no campo do HIV/aids tem sido reduzida à

ingestão de uma droga como medida profilática em detrimento do desconhecimento, dos detalhes da doença e da melhora nos cuidados de saúde e a consciência com o cuidado de si.

Eventos Adversos do ARV

Inicialmente, foi possível observar que as pessoas que fazem uso de antirretroviral como forma de tratamento apresentaram maiores efeitos adversos aos ARV (tabela 3) das que as que fazem uso para prevenção (tabela 4). Isso também ocorre pela diferença de ARV que utilizam. Entretanto, na presença de algum efeito este deve ser investigado.

Tabela 3 – Efeitos Adversos relatados por usuários de ARV para tratamento

Participante	Efeitos Adversos
Hugo	Ausentes
Higor	Dificuldade para dormir, tontura, Questões em saúde mental (ansiedade e depressão)
Hélder	Aumento de Gordura
Heitor	Dificuldade para dormir
Hélio	Colesterol, cansaço, sono excessivo, dificuldade de concentração
Hércules	Gases, Disenteria, Dificuldade para dormir, tontura, dor de cabeça, Questões em saúde mental (ansiedade e depressão)

Tabela 4 – Efeitos Adversos relatados

Participante	Efeitos Adversos
Paulo	Enjoo
Pedro	Câimbra, Dificuldade de concentração e Distúrbios do sono
Pietro	Ausentes
Patrick	Tontura, dor de cabeça, cansaço, insônia, enjoo, diarreia, dores nos ossos, aumento de gordura e sensibilidade estomacal e intestinal
Peterson	Ausentes
Phelipe	Ausentes

Alguns relatos trazem a experiência de vivenciar estes efeitos no corpo, na incorporação do tratamento/prevenção, bem como na vida quando perguntei como foi para os participantes sentir e lidar com os efeitos adversos:

O que mais se intensificou foi o da insônia e alguns que já minimizaram foi a questão da tontura. Eu costumava tá deitado, quando eu levantava era aquele apagão e eu não costumava ter isso. Fora isso o que tem se intensificado é o da alergia. Eu desenvolvi diversas alergias. À o que Higor? Não consegui ainda diagnosticar (Higor).

Na primeira semana sim, o primeiro mês, na verdade nós primeiros três meses eu senti bastante gases em excesso assim, a primeira semana senti... é que tive disenteria na semana toda, tontura, dificuldade pra dormir, muita dificuldade pra dormir (Hércules).

Com a medicação controlada, infelizmente, dá esses efeitos colaterais. Isso foi logo início do tratamento, mas com o tempo foi diminuído os sintomas (Hélio).

A reação que eu tive a primeira vez que eu fiz a PEP foi de tipo, acho que de 3 a 4 dias que eu fiquei um pouco enjoado, um pouco enjoado e meio tenso, mas eu acho que a tensão tinha a ver também com o fato de estar tomando a medicação que eu não sabia a reação que ela ia me dá (Paulo).

Paulo teve experiência com a PEP (profilaxia pós-exposição) para depois decidir pela PrEP (profilaxia pré-exposição).

Eu notei realmente agora analisando, quando eu tava vendo o questionário, que eu tinha mais câimbra nos dedos durante a noite (Pedro).

Ósseos quando eu falo é as dores mesmos nos ossos, tá entendendo? Tipo não tenho certeza que foi depois de um mês, mas acho que foi depois de um mês e algum pouquinho eu sinto dores. Não só dores, era moleza mesmo no corpo, tá entendendo? Pensei até que era uma gripe, coisa do tipo, mas não! Depois com o tempo que eu fui percebendo.

Hoje não mais continuo (sentindo), mas é mais diarreia, mas não dores mais no corpo. Acho que o corpo tava se adaptando esse remédio (Patrick).

Assim, esta categoria está intimamente ligada ao debate sobre doenças crônicas. A este respeito, Trentini et al. (1990) observaram que, a partir do diagnóstico de doença crônica, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança.

