



**Este artigo** está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 3.0 Unported.

**Você tem direito de:**

**Compartilhar** — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

**Adaptar** — remixar, transformar, e criar a partir do material.

O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

**De acordo com os termos seguintes:**

**Atribuição** — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

**NãoComercial** — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

**Compartilhável** — Se você remixar, transformar, ou criar a partir do material, tem de distribuir as suas contribuições sob a **mesma licença** que o original.

**Sem restrições adicionais** — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



**This article** is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License.

**You are free to:**

**Share** — copy and redistribute the material in any medium or format.

**Adapt** — remix, transform, and build upon the material.

The licensor cannot revoke these freedoms as long as you follow the license terms.

**Under the following terms:**

**Attribution** — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

**NonCommercial** — You may not use the material for **commercial purposes**.

**ShareAlike** — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the **same license** as the original.

**No additional restrictions** — You may not apply legal terms or **technological measures** that legally restrict others from doing anything the license permits.

Esta licença está disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>

## **“Eu não esqueço de jeito nenhum”: reflexões sobre estratégias de adesão às terapias antirretrovirais em Brasília**

**Ximena Pamela Díaz-Bermúdez**  
**Edgar Merchán-Hamann**

Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde.  
Universidade de Brasília  
ximena@unb.br, hamann@unb.br

**Claudio Viveiros de Carvalho**

Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde.  
Universidade de Brasília

### **RESUMO:**

A adesão às terapias antirretrovirais está muito vinculada à atenção em saúde e a outros fatores que contribuem à qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Os dados aqui apresentados fazem parte de uma pesquisa que buscou investigar os determinantes da não adesão aos tratamentos. A fase qualitativa incluiu perguntas abertas em entrevista semi-estruturada e a realização de quatro grupos focais com pessoas atendidas em centros de referência para DST e HIV do DF. Os dados mostram o impacto no cotidiano dos pacientes incluindo estratégias de lembrança, de ocultação dos medicamentos, empatia com equipes sensíveis, deslocamento para locais com melhor acolhimento e a preocupação com o futuro. Conclui-se que a adesão ao tratamento é um processo social complexo e dinâmico em que o indivíduo se vê obrigado a repensar e reconstituir sua trajetória de vida, num processo de ressocialização e de construção de uma nova identidade.

### **ABSTRACT:**

Therapy compliance is related to health care and other factors which contribute to quality of life among people living with HIV/AIDS. Our data are part of a larger research project which aims the investigation of determinants of non-compliance to HIV treatments. Qualitative phase included four focus groups interviews with persons under treatment at reference centers for STD / HIV care of the Federal District, Brazil. Results show the impact of the treatment in the daily life of patients, including strategies for remembering drug intake, or concealment of remedies, empathy with a sensitive health professional team, switching to health care units with improved human approach and concerning about the future. We conclude that adherence is a complex and dynamic social process in which individuals are compelled to reflect and reconstruct their life paths, involving acts of re-socialization and construction of new identities.

### **RESUMEN:**

La adherencia a las terapias antirretrovirales está muy vinculada con la atención a la salud y a otros factores que contribuyen a la calidad de vida de personas viviendo con VIH/Sida. Los datos aquí presentados hacen parte de una investigación cuyo objetivo era averiguar los determinantes de la no adherencia a los tratamientos. La fase cualitativa incluyó la realización de cuatro grupos focales con personas atendidas en centros de referencia para VIH/ITS del Distrito Federal, Brasil. Los resultados muestran el impacto en el cotidiano de los pacientes incluyendo estrategias de memoria y ocultación de los medicamentos, empatía con equipos de salud sensibles, desplazamiento a locales con mejor acogimiento y preocupación con el futuro. Se concluye que la adherencia es un proceso social complejo y dinámico en que el individuo se ve obligado a reflexionar y reconstituir su trayectoria de vida, en un acto de resocialización y construcción de nuevas identidades.