A complexidade e a extensão da problemática inerente à vivência da cronicidade da doença têm levado muitos autores a desenvolver estudos com o objetivo de analisar o impacto desta condição sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas por doença crônica, sob diferentes aspectos.

A qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual.

Do passado citado até a presente sociedade, diversas práticas clínicas têm assumido o status de síndrome crônica administrável para o HIV (Valle, 2010; UNAIDS, 2017) o que pode ser prejudicial para a adesão ao tratamento se considerarmos que a dinâmica do vírus não se assemelha à de outras doenças crônicas, como a diabetes e a hipertensão.

A única proximidade consistiria, então, na frequência da utilização de remédios para controle do agente patológico, mas, tomando os aspectos fisiopatológicos e de tratamento das doenças, percebemos que elas em nada se aproximam em termos de cronicidade. Contudo, conforme Karolynn Siegel e Helen-Maria Lekas (2014), essa compreensão gerou um impacto considerável na vida de pessoas que vivem com HIV, diminuindo o temor (medo) da iminência da morte retratado na categoria 1 e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho e afetivas na vida.

Porém, pensar a qualidade de vida no HIV remete não só promover saúde no sentido estritamente fisiológico, mas principalmente psicológico e social visto que o HIV é uma infecção que foi

construída com estigma e esse fenômeno é um dos principais fatores de sofrimento no curso do diagnóstico (Cazeiro, Nogueira da Silva & Souza, 2021).

Não foram apresentadas situações na questão do uso do ARV no que tange ao convívio dentro de casa e no trabalho, olhar julgador das pessoas, pois esta foi demonstrada como uma experiência silenciada, particular, a qual o indivíduo vivencia com ele mesmo. Talvez por isso, numa dimensão subjetiva, os relatos frequentes se associam ao campo das emoções, de humor e mal-estar como pôde ser percebido. Como estratégia de minimizar estes efeitos, procuram outras intervenções medicamentosas como tomar um remédio para dor de cabeça, para o estômago, e assim por diante, sem, contudo, possibilitar compreensões que podem auxiliar e que não são dessa ordem.

A experiência silenciada dos ARV no HIV é um ponto fundamental e muito bem discutido na literatura da aids. É neste quesito que os estudos apontam a importância da rede de apoio/suporte e apoio social às pessoas que vivem com HIV/aids de modo que estes contribuem para reduzir o impacto psicossocial do diagnóstico (Rabkin et al., 2000). Esta rede social pode contribuir com a formulação das respostas adaptativas, como as habilidades de enfrentamento da pessoa e da família e das crenças de que a situação da infecção é controlável. Desta forma, estudos com pessoas vivendo com HIV/Aids apontam que o apoio social é capaz de gerar resultados positivos e possuem grande impacto na evolução e condução do tratamento antirretroviral destas. (Binagwaho, 2009; Ironson, 2008). Tal discussão auxilia, também, a compressão das análises da categoria seguinte.

E isso não é diferente para as pessoas que fazem uso da PrEP. Ainda que nossos interlocutores não vivam com a doença crônica "HIV", a adaptabilidade ao tratamento, mesmo com menos efeitos adversos de quem o faz para o HIV, suscita certa reorganização comportamental e da vida para lidar com esta terapêutica.

Os efeitos adversos relatados foram raros ou transitórios sem muitas consequências no cotidiano de nossos interlocutores e até mesmo foram imperceptíveis.