## INTRODUÇÃO

A adesão às terapias antirretrovirais – TARV constitui forte marcador dos processos de atenção em saúde e do conjunto de fatores que contribuem positivamente para o que vem sendo definido como qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Logo da incorporação oficial no Brasil dos medicamentos antirretrovirais, por meio da Lei Federal 9.313, sancionada em novembro de 1996, o Estado Brasileiro abre a perspectiva no país de garantir o acesso universal e gratuito a medicamentos e tratamento para as pessoas que vivem com HIV/aids. É a partir do uso adequado e sistemático das terapias antirretrovirais, somado a esforços de prevenção, acesso a testagem, aconselhamento e a melhoria do diagnóstico e linhas de cuidado ofertados pelos serviços especializados de saúde para as pessoas acometidas pela doença que foi possível a diminuição das manifestações clínicas da doença e das infecções oportunistas, propiciando o aumento da sobrevida dos pacientes e, conseqüentemente, a redução da mortalidade por aids no país. Dados do Ministério da Saúde<sup>1</sup> apontam que há no país um contingente de aproximadamente 200 mil pessoas em regimes terapêuticos diferenciados que envolvem o uso de antirretrovirais. É importante mencionar que para além dos significativos benefícios que produzem as TARV, seu uso prolongado pode trazer novas complicações tais como processos de toxicidade e resistências que podem conduzir a falhas terapêuticas que comprometem o estado de saúde das pessoas em uso de esquemas terapêuticos, requerendo a introdução de outras drogas

ou novas combinações que implicam também novos desafios para a adesão<sup>2</sup>.

Em uma perspectiva mais geral, o uso das TARV teve também efeitos na dinâmica da epidemia em termos de sua estabilização, sendo considerada atualmente como uma epidemia concentrada, em oposição às epidemias generalizadas ou baixas. Estes três termos classificatórios ajudam a interpretar epidemiologicamente o curso da epidemia no mundo e a heterogeneidade própria do HIV que, ao longo dos seus quase 30 anos de desenvolvimento, se apresenta de forma bastante diversa nas diferentes regiões e entre as distintas populações e sub-populações do nosso planeta. As primeiras, de acordo com critérios definidos pela Organização Mundial da Saúde – OMS e UNAIDS<sup>3</sup> constituem epidemias de rápida difusão concentradas em populações específicas, e não espalhadas na população geral. Uma prevalência de HIV de mais de 5% em qualquer sub-população define este tipo de classificação. Entretanto, as epidemias caracterizadas como baixas, não devem exceder 5% de prevalência de HIV em qualquer uma das sub-populações definidas. O terceiro tipo, a epidemia generalizada, denota a firme presença do HIV na população geral a despeito de poder ser ainda maior nas sub-populações. O indicador mais utilizado nesta categorização é a prevalência de mais de 1% de HIV em mulheres gestantes.

Atualmente a prevalência da infecção por HIV no Brasil é de 0,6% entre a população de 15 a 49 anos. No entanto, dados mostram que em algumas sub-populações como gays e outros homens que fazem sexo com homens a taxa pode subir até 10,5%. De

modo semelhante, entre profissionais do sexo a prevalência é de 4,9% e, entre usuários de drogas, de 5,9%. Todavia, as complexas diferenças regionais presentes no território brasileiro se observam também nas diversas epidemias encontradas nas cinco regiões do país. Por exemplo, o Sudeste, apresenta uma epidemia mais longa e madura, com sinais de estabilização, com uma concentração de mais de 58% dos casos, face ao 4,2% que corresponde aos casos na Região Norte, configurando esta última como uma epidemia mais recente e em expansão<sup>4</sup>. O objetivo deste artigo é apresentar dados qualitativos sobre as percepções de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre adesão, estratégias utilizadas para lembrar a tomada dos medicamentos bem como as experiências e vivências relacionadas com o tratamento e a assistência.

## **METODOLOGIA**

Os dados que subsidiam este artigo fazem parte de uma pesquisa mais ampla que teve como objeto avaliar a adesão às TARV por meio de uma triangulação de métodos epidemiológicos e sociais<sup>5</sup>. Buscou investigar a adesão ao tratamento antirretroviral e fatores relacionados em pacientes que freqüentavam os Centros de Referência em HIV/aids do Distrito Federal. Foram avaliadas categorias sociodemográficas, hábitos e rotinas, acesso a suporte social, qualidade de vida, vivência da doença, estado clínico, seguimento ao tratamento e organização dos serviços de saúde. O universo desse estudo foi constituído por 253 entrevistas a pessoas vivendo com HIV/aids que faziam uso de TARV. Também foram realizados quatro grupos focais, divididos entre homens e

mulheres. Os depoimentos produzidos nos grupos focais foram gravados e transcritos. Algumas percepções nas entrevistas e razões alegadas para a não tomada dos medicamentos foram anotadas. A parte compreensiva do estudo foi desenvolvida por meio de métodos qualitativos que aproximam o pesquisador aos sujeitos que fazem parte da pesquisa, reconhecendo o ponto de vista dos atores e dando visibilidade à dimensão universal e particular da construção social do processo saúde-doença<sup>6</sup>.