A literatura demonstra que a preocupação com os efeitos adversos pode dificultar a boa adesão e são consideradas crenças negativas que atrapalham o tratamento ressaltando que o inverso promove maior adesão a PrEP (Halkitis et al., 2018). Ora, não seriam os efeitos adversos da PrEP elementos importantes a se considerar? Em se tratando de corpos sãos, é o viés da medicalização o melhor caminho a ser seguido? Não há como negar que tal política seja um grande avanço para as questões de transmissibilidade e vulnerabilidade, sobretudo para o projeto de prevenção combinada, porém são necessários estudos mais aprofundados para que ela não seja aceita nem seja culturalmente praticada como uma política de medicalização da vida, portanto reduzida ao seu propósito visto que ela tem sua importância como, por exemplo, para a saúde sexual de casais sorodiferentes com apontando pelos dados da pesquisa, bem nas orientações do PCDT ministério da saúde para PrEP (Brasil, 2022)

Principalmente, quando verificamos que nos últimos anos, 2007 a 2002, constatou-se que 158.720 dos casos que contraíram HIV por meio do sexo foram dos homossexuais e bissexuais e 201.960 dos casos foram em homens e mulheres heterossexuais demonstrando uma maior infecção no cenário heterossexual (Brasil, 2022).

Um efeito adverso transversal que não fora visto pelos participantes diz respeito ao estigma. Poderíamos conceber, além dos sintomas do corpo, um efeito adverso tal como este? O estigma segue acompanhando qualquer atividade, terapêutica, ação, intervenção relacionada ao HIV e por ser assim nunca está ausente. Por isso, a cronicidade do HIV não pode ser tornada como um fato tal qual quer o poder estatal biomédico (Valle, 2010) porque o estigma denuncia sua insuficiência, pois segue atravessando qualquer ação que seja no campo da aids, por mais pretensioso benefício que se possa fazer. O estigma, mais do que o tratamento e a infecção, ainda é o elemento crucial e central que mobiliza o desenrolar da experiência seja pelo diagnóstico como pela prevenção.

Sentidos do Tratamento

Seguindo as tendências da literatura da aids de 2010 em diante, a produção de sentidos do tratamento envolvem o contexto da biomedicalização e a experiência do silêncio como pode ser observado em alguns trechos das entrevistas quando questionados sobre como viam o tratamento e quais sentidos dava para ele:

É uma coisa, uma medicação, isso é um particular seu, independente do que seja a doença, pode ser um diabete, uma pressão alta, mas isso é um particular seu. Não é obrigado a dizer a todo mundo que eu sou um hipertenso! Que eu sou diabete, não! (Hugo).

Assim, eu não vejo como um vilão até agora, né? Que a minha sobrevivência depende dele, pra eu ter uma qualidade de vida, então, meus aliados com certeza. Eu vejo de uma forma positiva sempre, porque é o medicamento que tá, e assim que tá me mantendo saudável (Hércules).

É muito chato lidar com a medicação todos os dias, porque tem a questão de acabar os remédios e ir atrás de pegar nova medicação, consultar com médico, fazer exames, pegar nova receita, ir ao SAE, marcar consulta, ir lá no atendimento, sendo que no local tem muita exposição e as pessoas ao redor estão ligados no ambiente... Isso é o que me deixa muito desconfortável e inseguro (Hélio).

A princípio foi muito difícil porque a princípio eu acho o comprimido muito grande, então tinha momento que o comprimido ficava nas primeiras semanas na minha garganta e daí eu tomo ele pós almoço. Agora eu tou tomando pós almoço porque dá pra mim. Eu tomo muita água e depois vem a comida pra poder levar também ele. Então tinha momentos que ficava na garganta e tinha momento que depois de 3 horas eu ter tomado ele, tipo tontura, tipo muito calor, muito sufocamento, então logo no começo foi bem difícil. Ainda hoje eu tenho alguns sintomas que são diarreia. Meu organismo hoje não recebe tudo. Coxinha? Nada! Chocolate? Às vezes! E foi por conta da PrEP! (Patrick).

Só a questão mesmo da... me passa uma confiança maior em relação a prevenção contra o HIV e acabei me permitindo mais arriscando as outras coisas também que eu sei que não deixo de estar em risco, né? (Pietro).

Tranquilo porque eu tomo outras vitaminas todos os dias então vai no bolo. Poli vitamínico, Omega 3, então (Peterson).

Como traz Melo (2022), se por um lado houve grandes avanços biotecnológicos e políticos da resposta brasileira à epidemia possibilitando melhores condições de vida e de saúde para as PVHA, por outro demonstraram o quanto ainda o armário de silêncios e segredos onde elas seriam convidadas a viver e a manter suas condições sorológicas na intimidade de seus corpos é uma realidade intrínseca da qual fica difícil fugir. Isso porque a experiência do viver com HIV e da medicalização remete a questões que não são somente de ordem biológica, como já retratado.

Vemos aqui o quanto as substâncias medicamentosas ocupam lugares centrais na vida de PVHA ou das que se previnem dele, são “agentes definidores de determinadas dinâmicas” (Manica, 2012, p. 18). No que tange ao presente campo, de uma forma geral, a maneira como os antirretrovirais apareceram nas narrativas estudadas tem permitido refletir sobre modos de se pensar uma antropologia da experiência (Turner & Bruner, 1986).

A partir da noção de *Erlebnis* (geralmente traduzida como “vivência” ou “experiência vivida”) e citando Dilthey, Turner (1982) retrata esse processo em cinco momentos: 1) algo que acontece a nível da percepção; 2) imagens de experiências passadas são trazidas; 3) emoções vinculadas a essas experiências do passado são revividas; 4) um sentido (meaning) é produzido na medida em que conexões se estabelecem entre o passado e o presente; e 5) a experiência se completa através de uma forma de expressão.

Daí, a antropologia da experiência também adquire uma noção de performance sendo indicada também como um antropologia da performance. Assim, Turner (1982a) pensa a performance a partir de uma perspectiva processual apontado que “a performance completa uma experiência” (Turner 1982a, p. 13-14)

Nos diálogos que estabelecemos, os antirretrovirais ocupavam lugares específicos e, portanto, informam como essas experiências com eles estavam “menos em suas moléculas e naturezas, e mais em seus fluxos; mais em invenções do que descobertas; mais em usos, consumos, negociações, circulações, do que simplesmente prescrições” (Azize, 2012, p. 135). Assim, compreender o lugar de nossos interlocutores é levar em conta como os antirretrovirais fazem parte de seus cotidianos e de suas vidas (sociais).

A partir dos aspectos relacionais que nossos interlocutores possuem com essas “coisas sociais” (Ingold, 2012), fazem-se presentes momentos de inflexão, “dramatização”, significação, reinvenção e a forma como eles são mais ou menos valorizados e desvalorizados (Nelvo, 2017b).

Para manter a infecção em estágio controlado, portanto, indetectável, é necessário que eles se mediquem diariamente, o que demarca a centralidade dos antirretrovirais na vida de PVHA. Dessa maneira, partilho dos ensinamentos de Manica (2012) sobre a “vida social dos medicamentos” para o entendimento dos atos diários desses interlocutores a fim de controlar suas enfermidades. Partindo deste tipo de narrativa, torna-se evidente como a materialidade do medicamento causa aflição cotidiana quando relatam que choravam por tomar a medicação ou do quanto é tenso esse processo.

Assim como as pessoas que usam ARV para o tratamento, as pessoas que usam ARV para a prevenção trouxeram a dificuldade com o medicamento, na sua ingestão por conta do tamanho demonstrando a dificuldade que é incorporar tal terapêutica, seja ela como tratamento ou como prevenção. Neste sentido, nossos interlocutores se aproximam evidenciando que a experiência crônica de um tratamento não é algo simples e fácil de se aderir. Tal questão acende, mais uma vez, o debate da cronicidade do HIV (Valle, 2010).