O processo de observação dos serviços de saúde e o acompanhamento dos pacientes nesses espaços bem como a abordagem no contexto da pesquisa foi orientado por ferramentas metodológicas da etnografia. Embora não se tratou especificamente de um estudo antropológico, a reflexão analítica e a construção dos roteiros que nortearam as entrevistas e grupos focais procuraram seguir estratégias metodológicas que permitem o estabelecimento de relações com os informantes e a construção de referenciais sociais baseadas na experiência dos sujeitos, principalmente no âmbito dos serviços de saúde. No Brasil, autores como Canesqui<sup>7,8</sup> e outros contribuem para o delineamento do campo da antropologia da saúde, dos estudos sobre corpo e doença no contexto das concepções sociais e culturais sobre esses campos que crescentemente influenciam as investigações desenvolvidas no interior dos serviços sanitários. São inúmeros os exemplos de pesquisas e intervenções que buscam acrescentar o olhar antropológico na compreensão do modelo biomédico e influenciar com novas abordagens teóricas a

efetividade da produção de saúde.

O material empírico foi classificado de acordo com as principais categorias elencadas no discurso dos interlocutores. O recorte privilegiado neste artigo se refere às estratégias e recursos que favorecem aos pacientes do sexo masculino a lembrar e incorporar as disposições emanadas dos agentes terapêuticos com os quais interagem, o seguimento da prescrição indicada e o significado que eles atribuem ao esquema terapêutico. Trabalhamos neste artigo com informações provenientes de dois grupos diferentes em duas áreas administrativas de Brasília, tendo sido recrutados um total de 13 sujeitos, baseados em critérios de conveniência e afinidade com o objeto de pesquisa. Estes homens vivendo com HIV/aids, cuja média de idade é de 36 anos, variando entre 31 para o mais jovem e 52 para o mais velho, fazem o acompanhamento terapêutico nesses centros e estão construindo um vínculo com os serviços de saúde lá ofertados. O tempo de soropositividade dos mesmos variou de 06 a 12 anos. Como é reconhecido na literatura<sup>6,9,11</sup>, experiências marcantes de doenças como aids e outras produzem narrativas que se orientam pelas escolhas interpretativas dos sujeitos que delas padecem e pelos recursos de comunicação com que as operam, evidenciando uma diversidade de lógicas e saberes que fazem dos processos de adoecer uma situação singular dos indivíduos. É nas possibilidades de significação desses discursos com que se norteou a discussão dos resultados apresentados na próxima sessão.

Na avaliação compreensiva das

narrativas desses pacientes foram identificadas algumas categorias que, de maneira peculiar para cada uma dessas pessoas, constitui uma parte do percurso da instrumentalização do processo de adesão. Os eixos principais do discurso dos participantes no grupo focal remetem a um conjunto de dimensões que apareceram vinculadas e que traduzem as trajetórias destes indivíduos nos seus processos de conversão sorológica para o HIV/aids e, particularmente, sobre os mecanismos de adesão adotados. Entre esses destacam os seguintes: as experiências o significado de se reconhecer como pessoas HIV positivas e seus contextos sociais; construção social da adesão ao tratamento antirretroviral na perspectiva do sujeito; papel da interação com o sistema de assistência à saúde envolvendo profissionais de saúde e a estrutura e gestão dos serviços e, finalmente, situações de vulnerabilidade enfrentadas pelos pacientes.

Os sujeitos da pesquisa participaram voluntariamente dos grupos focais e das entrevistas após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS.

## **DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

### **A construção social do processo saúde-doença**

Os processos de adesão a medicamentos como quase todos os fenômenos relacionados com o funcionamento do corpo, podem ser vistos,

ao mesmo tempo, como eventos que envolvem uma dimensão biológica e cultural. Isto significa assumir que a complexidade fisiológica do organismo humano passa a ser compreendida no plano social por meio de referências culturais que perpassam a vida em sociedade. Os indivíduos, doentes ou não, elaboram concepções acerca do corpo, seu papel e seu valor por meio de critérios culturais que nutrem o universo social de ação das pessoas. Isto é, o corpo funciona socialmente falando como a entidade capaz de nos introduzir na vida social e a partir dele gerar diversos modos de estar no mundo. Em um plano mais institucional a cultura é também um pano de fundo que opera como mediador das práticas de saúde estabelecidas no campo dos serviços de saúde, objetos privilegiados das concepções dos atores que nele intervêm e das interpretações tecidas acerca das interações produzidas nesses espaços.

É por isso que a inteligibilidade dos discursos destes pacientes sobre adesão está permeada de uma dimensão mais abrangente de sua própria experiência humana ao se deparar com a constatação da presença do HIV e o impacto que tem na vida da pessoa. Observa-se que a maneira de dotar de lógica própria as grandes linhas do roteiro desse diálogo coletivo que propicia a técnica de grupo focal, privilegiou dimensões que emergiram como significativas em sua experiência de enfrentamento da doença. Dessa conta todos os nossos interlocutores levantaram as perspectivas do futuro e sua própria interpretação sobre a doença. Particularmente, no que toca à adesão, o diálogo se deu ao redor de assuntos como

dificuldades gerais para seguir o tratamento prescrito e englobou temas como efeitos colaterais, esquecimento, aceitação da doença, quantidade de comprimidos ingeridos diariamente, restrições alimentares e formas de inserção social. Por outro lado, observou-se que a condição de soropositividade pode não ocupar a centralidade que se esperaria no conjunto de dilemas enfrentados pelas pessoas em sua razão de viver. Portanto, um exercício de relativização sobre o que significa viver com HIV/aids permitiu ser identificado em algumas destas narrativas, como se verá mais adiante. Nesses termos, a conseqüente assunção de um “comportamento” aderente passa pela compreensão do conjunto de fatores que definem a experiência de vida dos sujeitos.

As narrativas analisadas neste estudo vão de encontro a achados semelhantes em outras investigações relacionadas com o significado atribuído a viver com HIV/aids entre diferentes setores populacionais. Grimberg<sup>13</sup> relata que os serviços de saúde tem sido espaços de reconstituição identitária e de negociação a partir da complexidade social que significa viver com HIV/aids. Nessa linha de raciocínio o trabalho de Lemoine<sup>14</sup> entre detentos na França, e, especialmente, entre prisioneiros com HIV/aids, demonstrou o percurso de constituição de uma nova dimensão de identidade produzida a partir do reconhecimento da nova condição sorológica e as concepções e significados atribuídas por eles e pelos seus diferentes interlocutores à infecção pelo HIV/aids. Tanto os resultados encontrados nesta pesquisa, como outros, chamam a atenção

para a construção das novas identidades a partir do confronto das pessoas a situações de discriminação e estigma, obrigando-as a inventar novos mecanismos de gestão do cotidiano em situações de estigmatização, já apontadas por Goffman<sup>15</sup>, bem como de estratégias que reduzam as desigualdades e assimetrias enfrentadas em suas trajetórias.

### **Muda a rotina todinha da vida: construindo a adesão às TARV**

Dependendo do estágio da infecção por HIV no momento de realização do diagnóstico assim como de outros fatores, o paciente vai requerer um conjunto de medidas terapêuticas que significam assumir mudanças no estilo de vida e no cotidiano dos sujeitos. Para todos os participantes dos grupos focais este evento foi visto como um grande marcador de águas e é lembrado como disparador de verdadeiras transformações no percurso de vida de cada um deles. Uma das principais preocupações manifestadas é como encontrar caminhos para seguir as orientações para tomar medicamentos sem interromper e quebrar as rotinas, grande maioria das vezes implicando processos de cautela e sigilo, ora da família, ora dos espaços de trabalho ou do convívio social. Um dos homens participantes explica que muda os rótulos dos remédios e coloca o nome de vitaminas, assim evita a atenção dos seus próximos para seus antirretrovirais.

As estratégias para lembrar a tomada dos medicamentos e ter uma boa adesão requer esforços particulares das pessoas que vivem com HIV/aids e também de outras pessoas que padecem de doenças crônicas, dificilmente alcançando o 100%. Entretanto,

a literatura médica informa que uma boa adesão aos antirretrovirais implica a ingestão de 95% dos medicamentos prescritos com o qual será possível inibir adequadamente a replicação viral no organismo e, portanto, melhoria nos sintomas e na capacidade de resposta do sistema imunológico<sup>9</sup>. Contudo, em pacientes com HIV/aids este esforço pode ser particularmente hercúleo haja vista que no início das terapias as pessoas estavam obrigadas a tomar 20 e as vezes mais comprimidos três vezes ao dia, em muitas ocasiões seguidos de restrições alimentares e de ingestão de líquidos. Hoje com os novos esquemas, novas apresentações terapêuticas e novas combinações de drogas o número de comprimidos tem diminuído consideravelmente passando a dois ou três comprimidos, dependendo da situação, duas vezes por dia, até um comprimido uma vez ao dia, permitindo um desempenho muito mais efetivo em termos de adesão.