Neste caso específico, há toda uma burocracia que dificulta a compreensão e adesão à PrEP. Assim como é preciso superar a lógica biomédica do tratamento, é também preciso superar a lógica biomédica da PrEP. Quando um pessoa que vive com HIV acessa o sistema de saúde ela é notificada e engolida por ele. Sua vida torna-se e reduz-se à taxas de CD4 e Carga Viral, amparado por uma redoma estreitamente biológica e reduzida ao status Indetectável = Intransmissível, mediado por Carga viral/Doença versus CD4/Saúde. E quando uma pessoa faz adesão à PrEP, sua vida torna-se e reduz-se a testagens a cada 3 meses amparada por uma redoma estritamente biológica de monitoramento de exames e reduzida aos status negativo para o HIV.

Com isso, queremos demonstrar que tanto o grupo de tratamento quanto o grupo da PrEP não escapam do viés medicalizante e da lógica biomédica. A crítica aqui não recai aos sujeitos ou á terapêutica, mas sim à lógica oculta que faz com que esses tratamentos sejam ofertados como soluções mágicas para a vida das pessoas. Em outras palavras, a biopolítica presente nessa resposta em saúde pública desvela muito mais do que um combate ao HIV, mas atua na produção da diferença fazendo antigas associações e controlando os corpos “não doces”.

Por isso, a partir desse processo de medicalização da vida, cabe questionar: o que é saúde? Vale a pena viver, mesmo que sofrendo? A prescrição indiscriminada de medicação e de estilos de vida não pode também ser lida como uma forma (cruel) de gerência da vida por poderosos e soberanos?

Assim, do passado da aids aos dias atuais, a experiência do sujeito no tratamento do HIV/aids ainda perpassa o poder biomédico a qual a “doença” toma a frente do sujeito e as respostas, estratégias e protocolos seguem eliminando espaços de convivências, diálogos e encontro com estes sujeitos.

REFERÊNCIAS

- Azize, R. L. (2012). Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, 4(1), jan.-jun., p.134-139
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* Lisboa: Edições 70
- Bastos F. I. (2006). *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, vol. n° 2, November. 141-163p
- Binagwaho, A & Ratnayake, N. (2009). The role of social capital in successful adherence to antiretroviral therapy in Africa. *PLoS Med*, 6(1).