A relação com a medicação é cotidiana e apresenta um efeito simbólico importante na vida das pessoas. Vários dos participantes relataram que na medida em que foram superando os efeitos colaterais, que podem ser de enjôo, falta de apetite, mudança na percepção dos sabores e do olfato, diarreia, dor de cabeça e outros, foram tendo aos poucos uma adaptação com os remédios e tornando o tratamento suportável. Idéias como *“pretendo continuar tomando os remédios”*, *“eu me dou bem com eles”*, *“quero viver anos ainda”* ou *“quero ter minha carga viral baixa”* mostram as atitudes positivas de adesão às TARV.

Entretanto, a adesão aos medicamentos não passa apenas pelo cumprimento da

exigência da prescrição. Outros fatores como acolhimento, organização dos serviços de saúde, exames complementares, acompanhamento de outras doenças associadas são fatores fundamentais para o apoio aos pacientes. Nesse contexto o vínculo com os profissionais de saúde pode ser decisivo. No registro de fala dos participantes se depreende como a figura do profissional pode fazer a diferença: “a equipe médica da policlínica são pais que me adotaram” ou, outro, que lamenta a transferência do clínico para um serviço diferente: “eu tentei resgatar ele de lá para cá, mas não consegui...”.

Porém, para muitos os problemas da adesão são desafios enormes a vencer. Para um dos pacientes apesar de aplicar várias estratégias para lembrar-se de tomar os remédios, esquece de tomar algumas doses ou confunde os horários. Efeitos colaterais como sono ou o contrário, insônia, foram pontuados pelos participantes como dificuldades importantes. Para outros, há desinteresse na tomada da medicação e rejeição uma vez que se defrontam com estados emocionais desgastantes narrando efeitos colaterais como “ver fantasminhas e ter alucinações”.

Ocasionalmente há problemas que podem incidir na adesão e que se relacionam com co-morbidades que os pacientes ocasionalmente apresentam. Neste sentido, apresentamos a seguir o depoimento, no contexto do grupo focal, de um informante procedente de uma cidade do Entorno, que havia perdido sua esposa vítima da aids dois anos atrás e ficou sozinho com sua filha. Ele relatou que, tendo uma oficina mecânica, a

notícia da morte da esposa e da sua condição de soropositivo fez com que ficasse quase sem clientes e sua situação econômica piorasse sensivelmente. Não tinha condições psicológicas de ser acompanhado na cidade por causa dos comentários e olhares dos vizinhos. Então tomou a decisão de fazer um esforço para ser acompanhado no DF tendo que se deslocar mensalmente a uma cidade satélite mais próxima do seu município. Este tratamento foi percebido como de alta qualidade não havendo nenhuma queixa. Em uma emergência odontológica, os dentistas do município de residência não o quiseram tratar por ser soropositivo e isto o obrigou a procurar por alternativas. Infelizmente, o hospital regional no DF onde era controlado e que havia garantido a assistência odontológica, oferecia consulta em dias diferentes aos que podia deixar a sua filha com alguém. Além disso, teria que pernoitar para poder ser atendido cedo de manhã. Sendo estas soluções impossíveis de conciliar e estando seu estado agravado pela espera, o paciente decidiu pingar líquido de bateria no dente cariado. Quando os participantes do grupo perguntaram sobre o desfecho, ele respondeu: *beleza! Queimou o dente e a dor desapareceu*. Esse epílogo retrata com crueldade a discriminação, a falta de preparo de profissionais de saúde de cidades a menos de 100 km de Brasília, e a falta de condições de apoio micro e macro-social para o acompanhamento adequado de casos.

“*Continuo lutando pelo futuro*” é uma declaração emblemática da esperança de continuar projetos de vida e resgatar o valor da vida pese as adversidades e limitações

que a doença impõe. Na perspectiva dos condicionantes sociais da saúde, sabe-se que as condições materiais de vida, o acesso a serviços de saúde, a qualificação da atenção, o acesso a medidas de proteção social e a bens e serviços como alimentação adequada, moradia, emprego e educação são elementos que definem as formas de viver e de adoecer das pessoas. Situações de vulnerabilidade<sup>10</sup> mais ou menos graves às quais está submetida a maioria dos pacientes entrevistados, põe de relevo o papel essencial do estado na garantia das políticas públicas relacionadas com a resposta a aids e com temas relacionados como integralidade da atenção, direitos humanos, estigma e discriminação. O ciclo de exclusão e pobreza que caracteriza o fenômeno de pauperização da epidemia foi claramente evidenciado nos depoimentos registrados. Foi elencada uma série de limitações que vão desde a falta de alimentos em casa, falta de recursos para transporte público, desemprego, problemas familiares, exclusão social, ausência de redes de apoio e outras mazelas sociais que contribuem para uma persistência de situações de exclusão e que se identificam como fatores associados diretamente com os baixas taxas de adesão<sup>11,12</sup>. A isso se soma a falta de informação adequada sobre a doença e sobre a condição de saúde das pessoas afetadas como mais um elemento que conspira contra uma boa adesão.

Percebe-se nas narrativas destes sujeitos que a adesão ao tratamento é algo mais que o exercício disciplinado de ingerir a medicação para o alcance de determinado estágio clínico. É um processo social complexo e dinâmico em que o indivíduo

se vê obrigado a repensar e reconstituir sua trajetória de vida, num processo de ressocialização e de construção de uma nova identidade a partir da experiência emocional e social da conversão sorológica e o reconhecimento por ele e pelos outros da necessidade da transição.

A guisa de conclusão e destacando especialmente a perspectiva da triangulação metodológica que orientou este estudo, a interlocução com estes homens soropositivos para o HIV permite corroborar o papel angular da dimensão subjetiva que subjaz nos processos de saúde e doença, assim como a articulação cada vez mais afinada entre o potencial científico dos métodos epidemiológicos capazes de medir os agravos de saúde e caracterizar os eventos de saúde em termos de sexo, idade, territórios, populações e outras variáveis de natureza biológica. Por outro lado, na perspectiva de uma visão menos fragmentada dos fenômenos de saúde, esses recursos metodológicos se ampliam ao serem complementados com métodos qualitativos, principalmente, de cunho antropológico, considerados mais sensíveis para identificar a construção da saúde e da doença como experiência social ao permitir elucidar motivações, significados, valores e novas identidades que circundam a vivência da saúde e da doença em sua alteridade biológica e social, privilegiando a dimensão simbólica que tanto caracteriza nossa condição humana.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Resposta Brasileira 2008-2009: relatório de progresso do país. Brasília;2010.
2. Hallal R, Kuchenbecker R, Ravasi G, Simão MA, Greco D. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. *Revista Tempus. Actas em Saúde Coletiva*. 2010; 04(02):53-65.
3. WHO/UNAIDS. Guidelines for second generation HIV surveillance, 2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico*. Brasília 2010;07(01).
5. Viveiros de Carvalho C. Adesão ao tratamento antiretroviral em Brasília, DF. [Tese]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília;2008.
6. Cardoso MHCA, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública* 16(2): 499-506.
7. Scrimshaw SCM, Carballo M, Ramos L, Blair BA. The aids rapid anthropological assessment procedures: a tool for health education planning and evaluation, *Health Education & Behavior*. 1991;18(1):11-23.
8. Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(1): 109-124.
9. Conway B. The role of adherence to antiretroviral therapy in the management of HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 June; 45 suppl:1.
10. Ayres JRCM, França JI, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. IN: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003:119-39.
11. Morin M, Moatti JP. Observância e ensaios terapêuticos: obstáculos psicossociais sobre o tratamento da infecção pelo HIV. In Jodelet D. *Aids e representações sociais: a busca de sentidos*. Natal: Editora da UFRN; 1998.
12. Cardoso G P, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciênc. saúde colet*.2005; 10(1): 151-162.
13. Grimberg M. VIH-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuadernos Médico Sociales* 2002; (82)43-59.
14. Lemoine D. Identidad y VIH. Análisis de las influencias de la cárcel en la identidad de los detenidos seropositivos. Una visión etnológica y de antropología social. *Rev Esp Sanid Penit* 2001; 3: 5-13.
15. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

**Artigo apresentado em 25/02/2011**

**Aprovado em 12/04/2011**