- Brasil. (1996). Lei N° 9.313, de 13 de Novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. Brasília: Unidade de assistência.
- 1Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/ Aids 2022. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde
- Browne, K. (2005). Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *Int. J. Social Research Methodology*, [s. l.] v. 8, p. 47-60.
- Bruner, E. M. (1986). Experience and its Expressions. In: TURNER, V. & BRUNER, E. M (org.). *The Anthropology of experience*. Urbana e Chicago: University of Illinois Press.
- Cazeiro, F. (2020). POR UM MANIFESTO PELA VIDA: Histórias Posit(HIV)as de Gays, Mulheres Trans e Travestis. Curitiba: Editora Apris
- Cazeiro, F., Leite, J. F., & Costa, A. J. da .. (2023). Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à aids. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 33, e33024. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333024>
- Faugier, J. & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26 p. 790-797
- Goodman, L. A. (1961). Snowball Sampling. In: *Annals of Mathematical Statistics*, 32:148-170. Recuperado em 18 de Junho 2023, de https://projecteuclid.org/download/pdf_1/euclid.aoms/1177705148
- Halkitis, P. N., Jaiswal, J., Griffin-Tomas, M., Krause, K. D., D'Avanzo, P., & Kapadia, F. (2018). Beliefs about the end of AIDS, concerns about PrEP functionality, and perceptions of HIV risk as drivers of PrEP use in urban sexual minority men: The P18 cohort study. *AIDS and Behavior*, 22(11), 3705-3717.
- Ingold, T. (2012) Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, 18(37), p. 25-44
- Ironson, G. & Hayward, H. (2008). Do positive psychosocial factors predict disease progression in hiv-1? A review of the evidence. *Psychosom Med.* 70:546-5
- Lebreton, D. (2013). *L'adieu au corps*, France, Metailie
- Lima, R.; Almeida, C. & Vieira, L. (2015). A pessoa medicada e o HIV/AIDS: Subjetividade, adesão ao tratamento e biopolíticas. *Revista Subjetividades*, 15(3), p. 375-388.
- Manica, D. T. (2012). A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas. *Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCAR, São Carlos*, 13(1), p. 179-188
- Nelvo, R. (2017). Biomedicina, gestão do tratamento e desencantos: experiências de mulheres-soropositivas no Rio de Janeiro. *Revista Equatorial*, Natal, 4(7), p. 101-130,
- National Institutes of Health. - NIH (2020). Drug Database. <https://clinicalinfo.hiv.gov/drugs>.
- Organização Das Nações Unidas (ONU). (2018). Conferência sobre AIDS alerta para falta de remédios antirretrovirais na América Latina. Nações Unidas Brasil, Brasília, 01 ago. 2018. <https://nacoesunidas.org/conferencia-sobre-aids-alerta-para-falta-de-remedios-antirretrovirais-na-america-latina/>.
- Penrod, J.; Preston, D.B., Cain, R. & Starks, M.T. (2003). A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. *Journal of Transcultural Nursing*, vol 4. n° 2. April, 100-107p.
- Portinari, D & Wolfgang, S. A PrEP e a medicalização dos corpos sãos. In: VIII Congresso Internacional De Estudos Sobre A Diversidade Sexual E De Gênero, 2017, Juiz De Fora. *Anais Do VIII Congresso Internacional De Estudos*. Campina Grande: Realize, 2017. v. 1. p. 1288-1295.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids - UNAIDS. (2021) Relatório do UNAIDS mostra que as pessoas que vivem com HIV enfrentam uma ameaça dupla em relação ao HIV e à COVID-19. <https://unaids.org.br/2021/07/relatorio-do-unaids-mostra-que-as-pessoas-que-vivem-com-hiv-enfrentam-uma-ameaca-dupla-em-relacao-ao-hiv-e-a-covid-19/>.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids – UNAIDS (2017). Guia de Terminologia sobre HIV e Aids. Brasília: Unai ds, 2017. http://unAids.org.br/wp-content/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAids_HD.pdf.
- Rabkin, G. J., Ferrando, S, Lin, S. H., Sewell, M. & McElhiney, M. (2000). Psychological effects of HAART: A 2-year study. *Psychosom Med*, 62:413- 22.
- Reis, R. K., & Gir, E. (2010). Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 759-765. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300030>
- Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*; 52(4), doi:10.1007/s11135-017-0574-8.
- Siegel, K. & Lekas, H. M. (2014). Aids as a chronic illness: psychosocial implications. *Official Journal of the International Aids Societ., Nova Jersey*, 16(4), p. 69-76
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6): 349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
- Trentini, M. et al. (1990). Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. *Rev. Gauch. Enfermagem*, Porto Alegre, 11(2), p. 20-7
- Triant, V. A. et al. (2007). Increased acute myocardial infarction rates and cardiovascular risk factors among patients with human immunodeficiency virus disease. *J Clin Endocrinol Metab*, 2506-12
- Turner, V. & Bruner, Edward (orgs.). (1986). *The anthropology of experience Urbana/Chicago: The University of Illinois Press*.
- Turner, V. (1982a). Dramatic ritual/ritual drama: performative and reflexive anthropology. In: *From ritual to theatre: the human seriousness of play* Nova York: PAJ Publications, p. 89-101.
- Turner, V. (1982b). "Introduction". In TURNER, Victor. *From Ritual to Theatre: The Human Seriousness of Play*. New York: PAJ Publications.
- Valle, C. G. O. (2010). Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Vivência*, Natal, 35, p. 33-51
- Valle, C. G. O. (2010). Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Vivência*, 5, 33-51.
- Zea, C. et al. (2004). Disclosure of HIV-positive status to latino gay men's social networks. *American Journal of Community Psychology*, n. 33, p. 107-117